



Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Academiejaar 2014-2015

EEN VLAAMS MODEL VAN KWALITATIEF HOOGSTAANDE POSTNATALE ZORG

Ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren vanaf ontslag uit het ziekenhuis

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van

Master in de Verpleegkunde en Vroedkunde

Door **Katrien Helsloot** en **Mieke Walraevens**

Promotor: Prof. Dr. Kristien Roelens

Co-promotor: Mevr. Saskia Van Besouw

Abstract	9
Voorwoord	10
Taakverdeling duomasterproef	11
inleiding	12

DEEL 1 ORGANISATIE VAN DE POSTNATALE ZORG IN VLAANDEREN

1. Definiering en afbakening van begrippen	14
2. Organisaties binnen de Vlaamse Kraamzorg	14
2.1. <i>Kraamzorginstellingen</i>	15
2.1.1. Definities	15
2.1.2. Historiek kraamcentra	15
2.2. <i>De Vlaamse Expertisecentra Kraamzorg</i>	18
2.3. <i>Kind & gezin</i>	20
3. Betrokken actoren binnen de postnatale zorg	22
3.1. <i>Vroedvrouw</i>	22
3.2. <i>Kraamverzorgende</i>	25
3.3. <i>Lactatiekundige</i>	27
3.4. <i>Huisarts</i>	28
3.5. <i>Gynaecoloog</i>	28
3.6. <i>Pediater/ neonatoloog</i>	28
3.7. <i>Mantelzorg</i>	29
3.8. <i>Peersupport</i>	29

DEEL 2 LITERATUURSTUDIE

1. Methodologie	31
1.1. <i>Onderzoeksvraag en focus</i>	31
1.2. <i>In- en exclusiecriteria</i>	32
1.3. <i>Kwaliteitsbeoordeling</i>	35
1.4. <i>Het extraheren van de data</i>	35
2. Resultaten	37
2.1. <i>Daling in 'length of stay' (LOS) creëert nieuwe zorgvraag</i>	37
2.1.1. Redenen van daling in LOS	38
2.1.2. Voordelen van vroegtijdig ontslag	38
2.1.3. Potentiële risico's, nadelen en perceptie van vroegtijdig ontslag	39
2.1.4. Gevolgen van verkorte LOS	41
2.1.5. Tijdstip van ontslag bij een ongecompliceerde bevalling	43
2.1.6. Op naar een geïndividualiseerde LOS...	44
2.2. <i>Ontslagcriteria</i>	45
2.2.1. Maternale ontslagcriteria	45
2.2.2. Neonatale ontslagcriteria	47
2.2.3. Patiënten-educatie voor ontslag	50
2.2.4. Organisatie van postnatale zorg na ontslag	51
2.2.5. Ontslagcriteria voor kwetsbare groepen	51
2.3. <i>Organisatie van medische postnatale zorg</i>	53
2.3.1. Postnatale zorg wereldwijd	54
2.3.2. Invloed van postnatale zorg op maternale en neonatale gezondheid, tevredenheid en borstvoeding.	57
2.4. <i>Organisatie van niet-medische postnatale zorg</i>	66
2.4.1. Vergelijking van de verschillende systemen	67
2.4.2. Positionering van de niet-medische postnatale zorgverlener	69
2.4.3. Invloed op gezondheid, tevredenheid en borstvoeding	70
2.5. <i>Postnatale Zorgbehoefte na ontslag: inhoud van postnatale zorg</i>	72
2.5.1. Met welke uitdagingen worden kraamvrouwen en hun partners geconfronteerd?	73
2.5.2. Thriving, striving and surviving of hoe moeders omgaan met deze uitdagingen	75
2.5.3. Informatie na ontslag	78
2.5.4. Definiëring van kwetsbare groepen	79
3. Discussie	83

3.1. <i>Wat is kwalitatief hoogstaande postnatale zorg.</i>	83
3.1.1. Invloed van LOS	84
3.1.2. Ontslagcriteria	85
3.1.3. Organisatie van medische postnatale zorg	86
3.1.4. Organisatie van niet-medische postnatale zorg	87
3.1.5. Zorgbehoefte tijdens de normale postnatale periode na ontslag	88
3.2. <i>Methodologische sterktes / zwaktes</i>	90
4. conclusie	92

DEEL 3 ONTWIKKELEN VAN KWALITEITSINDICATOREN VOOR POSTNATALE ZORG VANAF ONTSLAG

1. Theoretische benadering	94
1.1.1. Kwaliteitsindicatoren in de zorg	94
1.1.2. Indeling in indicatoren	94
1.1.3. Kwaliteitsindicatoren voor de postnatale zorg	96
1.1.4. Doelstelling en vraagstelling	97
2. Methode	98
2.1. <i>Ontwikkelen potentiële indicatoren (STAP 1)</i>	98
2.2. <i>Ontwikkelen conceptindicatoren (STAP 2)</i>	100
2.3. <i>Delphi- onderzoek (STAP 3)</i>	101
3. Resultaten	106
3.1. <i>Ontwikkelen potentiële indicatoren (STAP 1)</i>	106
3.2. <i>Ontwikkelen conceptindicatoren (STAP 2)</i>	110
3.3. <i>Delphi-onderzoek (STAP 3)</i>	110
4. Discussie	117
5. Conclusie	122

DEEL 4 EEN VLAAMS MODEL VAN KWALITATIEF HOOGSTAANDE POSTNATALE ZORG VANAF ONTSLAG

1. Aanbevelingen voor de praktijk	127
2. Aanbevelingen voor verder onderzoek	131
3. Aanbevelingen voor het onderwijs	132
Bibliografie	133
Bijlage 1: Evidentietabellen literatuuronderzoek	147
Bijlage 2 Kwaliteitsbeoordeling	239
Bijlage 3 Kwaliteitsbeoordeling richtlijnen AGREE II	248
Bijlage 4 Potentiële indicatoren	249
Bijlage 5 Conceptindicatoren	275
Bijlage 6A Aanvraag Ethisch Comité Katrien Helsloot	315
Bijlage 6B Aanvraag Ethisch Comité Mieke Walraevens	335
Bijlage 7 Instructies voor het invullen van de vragenlijst	352
Bijlage 8 Vragenlijst algemene karakteristieken experts	354
Bijlage 9 Voorbeeld online tool	355
Bijlage 10 Verwerking eerste Delphi-ronde	364
Bijlage 11 Resultaten Delphi-onderzoek	405
Bijlage 12 Opmerkingen experts tweede Delphi-ronde	415
Bijlage 13 Toestemming voor deelnemende organisaties	419

ABSTRACT

Inleiding | In Vlaanderen daalt de ligduur na de bevalling gestaag waardoor een optimalisatie van de postnatale zorg na ontslag aangewezen is om de kwaliteit te verbeteren.

Onderzoeksvraag | Wat is kwalitatief hoogstaande postnatale zorg na ontslag uit het ziekenhuis? (1) Welke kwaliteitsindicatoren kunnen, specifiek voor Vlaanderen, hieraan worden verbonden? (2)

Methode | Om een antwoord te bieden op de eerste onderzoeksvraag werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd. Onder meer de databanken Pubmed, Cinahl en Web of Science werden doorzocht. Publicaties tussen 1994 en december 2014 werden getoetst aan inclusiecriteria. Deze literatuur werd aangevuld met snowball en grijze literatuur. Potentiële indicatoren kwamen tot stand door analyse van literatuur, richtlijnen en (beleids)documenten (stap I). Op basis hiervan werden conceptindicatoren ontwikkeld, gebruik makend van het AIRE-instrument (stap II). Vervolgens werden 58 indicatoren, in een gemodificeerde Delphi-procedure, voorgelegd aan een experten-panel (stap III).

Resultaten | In de literatuurstudie werden 57 onderzoekartikels, 10 reviews, 1 boek en 18 andere documenten geanalyseerd. Respectievelijk 30 en 22 experten namen in twee Delphi-rondes deel aan een online vragenlijst waarbij de indicatoren werden beoordeeld op basis van relevantie en haalbaarheid. 30 indicatoren in zeven kritische zorgdomeinen werden gevalideerd.

Conclusie | Postnatale zorg moet aangepast zijn aan een flexibele verblijfsduur in het ziekenhuis. Er moeten duidelijk afspraken worden gemaakt over de overdracht van intra- naar extramurale zorg. Elke kraamvrouw en haar baby hebben recht op een minimum aan postnatale zorg (gedocumenteerd in een geïndividualiseerd zorgdossier). Deze minimumstandaard voor kwaliteit van zorg moet worden geïmplementeerd, waarvoor aangepaste protocollen worden opgesteld.

VOORWOORD

Na een samenwerking van anderhalf jaar bieden wij u graag een nieuwe kijk op postnatale zorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Wij danken in het bijzonder onze promotor Prof. dr. Kristien Roelens, voor haar actieve inzet en bemoedigende woorden.

Een oproep van de Expertisecentra Kraamzorg lanceerde dit onderzoek. We konden rekenen op steun van een gemotiveerd team. Dank aan onze co-promotor Saskia Van Besouw en de begeleiders van de Expertisecentra Kraamzorg Hanne Devos, Veerle Decorte, Martine Cornette en alle anderen die achter de schermen meewerkten.

Dank aan An-Sofie Van Parys voor advies omtrent de methodologie. Wij willen ook graag de vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde bedanken, met in het bijzonder Prof. D. Beeckman, Prof. S. Verhaeghe, Dr. I. Delbaere en Mevr. A. Van Lancker, voor alle advies bij het tot stand komen van deze masterproef.

Dank aan alle experten die kostbare tijd voor dit onderzoek hebben vrijgemaakt.

Dank aan Frank Surdiacourt voor het uittekenen van ‘het model’ en Lutgarde Mabilde en Theo Helsloot voor het zetten van de puntjes op de ‘i’. Verder danken we onze partner, kinderen en familie voor hun onvoorwaardelijke steun.

Tot slot willen we ook mekaar bedanken. Het was een onvergetelijk avontuur!

“It takes two flints to make a fire.”

Louisa May Alcott

‘Aantal woorden masterproef: 31.621’

TAAKVERDELING DUOMASTERPROEF

Deze masterproef is een realisatie van de samenwerking tussen twee studenten; zij dragen bijgevolg samen de volledige verantwoordelijkheid voor deze masterproef. Er werd gedurende het afgelopen anderhalf jaar zeer intensief samengewerkt. Alle communicatie gebeurde in naam van beide studenten. Op afspraken waren beide studenten steeds present.

ORGANISATIE VAN DE POSTNATALE ZORG IN VLAANDEREN | Dit gedeelte kwam tot stand door gelijke inbreng van beide studenten.

LITERATUURSTUDIE | De methodologie werd door beide studenten uitgewerkt. De selectie van de publicaties en het beoordelen van de kwaliteit ervan gebeurde door de twee studenten onafhankelijk van elkaar. Het toetsen van de artikels en reviews aan de inclusiecriteria alsook de kwaliteitsbeoordeling ervan gebeurde dubbel, daarna werden de bevindingen vergeleken en in overleg werd tot consensus gekomen. De publicaties werden op basis van onderwerp tussen de studenten gelijk verdeeld en evidentietabellen werden opgesteld. Deze gegevens werden uitgewisseld en ter controle aan de andere student aangeboden. Het uitschrijven van de resultaten, de discussie en de conclusie gebeurde door de studenten samen.

DELPHI-ONDERZOEK | In het Delphi-onderzoek gingen de studenten op dezelfde manier tewerk. De groslijst met potentiële indicatoren is een resultaat van de samenwerking tussen beide studenten. De ervaring van beide studenten in de Vlaamse en Nederlandse setting betekende een meerwaarde voor het ontwikkelen van de groslijst. De kwaliteit van de richtlijnen werd door de twee studenten onafhankelijk van mekaar beoordeeld. Het reduceren van de potentiële indicatoren in een lijst met conceptindicatoren gebeurde in overleg. Beiden leerden met ‘Limesurvey’ werken. Tot slot is het extraheren van data en het uitvoeren van statistische analyse door twee onderzoekers nodig om de validiteit te verhogen en om menselijke fouten te vermijden.

VLAAMS MODEL VAN HOOGSTAANDE POSTNATALE ZORG NA ONTSLAG | Het model is een resultaat van de literatuurstudie en het delphi-onderzoek. Na uren brainstormen en overleg werden het model en bijhorende aanbevelingen uitgewerkt.

INLEIDING

Er is een wereldwijde tendens naar bevallen met kort ziekenhuisverblijf (Brown, et al., 2002). In België neemt de gemiddelde verblijfsduur van patiënten na ongecompliceerde vaginale bevalling jaarlijks af, meer bepaald van 5,3 dagen in 2000 (OECD, 2003) naar een gemiddelde verblijfsduur van 4,1 in 2011 (OECD, 2013). In het begrotingsvoorstel van de huidige federale regering-Michel werd het verder verlagen van de ligduur na de bevalling als een besparingsmaatregel voorgesteld. Deze maatregel werd door het RIZIV goedgekeurd. Door de daling in ligduur na de bevalling is bezorgdheid ontstaan over de kwaliteit van de Vlaamse postnatale zorg (KCE, 2014).

Deze duo-masterproef beoogt aan de hand van een systematische literatuurstudie een antwoord te bieden op de vraag wat kwalitatief hoogstaande postnatale zorg inhoudt vanaf ontslag uit het ziekenhuis (onderzoeksvraag 1).

De postnatale thuiszorg in Vlaanderen is momenteel erg versnipperd. Er zijn grote verschillen van regio tot regio. Uit een recent verschenen rapport van het KCE (2014) blijkt dat, om een goed georganiseerd systeem van postnatale zorg te kunnen opbouwen en behouden, het cruciaal is om evaluatiemechanismen voor de zorgkwaliteit in te voeren. Eén van de tien hoofdaanbevelingen in het rapport stelt dat er kwaliteitscriteria moeten vastgelegd worden voor postnatale thuiszorg op basis van klinische praktijkrichtlijnen.

Het tweede deel van deze masterproef wil een antwoord bieden op de vraag van het KCE, door kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor postnatale zorg vanaf ontslag uit het ziekenhuis (onderzoeksvraag 2). Deze kwaliteitsindicatoren zijn het resultaat van eerder vermeld literatuuronderzoek en van analyse van richtlijnen en (beleids)documenten. De conceptindicatoren worden in een Delphi-procedure aangeboden aan een experten-panel.

Na het bekomen van definitieve kwaliteitsindicatoren, wordt een Vlaams model voor postnatale zorg vanaf ontslag uit het ziekenhuis voorgesteld, rekening houdend met de bestaande zorg en de tendens in het verkorten van de ligduur.

DEEL 1

ORGANISATIE VAN DE POSTNATALE

ZORG IN VLAANDEREN

1. DEFINIERING EN AFBAKENING VAN BEGRIPPEN

POSTPARTUM / POSTNATALE PERIODE

De postpartumperiode of het puerperium kan gedefinieerd worden als de periode die begint onmiddellijk na de geboorte van de baby en tot zes weken (of 42 dagen) na de geboorte duurt. Dit wordt als de meest kritische periode beschouwd (WHO, 2010). Het postpartum wordt gekenmerkt door een aantal fysiologische veranderingen bij moeder en baby, waarbij het moederlichaam terugkeert naar een niet-zwangere toestand en de baby zich aanpast aan het leven buiten de baarmoeder. In enge zin spreekt men over de eerste tien dagen postpartum. Het postpartum kan verder opgedeeld worden in drie periodes: het onmiddellijke postpartum (de eerste 24 uur), het vroege postpartum (de periode van dag twee tot dag zeven) en het late postpartum (de periode van dag acht tot dag 42) (WHO, 2010) (NICE, 2006). De term ‘postpartum’ verwijst meestal naar het herstel van de moeder na de bevalling, terwijl de term ‘postnataal’ verwijst naar de eerste zes weken van de neonat (WHO, 2010). Naar analogie met de definities van de WHO wordt in dit werk de term postnataal zowel voor moeder als baby gebruikt.

POSTNATALE ZORG

Postnatale zorg kan starten na zowel een ziekenhuis- als een thuisbevalling of een bevalling in een geboortehuis en kan dus gezien worden als een totaalpakket aan zorgen bestaande uit medische en niet-medische zorgverlening. Dit kan zowel thuis als in de kraamafdeling van een ziekenhuis.

De **medische zorgverlening** en begeleiding kan verleend worden door de gynaecoloog, pediater/ neonatoloog, vroedvrouw en/ of huisarts en verpleegkundigen en artsen van kind en gezin. De **niet-medische zorgverlening** wordt in de praktijk ook wel kraamhulp genoemd en wordt verleend door een kraamverzorgende.

2. ORGANISATIES BINNEN DE VLAAMSE KRAAMZORG

2.1. KRAAMZORGINSTELLINGEN

2.1.1. Definities

In Vlaanderen werken kraamverzorgenden geïntegreerd binnen kraamcentra die onderdeel zijn van de diensten voor gezinszorg.

KRAAMZORG

In art.1 van het besluit van 11 februari 2003 van de Vlaamse regering betreffende de integratie van kraamcentra binnen diensten voor gezinszorg wordt kraamzorg gedefinieerd als *“de totaliteit van zorgen, waaronder ondersteunende hulp op hygiënisch-verzorgend, huishoudelijk en psychosociaal vlak, die voor de pas bevallen moeder, haar kind en eventueel haar gezin moeten worden voorzien in de periode van gemiddeld tien dagen, die volgt op de bevalling en die de moeder nodig heeft om fysiek en psychisch weer op krachten te komen.”* Binnen de literatuurstudie wordt de term ‘niet-medische postnatale zorg’ gebruikt om de hierboven beschreven ‘kraamzorg’ te aan te geven.

KRAAMCENTRUM

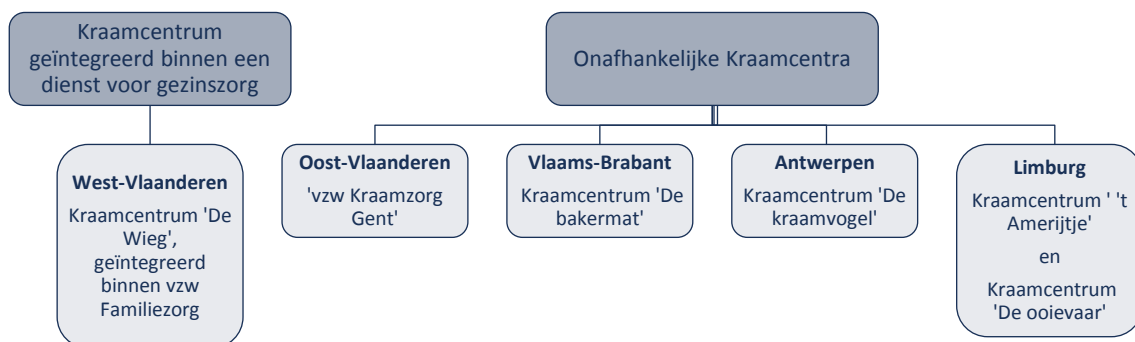
In art.1 van het besluit van 17 januari 2003 van de Vlaamse regering betreffende de integratie van kraamcentra binnen diensten voor gezinszorg wordt een kraamcentrum gedefinieerd als ‘een dienst die kraamzorg aanbiedt’.

2.1.2. Historiek kraamcentra

Halfweg de jaren '40 zag de kraamzorg in Vlaanderen het levenslicht. Zo bood familiezorg West-Vlaanderen vzw reeds thuiszorg aan jonge gezinnen met kinderen (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007). Moeders van grote gezinnen (en vooral kwetsbare gezinnen) hadden ondersteuning nodig vooral in de periode van zwangerschap en in de eerste zes weken volgend op de bevalling.

In de jaren '80 zijn een aantal onafhankelijke kraamcentra ontstaan vanuit privé-initiatieven. De ligduur na de bevalling daalde sterk in deze periode, van 10 dagen in de jaren '70 naar acht dagen in de jaren '80, waardoor de vraag naar kraamzorg thuis steeg.

De kraamverzorgenden in dienst van de kraamcentra waren jarenlang werkzaam onder précaire werknemersstatuten, zogenaamde D.A.C.- statuten (derde arbeiderscircuit), BTK (Bijzonder Tijdelijk Kader) en Weerwerk. Concreet betekende dit voor de kraamcentra dat ze niet konden rekenen op werkingssubsidies. Vlaanderen kende in deze periode vijf onafhankelijke kraamcentra en één kraamcentrum geïntegreerd binnen een dienst voor gezinszorg, namelijk vzw Familiezorg in West-Vlaanderen (Beeckman, 2004). Figuur 1 geeft een overzicht.



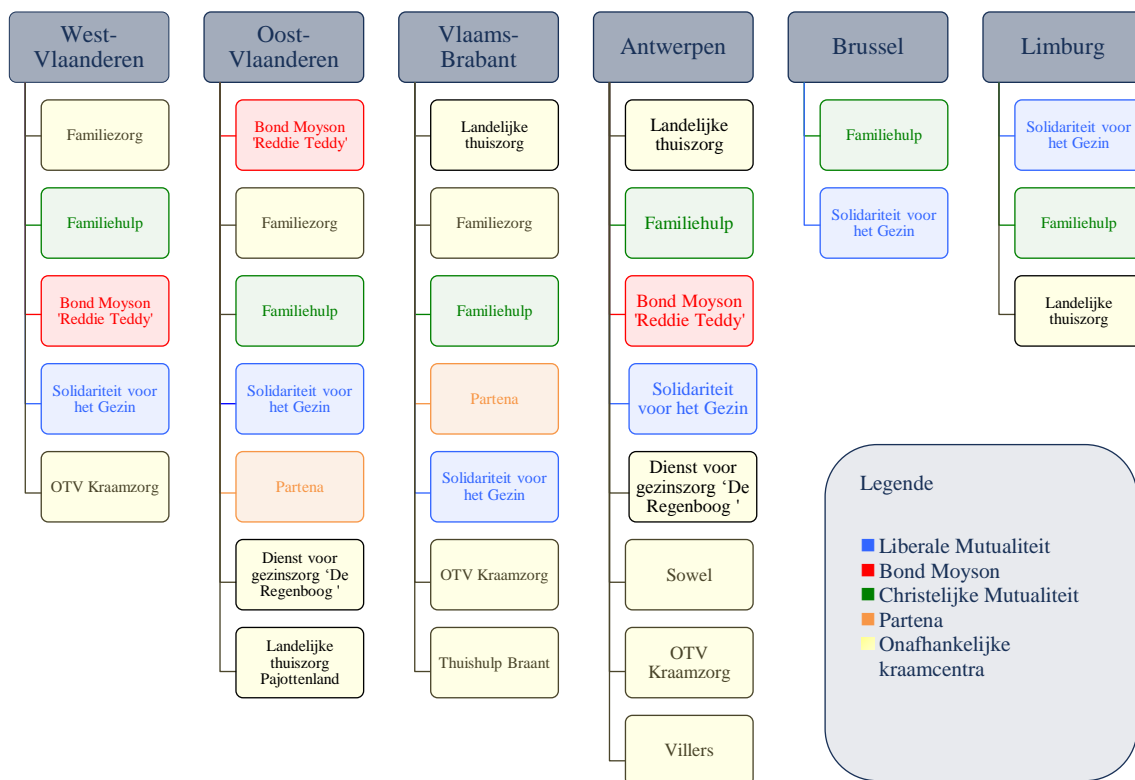
FIGUUR 1 VLAAMSE KRAAMCENTRA IN DE JAREN '80

In art. 3 van het decreet van 1999 van de Vlaamse regering betreffende aanvullende subsidies voor de tewerkstelling in de culturele sector, werd beslist om tewerkstellingsprojecten die vielen onder DAC-statuten te regulariseren, waardoor voor de werknemers die binnen deze précaire werknemersstatuten werkten, een oplossing werd geboden. Concreet betekende dit de omzetting in reguliere personeelssubsidies aan organisaties. Om het statuut van de werknemers in de Vlaamse gezondheidssector verder te optimaliseren, werden in 2000 de Vlaamse Intersectorale Akkoorden (VIA) opgesteld voor de social- profitsector (Vlaamse regering, 2000). Deze akkoorden zijn ontstaan vanuit de maatschappelijke noodzaak om het beroep aantrekkelijker te maken met het oog op voldoende instroom van goed gekwalificeerd personeel.

Voor de kraamcentra betekende deze wijziging dat hun diensten vanaf 1 januari 2003 werden geïntegreerd in de diensten voor gezinszorg (Vlaamse regering, 2003). Voor de kraamverzorgenden betekende deze beslissing dat het werken binnen een dienst voor gezinszorg verbonden werd aan de diplomaveristen van verzorgende. In 2001 werden,

in afwachting van de definitieve regeling, werkingssubsidies toegekend. De vroedkundige zorg kadert sindsdien in de nomenclatuur voor verloskundige prestaties.

De thuiszorg kent in Vlaanderen vier zuilen, namelijk een Christelijke zuil (met o.a. Familiehulp, Familiezorg en de Landelijke thuiszorg), een Liberale zuil (met Solidariteit voor het Gezin), een Socialistische zuil (met Bond Moyson) en een Onafhankelijke zuil (met Onafhankelijke Thuiszorg Verenigingen en Partena). Figuur 2 geeft een overzicht van de huidige grote erkende aanbieders van kraamzorg in Vlaanderen¹.



FIGUUR 2 GROTE ERKENDE AANBIEDERS VAN KRAAMZORG IN VLAANDEREN 2014

WERKING KRAAMCENTRA

Er zijn grote verschillen in het pakket van aangeboden diensten en uren van de kraamcentra. Zo zijn er verschillen in duur en hoeveelheid van het urenpakket (van één maand tot drie maanden en het aantal uren kan variëren van 30 tot 80 uur), de aangeboden zorgen (niet-medische kraamzorg en/ of medische kraamzorg verzorgd

¹ Enkel de grotere diensten voor Gezinszorg erkend door het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid zijn in dit overzicht opgenomen. Dit overzicht kwam tot stand aan de hand van informatie ter beschikking gesteld op de websites van de Expertisecentra Kraamzorg.

door vroedvrouwen in loondienst) en de periode van kraamzorg (meestal enkel postnataal, soms ook reeds prenataal bij risicozwangerschappen).

De bijdrage voor kraamzorg is dezelfde als die voor gezinszorg en wordt berekend volgens de wettelijke barema's aan de hand van het gezamenlijk netto-maandinkomen en de gezinssituatie (aantal personen ten laste), het soort hulp (eenling of meerlingenhulp) en werd momenteel vastgesteld op maximum 7,5 euro per gepresteerd uur gezinszorg. Het staat kraamcentra echter vrij om een hogere bijdrage te vragen. Als de gebruiker een OMNIO- of WIGW²-statuut heeft of recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming, wordt de forfaitaire bijdrage verlaagd naar 4,5 euro per gepresteerd uur gezinszorg (MB 16 december 2011, art.10, tot wijziging van bijlage I en bijlage II bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers en bijlage II bij het ministerieel besluit van 26 juli 2001 tot vaststelling van het bijdragesysteem voor de gebruiker van gezinszorg, BS 25 januari 2012). Sommige ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen komen tussen in de bijdrage voor een bepaalde periode al dan niet onder bepaalde voorwaarden. Hieromtrent zijn echter geen duidelijke regels opgesteld (Zorgzoeker, 2011).

2.2. DE VLAAMSE EXPERTISECENTRA KRAAMZORG

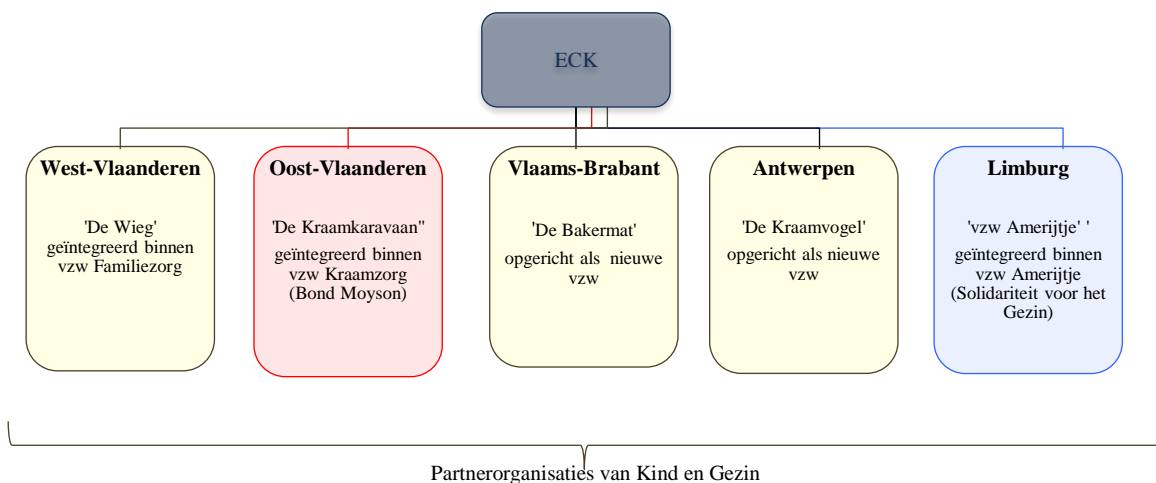
Op vraag van de onafhankelijke kraamcentra en met het besluit van de Vlaamse regering (2003) met betrekking tot de integratie van de kraamcentra in de diensten voor gezinszorg, werd tevens ook besloten om de kennis en de ervaring van de kraamcentra te valoriseren. Op 17 januari 2003 werden de Vlaamse Expertisecentra Kraamzorg opgericht met als expliciet doel de kennis en ervaring rond kraamzorg aan huis verder te ontwikkelen en te verspreiden (Kind en Gezin, sd). Als partnerorganisatie van Kind en

² OMNIO- statuut: een statuut dat ervoor zorgt dat patiënten met lage inkomsten recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming; WIGW- statuut: een statuut voor Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen.

Gezin voorzien zij ook in de inhoudelijke ondersteuning van de kraamverzorgenden binnen de diensten voor gezinshulp.

Elke Vlaamse provincie kent op dit ogenblik een eigen Expertisecentrum Kraamzorg (ECK), hoewel hun werkingsgebied de provinciale grenzen kan overschrijden.

In hun ontstaansgeschiedenis werden de Expertisecentra kraamzorg vzw 'De bakermat' in Vlaams-Brabant en 'De Kraamvogel' in Antwerpen als onafhankelijke vzw's opgericht. Expertisecentrum 'De wieg' in West-Vlaanderen werd samen met het kraamcentrum 'De Wieg' geïntegreerd binnen vzw familiezorg. 'De Kraamkaravaan' in Oost-Vlaanderen werd opgericht vanuit vzw Kraamzorg (Bond Moyson) en 'vzw Amerijtje' in Limburg voegde zich bij het kraamcentrum 'vzw Amerijtje' (Solidariteit voor het gezin). Figuur 3 geeft een overzicht van de 6 Vlaamse Expertisecentra Kraamzorg. (Picard, 2014)



FIGUUR 3 OVERZICHT VAN DE ZES VLAAMSE EXPERTISECENTRA KRAAMZORG (ECK)

Op vraag van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin gebeurde vanaf 1 januari 2010 het aansturen en financieren van de Expertisecentra Kraamzorg via een convenant. Dit gebeurt steeds voor een periode van 3 jaar (Vlaamse Gemeenschap, 2010). Dit convenant bevat het inhoudelijk kader voor de expertisecentra kraamzorg en formuleert tevens een aantal concrete resultaatsgebieden en opdrachten. Dit gebeurt op basis van de projectovereenkomsten van de afgelopen jaren. Met het BVR van 19 april 2013 houdende de toekenning van een subsidie voor de realisatie van de opdrachten uit

dit convenant, werd beslist de subsidiëring jaarlijks te herbekijken, waardoor de toekomst voor de Expertisecentra onzeker blijft.

“De Expertisecentra Kraamzorg staan in voor een kwaliteitsvolle uitvoering van de acties die tot doel hebben de kraamzorg voor zwangeren, pas bevallen moeders en hun omgeving te ondersteunen, en dit in samenwerking met en afstemming op alle betrokken actoren. De Expertisecentra Kraamzorg werken aan de realisatie van de volgende resultaatsgebieden die in overleg met Kind en Gezin worden bepaald:

- 1. het verzamelen en verspreiden van wetenschappelijke informatie en gespecialiseerde documentatie en methodieken met betrekking tot kraamzorg.*
- 2. het instaan voor welzijns- en gezondheidspromotie en vorming met betrekking tot zwangerschap, geboorte en de postpartumperiode.*
- 3. het instaan voor de bekendmaking van en het sensibiliseren rond kraamzorg;*
- 4. het instaan voor het evidence-based opleiden, vormen en bevorderen van deskundigheid via advies, ondersteuning en begeleiding.*
- 5. het vervullen van een signaalfunctie en het geven van input met het oog op beleidsvoorbereidend werk op basis van geüniformeerde registratie.*
- 6. het streven naar afstemming tussen de verschillende betrokken actoren en het faciliteren van netwerkvorming en samenwerking”. (Vlaamse Gemeenschap, 2010)*

2.3. KIND & GEZIN

Een andere belangrijke partner in de postnatale zorg is Kind & Gezin en haar Franstalige tegenhanger Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.). Kind & Gezin is een agentschap van de Vlaamse overheid en valt onder de bevoegdheid van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De opdracht van Kind en Gezin omvat het actief bijdragen tot het welzijn van jonge kinderen en hun gezinnen door dienstverlening op drie beleidsdomeinen: preventieve gezinsondersteuning, kinderopvang en adoptie (Kind en Gezin, sd).

Wat de preventieve gezinsondersteuning betreft, richt Kind en Gezin zich tot aanstaande ouders en tot gezinnen met kinderen tot 3 jaar, met extra aandacht voor maatschappelijk kwetsbare gezinnen. Dit omvat zowel medische, psychosociale als pedagogische

preventie.

Het postnataal aanbod van Kind en Gezin bestaat uit een kennismakingsbezoek tijdens het verblijf in de kraamafdeling of thuis (bv. na thuisbevalling) en (minstens) twee huisbezoeken door een regioverpleegkundige (als de baby twee tot drie weken oud is en een bezoek op zes weken). De focus van de huisbezoeken ligt op de groei, ontwikkeling en de opvoeding van de pasgeborene. Tijdens het eerste huisbezoek wordt tevens de gehoortest uitgevoerd. Op tien belangrijke momenten in de ontwikkeling van het kind is er een gratis consult voorzien in het consultatiebureau waarbij de groei, gezondheid en ontwikkeling verder worden opgevolgd. Tijdens bepaalde consulten kan het kind gevaccineerd worden. Moeders die borstvoeding geven, kunnen begeleiding krijgen van een regioverpleegkundige of lactatiekundige. Sedert 2004 kunnen gezinnen ook beroep doen op gezinsondersteuners. Zij maken deel uit van het regioteam en staan samen met de regioverpleegkundigen in voor de dienstverlening aan maatschappelijk kwetsbare gezinnen. (Kind en gezin, sd)

3. BETROKKEN ACTOREN BINNEN DE POSTNATALE ZORG

3.1. VROEDVROUW

De Vlaamse organisatie van vroedvrouwen (VLOV) refereert aan de internationaal aanvaarde omschrijving van de WHO betreffende de definitie van het beroep van vroedvrouw.

“A midwife is a person who, having been regularly admitted to a midwifery educational programme, duly recognised in the country in which it is located, has successfully completed the prescribed course of studies in midwifery and has acquired the requisite qualifications to be registered and / or legally licensed to practise midwifery. The midwife is recognised as a responsible and accountable professional who works in partnership with women to give the necessary support, care and advice during pregnancy, labour and the postpartum period, to conduct births on the midwife’s own responsibility and to provide care for the newborn and the infant. This care includes preventative measures, the promotion of normal birth, the detection of complications in mother and child, the accessing of medical care or other appropriate assistance and the carrying out of emergency measures. The midwife has an important task in health counselling and education, not only for the women, but also within the family and the community. This work should involve antenatal education and preparation for parenthood and may extend to women’s health, sexual or reproductive health and childcare. A midwife may practise in any setting including the home, community, hospitals, and clinics of health units.” (WHO, 2005)

In het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw wordt de vroedvrouw gezien als specialist en behoedster van de fysiologische verloskunde. Zij speelt een belangrijke rol in het begeleiden en bewaken van de fysiologie bij zwangerschap, baring en kraambed. Daarnaast wordt zij gezien als partner in een vroedkundige omgeving met een gesofistikeerde technologie. Bij afwijkingen in het normale verloop van zwangerschap, baring of kraambed werkt zij samen met de behandelende geneesheer om in team de optimale zorg te verzekeren. (Nationale Raad voor Vroedvrouwen, 2006)

Vanaf 1957 kon het diploma van vroedvrouw behaald worden na twee jaar verpleegkundig onderwijs en één jaar specialisatie in de verloskunde. Met het KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (BS, 14 november 1967, 11881) kreeg het beroep van vroedvrouw een wettelijke basis. Dit betekent dat niemand in België het beroep van vroedvrouw kan uitoefenen zonder door dit besluit erkend te zijn.

In september 1995 werd in Vlaanderen een vernieuwde autonome opleiding in de vroedkunde gestart met rechtstreekse toegang na het secundair onderwijs. Volgens het decreet van de Vlaamse regering van 13 juli 1994 betreffende de hogescholen in de Vlaamse gemeenschap (BS 13 augustus 1994, 22064) wordt deze opleiding georganiseerd binnen het studiegebied 'Gezondheidszorg' en bestaat zij uit een opleiding van één cyclus. Na drie jaar voltijds onderwijs verwerft men het diploma van vroedvrouw.

In 2002 werd een beroepsprofiel opgesteld hetgeen een belangrijke bijdrage leverde aan de wettelijke erkenning van het beroep. Op grond van dit profiel kunnen gezondheidszorgverstrekkers, directies van hogescholen en van ziekenhuizen, de federale en gewestelijke overheden en toekomstige ouders de vroedvrouw beter leren kennen en kan de vroedvrouw zich laten 'erkennen' (Nationale Raad voor Vroedvrouwen, 2006). Door recente wijzigingen aan het KB nr. 78 (zie eerder) heeft de Nationale Raad Voor Vroedvrouwen het Beroepsprofiel in 2006 opnieuw aangepast aan de nieuwe bevoegdheden die aan de vroedvrouw worden toegekend.

De vroedvrouw werkt binnen het domein van de vruchtbaarheid en de perinatale zorgverlening. Haar belangrijkste activiteiten zijn de prenatale begeleiding van zwangere vrouwen, het begeleiden van de bevalling en de postnatale begeleiding. In België neemt het ziekenhuis een centrale plaats in bij de verlening van gezondheidszorg en dus ook van perinatale zorg. Vroedvrouwen zijn in België hoofdzakelijk werkzaam in de tweede lijn. De vroedvrouw in het ziekenhuis werkt in centra voor perinatale raadplegingen, verloskamer, kraamafdeling, neonatale en gynaecologische afdeling en centra voor reproductieve geneeskunde. De vroedvrouw in het ziekenhuis kan ook instaan voor de prenatale lessen waar zij voorlichting geeft aan zwangere vrouwen en hun partner. Vaak worden deze voorlichtingsmomenten georganiseerd in samenwerking

met Kind en Gezin. Het specifiek wettelijk kader van de ziekenhuizen wordt bepaald door het KB van 7 augustus 1987 over de wet op de ziekenhuizen (BS 7 oktober 1987, 14652). In de eerstelijnszorg situeert de vroedvrouw zich als zelfstandige in de pre- en postnatale raadplegingen, bevallingen thuis, (in geboortecentra) of in het ziekenhuis, in het geven van voorlichting inzake preconceptieadvies en advies omtrent gezinsplanning en ouderschap en borstvoeding. Een beperkt aantal vroedvrouwen is werkzaam binnen de kraamcentra in dienstverband in de postnatale (en soms ook prenatale) thuiszorg.

De bedragen van medische zorg zijn wettelijk vastgelegd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) binnen de nomenclatuur voor geneeskundige verstrekkingen, meer bepaald de verloskundige verstrekkingen (RIZIV, 2014). Vanaf 2012 werden de ziekenhuis- en de thuisnomenclatuur van elkaar gescheiden. Indien de vroedvrouw is geconventioneerd, wordt tot 100% van de verstrekte zorgen terugbetaald. De verstrekkingen uitgevoerd door de vroedvrouw omvatten maximaal dertien prenatale raadplegingen, twaalf individuele en/ of collectieve voorlichtingsmomenten (fysische en psychologische voorbereiding tot de bevalling), het begeleiden van arbeid en bevalling, en twaalf verstrekkingen voor postnatale zorgen tot één jaar postpartum (eventueel uitgebreid met drie extra verstrekkingen bij verwickelingen). Op voorschrift van de arts kunnen deze postnatale raadplegingen onbeperkt worden uitgebreid tot de baby de leeftijd van één jaar bereikt. Daarnaast kan de vroedvrouw, als enige zorgverlener in België, zeven borstvoedingsraadplegingen en twee opvolgingsraadplegingen verstrekken in het geval van borstvoedingsproblemen. Verder zijn er specifieke verstrekkingen mogelijk in het geval van een miskraam. De vroedvrouw mag (een beperkt aantal) geneesmiddelen voorschrijven mits een specifieke opleiding te hebben genoten van 30 uur, krachtens het KB van 15 december 2013 tot bepaling van de nadere regels en de bijzondere kwalificatiecriteria die de houder van de beroepstitel van vroedvrouw de mogelijkheid geven geneesmiddelen voor te schrijven (BS 14 januari 2014).

VERLEENDE POSTNATALE ZORG IN BELGIË DOOR VROEDVROUWEN

Volgens het rapport van het KCE over kraamzorg (2014) steeg tussen 1996 en 2011 het aantal verstrekte zorgen door een vroedvrouw na ontslag uit het ziekenhuis van 10.000 naar 180.000. 16% van deze zorgen betreffen borstvoedingsconsultaties. Eén op drie

(toekomstige) moeders heeft een prenataal contact met een vroedvrouw, terwijl één op vier moeders postnataal beroep doet op een vroedvrouw met een gemiddeld aantal consultaties van 3,49. Slechts 18% heeft zowel voor als na de bevalling contact met een vroedvrouw. De meeste contacten vinden plaats binnen de twee weken na de bevalling. (KCE, 2014)

3.2. KRAAMVERZORGENDE

STATUUT VAN DE KRAAMVERZORGENDE

“De verzorgende personeelsleden die werken in de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, erkend door de Vlaamse overheid, dienen te beantwoorden aan de kwalificatievereisten voor het verzorgend personeel van de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg.” (BS 17 december 2009). Het beroep van kraamverzorgende kent dus in België (nog) geen eigen statuut.

STATUUT VAN DE VERZORGENDE

In de bijlage van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 1997 tot regeling van de erkenning en de subsidiëring van de centra voor integrale gezinszorg staat het statuut van de verzorgende beschreven: *“De **verzorgende** is een polyvalente basiswerker. Hij/zij maakt deel uit van een gestructureerd team dat, vanuit zijn deskundigheid, hulp- en dienstverlening verstrekt aan zorgvragers. Deze zorg omvat persoonsverzorging, huishoudelijke dienstverlening, psychologische ondersteuning, en algemene pedagogische ondersteuning van de zorgvrager. De verzorgende kan werken in de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de thuiszorg.”*

OPLEIDING TOT KRAAMVERZORGENDE

In tegenstelling tot verzorgenden hebben kraamverzorgenden in Vlaanderen geen eigen statuut. Na de opleiding personenverzorging in het bijzonder of technisch secundair onderwijs (BSO of TSO) tot verzorgende kan een zevende specialisatiejaar gevolgd worden, waarbij een keuze gemaakt wordt voor thuis- en bejaardenzorg, zorgkundige of kindverzorging. Kraamzorg is hierbinnen een keuzepakket. Niet alle verzorgenden hebben dus een module kraamzorg gevolgd.

Via volwassenenonderwijs, de VDAB, of een dienst voor gezinszorg kan de opleiding polyvalent verzorgende worden gevolgd voor plus achttienjarigen. De opleiding kan in één jaar worden afgerond en omvat 600 uur theorie en 600 uur praktijkstage en een bekwaamheidsproef. De opleiding is polyvalent, dit wil zeggen dat het hier geen specifieke opleiding tot kraamverzorgende betreft (Vlaamse overheid, 2013). Sommige diensten voor gezinszorg voorzien wel in een module kraamzorg binnen de opleiding tot polyvalent verzorgende (Beeckman, 2004).

De Expertisecentra Kraamzorg voorzien in een basiscursus kraamzorg die beschikbaar wordt gesteld aan de diensten voor gezinszorg voor de interne opleiding van verzorgenden tot kraamverzorgenden en adviseren een minimum opleidingsduur van 30 uur. De expertisecentra Kraamzorg adviseren bovendien dat kraamverzorgenden een individuele opleiding op maat ontvangen bij aanvang van hun werkzaamheden en een permanente vorming van 20u/ jaar krijgen. (Picard, 2014) De kraamcentra zijn echter vrij in het al dan niet aankopen van het cursusmateriaal en in het gebruiken van de adviezen omtrent de organisatie van interne opleidingen. Dit resulteert bijgevolg in verschillen in de opleiding van kraamverzorgenden in Vlaanderen.

DE ROL VAN DE HEALTH CARE ASSISTANT

In België en Nederland vervullen verzorgenden een belangrijke rol in de postnatale (thuis)zorg. Ook internationaal worden verzorgenden massaal ingezet om aan de steeds toenemende zorgvraag te kunnen beantwoorden. Er is echter geen internationale consensus betreffende de titel, rol en invulling van het beroep (McKenna, et al., 2004). Om 'verzorgende' aan te duiden, werd door de jaren heen, een verschillende terminologie aangewend zoals '*health care assistant*', '*home care assistant*', '*maternity care assistant*', maar ook '*nursing assistant*', '*clinical support worker*', etc. Het verschil in terminologie zorgt niet alleen voor verwarring, maar roept vragen op bij de kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid (McKenna, et al., 2004). In de internationale literatuur wordt meestal de term '*health care assistant*' gebruikt.

3.3. LACTATIEKUNDIGE

Lactatiekundigen zijn specialisten in het begeleiden van borstvoeding en kunnen advies geven aan ouders en zorgverleners die problemen ervaren of verwachten bij de borstvoeding. Volgens de Belgische Vereniging van Lactatiekundigen wordt een onderscheid gemaakt tussen lactatiekundige en IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant).

Lactatiekundigen hebben het **postgraduaat lactatiekunde** gevolgd en het getuigschrift behaald. Voorwaarde voor het volgen van de opleiding is dat de zorgverlener beschikt over minstens één jaar professionele ervaring in de moeder- en kindzorg. Met andere woorden, de opleiding is zowel toegankelijk voor vroedvrouwen, verpleegkundigen, artsen, kraamverzorgenden als voor andere professionele zorgverleners.

IBCLC's zijn geslaagd voor het internationaal examen georganiseerd door het IBLCE (International Board of Lactation Consultant Examinators), een initiatief van het ILCA (International lactation consultant association) en hebben bijgevolg het certificaat IBCLC behaald. De postgraduaatopleiding wordt doorgaans beschouwd als een voorbereiding op het examen tot IBCLC. Om de titel te behouden is de IBCLC verplicht bijscholingspunten te verwerven en/ of opnieuw examen te doen (Belgische Vereniging voor Lactatiekundigen).

Er is op dit ogenblik geen beroepsprofiel voor de lactatiekundige opgesteld in België. Er zijn twee documenten waarin zijn/ haar rolverdeling zijn vastgelegd. Dit zijn vooreerst het Beroepsprofiel voor de lactatiekundige, uitgegeven door de Nederlandse Vereniging voor Lactatiekundigen (Nederlandse Vereniging voor lactatiekundigen, 2004) en verder de position paper die werd gepubliceerd door de International Lactation Consultant Association (International Lactation Consultant Association, 2011). De lactatiekundige is niet erkend door het RIZIV, zodat er geen nomenclatuur is voorzien voor het verlenen van lactatiekundige zorgen. Vele lactatiekundigen zijn echter ook vroedvrouw van opleiding en gebruiken bijgevolg de nomenclatuur voor borstvoedingsbegeleiding voorzien voor vroedvrouwen (Belgische vereniging van lactatiekundigen vzw, sd).

3.4. HUISARTS

Tijdens de afgelopen decennia is het aantal huisartsen dat actief is in de verloskunde in Vlaanderen sterk afgenomen (Seuntjens, et al., 2006). Wel worden huisartsen nog vaak geconsulteerd voor het vaststellen van een zwangerschap, voor miskraam en allerlei problemen tijdens de zwangerschap en tijdens de kraambedperiode. Op basis van cijfers uit de bevolkingsstatistieken kan men concluderen dat een Vlaamse huisarts jaarlijks gemiddeld bijna dertien zwangere vrouwen in zijn praktijk heeft (Seuntjens, et al., 2006).

3.5. GYNAECOLOOG

In theorie staan vroedvrouwen in voor de medische zorgen met betrekking tot de fysiologische zwangerschap, baring en kraambed en staan gynaecologen in voor de medische zorgen met betrekking tot pathologie. In de praktijk is de zorg, verstrekt door gynaecologen, zowel voor fysiologie als voor pathologie. Verder verstrekken zij in de postpartumperiode aanvullende medische zorgen bij complicaties zoals postpartuminfectie, mastitis en gynaecologische aandoeningen. Zes weken na de bevalling voorzien zij een postpartumonderzoek dat bestaat uit een lichamelijk onderzoek en anticonceptieadvies.

3.6. PEDIATER/ NEONATOLOOG

Een pediater is een arts gespecialiseerd in de opvolging van de ontwikkeling van kinderen en jongeren en de preventie en diagnose, behandeling en het onderzoek van bij hen voorkomende ziekten. Een neonatoloog heeft zich binnen de kindergeneeskunde verder gespecialiseerd in de medische zorg voor zieke of vroeggeboren baby's. Beide spelen een belangrijke rol in de postnatale zorg.

3.7. MANTELZORG

Pas bevallen moeders hebben naast professionele ondersteuning ook meestal een grote behoefte aan ondersteuning vanuit de eigen omgeving. De partner en andere familieleden, met in het bijzonder de moeder van de kraamvrouw, vervullen hierbij een belangrijke rol. Deze ondersteuning bestaat uit zowel praktische hulp bij de verzorging van de baby en eventuele andere kinderen en hulp bij het huishouden. Ze bestaat daarnaast uit het ondersteunen van de kraamvrouw bij het geven van borstvoeding en het waken over haar emotioneel welbevinden. In de huidige samenleving is deze steun vaak beperkt. De vader van de baby krijgt in België tien dagen vaderschapsverlof, grootouders zijn vaak nog actief op de arbeidsmarkt waardoor zij niet altijd beschikbaar zijn en de afstanden tussen familieleden en de moeders zijn soms groot.

3.8. PEERSUPPORT

Vuistregel tien van de BFHI-richtlijnen stelt dat er borstvoedingsbegeleidingsgroepen (moedergroepen) gevormd worden en dat vrouwen bij het beëindigen van de zorg naar deze groepen kunnen verwezen worden (BFI, 2013). In Vlaanderen bestaan enkele initiatieven waarbij moedergroepen worden geleid door ervaringsdeskundige moeders zoals ‘MamAditi’, ‘mamacafé vzw’, moedergroepen ingericht door de borstvoedingsorganisaties La Leche league, vzw borstvoeding, etc.

Peersupport stelt zich niet enkel tot doel om de borstvoeding te gaan ondersteunen, maar is vaak ook gericht op het bieden van perinatale ondersteuning bij kwetsbare groepen. Enkele bekende initiatieven zijn het ‘Perinataal Antwerps Netwerk Zwangerschap in Armoede’ (Panza) in Antwerpen en ‘buddy bij de wieg’ gefinancierd door het Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Bij dit laatste project worden o.a. studenten vroedkunde en sociaal werk ingezet om kansarme gezinnen te ondersteunen. Ze begeleiden moeders tijdens de periode van zwangerschap, bevalling, kraambed en tijdens het eerste levensjaar van het kind.

DEEL 2
LITERATUURSTUDIE

1. METHODOLOGIE

1.1. ONDERZOEKSVRAAG EN FOCUS

Deze literatuurstudie zoekt een antwoord op de vraag: **‘wat houdt kwalitatief hoogstaande postnatale zorg, vanaf ontslag in?’** Dit houdt in:

- De minimale ontslagcriteria in kaart brengen, opdat postnatale zorg vanaf ontslag op een uniforme manier kan georganiseerd worden. (1)
- De invloed van de ligduur na de bevalling op verschillende outcomes (‘Length of stay’ (LOS)). (2)
- De optimale organisatie van postnatale zorg vanaf ontslag ? (3)
- De voorwaarden waaraan de inhoud van postnatale zorg dient te voldoen? (4)

Binnen de literatuurstudie wordt de nadruk gelegd op volgende outcomes:

- fysieke en mentale toestand van de moeder,
- fysieke toestand van de baby,
- tevredenheid en perceptie van de moeder,
- borstvoeding.

Het uiteindelijke doel van deze literatuurstudie is bij te dragen aan het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor postnatale zorg vanaf ontslag.

De focus ligt in deze scriptie op het normale verloop van de postnatale periode volgend op een ongecompliceerde bevalling, ongeacht de plaats van bevallen. Deze periode vangt aan op het moment dat moeder en kind de kraamkliniek verlaten, of start bij de overdracht van perinatale naar postnatale zorg. De postnatale periode omvat de fysiologische evolutie van het kraambed zoals de heling van het perineum en/ of navel, de involutie en bloedverlies van de baarmoeder, borstvoeding, emotionele toestand van de moeder, icterus etc. Het gebruik van epidurale verdoving en inductie van de baring worden hier niet gezien als complicaties. Verder beperken we ons tot de gezonde atermee neonaat, geboren na een zwangerschapsduur van ten minste 37 weken en voor de 43^{ste} zwangerschapsweek met een normaal geboortegewicht van minstens 2500g (volgens de definitie van de WHO).

1.2. IN- EN EXCLUSIECRITERIA

Deze literatuurstudie richt zich op **landen** met een zeer hoge ontwikkelingsgraad (Human Development Index, (HDI)).

De **taal** in de studies werd beperkt tot Nederlands, Engels en Frans.

Het **jaartal** van de publicaties werd gelimiteerd tot twintig jaar terug. Begin de jaren '90 daalde het aantal ligdagen na bevallingen, waardoor de organisatie en structuur van de postnatale zorg diende te evolueren. Deze evolutie naar kort ziekenhuisverblijf verliep in de verschillende geïndustrialiseerde landen anders. Door twee decennia terug te gaan, is het mogelijk een breder beeld te krijgen van de evolutie en organisatie van postnatale zorg. Verder teruggaan in de tijd is weinig zinvol aangezien de organisatie voorheen, met een langere ligduur, voor deze masterproef niet relevant is. Literatuur werd geïnccludeerd, indien gepubliceerd tussen januari 1994 en één december 2014.

Om op de onderzoeksvraag een antwoord te kunnen bieden, zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve studies geïnccludeerd. Kosteneffectiviteitsonderzoek werd geëxcludeerd, het biedt immers geen antwoord op de onderzoeksvraag.

De publicaties dienden voorzien te zijn van een **abstract** en de **full-text** moest beschikbaar zijn via Universiteit Gent.

Er werd gezocht in de wetenschappelijke **databanken** PubMed, Web of Science en CINAHL.

In PubMed, Web of Science en CINAHL werd gezocht met de volgende zoekfilter:
(("quality" OR "satisfaction" OR "short hospital stay") AND ("maternity assistant" OR "maternity assistants" OR "maternity assistance" OR "maternity care assistant" OR "maternity care assistants" OR "maternity care assistance" OR "midwifery health care assistant" OR "midwifery health care assistants" OR "midwifery health care assistance")) OR (("postnatal" OR "postpartum") AND ("home") AND ("care"))).

Zoals blijkt uit bovenstaande zoekfilter werden er ruime criteria gehanteerd voor de titel van 'kraamverzorgende'. Deze zoekmethode leverde op 1 januari 2014, 1484 resultaten op in PubMed, 684 in Web of Science en 741 in CINAHL. Na screening op publicatiedatum en taal, de aanwezigheid van een abstract en full-text, en na screening van de titel en abstract werden 52 publicaties weerhouden in PubMed, 47 in Web of Science en 18 in CINAHL. Vanaf 1 januari 2014 tot 1 december 2014 werd Pubmed

wekelijks gecontroleerd op nieuwe publicaties.

Om te kunnen beschikken over Nederlandstalige literatuur, rapporten, scripties en beleidsdocumenten werd grijze literatuur geïnccludeerd en snowball toegepast.

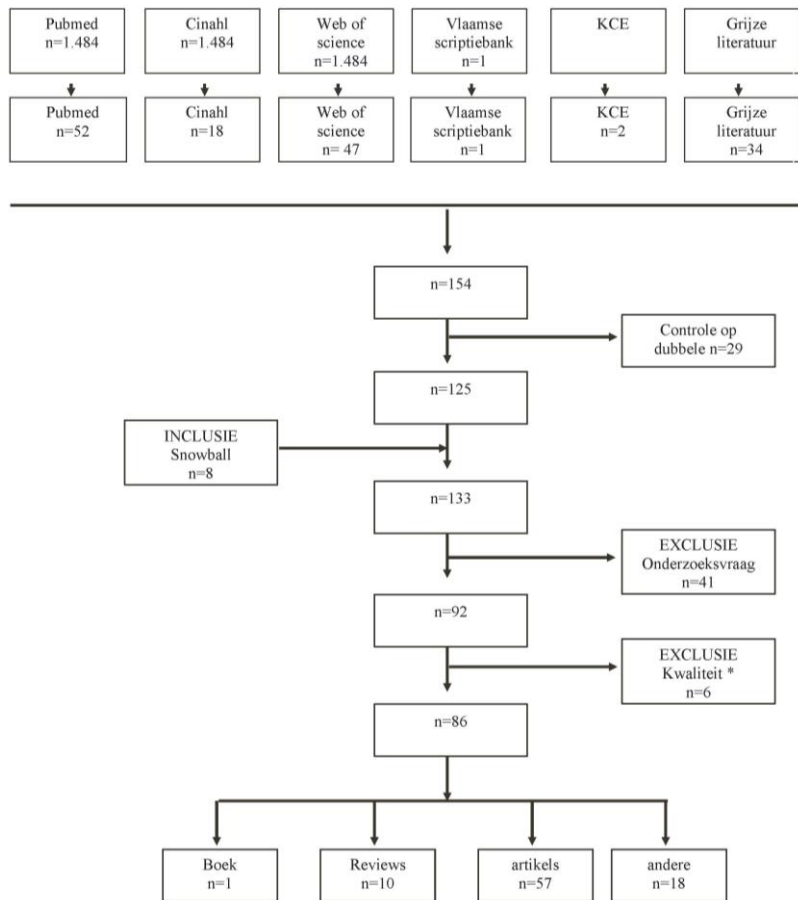
In **Google Scholar** en de databank van het **Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE)** werd naast de huidige zoekfilter nog een tweede Nederlandstalige zoekfilter gebruikt, namelijk:

‘(kraamzorg OR kraamverzorgende) AND (kwaliteit OR beroepsprofiel)’.

De databank van het KCE leverde twee rapporten op. Een zoektocht in de **grijze literatuur** resulteerde in 34 extra artikels en (beleids)documenten.

De **Vlaamse scriptiebank** werd doorzocht en dit leverde één relevante masterproef op over kraamzorg in Vlaanderen.

Via **snowball** werden uiteindelijk 6 extra artikels en 2 reviews toegevoegd aan de literatuurstudie. Na controle op dubbele artikels werden nog 133 publicaties weerhouden in de literatuurstudie. De resultaten worden weergegeven in figuur 4.



FIGUUR 4 FLOWCHART VAN DE ZOEKSTRATEGIE

Er werden inclusiecriteria opgesteld om relevante publicaties te bekomen met betrekking tot de onderzoeksvraag. De onderzoekers beoordeelden de publicaties onafhankelijk van elkaar. Publicaties werden geïncludeerd indien ze voldeden aan volgende inclusiecriteria:

- de publicatie is relevant voor de onderzoeksvraag, (postnatale zorg binnen een instelling, ziekenhuis of niet vergelijkbaar gezondheidssysteem werd geëxcludeerd)
- Ook de zorg door vroedvrouwen, verpleegkundigen en gezondheidsmedewerkers werd geïncludeerd teneinde een zo breed mogelijk beeld te krijgen van postpartumzorg. Daarbij wordt zowel op de medische als niet-medische kraamzorg gefocust.

41 publicaties werden alsnog geëxcludeerd op basis van deze criteria.

1.3. KWALITEITSBEOORDELING

De wetenschappelijke artikels en reviews werden vervolgens door de twee studenten, onafhankelijk van elkaar, beoordeeld op kwaliteit. Hiervoor werden de checklists van het ‘Critical Appraisal Skills Programme’ (CASP) gebruikt (University of South Australia, 2011). De artikels en reviews werden geclassificeerd volgens high- moderate- low (tabel 1).

TABEL 1 BEOORDELING CASP

High	Moderate	Low
Relevante onderzoeksvraag, correcte methode voor de onderzoeksvraag, zeer weinig tot geen methodologische beperkingen	Er zijn enkele methodologische beperkingen, maar deze beïnvloeden de resultaten slechts minimaal	De publicatie dient met de nodige voorzichtigheid gebruikt te worden. Er zijn ernstige methodologische beperkingen

Na kwaliteitsbeoordeling werden nog zes publicaties geëxcludeerd. Deze onderzoeken waren: Bick & Bastos (2012), Gözum & Kiliç (2005), Nielsen & Wambach (2003), Reeve et al. (1998), Thompson et al. (2000) en Yaffe et al. (2001). Uiteindelijk werden 86 documenten verwerkt in deze literatuurstudie, namelijk 57 wetenschappelijke publicaties, 10 reviews, één boek en 18 andere documenten (o.a. scripties en (beleids-)documenten). Een overzicht van deze kwaliteitsbeoordeling is weergegeven in bijlage 2.

1.4. HET EXTRAHEREN VAN DE DATA

De weerhouden publicaties werden d.m.v. evidencietabellen gestructureerd volgens onderwerp. Er werd een indeling gemaakt op basis van methode, design, steekproef, setting, interventie, outcomes en resultaten. Deze indeling is gebaseerd op de aanbevelingen die terug te vinden zijn in ‘Evidence-Based Clinical practice in Nursing

and Health care' (Pearson, et al., 2009). De evidentietabellen zijn weergegeven in bijlage 1.

2. RESULTATEN

2.1. DALING IN 'LENGTH OF STAY' (LOS) CREËERT NIEUWE

ZORGVRAAG

De evolutie naar kort ziekenhuisverblijf is een tendens die in de internationale literatuur wordt teruggevonden in bijna alle OESO-landen⁴. Het aantal ligdagen volgend op een ongecompliceerde bevalling was gemiddeld drie dagen in 2011, variërend van minder dan twee dagen in o.a. Mexico, Turkije, Verenigd Koninkrijk, Canada, Nieuw Zeeland en IJsland, tot een verblijf van meer dan vijf dagen in Hongarije en Slovaakse (OECD, 2013). De LOS nam sedert 1980 sterk af (OECD, 2001). In onze buurlanden varieert het gemiddelde verblijf tussen 4,2 dagen in Frankrijk, 3,1 dagen in Duitsland en 2 dagen in Nederland.

In de jaren '70 verbleef de Belgische kraamvrouw na de bevalling gemiddeld ongeveer 10 dagen in het ziekenhuis. Eind de jaren '80 was dit aantal teruggedrongen tot 8 dagen. In 1991 was dit nog 6,9 dagen terwijl de gemiddelde verblijfsduur in 1995 verder daalde tot 5,5 dagen met een gemiddelde

TABEL 2 KWALITEITSBEOORDELING LOS

DALING VAN LOS NA NORMALE BEVALLING ³		
Bron	Methodologie	KWALITEIT
REDENEN VAN DALING IN LOS		
(Van Kelst, et al., 2002)	Quasi-experimenteel	M
VOORDELEN VAN VROEGTIJDIG ONTSLAG		
(Friedman & Spitzer, 2004)	Narratieve review	L
(Paavilainen & Astedt-Kurki, 1997)	Kwalitatief	M
POTENTIËLE RISICO'S, NADELEN EN PERCEPTIE VAN VROEGTIJDIG ONTSLAG		
(Brumfield, et al., 1996)	Cohort	H
(Ellberg, et al., 2008)	Cross-sectioneel	M
(Friedman & Spitzer, 2004)	Narratieve review	L
(KCE, 2014)	Kwalitatief	H
(Meikle, et al., 1998)	Cohort	H
(Straczek, et al., 2008)	Prevalentiestudie	H
GEVOLGEN VAN VERKORTE LOS		
(Brown, et al., 2009)	Cochrane Review	H
(Gazmararian, et al., 1997)	Cross-sectioneel	M
(Lee, et al., 1995)	Cross-sectioneel	H
(Van Kelst, et al., 2002)	Quasi-experimenteel	M
GEVOLGEN VAN LOS OP BORSTVOEDING		
(Bernstein, et al., 2007)	Cohort	M
(Boulvain, et al., 2004)	RCT	H
(Britton, et al., 2002)	Cohort	H
(Gazmararian, et al., 1997)	Cross-sectioneel	M
(Madden, et al., 2004)	Interrupted times series	H
(McLachlan, et al., 2009)	Kwalitatief	M
(O'Leary-Quinn, et al., 1997)	Case control	L
(Sheehan, et al., 2006)	Cohort	H
TUdstip ontslag bij een ongecompliceerde bevalling		
(KCE, 2014)	Kwalitatief	H
(AAP & ACOG, 2012)	Boek	/
OP NAAR EEN GEÏNDIVIDUALISEERDE LOS		
(KCE, 2014)	Kwalitatief	H
(Bernstein, et al., 2007)	Cohort	M
(Forster, et al., 2008)	Kwalitatief	H
(Straczek, et al., 2008)	Prevalentiestudie	H

³ Bijlage2 geeft een gedetailleerde kwaliteitsbeoordeling van de geïnccludeerde onderzoekartikels.

⁴ OESO = Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling

verblijfsduur van 5 dagen. (Van Kelst, et al., 2002) In België neemt de gemiddelde verblijfsduur van patiënten na niet-gecompliceerde vaginale bevalling jaarlijks af, meer bepaald van 5,3 dagen in 2000 (OECD, 2003) naar een gemiddelde verblijfsduur van 4,1 in 2011 (OECD, 2013). Tabel 2 geeft een overzicht van de literatuur besproken in dit hoofdstuk.

2.1.1. Redenen van daling in LOS

De impulsen die kunnen leiden tot een vervroegd postpartumontslag zijn tweërlei: enerzijds economisch en anderzijds vanuit de zorgvrager zelf. Economische impulsen zijn de voornaamste. De toegenomen financiële druk op het gezondheidssysteem ligt aan de basis hiervan. De impulsen komend vanuit de zorgvrager zelf hebben te maken met de eigen voorkeur voor vroeg ontslag. De achterliggende redenen hiervoor zijn niet duidelijk en hierover is weinig onderzoek bekend. (Van Kelst, et al., 2002)

2.1.2. Voordelen van vroegtijdig ontslag

De-medicalisering en dus een korter verblijf in het ziekenhuis, leidt tot een positievere ervaring voor het gezin. Een comfortabele, ontspannen thuisomgeving zorgt immers voor een hogere kans op succes wat borstvoeding en moeder-kind binding betreft. Indien gecombineerd met een huisbezoek door een verpleegkundige en een vroegtijdige medische follow-up, kan een vroegtijdig ontslag een meer gewenste en veilige optie betekenen, vooral voor hoog opgeleide ouders die reeds kinderen hebben. (Friedman & Spitzer, 2004)

Voor deze argumenten wordt binnen de narratieve literatuurstudie van Friedman & Spitzer echter geen bronvermelding aangegeven. Deze argumenten kunnen bijgevolg hoogstens beschouwd worden als expert opinion.

Uit de literatuurstudie van Paavilainen & Astedt-Kurki (1997) komen een aantal voordelen van vroegtijdig ontslag naar voor. Bij moeders die kiezen voor een verblijf in het ziekenhuis van zes uur tot 24 uur postnataal zijn er geen verschillen in gezondheid van moeder en kind, het postnataal herstel van de moeder en het starten met borstvoeding, in vergelijking met moeders die vier tot vijf dagen in het ziekenhuis

verblijven. Verder komen er bij moeders die ervoor kiezen om vroegtijdig naar huis te gaan, minder fysieke problemen en depressie voor. Doordat de moeder sneller thuis is, is er minder jaloezie van de andere kinderen ten opzichte van de baby en zijn ze blij dat ze de nieuwe baby sneller leren kennen. (Paavilainen & Astedt-Kurki, 1997)

Verder onderzoek richt zich op de potentiële risico's, nadelen en perceptie van vroegtijdig ontslag.

2.1.3. Potentiële risico's, nadelen en perceptie van vroegtijdig ontslag

Uit een recente kwalitatieve studie van het KCE (2014) blijkt dat zorgverleners vrezen dat, wanneer de LOS verder blijft dalen, medische problemen niet tijdig zullen worden gedetecteerd (vb. bilirubinemie) en dat ze opnieuw zullen opduiken. Dit zou volgens de zorgverleners kunnen leiden tot meer heropnames van pasgeborenen. Bovendien vrezen ze dat pasgeborenen tussen de mazen van het net doorglippen voor wat betreft postnatale screening en dat moeders vroegtijdig stoppen met borstvoeding.

Gezondheid van de neonaat | Zelfs wanneer moeder en baby niet geconfronteerd worden met complicaties tijdens zwangerschap, arbeid, bevalling en het vroege postpartum, moet er rekening worden gehouden met de fysiologische aanpassingsmechanismen van de baby. Het missen van basisscreening, zoals de screening voor hyperbilirubinemie, cardiologische aandoeningen, fenyketonurie en neonatale infecties kan problematisch zijn voor de neonaat.

Congenitale afwijkingen zijn niet altijd zichtbaar bij de geboorte (zoals hartafwijkingen bijvoorbeeld tetralogie van Fallot, transpositie van de grote vaten,...) (Friedman & Spitzer, 2004). De meeste cardiopulmonaire problemen die gerelateerd zijn aan de transitie van het uteriene naar het extra-uteriene leven, worden zichtbaar binnen de 12 uur na de geboorte. De meest gevreesde cardiologische pathologieën zijn dodelijk voor de diagnose kan worden gesteld. Er is echter geen stijging van mortaliteit ten gevolge van cardiologische pathologie bij vroegtijdig ontslag. De evolutie in prenatale screening draagt bij tot een daling van de mortaliteit ten gevolge van cardiologische pathologie, maar niet alle problemen worden gediagnosticeerd. (Straczek, et al., 2008)

Andere problemen, zoals hyperbilirubinemie en gastro-intestinale obstructies, kunnen een langere observatieperiode door een getrainde zorgverlener vereisen (AAP & ACOG, 2012).

De hoogste bilirubinewaarden komen voor 36 uur postnataal. Het voorspellen van een significante hyperbilirubinemie is veel moeilijker bij een ontslag voor 48 uur. De onset van neonatale infecties ten gevolge van groep B streptokokken (GBS) vindt in 90% van de gevallen plaats binnen de 24 uur. Indien geen intrapartum antibiotica profylaxe (IAP) wordt gegeven, is een opname van ten minste 48 uur aanbevolen. (Friedman & Spitzer, 2004)

Straczek et al. voerden in 2005 in Nancy (FR) een onderzoek naar de problemen die geanticipeerd kunnen worden bij een vroegtijdig ontslag. Binnen dit onderzoek werd vroegtijdig ontslag gedefinieerd als een ziekenhuisverblijf korter dan 48 uur. In Frankrijk bedroeg de gemiddelde ligduur, op het ogenblik van het onderzoek, na een fysiologische partus meer dan vier dagen. De onderzoekers stelden geen complicaties door foeto-maternale infecties vast tussen dag twee en dag tien. Dit is gelijklopend met de internationale literatuur. 98% van de neonaten die een foeto-maternale infectie doormaken, vertonen symptomen voor 48 uur postpartum. (Straczek, et al., 2008) Voor de baby kan dit respiratoire of vitale aandoeningen (50.7%), congenitale afwijkingen (10.4%) en meningitis (7.4%) betekenen (Meikle, et al., 1998).

In een grootschalig Zwitsers onderzoek worden volgende redenen voor neonatale heropname aangehaald: infecties (43%), voedingsproblemen (9%), icterus (8%), hartziekte (2%), andere (27%) (Ellberg, et al., 2008).

Ellberg et al. (2008) bestuderen de redenen van heropname na ontslag bij een sterk variërende verblijfsduur. De voornaamste redenen voor consultatie van de neonaat zijn: icterus, zorg voor de neonaat en hartgeruis.

Wanneer de LOS vrij te kiezen is, zijn het aantal heropnames significant minder dan bij een beperkte LOS (24 tot 48 uur) (Ellberg, et al., 2008).

Gezondheid van de moeder | Analooq aan deze problemen bij de pasgeborene, bestaan er ook bij de kraamvrouw complicaties die pas na 24 uur zichtbaar worden, zoals endometritis (AAP & ACOG, 2012). Meikle et al. (1998) en Brumfield et al. (1996) brengen de complicaties in kaart bij een ontslag binnen de 24 uur postnataal. Ellberg et al. (2008) bestuderen de redenen van heropname na ontslag bij een sterk

variërende verblijfsduur. Voor de moeder zijn de belangrijkste redenen van heropname na ontslag: endometritis (48,6%), Cholecystitis (11,4%), pre-eclampsie (5,7%), postpartumbloeding (5,7%), oedeem (5,7%) en postpartumdepressie (5,7%). Een consultatie bij de gynaecoloog gebeurt het meest voor hypertensie, koorts en infectie op de sterilisatiewonde (Brumfield, et al., 1996).

2.1.4. Gevolgen van verkorte LOS

Volgens Van kelst et al. (2002) situeren de effecten van een vroeg postpartumontslag op de kraamvrouw zich voornamelijk op het gebied van het voorkomen van maternale complicaties en heropnames, patiënttevredenheid, vermoeidheid, het risico op postnatale depressie, en kunnen ze een weerslag hebben op de borstvoeding. De voornaamste klinische outcomes van de pasgeborene waarop een vroeg ontslag zijn effect heeft, zijn: neonatale heropname, bezoek aan de spoedgevallen en medische problemen bij de baby.

Brown et al. (2009) besluiten in hun Cochrane review dat er geen significante verschillen zijn wanneer de verblijfsduur in het ziekenhuis korter is dan de standaardzorg. De vijf outcomes die in deze studie werden bestudeerd zijn: heropname van de neonaat in het ziekenhuis (op zeven dagen en op 28 dagen), maternale complicaties, depressie en borstvoedingscijfers. Zo is er geen significant verschil in het aantal moeders dat borstvoeding geeft op zes weken, 12 weken en zes maanden postpartum. Vroegtijdig ontslag varieerde tussen de 12 en 72 uur postnataal en werd omschreven als ontslag vroeger dan de standaardzorg. De standaardzorg varieerde ook sterk van onderzoek tot onderzoek van 60 uur tot vier dagen. Verder was er een substantiële variatie in de mate en intensiteit van prenatale voorbereiding en opvolging thuis door de vroedvrouw na ontslag die werd aangeboden aan de vrouwen in de interventiegroep. (Brown, et al., 2009)

Gezondheid van de neonaat | In Ontario (Canada) werd een grootschalig onderzoek gevoerd tussen 1987 en 1994, waarbij meer dan 900.000 kinderen werden geïncludeerd. De ligduur evolueerde in deze periode van 4,5 tot 2,7 dagen. Deze dalende ligduur bracht een stijging van de heropnames voor alle diagnoses van 23,4 naar 30,4 % met zich mee. Tijdens de eerste week postnataal was de belangrijkste reden voor heropname

icterus (OR 3,65). Tijdens de tweede week steeg het aantal opnames voor alle diagnoses significant (OR 1,17). Icterus telde voor 1/3 van alle opnames in de periode '87-'88 en voor de helft van alle opnames in de periode '93-'94 ($p < 0,05$). Ook waren er significant meer opnames omwille van dehydratie (OR 7,84) %. In dit onderzoek werd geen rekening gehouden met confounding factors. Zo was het borstvoedingspercentage in de periode dat het onderzoek liep sterk gestegen. Verder werd ook niet beschreven of er nog andere postnatale zorg werd ingevoerd gedurende deze periode. (Lee, et al., 1995).

Madden et al. (2004) bevestigt de hypothese over confounding factors. Ze deden een retrospectieve analyse op data verzameld tussen 1990 en 1998. In deze periode vonden twee ingrijpende gebeurtenissen plaats. In 1994 daalde de LOS significant ($p < 0,0001$) door het invoeren van een nieuw protocol. In 1996 werd de 'Newborns and Mothers Health Protection Act' ingevoerd. Hierdoor werd een significante stijging waargenomen van de LOS ($p < 0,0001$). Bij de aanvang van het onderzoek verbleef 24,5% minder dan twee dagen in het ziekenhuis, na het invoeren van het nieuwe protocol was dit 64%. Na het invoeren van de nieuwe wetgeving daalde het percentage naar 53%. Gedurende deze periode werden, aan de hand van multivariate analyse, volgende outcomes onderzocht: icterus, voedingsproblemen en neonatale heropnames. Uit de resultaten blijkt dat een lagere LOS niet resulteert in een slechtere outcome voor de neonat. Indien de daling in LOS ervoor zou zorgen dat er meer icterus en meer voedingsproblemen zouden ontstaan, dan zou dit terug dalen wanneer de LOS weer verhoogt. Dit was echter niet zo. Er zijn niet meer icterus en voedingsproblemen door een kortere LOS, ze worden echter wel vaker gediagnosticeerd door intensere follow-up thuis en in gezondheidscentra. (Madden, et al., 2004)

Ook Gazmararian et al. (1997) besluiten uit hun grootschalige studie ($n=5000$) dat een LOS van minder dan 48 uur niet significant geassocieerd is met meer maternale of neonatale heropnames. Meikle et al. ($n=4323$) bevestigen dit aan de hand van een cohortstudie voor wat de neonatale heropnames betreft. Het tijdstip van het neonataal onderzoek beïnvloedt duidelijk de heropnamecijfers. Een vroeg neonataal onderzoek had samen met thuiszorg de hoogste heropnamecijfers in de studie (OR 1,3).

Borstvoeding | De incidentie van borstvoeding op zes tot acht weken is niet gecorreleerd met een daling van LOS naar 24 tot 48 uur (O'Leary-Quinn, et al., 1997).

Een beperking in dit onderzoek is dat slechts 101 vrouwen werden geïncludeerd aan de hand van een convenience sample. Een grootschalig onderzoek van Sheehan et al. (2006) bevestigt dat (het aanbieden van) een langer ziekenhuisverblijf geen significante invloed heeft op het percentage moeders dat borstvoeding geeft vier weken postnataal. Ook uit het onderzoek van Kuan et al. (1999) blijkt dat LOS geen invloed heeft op het borstvoedingssucces. (Kuan, et al., 1999). Uit de studie van Boulvain et al. (2004) blijkt de borstvoedingsduur niet beïnvloed door LOS.

Tevredenheid | Voor wat de tevredenheid met de LOS betreft, werden twee onderzoeken bestudeerd.

In een Australisch kwalitatief onderzoek, kwam naar voor dat moeders, vooral primipara's, een verblijf van één nacht postnataal als onvoldoende beschouwen (McLachlan, et al., 2009).

In een Amerikaans onderzoek waar 63% van de moeders minstens 48 uur in het ziekenhuis verbleven, vonden iets meer dan de helft dat hun verblijf korter was dan wat zij nodig achtten. De redenen die de moeders hiervoor aangaven, waren: meer nood hebben aan rust (93,8%), zich niet goed voelen (63,4%), meer informatie nodig hebben over het zorgen voor hun baby (36,4%), meer informatie nodig hebben over zelfzorg (27,7%), een gebrek aan goede ondersteuning thuis (27,0%), nog niet vertrouwd zijn met het zorgen voor hun baby (23,6%), etc. (Gazmararian, et al., 1997).

2.1.5. Tijdstip van ontslag bij een ongecompliceerde bevalling

Eén van de aanbevelingen van het KCE (2014) luidt als volgt: *“Voorzie na een ongecompliceerde bevalling gedurende **maximaal 72 uur postnatale zorg in het ziekenhuis**, en zorg voor een naadloze transfer van het ziekenhuis naar huis door middel van een klinisch zorgpad. Garandeer vervolgens minstens gedurende een week, maar idealiter tijdens de 10 eerste dagen postnatale zorg thuis. De opvolging thuis moet georganiseerd worden vóór het ontslag uit de kraamkliniek, in overeenstemming met de individuele noden van moeder en kind.”*

In 2000 ontwikkelden en implementeerden Van kelst et al. in opdracht van de Vlaamse overheid een transmuraal klinisch pad voor bevallingen met kort ziekenhuisverblijf

(Van Kelst, et al., 2002). De voornaamste doelstelling van dit onderzoek was het uitwerken van een geïntegreerd klinisch pad voor patiënten die maximaal 72 uur postpartumzorg in het ziekenhuis verblijven en thuis verdere follow-up krijgen door een vroedvrouw. Uit de resultaten van deze studie blijkt dat een klinisch pad waarin de volledige postpartumzorg werd uitgetekend (met naadloze overgang tussen het ziekenhuis en de thuiszorg) de kwaliteit van de zorg in belangrijke mate kan verbeteren. Bevallen met kort ziekenhuisverblijf is volgens de auteurs een veilig alternatief voor het traditionele postpartumverblijf in een context waarin strikte ontslagcriteria gehanteerd worden en er een goede communicatie tussen ziekenhuis en thuiszorg is.

Volgens de AAP & ACOG (2012) kan een korter verblijf (minder dan 48 uur) voor een gezonde atermepasgeborene aangewezen zijn, maar het is daarom niet geschikt voor elke pasgeborene.

2.1.6. Op naar een geïndividualiseerde LOS...

“The hospital stay of a mother and her newborn should be long enough to allow identification of problems and to ensure that the mother is sufficiently recovered (sic) and prepared to take care of herself and her newborn at home” (AAP & ACOG, 2012)

Het KCE stelde vast dat Belgische moeders vinden dat de LOS niet gestandaardiseerd mag zijn (KCE, 2014). In een kwalitatieve studie van Forster et al. (2008) wordt aangegeven dat kraamvrouwen postnatale thuiszorg belangrijk vinden, maar dat deze de zorg in het ziekenhuis niet mag vervangen, zelfs niet wanneer deze thuiszorg gebeurt door een erkende vroedvrouw. Bijgevolg is er nood aan geïndividualiseerde zorg die rekening houdt met angsten omtrent ouderschap en de transitie naar moeder- en vaderschap. Deze zorg moet flexibel omgaan met LOS (Forster, et al., 2008). Bernstein et al. (2009) vinden dat de beslissing tot ontslag individueel bepaald moet worden (meer daarover in het volgende hoofdstuk ‘ontslagcriteria’). Straczek et al. volgen deze redenering en besluiten dat de wens van de moeder moet gerespecteerd worden (Straczek, et al., 2008).

2.2. ONTSLAGCRITERIA

Om kwaliteitsindicatoren te kunnen opstellen voor postnatale zorg vanaf ontslag, is het belangrijk universele afspraken te maken over de minimale fysieke en psychosociale toestand van de neonaat en zijn moeder.

Er is ook duidelijkheid nodig over de educatie en informatieverstrekking die reeds plaatsvond tijdens het verblijf in het ziekenhuis, onafhankelijk van de ‘Length of Stay’ (LOS). Deze universele afspraken worden beschouwd als de ontslagcriteria. Tabel 3 geeft een overzicht van de literatuur besproken in dit hoofdstuk.

TABEL 3 KWALITEITSBEOORDELING ONTSLAGCRITERIA

ONTSLAGCRITERIA ⁵		
Bron	Methodologie	KWALITEIT
(AAP & ACOG, 2012)	Boek	/
(Bernstein, et al., 2007)	Cohort	M
(Britton, et al., 2002)	Cohort	H
(Friedman & Spitzer, 2004)	Narratieve review	L
(Goulet, et al., 2007)	Case-control	H
(Straczek, et al., 2008)	Prevalentiestudie	H
(Vanhaesebrouck, et al., 2001)	Narratieve review	L
(Weiss, et al., 2004)	Cross-sectioneel	H

2.2.1. Maternale ontslagcriteria

PSYCHISCHE FACTOREN

In de ontslagcriteria van de AAP & ACOG wordt vermeld dat de postpartum LOS zo lang moet zijn opdat problemen geïdentificeerd kunnen worden. Vóór ontslag moet men er zeker van zijn dat de moeder voldoende is hersteld en voorbereid om voor zichzelf en haar pasgeborene thuis te zorgen. (AAP & ACOG, 2012). In deze ontslagcriteria staat echter niet vermeld wie dit moet evalueren.

Bernstein et al. (2007) voerden tussen 1999 en 2002 een prospectieve cohortstudie uit met 4300 moeders in 49 Amerikaanse staten, Puerto Rico en Canada. De onderzoekers konden geen correlatie aantonen tussen de LOS en het al dan ‘niet klaar zijn voor’ ontslag. Dit geldt zowel voor sectio als vaginale bevallingen. Binnen deze studie werden drie groepen bevraagd: moeders, pediaters en gynaecologen. ‘Niet klaar zijn voor

⁵ Bijlage 2 geeft een gedetailleerde kwaliteitsbeoordeling van de geïncludeerde onderzoekartikels.

ontslag' werd binnen het onderzoek gedefinieerd als 'de moeder, de gynaecoloog en/ of de pediatr gaven aan dat ze de moeder en/ of de baby niet klaar vinden voor ontslag'. De gemiddelde verblijfsduur bij een vaginale bevalling bedroeg in deze studie 46 uur. 16 tot 17% van de moeder- en kind paren voldeden aan de definitie van 'niet klaar zijn' voor ontslag. Meestal was het enkel de moeder die zich niet klaar voelde om de materniteit te verlaten (11-12%). De reden die moeders hiervoor gaven, was meestal de eigen fysieke toestand. Indien de pasgeborene als niet klaar werd beschouwd, waren voeding en nood aan medische zorgen de meest aangehaalde redenen. Dit onderzoek gaf als methodologische beperking aan dat moeders die zich niet klaar voelden voor ontslag eerder geneigd zullen zijn deel te nemen aan de studie, omdat ze op deze manier hun argumenten kunnen geven waarom ze nog niet klaar zijn voor ontslag. (Bernstein, et al., 2007)

Bijgevolg moet de beslissing aangaande ontslag samen worden genomen door de moeder, de pediatr en de gynaecoloog/verloskundige; er is geen sprake van 'one size fits all'. Of de moeder zich klaar voelt voor ontslag hangt volgens Bernstein et al. (2007) af van verschillende factoren; deze beslissing is contextueel en subjectief. Na controle voor confounding factors werden moeder en kind vaker als 'niet klaar voor ontslag' beschouwd wanneer er een chronische aandoening aanwezig was in de anamnese van de moeder ($p < 0,05$), het een primigravida betrof ($p < 0,001$), er onvoldoende prenatale zorg had plaatsgevonden ($p < 0,01$), wanneer de bevalling plaatsvond tussen 19 en 7 uur ($p < 0,05$), wanneer er zich neonatale problemen voordeden in het ziekenhuis ($p < 0,001$), wanneer er weinig of geen patiënten-educatie volgde in het ziekenhuis ($p < 0,01$), wanneer er plannen waren om borstvoeding te geven ($p < 0,01$) of wanneer de moeder Spaans sprak ($p < 0,05$). (Bernstein, et al., 2007)

FYSIEKE GEZONDHEID

het KCE (2014) geeft in haar aanbevelingen aan dat vrouwen na een ongecompliceerde vaginale bevalling idealiter maximaal 72 uur in het ziekenhuis verblijven. De status van syfilis, HbsAG⁶ en HIV⁷ dient gekend te zijn. (AAP & ACOG, 2012)

⁶ HbsAG staat voor Hepatitis B Surface AntiGen

⁷ Human Immunodeficiency Virus

BORSTVOEDING

Bernstein et al. (2007) stellen in hun onderzoek, na multivariate analyse, vast dat onder meer borstvoeding een bepalende factor is in het zich al dan niet klaar voelen voor ontslag. Naar analogie met deze bevindingen vonden Britton, Barker & Spino (2002) dat pediaters ook de borstvoedingservaring als een belangrijke factor zien om te bepalen of een moeder klaar is voor ontslag.

2.2.2. Neonatale ontslagcriteria

VITALE PARAMETERS

Gedurende 12 uur voor ontslag dienen de vitale parameters van de neonaat stabiel te zijn. Stabiele parameters houden in: ademhaling (<60/min), hartslag (100-160 sl/min), axillaire temperatuur (36,5-37,4°C) in een open bedje met gepaste kledij. (AAP & ACOG, 2012). Na de geboorte wordt de neonaat met een aantal fysiologische aanpassingen geconfronteerd. Wat ademhaling betreft is er een overgangsfase van intermitterende naar constante ademhaling. Het achterliggend proces van deze overgang is onduidelijk. Een onregelmatig ademhalingspatroon kan als normaal worden beschouwd gedurende de eerste week postnataal. (Friedman & Spitzer, 2004)

Veranderingen in de cardiopulmonaire circulatie vinden plaats de eerste 12 tot 24 uur na de geboorte. In een Franse studie naar voorspellende factoren voor pathologie tussen ontslag en 10 dagen postnataal, werd vastgesteld dat na icterus de meest voorkomende pathologie tussen dag twee en dag 10 van cardiovasculaire aard is. De diagnose aan de hand van het horen van hartgeruis werd niet vastgesteld tijdens het eerste onderzoek op de eerste dag maar werd wel gehoord na 72 uur bij het ontslagonderzoek. Meestal ging het over een ventrikel septumdefect. Bijgevolg dient als ontslagvoorwaarde te worden gesteld dat baby's die ontslagen worden na 72 uur, door een pediater zijn onderzocht voor ontslag. Indien aan deze ontslagvoorwaarde niet voldaan is of de pasgeborene werd ontslagen voor 72 uur postnataal, dan moet voor ontslag een afspraak worden gemaakt voor een pediatriesch consult tussen de acht en de 10 dagen postnataal. (Straczek, et al., 2008)

Ook het KCE (2014) geeft aan dat een afspraak voor pediatrisch consult tussen dag zeven en dag 10 een voorwaarde is voor ontslag.

RENALE FILTRATIE

Voor ontslag dient de neonat te hebben geplast (AAP & ACOG, 2012). In utero is de placenta verantwoordelijk voor de elektrolytenhuishouding van het vruchtwater (niet de nieren van de foetus). De renale filtratie neemt toe vanaf de geboorte tot op een leeftijd van ongeveer drie jaar. Belangrijk is dat er een urinelozing plaatsvindt binnen de eerste 24 uur om pathologie op te sporen. (Friedman & Spitzer, 2004)

GASTRO-INTESTINALE AANPASSINGEN

De neonat heeft spontaan stoelgang geproduceerd voor ontslag (AAP & ACOG, 2012). Meconiumlozing voor 36 uur postnataal is belangrijk om mee te nemen in de ontslagcriteria (Straczek, et al., 2008).

In een narratieve literatuurstudie van Friedman & Spitzer (2004) wordt aangegeven dat bijna alle neonaten stoelgang produceren binnen de 48 uur. Indien hierin een vertraging wordt vastgesteld, is een onderzoek naar obstructie aangewezen. De neonat maakt op gastro-intestinaal gebied een aanpassing door, van continue intraveneuze in utero voeding naar onderbroken enterale voeding na de geboorte. Deze aanpassing activeert de gastro-intestinale motiliteit, waardoor de pasgeborene stoelgang produceert.

ICTERUS

Bij ontslag van de pasgeborene dient icterus klinisch te zijn beoordeeld en is er een geschikt beleid opgesteld, en zijn plannen voor follow-up geconcretiseerd (AAP & ACOG, 2012).

Zoals eerder vermeld, beschrijven Straczek (2008) et al. de complicaties die zich voordoen bij neonaten tussen dag twee en dag 10. De pathologie die het meest voorkomt tijdens deze periode is icterus. Bij de helft van de kinderen die medische zorgen nodig hebben, is dit omwille van icterus.

De bilirubine piek vindt plaats 36 uur postnataal. Het voorspellen van een significante hyperbilirubinemie is veel moeilijker bij een vroegtijdig ontslag. Visuele beoordeling van bilirubine is niet betrouwbaar. Neonaten met een hoger risico op hyperbilirubinemie

na ontslag kunnen geïdentificeerd worden door universele bilirubinescreening vóór ontslag.

Bijgevolg zijn ontslagcriteria met betrekking tot icterus, in het kader van vroegtijdig ontslag, zeer belangrijk. (Friedman & Spitzer, 2004)

Bij ontslag binnen de 72 uur na geboorte, dient binnen de twee, tot maximum drie dagen na ontslag hercontrole plaats te vinden voor icterus (Vanhaesebrouck et al., 2001).

Het bepalen van bilirubinemie tijdens de eerste 48 uur postnataal aan de hand van transcutane metingen heeft een sterke voorspellende waarde voor het ontstaan van hyperbilirubinemie tussen dag twee en dag 10 (Straczek, et al., 2008). In het kader van icterus dient, indien klinisch geïndiceerd, de bloedgroep (van de neonaat of vastgesteld op basis van navelstrengbloed) en directe coombs te worden bepaald (AAP & ACOG, 2012).

Moeders blijken een goede partner in het observeren van icterus. Het is dan ook belangrijk dat zij goed op deze rol worden voorbereid. (Goulet, et al., 2007)

VOEDING

De neonaat heeft minimaal twee succesvolle voedingsmomenten gehad. Indien de neonaat flesvoeding krijgt, moet de coördinatie tussen zuigen-slikken-ademen zijn vastgesteld en gedocumenteerd in het medisch dossier. Bij borstvoeding moet een zorgverlener met kennis van borstvoeding vastgesteld en gedocumenteerd hebben in het medisch dossier dat de neonaat goed aanhapt, slikt en voldaan is. (AAP & ACOG, 2012)

In het onderzoek van Straczek et al. (2008) blijkt dat borstvoeding geven geen significante risicofactor is voor het ontstaan van icterus.

KLINISCH ONDERZOEK

De AAP & ACOG (2012) stellen dat het een voorwaarde voor ontslag is dat het lichamelijke onderzoek geen abnormale zaken aantoonde die een langere LOS vereisen.

VACCINATIE

De neonaat moet een initiële Hepatitis B vaccinatie krijgen of er moet een afspraak worden gemaakt voor deze vaccinatie, indien hiervoor risicofactoren aanwezig zijn bij

de neonat. Deze vaccinatie dient te gebeuren in overeenstemming met het huidige vaccinatieschema. (AAP & ACOG, 2012)

SCREENING

Screeningstesten dienen te worden uitgevoerd in overeenstemming met wat wettelijk bepaald is (AAP & ACOG, 2012). In België is de screening voor fenylketonurie (PKU) wettelijk verplicht. De meeste referentielaboratoria screenen ook voor galactosemie. Bij screening voor PKU en congenitale hypothyroïdie is de leeftijd bepalend, in tegenstelling tot het screenen voor galactosemie. PKU wordt bij de voldragen neonat best niet gescreend voor de leeftijd van 48 uur. De vroegste optimale leeftijd is 48 tot 72 uur. Bij een systematische afname van de LOS tot minder dan 48 uur zal de screeningsstrategie moeten herdacht worden. (Vanhaesebrouck, et al., 2001)

De gehoortest moet uitgevoerd zijn in overeenstemming met het ziekenhuisprotocol (AAP & ACOG, 2012). In Vlaanderen wordt de gehoortest aangeboden door kind en gezin.

2.2.3. Patiënten-educatie voor ontslag

Door de dalende tendens in LOS, kunnen niet alle vaardigheden aangeleerd worden tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Hierdoor ontstaat de nood aan alternatieve educatie, zoals prenatale lessen, audiovisueel materiaal, geprint materiaal, en online educatieprogramma's. Deze educatie dient steeds rekening te houden met de status van 'health literacy'. Andere vormen van educatie zijn educatieve groeps- of individuele sessies tijdens het postpartum. Family planningtechnieken moeten op maat van de kraamvrouwen worden aangeboden. Volgens de ontslagcriteria van de AAP en de ACOG moeten educatieve activiteiten volgende topics bevatten: de neurologische ontwikkelingen en fysiologische veranderingen van de neonat (slaappatroon, temperatuur, ademhaling, urineren, stoelgangpatroon, uitzicht van de huid, waaronder geelzucht), gedrag, temperament en instructies aangaande borstvoeding. Voor het ontslag moeten moeders informatie krijgen over de mogelijkheden van geschikte borstvoedingsondersteuning. Moeders moeten voorbereid worden op de normale

emoties bij thuiskomst na ontslag uit het ziekenhuis. Informatie over wiegendood en veilige slaaphouding moet gegeven zijn vóór ontslag. (AAP & ACOG, 2012)

2.2.4. Organisatie van postnatale zorg na ontslag

Volgens de AAP & ACOG (2012) is het een ontslagvoorwaarde dat elke moeder en haar baby toegang hebben tot continue medisch zorg, verleend door een arts. Informatie over alle mogelijke postnatale zorgverlening moet beschikbaar zijn in het ziekenhuis.

Er moet familiale of andere ondersteuning beschikbaar zijn voor moeders na ontslag. Deze ondersteuners moeten kennis hebben over de verzorging van neonaten, borstvoeding en icterus. (AAP & ACOG, 2012)

Indien een neonaat wordt ontslagen voor 48 uur postnataal, dient een afspraak te worden gemaakt die plaatsvindt binnen de 48 uur na ontslag. Indien dit niet mogelijk is, moet het ontslag worden uitgesteld tot adequate nazorg is georganiseerd. (AAP & ACOG, 2012)

In de aanbevelingen van het KCE (2014) staat dat er op het moment van ontslag een afspraak voor de eerste huisbezoeken met een vroedvrouw moet zijn vastgelegd. Dit zou moeten vermeld worden in het perinatale zorgplan.

2.2.5. Ontslagcriteria voor kwetsbare groepen

Weiss et al. (2004) bestudeerden socio-demografische verschillen tussen moeders en het 'zich klaar voelen voor ontslag' op het vlak van LOS. Uit hun resultaten blijkt dat moeders die het ziekenhuis vroeger verlaten vaker jonger zijn ($p < 0.001$) en multipara ($p < 0.05$), flesvoeding geven, lager opgeleid ($p < 0.001$) zijn en een lager socio-economische status hebben ($p < 0.001$), minder vaak privaat verzekerd zijn ($p < 0.001$). Deze moeders zijn minder vaak gehuwd ($p < 0.001$) en wonen minder vaak samen met de vader van hun baby ($p < 0.000$). Ook blijkt dat het net deze groep moeders is die zich minder vaak klaar voelen voor ontslag. Dit bevestigt volgens de onderzoekers de hypothese dat deze moeders vaker behoren tot kwetsbare groepen in de samenleving.

Voor ontslag moeten familiale, omgevings-, en sociale risicofactoren worden beoordeeld. Indien één van deze risicofactoren aanwezig is, moet het ontslag uitgesteld worden tot wanneer deze risicofactor opgelost is of er een plan van aanpak is opgesteld om de veiligheid van de neonat te kunnen garanderen. Mogelijke risicofactoren zijn: (onbehandeld) middelenmisbruik door de ouders, vastgestelde kindermishandeling of –verwaarlozing, mentale ziekte bij een van de ouders, gebrek aan sociale steun (vooral bij alleenstaande primipara's), geen vaste verblijfplaats, een verleden van huiselijk geweld (vooral tijdens de zwangerschap), tienermoeders (vooral indien andere risicofactoren aanwezig zijn) en barrières voor adequate follow-up (American Academy of Pediatrics and The American colleges of obstetricians and gynecologists, 2012). Uit het onderzoek van Straczek et al. blijkt dat de sociale context niet voorspellend is voor het optreden van complicaties tussen dag twee en dag 10. Enige voorzichtigheid is hier geboden: vrouwen kunnen valselijk verklaard hebben alleen te wonen om hun uitkering als alleenstaande moeder niet te verliezen. (Straczek, et al., 2008) Britton, Baker en Spino (2002) gaven aan dat druggebruik, medische complicaties, goede prenatale zorg, borstvoedingservaring, lage maternale leeftijd en het ervaren van sociale steun een belangrijke rol spelen in het beslissingsproces van de pediater over het ontslagmoment van de neonat.

2.3. ORGANISATIE VAN MEDISCHE POSTNATALE ZORG

Terwijl bevallen met kort ziekenhuisverblijf een tendens is die wereldwijd is ingezet, is de postnatale zorg niet overal in die mate uitgebouwd. In de volgende paragrafen worden enkele voorbeelden aangehaald van hoe postnatale zorg in meerdere of mindere mate wordt georganiseerd in het buitenland. Verder wordt een overzicht gegeven van de invloed van organisatie van postnatale zorg op neonatale en maternale gezondheid, tevredenheid en borstvoeding. Tabel 4 geeft een overzicht van de literatuur besproken in dit hoofdstuk.

TABEL 4 KWALITEITSBEOORDELING MEDISCHE ZORG

MEDISCHE POSTNATALE ZORG: ORGANISATIE EN INHOUD ⁸		
Bron	Methodologie	KWALITEIT
POSTNATALE ZORG WERELDWIJD		
(Hjälmhult & Lomborg, 2012)	Kwalitatief	H
(Bernstein, et al., 2007)	Cohort	M
(Britton, et al., 2002)	Cohort	H
(Friedman & Spitzer, 2004)	Narratieve review	L
(Forster, et al., 2008)	Kwalitatief	H
(McLachlan, et al., 2009)	Kwalitatief	M
(Wiegers, 2006)	Narratieve review	L
(Johansson & Darj, 2004)	Kwalitatief	H
(Ellberg, et al., 2008)	Cross-sectioneel	M
(Voerman, et al., 2013)	Delphi	H
INVLOED OP MATERNALE EN NEONATALE GEZONDHEID, TEVREDENHEID EN BORSTVOEDING.		
(Christie & Bunting, 2011)	RCT	M
(Elkan, et al., 2000)	Meta-analyse	H
(Escobar, et al., 2001)	RCT	H
(Fenwick, et al., 2010)	Cross-sectioneel	H
(Flaherman, et al., 2012)	Kwalitatief	H
(Forster, et al., 2008)	Kwalitatief	H
(Gagnon, et al., 2002)	RCT	H
(Goulet, et al., 2007)	Case-control	H
(Hannula, et al., 2008)	System. review	M
(Hjälmhult & Lomborg, 2012)	Kwalitatief	H
(KCE, 2014)	Kwalitatief	H
(Kronborg, et al., 2007)	RCT	H
(Kronborg, et al., 2012)	Cross-sectional	H
(Kuan, et al., 1999)	Cohort	H
(Lewallen, et al., 2006)	Kwalitatief	H
(Lieu, et al., 2000)	RCT	M
(Mc Keever, et al., 2002)	RCT	H
(McDonald, et al., 2010)	RCT	M
(McLachlan, et al., 2009)	Kwalitatief	M
(Meikle, et al., 1998)	Cohort	H
(Paul, et al., 2012)	RCT	H
(Renfrew, et al., 2012)	Cochrane review	H
(Sheehan, et al., 2006)	Cohort	H
(Stachelin, et al., 2013)	Case-control	H
(Van Kelst, et al., 2002)	Quasi-experimenteel	H
(Wiegers, 2009)	Cross-sectioneel	M
(Yonemoto, et al., 2013)	Cochrane Review	H

⁸ Bijlage 2 geeft een gedetailleerde kwaliteitsbeoordeling van de geïncludeerde onderzoekartikels.

2.3.1. Postnatale zorg wereldwijd

Noorwegen | In Noorwegen werd het bevallen met kort ziekenhuisverblijf zo'n tien jaar geleden ingevoerd en verblijft een pas bevallen moeder één tot drie dagen in het ziekenhuis (gemiddeld 3,1 dagen in 2001). De postnatale thuiszorg werd echter niet aan deze evolutie aangepast en blijft beperkt tot één huisbezoek binnen de twee weken na de geboorte door een Public Health Nurse (PHN). Volgens een rapport van de 'Norwegian Board of Health Supervision' is er veel variatie in de inhoud en kwaliteit van de postnatale zorg thuis. Het ontbreekt verder aan een goede afstemming tussen zorgorganisaties. (Hjälmhult & Lomborg, 2012)

Verenigde Staten | In de Verenigde Staten werd de LOS in de jaren '80-'90 sterk gereduceerd ten gevolge van economische redenen en was in 2011 gemiddeld nog twee dagen na een ongecompliceerde bevalling (OECD, 2013). Vaak werden moeder en kind reeds ontslagen uit het ziekenhuis binnen de 24 uur postpartum zonder follow-up. De afname van het aantal ligdagen leidde ook hier niet tot de uitbouw van postnatale thuiszorg. In de jaren die daarop volgden, werd sterke kritiek geuit op dit beleid en ondervonden pediaters negatieve effecten van dit vroeg ontslag. Vooral kwetsbare groepen ondervonden de negatieve consequenties van dit beleid. Zij verlieten het ziekenhuis vaak binnen de 24 uur postnataal omwille van financiële beperkingen. Verzekeringen dekten een langer verblijf immers niet. Deze reactie op het beleid leidde tot de 'Newborns and Mothers Health Protection Act'. Deze federale wet werd uitgevaardigd in 1996 en verzekerde de terugbetaling van de zorgverzekering voor een minimaal postnataal ziekenhuisverblijf van 48 uur na een ongecompliceerde bevalling en 96 uur na een sectio. (Bernstein, et al., 2007) (Britton, et al., 2002) (Friedman & Spitzer, 2004)

Australië | Australië kent twee vormen van perinatale zorg: een publiek systeem en een privaat systeem. In het private systeem is een LOS van vier dagen na een ongecompliceerde vaginale bevalling de norm en vijf dagen na sectio. In het publieke systeem is dit respectievelijk twee tot drie dagen en vier dagen (met een gemiddelde van 2,7 dagen in 2011 (OECD, 2013)). In het private systeem is er meestal geen thuiszorg voorzien, terwijl het publieke systeem een uitgebouwde postnatale thuiszorg kent. Sedert 1998 werd de LOS in dit systeem gekoppeld aan klinische ontslagcriteria. Zo

heeft elke kraamvrouw recht op minimaal één huisbezoek door een vroedvrouw en minimaal twee voor kraamvrouwen met extra noden zoals een gekende drugsproblematiek, jonge alleenstaande moeders, nieuwe immigranten en moeders met een handicap. Ook wanneer complicaties zijn opgetreden perinataal hebben kraamvrouwen recht op minimaal twee huisbezoeken. (Forster, et al., 2008) (McLachlan, et al., 2009)

Verenigd Koninkrijk | In het Verenigd Koninkrijk is de gemiddelde verblijfsduur 1,6 dagen na een ongecompliceerde bevalling (OECD, 2013). Postnatale thuiszorg wordt georganiseerd op het niveau van de gemeenschap (community) en bestaat doorgaans uit een 7-tal huisbezoeken door een Community Midwife (CM) gedurende de eerste veertien dagen postpartum. Het aantal huisbezoeken staat niet vast en de vroedvrouw kan het aantal huisbezoeken uitbreiden als ze dit wenselijk acht. De huisarts staat in voor het afsluitende kraambezoek zes tot acht weken postpartum. (Wiegers, 2006)

Sinds de oprichting van de National Health Service worden Maternity Support Workers (MSW's) ingeschakeld in de thuiszorg. Terwijl hun opdracht zich voorheen beperkte tot huishoudelijke ondersteuning, werken tegenwoordig steeds meer MSW's onder de supervisie van de vroedvrouw en ondersteunen haar bij het uitvoeren van haar opdracht. De laatste tien jaar werd hard gewerkt aan de professionalisering van het beroep. Alhoewel het momenteel ontbreekt aan wettelijke definiëring en taakinfilling van het beroep, omschrijft de Royal College of Midwives (RCM) MSW's als *'any unregistered employee providing support to a maternity team, mothers and their families working specifically for a maternity service'*. In 2012 publiceerde het RCM een rapport waarin de taken en verantwoordelijkheden die behoren bij de opdracht werden vastgesteld (Royaal College of Midwives, 2012). In Wales, Schotland, en Noord-Ierland werd een nationaal opleidingsprogramma ingevoerd. (IVLWR, 2012) Het duidelijk aflijnen van het takenpakket en verantwoordelijkheden moet nog gebeuren.

Zweden | In Zweden werd bevallen met kort ziekenhuisverblijf in combinatie met een huisbezoek door een vroedvrouw geïntroduceerd in 1984 als alternatief voor het postnatale verblijf in het ziekenhuis (Johansson & Darj, 2004). In 2011 was het gemiddelde verblijf in het ziekenhuis 2,3 dagen (OECD, 2013). Vroeg ontslag wordt in Zweden door de Swedish National Board of Health and Welfare gedefinieerd als

‘ontslag tussen minimum zes uur na geboorte en maximum 72 uur’. Eerder ontslag kan op vraag van de moeder.

De organisatie van de postnatale zorg verschilt in Zweden van regio tot regio. Sommige ziekenhuizen werken met een ontslagbeleid van minder dan 24 uur na de bevalling en een huisbezoek de eerste dag volgend op het ontslag. Moeders worden dagelijks telefonisch gecontacteerd door een vroedvrouw en beschikken over 24-uurs telefonische permanentie door een vroedvrouw (Ellberg, et al., 2008) (Wiegers, 2006). Drie tot vijf dagen postnataal krijgen de baby's een consult dat doorgaat bij de vroedvrouw. Tijdens deze consultatie krijgt de baby een fysiek onderzoek en wordt de neonatale screening uitgevoerd. In Noord-Zweden kunnen families kiezen tussen vroegtijdig ontslag en thuiszorg of een driedaags verblijf in een familiesuite van een hotel, waarin vroedvrouwen werken (Wiegers, 2006). Elders bieden materniteiten een beperkt verblijf aan van 24 tot 48 uur zonder enige follow-up behalve voor de neonatale screening als deze nergens anders wordt aangeboden (Ellberg, et al., 2008).

Nederland | Nederland kent een unieke organisatie van eerstelijnszorg waarbij gewerkt wordt met een beleid van risico-selectie. In 2012 startte 86% van de zwangere vrouwen de zwangerschap onder de begeleiding van de verloskundige. Gemiddeld genomen bevalt zo'n 30% van de vrouwen in Nederland thuis. (Voerman, et al., 2013) De standaardzorg in Nederland houdt in dat vrouwen de vrije keuze hebben om ofwel thuis te bevallen ofwel in het ziekenhuis en binnen enkele uren na de bevalling naar huis te gaan. Tijdens de eerste kraamweek krijgen moeders gemiddeld vier tot zes huisbezoeken van de verloskundige. De zorg wordt zes weken postnataal afgesloten met een bezoek aan de verloskundigenpraktijk. (Wiegers, 2006)

In Nederland maakt meer dan 90% van alle kraamvrouwen gebruik van kraamzorg (CC Zorgadviseurs, 2008). Kraamzorg vindt meestal plaats thuis, maar kan ook in een kraamzorghotel. Kraamverzorgenden bieden niet alleen kraamzorg, maar assisteren de verloskundige bij een thuisbevalling. Zij moeten minimaal tot twee uur na de geboorte aanwezig blijven. In het geval van een ziekenhuisbevalling wordt de kraamverzorgende verondersteld aanwezig te zijn wanneer de kraamvrouw thuis komt (Wiegers, 2006). Kraamzorg en partusassistentie zijn onderdeel van de basisverzekering en zijn dus voor iedereen toegankelijk. Het minimumpakket kraamzorg bedraagt, gerekend vanaf de dag

van de geboorte van het kind, 24 uur, verdeeld over acht dagen. Hierbij is de partusassistentie niet meegerekend. Het maximum aantal uren kraamzorg is 80 uur verdeeld over tien dagen. Hierbij maakt partusassistentie onderdeel uit van het totaal aantal uren kraamzorg. Dit wordt bepaald aan de hand van het landelijk indicatieprotocol. Uiterlijk in de zevende maand van de zwangerschap wordt het basispakket kraamzorg vastgesteld aan de hand van een intake door de kraamzorginstelling. Tijdens de kraamperiode kan de kraamzorg op maat worden bijgesteld door de verantwoordelijke verloskundige of huisarts. Het aantal uur kan daarbij zowel uitgebreid worden (vb. bij dreigende infectie, voedingsproblemen etc.) of worden verminderd (vb. overgaan van borstvoeding naar flesvoeding, ziekenhuisopname van de baby etc.). (CC Zorgadviseurs, 2008)

2.3.2. Invloed van postnatale zorg op maternale en neonatale

gezondheid, tevredenheid en borstvoeding.

“Vanuit de verschillende bevindingen in verband met de normale fysiologische veranderingen in het postpartum blijkt dat een optimale zorgverlening niet eindigt op dag 3 postpartum” (Van Kelst, et al., 2002). Dit wordt ondersteund door de richtlijnen van de AAP en de ACOG die stellen dat de optimale verblijfsduur postnataal minimum 48 uur na de bevalling moet zijn, aangevuld met een adequate follow-up.'

Volgens Forster et al. (2008) moet postnatale zorg vooral aangepast zijn aan de individuele noden van moeders. Zo hebben moeders die voor het eerst moeder worden meer nood aan professionele ondersteuning dan reeds ervaren moeders. Flexibiliteit in de lengte van het ziekenhuisverblijf helpt angsten en bezorgdheid van moeders te reduceren. (Forster, et al., 2008).

FOLLOW-UP IN HET ZIEKENHUIS, THUIS OF OP CONSULTATIE

Het is moeilijk te bepalen wat de optimale frequentie, timing, duur, intensiteit en type van postpartumprogramma's moet zijn om evidence-informed zorg te kunnen bieden. Uit een recente review van Yonemoto (2013) waarbij 12 studies werden geïncludeerd, blijken de resultaten van de verschillende studies vaak niet eenduidig. Vijf studies

maakten de vergelijking tussen meer en minder huisbezoeken. Hieruit blijkt dat huisbezoeken geen effect hebben op de maternale en neonatale mortaliteit en morbiditeit, noch verschillen in mentale gezondheid en daaraan gerelateerde problemen. Er is een significant effect op het geven van exclusieve borstvoeding 42 dagen postnataal. Twee studies gaven aan dat ‘meer huisbezoeken’ gerelateerd zijn aan hogere depressiescores. Hoe dit komt, is niet duidelijk. Er is enige evidentie dat de tevredenheid met de postnatale zorg hoger is bij huisbezoeken. Moeders blijken een lichte voorkeur te hebben voor postnatale zorg thuis. (Yonemoto, et al., 2013)

Naast de review van Yonemoto (2013) werden drie studies geïncludeerd om de effecten van huisbezoeken te bespreken op volgende outcomes: heropname in het ziekenhuis van moeder of neonaat, het gebruik van medische spoedzorgen en maternaal welbevinden en maternale tevredenheid. Om een antwoord te vinden op de vraag waar de zorgen dienen georganiseerd te worden, werden zes studies geraadpleegd die een vergelijking maakten tussen de zorgen thuis na kort ziekenhuisverblijf (24-48u), een ziekenhuisverblijf van drie tot vijf dagen en follow-up in groep of individueel in het ziekenhuis-

Er werden twee systematische reviews en een meta-analyse bestudeerd die het effect van interventies om borstvoeding te ondersteunen, onderzochten. Hannula, Kaunonen & Tarkka (2008) deden een systematische review van studies gepubliceerd tussen 2000 en 2006 en includeerden 36 studies. Renfrew et al. (2012) includeerden in hun Cochrane review 52 studies gepubliceerd tussen 1966 en 2011. Elkan et al. (2000) bestudeerden 86 postnatale programma's met huisbezoeken.

In de review van Renfrew et al. werd het effect van interventies met individueel contact en contact in groep, door zowel professionelen als vrijwilligers onderzocht. Deze interventies bieden steun die aanvullend is op de standaardzorg die aangeboden wordt en kan bestaan uit: geruststellen, bekrachtigen, informatie geven, mogelijkheid bieden om vragen te stellen en antwoord geven op vragen. Bijkomende opleiding voor zorgverleners die borstvoedingsondersteuning bieden, werd in deze literatuurstudie ook gezien als een interventie. Borstvoedingsondersteuning kan zowel face-to-face als via de telefoon worden geboden, het kan gaan om regelmatig contact of een eenmalig contact. Deze interventies kunnen pas postnataal starten of reeds in de zwangerschap. Uit de resultaten blijkt dat ondersteunende interventies gericht op borstvoeding een

significant effect hebben op de duur van de borstvoedingsperiode. Moeders die borstvoedingsondersteuning krijgen, zullen minder snel stoppen met het geven van (exclusieve) borstvoeding. Het effect blijkt zowel significant op vier tot zes weken als op zes maanden postnataal. Het effect van peer support is sterker zichtbaar op de borstvoedingscijfers op vier tot zes weken dan op zes maanden. Er wordt geen significant effect waargenomen op de tevredenheid van de moeder over de zorg en met de voedingsmethode. Dit kan worden verklaard door het feit dat in deze review enkel klinische studies werden geïncludeerd. (Renfrew, et al., 2012)

In de meta-analyse van Elkan et al. (2000) naar het effect van huisbezoeken door Britse gezondheidsmedewerkers op de borstvoedingsduur, werd dit bevestigd. Uit deze meta-analyse blijkt dat postnatale huisbezoeken succesvol kunnen zijn in het aanmoedigen van moeders om tenminste drie maanden borstvoeding te geven (OR 1,34). Het effect op de borstvoedingsduur is echter variabel en moeilijk te generaliseren (Renfrew, et al., 2012).

Hannula, Kaunonen & Tarkka (2008) concluderen dat de meest effectieve interventies interactief zijn. Postnatale interventies die effectief blijken, zijn: huisbezoeken, telefonische ondersteuning, interventies in een borstvoedingscentrum en peersupport. Langdurige interventies (peri-, per-, en postnataal) en gemengde interventies waarbij gebruik wordt gemaakt van verschillende methodes van educatie en ondersteuning door goed opgeleide professionals, blijken effectiever dan interventies die gebaseerd zijn op één methode. Verder kan de hands-off methode in combinatie met ondersteuning en motivatie de borstvoedingscijfers significant verhogen. (Hannula, et al., 2008)

Gezondheid | Meikle et al. (1998) stellen vast dat huisbezoeken geen significante invloed hebben op het aantal maternale heropnames, maar wel een significante invloed hebben op het aantal neonatale heropnames ($p < 0,05$). Naast het dalend effect op de heropnames doen huisbezoeken het aantal consultaties ook significant dalen ($p < 0,05$).

Christie en Bunting (2011) onderzochten het effect van postnatale huisbezoeken in de periode tussen 10 dagen en acht weken postpartum. Uit dit onderzoek blijkt het effect bij laagrisico moeders variabel. Het gebruik van medische spoedzorgen neemt door meerdere huisbezoeken af ($p < 0,05$). Een natuurlijk experiment tijdens een

stakingsperiode in Denemarken, dat reeds sinds 1937 postnatale huisbezoeken aanbiedt aan pas bevallen moeders, bevestigt dit ($p < 0,005$) (Kronborg, et al., 2012).

Gagnon et al. (2002) en Paul et al. (2012) besluiten uit de resultaten van hun studies dat de gewichtsstijging van borstgevoede baby's zowel bij een huisbezoek als bij een postpartumconsult in het ziekenhuis positief wordt beïnvloed. Dit betekent dat het risico op dehydratie en malnutritie én de noodzaak tot het behandelen van icterus bij neonaten die exclusieve borstvoeding krijgen beperkt blijft, ongeacht de plaats van de zorgen.

Tevredenheid | Wanneer de vergelijking wordt gemaakt tussen postnatale zorgen thuis of in het ziekenhuis blijkt dat 78% van de moeders tevreden is over het ziekenhuisverblijf. Primipara's zijn daarbij minder tevreden dan multipara's. Moeders zijn over het algemeen tevreden over het gekregen advies en hulp bij de babyverzorging en het fysiek herstel van de moeder. Anderzijds geven moeders aan dat ze minder tevreden zijn over het inconsistent zijn van advies, de beschikbaarheid van de vroedvrouw in het ziekenhuis, de emotionele zorgen en gekregen gezondheidsadvies voor de moeder (Fenwick, et al., 2010). Wanneer moeders postnatale zorgen thuis krijgen, ligt de tevredenheid hoger dan in het ziekenhuis. Zo zijn meer moeders tevreden over de stijl van de zorgverlener ($p < 0,001$) en de kwaliteit van de zorgen ($p \leq 0,008$) thuis. Dit kan volgens de onderzoekers het gevolg zijn van de hoge werkdruk in het ziekenhuis waardoor vroedvrouwen niet altijd de tijd hebben om te luisteren en soms een gehaaste indruk maken (Fenwick, et al., 2010).

Wanneer de vergelijking wordt gemaakt tussen follow-up thuis en follow-up in groep in het ziekenhuis dag drie-vier postpartum na een kort ziekenhuisverblijf van 48u, kunnen we stellen dat groepssessies een goed en goedkoper alternatief vormen, maar dat de maternale tevredenheid bij huisbezoeken groter is ($p < .01$) (Escobar, et al., 2001) (Lieu, et al., 2000).

Daarnaast hebben zes huisbezoeken een groter positief effect op het maternaal welbevinden en de tevredenheid ($p < 0,0001$) acht weken postnataal dan één tot twee bezoeken, maar dit effect is niet blijvend. Zeven maanden postnataal is er geen verschil meer (Christie & Bunting, 2011).

Borstvoeding | Borstvoedingsondersteuning maakt een belangrijk deel uit van de postnatale zorg. Het slagen in borstvoeding staat volgens de kwalitatieve studie van Hjälmhult & Lomborg symbool voor ‘slagen als moeder’ (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Verder zijn borstvoeding en borstvoedingsproblemen gecorreleerd met mentale stress en postpartumdepressie (Staehelin, et al., 2013).

In de literatuurstudie werden 8 studies geïncludeerd die het effect van borstvoedingsondersteuning in het algemeen en het effect van verschillende borstvoedingsinterventies op de duur van de borstvoeding bestuderen.

Uit de kwalitatieve studie van Lewallen et al. (2006) blijkt dat de voornaamste redenen om te stoppen met borstvoeding (perceptie van voldoende melk te hebben (42%), pijnlijke tepels en aanlegproblemen (30%)) kunnen voorkomen worden door borstvoedingsinterventies. De helft van de moeders stopt met borstvoeding tijdens de eerste twee weken postpartum. Bijgevolg suggereren de onderzoekers dat een eerste borstvoedingsbegeleiding binnen de eerste week postpartum thuis dient te gebeuren. Mc Keever et al. (2002) vergelijken in een randomised controlled trial, de standaardzorg met een interventiegroep. De standaardzorg bestaat uit een opname in het ziekenhuis gedurende 48 tot 60 uur postpartum waarna het ontslag volgt op basis van lokale ontslagcriteria. Na het ontslag kan er een consult worden gekregen en is er 24 uur op 24 telefonisch advies mogelijk. In de interventiegroep werd de LOS ingekort tot minder dan 48 uur postpartum met maximaal drie huisbezoeken door gecertificeerde lactatiekundigen. In de interventiegroep kregen meer atermen neonaten exclusieve borstvoeding ($p < 0,05$) of meer afgekolfd melk ($p < 0,05$) in de 24 uur voor het onderzoek, met een gemiddelde leeftijd van de neonaten van 8,4 dagen. De tevredenheid in de interventiegroep was hoger. Ze sluiten zich bijgevolg aan bij bovenstaande bevindingen dat borstvoedingsbegeleiding thuis een positieve invloed heeft op de borstvoedingscijfers van atermen pasgeborenen.

De intentie om borstvoeding te geven en ook de duur die moeders vooropstellen, blijken een significante invloed te hebben op de borstvoedingspercentages vier weken postnataal (Sheehan, et al., 2006) en op het succesvol zijn in het geven van borstvoeding (Kuan, et al., 1999). Verder is het effect van een interventie groter wanneer de intentie om borstvoeding te geven groot is (Renfrew, et al., 2012). Dit effect wordt echter weerlegd in het onderzoek van McDonald et al. (2010). Zij stellen vast dat een

interventie bij een populatie met een reeds grote borstvoedingsintentie geen significant verschil geeft. De kanttkening bij dit onderzoek is dat de standaardzorg hier reeds zeer uitgebreid was en bestond uit één of meerdere postnatale huisbezoeken door de ziekenhuisvroedvrouwen gedurende de eerste zes dagen, uit informatie over borstvoeding, een video en toegang tot een lactatiekundige hulp. De interventie bestond uit de standaardzorg aangevuld met extra individuele gezondheidsvoorlichting waaronder advies over positioneren en aanleggen, borstvoedingsproblemen, groei en ontwikkeling, huilpatronen en slaap. De moeders in de interventiegroep kregen een huisbezoek één maal per week door een vroedvrouw en twee telefonische contacten per week gedurende de eerste 6 weken waarbij werd gestreefd naar continuïteit van de zorgverlener. (McDonald, et al., 2010)

Lieu et al. (2000) voerden een onderzoek naar het effect van postnatale consultaties versus huisbezoeken. Hier wordt geen significant verschil vastgesteld in het aantal moeders dat stopt met borstvoeding minder dan twee weken postnataal. De huisbezoeken werden uitgevoerd door een ‘public health nurse’ (PHN) met adequate training. Ook Sheehan et al. (2006) vinden geen significant verschil in borstvoedingspercentages vier weken postnataal wanneer huisbezoeken door een PHN worden aangeboden of wanneer er effectief huisbezoeken plaatsvinden door de PHN. De borstvoedingsprevalentie kan zowel bij een huisbezoek als bij een postpartumconsult in het ziekenhuis positief worden beïnvloed (Gagnon, et al., 2002) (Paul, et al., 2012).

Kuan et al. (1999) stellen aan de hand van een cohortstudie vast dat moeders waarbij de verpleegkundige vraagt naar het verloop van de borstvoeding ($p < 0,01$) en waarbij de verpleegkundige de moeder ziet voeden ($p < 0,05$) significant meer kans hebben op een succesvolle borstvoeding. ‘Succesvolle borstvoeding’ wordt hier gedefinieerd als ‘het bereiken van de door de moeder beoogde borstvoedingsduur’.

GESTANDAARDISEERDE VERSUS NIET-GESTANDAARDISEERDE BEZOEKEN

Borstvoeding | Kronborg et al. (2007) onderzochten in een Deense studie de impact van gestandaardiseerde huisbezoeken op de duur van de borstvoeding. Bij gestandaardiseerde huisbezoeken wordt, in tegenstelling tot niet-gestandaardiseerde huisbezoeken, de inhoud van het huisbezoek en/ of de frequentie van tevoren vastgelegd.

De gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis na een vaginale partus is in Denemarken vier dagen voor primipara's en 24u voor multipara's. De standaardzorg in deze studie bestond uit één of meerdere niet-gestandaardiseerde huisbezoeken door een gecertificeerd verpleegkundige tijdens de eerste vijf weken postnataal. In de interventiegroep kregen de verpleegkundigen een opleiding van 18 uur in het geven van borstvoedingsondersteuning. De moeders in de interventiegroep kregen drie gestandaardiseerde huisbezoeken waarbij aandacht was voor maternale psychosociale factoren. Tijdens het eerste huisbezoek werd een effectieve borstvoedingstechniek aangeleerd en was er aandacht voor het leren kennen van de baby. Tijdens het tweede bezoek stond zelfregulatie centraal en het leren interpreteren van de signalen van de baby. Een derde huisbezoek focuste op voldoende melkproductie en interactie tussen moeder en baby. De bevindingen van deze studie zijn dat één tot drie gestandaardiseerde huisbezoeken tijdens de eerste vijf weken postpartum de duur van de borstvoedingsperiode significant kan verlengen ($p < 0,05$). De focus van de borstvoedingsondersteuning dient zowel op psychosociale als praktische aspecten van borstvoeding te liggen. Moeders met geen of weinig vorige borstvoedingservaring hebben daarenboven nood aan bijzondere aandacht. De studie toonde geen effect aan op de self-efficacy van moeders, behalve in de groep multipara's met een vorige korte borstvoedingservaring. Een bijkomende opleiding van 18 uur in het ondersteunen van borstvoeding heeft reeds een effect op de duur van de borstvoeding. (Kronborg, et al., 2007).

CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Moeders appreciëren de idee van continuïteit van zorg (zorgen toegediend door een gekende vroedvrouw), maar de mate waarin ze dit als meerwaarde ervaren, verschilt (Wiegers, 2009). Zelf de eigen vroedvrouw kunnen kiezen, is belangrijk. (McLachlan, et al., 2009)

Het KCE (2014) beveelt aan dat medische postnatale thuiszorg continu en geïntegreerd moet zijn. Hiervoor is een samenwerking tussen professionals en een coördinatie tussen de eerste en de tweede lijn nodig. Het KCE stelt hiervoor de 'perinatale zorgcoördinator' voor. Dit is een vaste contactpersoon voor de (toekomstige) ouders tijdens de zwangerschap, de geboorte en de postnatale periode. Deze persoon garandeert

de continuïteit van de zorg op cruciale momenten, waaronder het (al dan niet vroege) ontslag uit de kraamkliniek. Deze taak kan worden uitgevoerd door een vroedvrouw, gynaecoloog of een huisarts die actief is in postnatale zorg. (KCE, 2014)

In een Canadese studie vergeleken Goulet et al. (2007) drie postnatale modellen van continuïteit van zorg: een community-based model (met follow-up van moeders en hun baby thuis en in een gezondheidscentrum), een gemengd ziekenhuismodel (met follow-up in het ziekenhuis en in een gezondheidscentrum) en een gemengd ambulante model (met follow-up in een ambulante centrum verbonden aan een ziekenhuis en thuis). De drie modellen werden met elkaar vergeleken op het vlak van 'voorbereid zijn op ontslag' van de moeder, maternale tevredenheid en heropnames van de neonat voor icterus. Uit de resultaten blijkt dat geen enkel model de beste resultaten heeft op de drie outcomes. Elk model kent zijn sterktes en zwaktes.

Gezondheid | In het community-based model hebben meer moeders telefonisch contact binnen de 24u na ontslag ($p < 0.0001$) en krijgen ze ook meer huisbezoeken ($p < 0.0001$) door verpleegkundigen. De reden hiervoor is dat dit model meer systematisch te werk gaat dan de andere modellen van postnatale zorg (alle moeders en baby's werden thuis opgevolgd). Anderzijds zijn het aantal heropnames voor icterus bij het community-based model het hoogst ($p < 0.01$). Dit kan verklaard worden door de grotere afstanden tussen thuis en het ziekenhuis in deze regio. Observatie in het ziekenhuis wordt dan vaak als een 'veiligere' optie gezien. Bij het ambulante model worden geen heropnames gezien omdat hier fototherapie thuis, wordt gegeven. In het ziekenhuismodel werden de meeste tekenen van icterus gerapporteerd ($p < 0.0001$) en dit model presteert het minst op het reduceren van angst bij de moeder.

Tevredenheid | In de drie modellen zijn moeders tevreden met de zorg. In het community-based model voelen moeders zich klaar voor ontslag en zijn het meest tevreden over de zorg. De tevredenheid is het minst bij het ziekenhuismodel ($p < 0.05$).

De onderzoekers besluiten dat een effectieve coördinatie van postnatale zorg verzekerd door lokale gezondheidszorgcentra en fototherapie thuis onder de coördinatie van het ziekenhuis binnen een geïntegreerd perinataal netwerk, een essentiële voorwaarde is voor het monitoren van de gezondheid van de neonat. In dit beleid staat het screenen

en monitoren van icterus centraal om het risico op complicaties te minimaliseren. Deze manier van follow-up richt zich echter niet enkel op icterus, maar ook op de noden van moeders en pasgeborenen, waarbij de kosten voor heropnames worden gereduceerd. (Goulet, et al., 2007)

2.4. ORGANISATIE VAN NIET-MEDISCHE POSTNATALE ZORG

Binnen de zes geïncludeerde onderzoeken werden er drie verschillende termen voor professionele zorgverleners die niet-medische kraamzorg boden omschreven (tabel 5).

In het Nederlandse model, (omschreven in ‘Organisatie van postnatale zorg wereldwijd’), wordt gebruik gemaakt van kraamverzorgenden. Gezien de hoge tevredenheid met zorg verleend door

kraamverzorgenden (Wiegers, 2006) en de dalende ligduur, werden in het Verenigd Koninkrijk (VK) (Morrell, et al., 2000) en in Australië (Zadoroznyj, 2006) (Zadoroznyj, 2009) (Zadoroznyj & Sutherland, 2007) twee proefprojecten opgezet naar het voorbeeld van het Nederlandse systeem. In Australia kregen de niet-medische postnatale zorgverleners de naam ‘Mothercarers’ (MC). In het VK werden ze ‘Community Midwifery Support Workers’ of kortweg ‘Support Workers’ (SW) genoemd. In de Verenigde Staten (VS) werd aan de reeds bestaande doula’s door ‘DONA International’ (een organisatie voor Doula’s) een bijkomende opleiding gegeven om ook niet-medische begeleiding te kunnen bieden aan kraamvrouwen die ze reeds tijdens arbeid en bevalling hadden begeleid (McComish & Visger, 2009) (Campbell-Voytal, et al., 2011). Deze doula’s faciliteren de transitie naar het ouderschap door educatie aan te bieden, (evidence-based) informatie over troosten en het herstel na de geboorte te geven, vaardigheden aan te leren en emotionele steun te geven aan het gezin (McComish & Visger, 2009).

TABEL 5 KWALITEITSBEOORDELING NIET-MEDISCHE ZORG

NIET MEDISCHE POSTNATALE ZORG ⁹		
Bron	Methodologie	KWALITEIT
(Campbell-Voytal, et al., 2011)	Kwalitatief	H
(Zadoroznyj, 2006)	Kwalitatief	H
(Zadoroznyj & Sutherland, 2007)	Kwalitatief	H
(Zadoroznyj, 2009)	Kwalitatief	H
(Morrell, et al., 2000)	RCT	M
(Wiegers, 2006)	Narratieve review	L

⁹ Bijlage 2 geeft een gedetailleerde kwaliteitsbeoordeling van de geïncludeerde onderzoekartikels.

2.4.1. Vergelijking van de verschillende systemen

Tabel 6 geeft een overzicht van de niet-medische postnatale zorg in Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Australië en de Verenigde Staten.

TABEL 6 NIET-MEDISCHE ZORG IN VERSCHILLENDE LANDEN

	Nederland	Verenigd Koninkrijk	Australië	Verenigde Staten
Zorgverlener	Kraamverzorgster	Community midwifery support worker	Mothercarer	Postpartum doula
Standaardzorg	Het minimumpakket bestaat uit 24 uur, verdeeld over 8 dagen (zonder partusassistentie), het maximumpakket is 80 uur, verdeeld over 10 dagen (met partusassistentie). Het precieze aantal uren wordt aan de hand van het 'Landelijk Indicatieprotocol' bepaald.	Er worden 10 bezoeken aangeboden gedurende de eerste 28 dagen postpartum tot 3 uur per dag. (Gemiddeld werden er 7 bezoeken per vrouw gebracht.)	6 uur per dag tot 6 dagen volgend op het ontslag uit het ziekenhuis	De doula brengt 3 bezoeken in het derde trimester van de zwangerschap, continue ondersteuning tijdens de arbeid en bevalling, een bezoek in het ziekenhuis. Tijdens het postpartum: 6 bezoeken gedurende de eerste 12 weken postpartum met telefoongesprekken tussen de bezoeken.
Bijdrage	Kraamzorg en partusassistentie zijn onderdeel van de basisverzekering en zijn bijgevolg voor iedereen toegankelijk.	gratis	gratis	privaat
Opleiding	Niet vermeld in de geïncludeerde publicatie	8 weken durende training met als doel kennis, vaardigheden en attitude te ontwikkelen om effectieve praktische en emotionele steun te kunnen bieden in de eerste weken postpartum. Centraal in de opleiding is het veilig zelfstandig te laten werken van de SW in het huis van de kraamvrouw.	Trainingsprogramma van 6 maand De opleiding bevat: zorg voor de nieuwe moeder, zorg voor de baby, huishoudelijk management, interpersoonlijke eigenschappen, interventie-eigenschappen, familiaal geweld, tienerzwangerschappen, anti-discriminatie, beroepsveiligheid	Doula's zijn zelf moeder en hebben DONA training gevolgd.
Takenpakket	<ol style="list-style-type: none"> 1. verzorging van moeder en kind 2. (borst) voedingsondersteuning 3. gezondheidseducatie over moeder en kind 4. ondersteuning voor huishoudelijke taken 5. ontvangen van bezoekers 6. zorgdragen voor de andere kinderen 	<p>Praktische en emotionele ondersteuning bieden aan vrouwen om ze te helpen rusten na de bevalling.</p> <p>De activiteiten bestaan uit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. huishoudelijk werk, 2. gesprekken met de moeder, 3. zorg voor de baby en andere kinderen. <p>De interventie wordt aangepast aan de zelf-gerapporteerde noden</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. sociale en huishoudelijke ondersteuning: nl. licht huishoudelijk werk, 2. assistentie bij de zorg voor de andere kinderen, 3. ondersteuning bij de voeding en andere zorg voor de baby en 4. sociale en emotionele steun voor moeders indien nodig 	<ol style="list-style-type: none"> 1. emotionele ondersteuning 2. lichamelijk comfort 3. zelfzorg 4. (informatie over) zorg voor de pasgeborene 5. informatie bieden 6. bepleiten en doorverwijzen. 7. steun aan de vader 8. ondersteuning voor de moeder/vader ivm baby 9. ondersteuning van de moeder en de vader in de zorg voor de andere kinderen 10. organisatie van het huishouden

In de Nederlandse, Britse en Australische setting is de duur die de niet-medische hulpverlener doorbrengt in het huis van het kraamgezin langer dan in de Amerikaanse setting. De focus ligt in deze laatstgenoemde minder op het uitvoeren van huishoudelijke taken en het bieden van praktische ondersteuning. De zorg door doula's richt zich op het empoweren van de kraamvrouw en haar partner. Dit doen doula's door zich in te leven in de leefwereld van de moeder. (Campbell-Voytal, et al., 2011)

De focus bij zorg door doula's ligt op het faciliteren van de maternale ontvankelijkheid en de maternale competenties. 'Ontvankelijkheid van de moeders' ('maternal responsiveness') is het vermogen van de moeder om de signalen van haar kind correct in te schatten en deze op een geschikte, snelle en effectieve manier te kunnen beantwoorden. De 'maternale competentie' ('maternal competence') betreft een zelfbeoordeling van de mogelijkheden van de moeder om in te staan voor de zorg van de baby. Hierbij staan drie belangrijke thema's centraal: borstvoeding, integratie van het kind in het gezin en ondersteuning en zorg voor de binding met het kind. (McComish & Visger, 2009)

In Nederland doen meer dan 90% van alle bevallen vrouwen beroep op een kraamverzorgster (Wiegers, 2006). Uit de kwalitatieve studies die het Australische project evalueerden, bleek dat slechts één op vier dacht dat kraamzorg goed zou zijn voor alle moeders. De meerderheid dacht dat het vooral goed zou zijn voor moeders met weinig sociale steun, in het bijzonder voor alleenstaande moeders of moeders zonder familie. Vinden dat ze voldoende steun hebben, is dan ook meteen de voornaamste reden waarom vrouwen geen beroep doen op niet-medische postnatale zorg. (Zadoroznyj, 2006)

Moeders die de MC gebruiken verblijven gemiddeld twee dagen in het ziekenhuis, terwijl moeders die deze zorg niet gebruiken gemiddeld 3,8 dagen verblijven in het ziekenhuis. Moeders die kiezen voor kortverblijf gecombineerd met een MC waren over het algemeen minder goed opgeleid, ze ondervonden meer economisch nadelen, zoals afhankelijk zijn van een uitkering. Dit kan een confounding factor zijn. Moeders die kiezen voor een MC hebben minder sociale steun dan moeders die er geen beroep op doen. Deze groep is benadeeld op zowel sociaal, cultureel als economisch vlak. Dit kan de transitie naar het moederschap bemoeilijken. Hierbij komt nog dat zij gemiddeld

minder lang in het ziekenhuis verblijven. De onderzoekers besluiten dat vroegtijdig ontslag gunstige outcomes kan hebben, ook voor sociaal benadeelde populaties, mits een goede postnatale ondersteuning voorhanden is. (Zadoroznyj, 2006)

2.4.2. Positionering van de niet-medische postnatale zorgverlener

Het is cultureel aanvaard dat Australische moeders kunnen rekenen op steun van familieleden. Moeders geven hier dan ook de voorkeur aan. De taken die de MC op zich neemt, worden door de moeders, wanneer ze door familie worden uitgevoerd, niet beschouwd als werk. Ze vinden het raar dat iemand betaald wordt voor het werk dat ook een familielid kan doen. (Zadoroznyj, 2006)

Het gevoel 'thuis te zijn', is compleet anders dan het verblijf in het ziekenhuis. Thuis liggen de machtsverhoudingen anders dan in het ziekenhuis. In het ziekenhuis hebben verpleegkundigen en artsen macht over patiënten, terwijl dit in de thuissituatie omgekeerd is. Moeders vinden het normaal dat zorgverleners in het ziekenhuis in contact komen met lichaamsvloeistoffen zoals urine en bloedverlies. Thuis vinden moeders dit veel minder vanzelfsprekend (vb. bebloede lakens) Er gelden andere sociale regels thuis dan in het ziekenhuis. Dit maakt de positionering van de MC bijzonder moeilijk. Ze bevindt zich in de thuissituatie maar wordt niet aanzien als professional, noch als familie, noch als huishoudster. Door het feit dat de kraamvrouw geen duidelijk zicht heeft op de taken van de MC zal de kraamvrouw de MC sneller bestempelen als een vreemde. Een vreemde in huis wekt een aantal emoties op zoals: zich ongemakkelijk voelen, zich oncomfortabel voelen, tot zich bedreigd en angstig voelen. Het is bijgevolg moeilijk om het werk van de MC te conceptualiseren. (Zadoroznyj, 2009)

Verder benadrukken de onderzoekers het belang van een officiële erkenning voor de opleiding en het beroep (Zadoroznyj & Sutherland, 2007).

2.4.3. Invloed op gezondheid, tevredenheid en borstvoeding

Gezondheid | Volgens Wiegers (2006) wordt 56% van de tijd van de Nederlandse kraamverzorgenden gespendeerd aan verzorgende activiteiten, terwijl 44 % van de activiteiten bestaan uit het ontvangen van bezoekers, huishoudelijke taken en zorg voor de andere kinderen. Het voordeel van deze combinatie van zorg en andere taken, is dat informatie en educatie vervat zitten in de dagelijkse activiteiten en daarom gemakkelijker begrepen en geaccepteerd worden. Wiegers geeft echter zelf aan dat er geen harde bewijzen zijn om aan te tonen dat het Nederlandse postpartumzorgsysteem ‘het beste’ is. (Wiegers, 2006)

In het VK werd aan de hand van een RCT de invloed van de SW's op de perceptie van de algemene gezondheid, alsook op de mentale gezondheid en de borstvoedingscijfers onderzocht. Geen enkel significant verschil werd vastgesteld. De beide onderzochte groepen (interventie en controle) zijn vergelijkbaar qua basiskarakteristieken. Verder is er geen verschil in gebruik van andere gezondheidsdiensten, zoals consulten bij de huisarts, gebruik van ziekenhuisdiensten en voorschriften van medicatie tot zes maanden na de bevalling. (Morrell, et al., 2000)

Tevredenheid | De kwaliteit van zorg van Australische MC's werd door meer dan driekwart van de moeders als extreem hoog gescoord. Kraamvrouwen geven aan volgende taken het belangrijkste te vinden: hulp met huishoudelijke taken (90,4%), tijd om te rusten (76,6%), tijd om te genieten van de baby (63%) en hulp met andere kinderen (61%). Moeders geven aan, dankzij de MC sneller een beter ritme te vinden in hun nieuwe rol. (Zadoroznyj, 2006)

De aanwezigheid van familieleden kan ook voor stress zorgen. Dit gaat vooral over schoonfamilie. De MC wordt ook ingezet als middel om met druk van de familie om te gaan. Moeders hebben soms liever een andere vrouw rond zich die een outsider is. Dit zorgt voor een gevoel van controle ten opzichte van de druk van familieleden. (Zadoroznyj, 2009)

Ook de tevredenheid over de zorg door de Britse SW's was groter dan alle andere postnatale zorgverleners. Vrouwen gaven aan even de tijd te hebben om te rusten of voor zelfzorg zoals persoonlijke hygiëne. (Morrell, et al., 2000)

Het Australische project heeft een tweedelig doel. Naast postpartumzorg bieden had het project ook als doelstelling jonge, sociaal- economisch benadeelde moeders opleiding en werk te bieden en in de postnatale zorg in te schakelen als MC. Hierdoor was de leeftijd van de MC tussen de 18 en de 25 jaar. Moeders vinden het niet altijd comfortabel dat een jong iemand het huishouden runt. Hoewel zij hier in hun persoonlijke situatie geen probleem mee hebben. ‘Hun’ MC doet het wel goed. (Zadoroznyj, Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women’s assessments of a postnatal home-care programme, 2006)

Borstvoeding | De borstvoedingspercentages waren gelijklopend voor Australische moeders die de MC service gebruiken en voor moeders die deze service niet gebruikten. Hier zou rekening moeten gehouden worden met het sociale aspect dat als confounding factor kan fungeren. Sociaal benadeelde moeders maken immers vaker gebruik van een MC-service. (Zadoroznyj, 2006)

2.5. POSTNATALE ZORGBEHOEFTE NA ONTSLAG: INHOUD VAN POSTNATALE ZORG

De zorg voor de baby geeft onzekerheid en stress, vooral tijdens de eerste dagen na ontslag. Na een paar weken zijn moeders meestal opgelucht, alhoewel zij aangeven vaak moe te zijn (Hjälmhult & Lomborg, 2012).

De eerste zes tot acht weken worden doorgaans door moeders als het moeilijkst beschouwd, mede door de werklast en de onzekerheid waarmee ze geconfronteerd worden (Christie, et al., 2008). Zij voelen zich in de eerste periode postnataal kwetsbaar en zijn erg ontvankelijk voor stress. Ook zijn ze zeer begaan met het behouden van controle en hun integriteit in de nieuwe situatie. Ze proberen dit te verwerven door de zorg voor de baby prioritair te stellen. (Hjälmhult & Lomborg, 2012)

Verder concludeert ook het kwalitatief onderzoek van het KCE (2014) dat de eerste weken thuis met een kersverse

baby als vermoeiend en chaotisch wordt ervaren. Dit is een periode waarin de moeder zelfvertrouwen moet krijgen in het zorgen voor haar baby, zich moet organiseren en een nieuwe balans dient te vinden. Tabel 7 geeft een overzicht van de literatuur besproken in dit hoofdstuk.

TABEL 7 KWALITEITSBEOORDELING ZORGBEHOEFTE NA ONTSLAG

POSTNATALE ZORGBEHOEFTE NA ONTSLAG: INHOUD VAN POSTNATALE ZORG ¹⁰		
Bron	Methodologie	KWALITEIT
UITDAGINGEN		
(Christie, et al., 2008)	Kwalitatief	M
(Forster, et al., 2008)	Kwalitatief	H
(Hjälmhult & Lomborg, 2012)	Kwalitatief	H
(KCE, 2014)	Kwalitatief	H
(McComish & Visger, 2009)	Kwalitatief	M
(Razurel, et al., 2011)	Kwalitatief	H
(Smythe, et al., 2013)	Kwalitatief	H
OMGAAN MET DEZE UITDAGINGEN		
(Christie, et al., 2008)	Kwalitatief	M
(Hjälmhult & Lomborg, 2012)	Kwalitatief	H
(KCE, 2014)	Kwalitatief	H
(Kuan, et al., 1999)	Cohort	H
(Razurel, et al., 2011)	Kwalitatief	H
(Smythe, et al., 2013)	Kwalitatief	H
INFORMATIE NA ONTSLAG		
(Flaherman, et al., 2012)	Kwalitatief	H
(Ruchala, 2000)	Cross-sectioneel	M
(Johansson & Darj, 2004)	Kwalitatief	H
DEFINIËRING KWETSBARE GROEPEN		
(Dodge, et al., 2014)	RCT	H
(Elkan, et al., 2001)	Narratieve review	L
(Elkan, et al., 2000)	Meta-analyse	H
(Bernstein, et al., 2007)	Cohort	M
(Kurtz Landy, et al., 2008)	Cross-sectioneel	M
(Kuan, et al., 1999)	Cohort	M
(Staehelin, et al., 2013)	Case-control	H
(Friedman & Spitzer, 2004)	Narratieve Review	L

¹⁰ Bijlage 2 geeft een gedetailleerde kwaliteitsbeoordeling van de geïncludeerde onderzoekartikels.

2.5.1. Met welke uitdagingen worden kraamvrouwen en hun partners geconfronteerd?

Moeders geven aan dat ze na ontslag met verschillende stressoren/uitdagingen worden geconfronteerd (Christie, Poulton, & Bunting, 2008). Christie et al. (2008) maken een opdeling in de uitdagingen waarmee kraamvrouwen en hun partners worden geconfronteerd. Een eerste uitdaging bestaat uit de zorg voor de baby (en andere kinderen). Een tweede uitdaging betreft levensveranderingen die gepaard gaan met de komst van een nieuwe baby.

EEN NIEUWE BABY

De zorg voor de baby (en andere kinderen) is driedelig (Christie, et al., 2008):

Het engagement | Moeders worden geconfronteerd met een groot verantwoordelijkheidsgevoel dat nooit meer stopt (Christie, et al., 2008). De bevindingen van Smythe et al. (2013) zijn gelijklopend met het onderzoek van Christie et al. (2008) wat engagement betreft. Dit onderzoek besluit immers dat moeders willen loskomen van de overweldigende ervaring van verantwoordelijkheid. Opdat ze deze verantwoordelijkheid even kunnen loslaten, is het belangrijk dat ze vertrouwen hebben in diegenen die hen omringen zodat ze hun de zorg voor hun baby durven toevertrouwen. Ook Forster et al. (2008) vinden dat moeders bezorgd zijn om de veiligheid van hun kind en dat ze een sterke verantwoordelijkheid voelen.

Integratie van het kind in het gezin | Primipara's zijn over het algemeen meer bezorgd over de zorg voor de baby dan multipara's, in het bijzonder over het gedrag van de baby en de veranderingen in de fysieke gezondheid. Moeders die voor de tweede keer moeder werden, zijn meer ongerust over hoe ze hun aandacht over de verschillende kinderen gaan verdelen en hoe ze het gezin gaan organiseren. (Christie, et al., 2008) Voor primipara's en hun partner is het een uitdaging zich aan te passen aan een nieuwe routine en aan een nieuwe rol als ouders en aan de drastische veranderingen in hun schema. Ze hebben onrealistische verwachtingen van de ontwikkeling van hun kind. Voor multipara's is het zoeken naar evenwicht in de zorg voor het nieuwe kind, in combinatie met de zorg voor de oudere kinderen, een hele uitdaging. De integratie van

een nieuw kind in de familie, betreft de hele familie en vraagt een multi-dimensionele aanpak. (McComish & Visger, 2009)

Zorg voor de baby | Slapen, huilen, voeding en de gezondheid van de baby vormen een uitdaging voor moeders in de postnatale periode (Christie, et al., 2008) (Razurel, et al., 2011). Het geven van borstvoeding wordt gezien als de belangrijkste stressor voor moeders na hun ontslag uit het ziekenhuis. Ook wordt borstvoeding vaak geassocieerd met pijn en moeilijkheden met voeden. In deze studie is de perceptie van moeders over borstvoeding overwegend negatief, pijn staat heel centraal. (Razurel, et al., 2011)

Borstvoeding wordt door moeders beschouwd als een maatstaf om na te gaan of je een goede moeder bent of niet (Razurel, et al., 2011) (Hjälmhult & Lomborg, 2012).

LEVENSVERANDERINGEN

Fysieke gezondheid | Het inbouwen van rust tijdens de postnatale periode is heel belangrijk (Christie, et al., 2008) (Hjälmhult & Lomborg, 2012) (Smythe, et al., 2013). Rust kan door zorgverleners voorgeschreven worden als een soort therapie (Smythe, et al., 2013).

Mentale gezondheid | De postnatale periode gaat voor moeders gepaard met een hele reeks van gevoelens. Koppels die voor de eerste keer ouder werden, zijn angstiger dan ouders die reeds kinderen hebben. Moeders willen aangesproken worden als persoon, ze willen geprezen worden in hun moederschap, ze willen zich speciaal voelen en trots kunnen zijn op hun baby. (Smythe, et al., 2013)

Relatie met de partner | Twee onderzoeken rapporteren dat er na de geboorte van de baby minder tijd is voor man en vrouw als koppel (Christie, et al., 2008) (Hjälmhult & Lomborg, 2012).

Omstandigheden | In de postnatale periode hebben moeders een hogere nood aan financiële middelen en logistieke ondersteuning. In het onderzoek van Christie et al. (2008) rapporteren alle moeders ondermeer dat ze een grote druk voelen om alle huishoudelijke taken te kunnen afwerken wanneer de vader terug aan het werk is. Ze ondervinden ook moeilijkheden wat zelfzorg betreft (Christie, et al., 2008). Moeders

geven aan dat ze bemoederd en verzorgd willen worden tijdens het postpartum. Ze willen taken zoals bv. afwassen dan ook eigenlijk niet uitvoeren tijdens deze periode (Smythe, et al., 2013).

Moeders willen op huishoudelijk vlak aan alle verwachtingen voldoen, maar geven aan dat dit niet altijd mogelijk is. Primipara's hebben het hier doorgaans moeilijker mee dan multipara's. Moeders geven aan dat ze vaak het gevoel hebben tekort te schieten. Professionele steun voor het gezin wordt dan ook geapprecieerd. (Hjälmhult & Lomborg, 2012)

2.5.2. Thriving, striving and surviving of hoe moeders omgaan met deze uitdagingen

Binnen het onderzoek van Christie et al. (2008) wordt gesproken over 'thriving and surviving'. Moeders beschreven in dit onderzoek hun basisbehoeften zoals managing/coping en zich aanpassen/ veranderen gedurende het postpartum. Deze basisbehoeften verwijzen naar zowel de huidige als toekomstige gezondheid en het welbevinden van de ouders. Hjälmhult & Lomborg (2010) spreken over 'striving'. Hiermee bedoelen ze dat moeders strijden om de zorg voor hun baby op de eerste plaats te zetten. Alle moeders in dit onderzoek vinden ondersteuning heel belangrijk tijdens de eerste weken (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Deze steun kan zowel praktisch als emotioneel zijn en omvat zowel informele, persoonlijke als professionele ondersteuning (KCE, 2014). Spanningen en bezorgdheden loslaten, laat toe dat de moeder herstelt en dat ze bijleert, opdat haar zelfvertrouwen kan groeien. (Smythe, et al., 2013)

DE VIER STADIA VAN HJÄLMHULT & LOMBORG (2010)

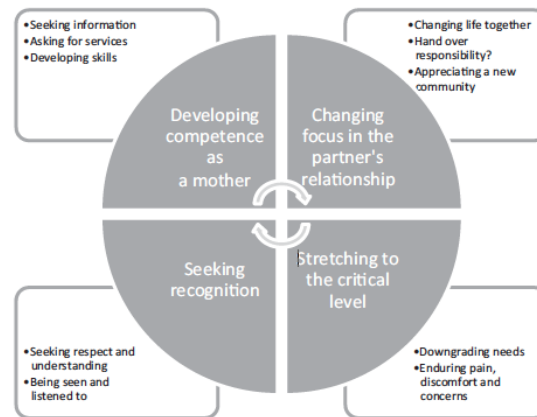
Hjälmhult & Lomborg (2010) ontwikkelden een model waarin ze verklaren hoe moeders omgaan met stressoren gedurende de eerste periode thuis na de bevalling. Hierbij werden vier stappen gedefiniëerd. De eerste stap wordt beschreven als 'het ontwikkelen van de competenties als moeder' of het moederschap. Moeders gaan op zoek naar informatie en ze vergelijken zichzelf hiermee. Competenties die symbool

staan voor het moederschap zijn ondermeer borstvoeding, verzorging van de baby en het kunnen integreren van deze zorg in het dagdagelijks leven. Verder zijn de

combinatie van de zorg voor de nieuwe baby en de zorg voor de andere kinderen ook belangrijke competenties volgens kraamvrouwen. Vermits heel veel aandacht gaat naar de baby ontstaan er veranderingen in de relatie tussen de ouders onderling (stap 2). De moeder zal eerder de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de oudere kinderen

doorgeven aan de vader en zelf de zorg voor de baby op zich nemen. Moeders

hebben de neiging om hun eigen behoeften zoals pijn en rust te negeren om aan de verwachtingen van het moederschap te kunnen voldoen; ze cijferen zichzelf weg en gaan door tot ze niet meer verder kunnen (stap 3). Moeders hebben ook de neiging om niet of weinig te praten over belangrijke ongemakken zoals een perineale ruptuur of episiotomie. Kraamvrouwen zoeken erkenning (stap 4), ze hebben nood aan erkenning in hun moeder-zijn. Ze willen respect en begrip. Bij een gebrek aan positieve feedback kunnen moeders minder goed omgaan met stressoren (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Een visuele voorstelling van deze processen is weergegeven in figuur 4.



FIGUUR 4 PRIORITIZING NEWBORN CARE (Hjälmhult & Lomborg, 2012)

VERSCHILLENDE COPINGSTRATEGIEËN

Eigen copingsmechanismen | Tijdens het postpartum thuis blijkt de interne copingstrategie de belangrijkste bron om met stressoren om te gaan. Voor gebeurtenissen die te maken hebben met de eigen gezondheid, gaan moeders hiermee om door ze te vermijden ('avoidance') of te minimaliseren. Het hebben van negatieve gevoelens of gedachten beschouwen moeders zes weken postpartum als 'babyblues'. Over deze gevoelens wordt met zorgverleners vaak niet gecommuniceerd. Moeders hebben de neiging om alles wat gebeurt te verbloemen, om dit te laten matchen met sociaal wenselijke normen. Zo kunnen moeders laten zien dat ze een 'goede' moeder

zijn, en dat ze in staat zijn om hun verantwoordelijkheden op te nemen. (Razurel, et al., 2011)

Informele steun | Moeders zoeken veel steun bij hun partner, maar zij hebben het gevoel dat hun noden niet echt worden begrepen (Christie, et al., 2008) (Razurel, et al., 2011). 97% van de moeders verwacht steun van hun partner bij het geven van borstvoeding en verwacht 98% hulp in het huishouden (Kuan, et al., 1999). Dit blijkt vooral voor multipara's het geval. Moeders doen tijdens deze periode meer beroep op de steun van familie en vrienden. De steun, gegeven door de moeder van de kraamvrouw, wordt meestal als positief ervaren en wordt beschouwd als een belangrijke steun (Razurel, et al., 2011).

Moeders vinden dat de baby zelf soelaas biedt om met stressoren in de postnatale periode om te gaan. 'Zo zorgt de lach van een kind ervoor dat je alle inspanningen de moeite waard vindt als moeder'. (Christie, et al., 2008)

Uit een onderzoek van Kuan et al. (1999) blijkt dat moeders die familie en vrienden bellen voor borstvoedingsadvies, ook vaker professionele zorgverleners contacteren ($p < 0,001$) zoals een lactatiekundige, een pediater, een vroedvrouw, een gynaecoloog, of borstvoedingsondersteuningsgroep.

Professionele steun | Moeders hebben een sterke nood aan continue professionele ondersteuning (Forster, et al., 2008). Nieuw moederschap vraagt om professionele, geïndividualiseerde ondersteuning met huisbezoeken, praktische training met name in het zorgen voor de pasgeborene, het geven van borstvoeding en allerhande informatie. Moeders moeten empowered worden zodat ze in staat zijn hun integriteit en hun gevoel van controle te behouden in deze precaire periode. De nadruk moet daarbij liggen op zelfzorg, voldoende rust en eten (Hjälmhult & Lomborg, 2012).

Christie et al. (2008) voerden een kwalitatief onderzoek in Ierland naar de noden en ervaringen van moeders met postnatale zorg. De standaardzorg tijdens het onderzoek bestaat erin dat de vroedvrouw (community midwife) gedurende de eerste week postnataal dagelijks langskomt. Moeders zijn hier heel tevreden over. Wanneer ze niet tevreden zijn, heeft dit te maken met tegenstrijdig advies of slechte communicatie. Ook in Noorwegen geven moeders aan tevreden te zijn over de huisbezoeken van de

vroedvrouw (public health nurse) (Hjälmhult & Lomborg, 2012). De vroedvrouw wordt beschouwd als dé referentiepersoon bij het nemen van beslissingen (Razurel, et al., 2011). Professionele zorg kan slechts gedeeltelijk instaan voor het gebrek aan informele ondersteuning (KCE, 2014). Sociale steun in de thuissituatie is er vooral op gericht om organisatorische ondersteuning te bieden (Razurel, et al., 2011).

2.5.3. Informatie na ontslag

Twee onderzoeken in deze literatuurstudie focusten op de gezondheidsvoorlichting die moet gegeven worden tijdens de postnatale periode.

Uit deze onderzoeken komt naar voren dat pas bevallen moeders nood hebben aan informatie over:

- borstvoeding: borstvoedingshoudingen van moeder en baby, aanleggen, tepels, hoeveelheid melk en tijd per borst (Ruchala, 2000)
- babyverzorging: hygiëne (navelverzorging, badje, droge huid en rode billetjes), spijsvertering (krampjes, boeren, spugen, ontlasting), eten en slapen, zitten en liggen, niezen, en 15 medische topics (geelzucht, uitslag, ...) (Ruchala, 2000) en veiligheid van de baby (Johansson & E., 2004)
- moeder: naweeën, hechtingen, eten en drinken (Ruchala, 2000), blaasfunctie, signalen van complicaties en anticonceptie (Johansson & E., 2004)

Er is geen significant verschil vastgesteld in topics bij primi- of multipara's, noch thuis, noch in het ziekenhuis. In het ziekenhuis geven moeders hogere prioriteit aan informatie over hun eigen verzorging en minder aan de noden van de baby, terwijl na ontslag moeders hogere prioriteit geven aan de noden van de baby. (Ruchala, 2000)

Interacties die gepaard gaan met bezorgdheid over voldoende moedermelk lokken bovendien sterke emoties uit zoals dankbaarheid, schuldgevoelens, ontgoocheling, en angst. De trigger van deze emoties is vaak het gewicht van de baby. (Flaherman, et al., 2012)

2.5.4. Definiëring van kwetsbare groepen

HET BELANG VAN RISICO-ASSESSMENT

Het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en de Verenigde Staten kennen een lange traditie van huisbezoeken door verpleegkundigen. De meeste programma's hanteren een screening met risico-assessment en zijn lange-termijn. Ze richten zich voornamelijk op families met een zeker demografisch risico, zoals moeders met lage inkomens (Dodge, et al., 2013). Volgens Elkan et al. (2000) moet de focus van thuisinterventie programma's niet louter gericht zijn op de noden van de lagere inkomensklasse, maar moeten ze een meer universeel karakter hebben. Hierdoor worden families niet gestigmatiseerd als arm of rijk, waardoor hun participatie in het programma groter is en hun aanvaarding binnen de gemeenschap gemaximaliseerd wordt (Dodge, et al., 2013). Op deze manier vallen gezinnen die geen hulp zoeken niet uit de boot of dreigen zij niet door de mazen van het net van de hulpverlening te glijpen. Het detecteren van de meest kwetsbare families in de maatschappij kan volgens Elkan et al. (2000) enkel door universeel te screenen (Elkan, et al., 2001). Dit betekent echter niet dat de screening uniform moet zijn van aard.

Risico-assessment dient individueel te gebeuren door middel van huisbezoeken. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van interviews, observatie en checklists met risicofactoren, waarbij de inhoud, duur en intensiteit van de huisbezoeken dient afgestemd te worden op de (steeds veranderende) behoeften en noden van gezinnen (Elkan, et al., 2000) (Elkan, et al., 2001). De klinische ervaring van de zorgverlener is daarbij van cruciaal belang. De verwachtingen van de zorgverlener dienen ook realistisch te blijven, in die zin dat huisbezoeken slechts een beperkte impact hebben op de gezondheid en sociale outcomes. De doelstellingen moeten een brede focus hebben en gericht zijn op verschillende outcomes wil de thuisinterventie succesvol zijn. (Elkan, et al., 2000)

Een universeel programma met huisbezoeken gericht op risico-assessment kan een positieve impact hebben op de kindontwikkeling, maar dient te worden geïmplementeerd op populatieniveau opdat het ook kosteneffectief zou zijn voor de gemeenschap (Dodge, et al., 2013). In 2010 voerden Dodge et al. de eerste grootschalige studie uit (n=4777) in North Carolina (VS) naar de implementatie van het

‘Durham Connects model’ (DC-programma) op populatieniveau. North-Carolina kent een kort ziekenhuisverblijf van 24 uur na een vaginale partus en 96 uur na sectio (Bernstein, et al., 2007). Het DC-programma bestaat uit vier tot zeven huisbezoeken en telefonische contacten door verpleegkundigen waarbij een risico-assessment gebeurt volgens strikt protocol van de gezondheid, het psychosociaal welbevinden en functioneren van families. Er wordt gescoord op vier domeinen (gezondheidszorg, ouderschap/ kindzorg, veiligheid in huis en geweld, mentale gezondheid/ welbevinden ouders) volgens een vier-punten schaal. De contacten vinden plaats tussen de geboorte (eerste contact vindt plaats voor ontslag uit het ziekenhuis) en acht weken postnataal. Indien nodig krijgen de families een korte interventie thuis, maar de focus ligt voornamelijk op het doorverwijzen naar de bestaande zorginstanties. Indien een interventie zich opdringt, concentreert die zich voornamelijk op vier vlakken: (1) maternale gezondheid, (2) ondersteuning in het huishouden, (3) de gezondheid van de pasgeborene en (4) het maternaal welbevinden.

Dodge et al. concluderen dat een kortdurend universeel programma met huisbezoeken dat geïmplementeerd wordt met hoge penetratie en hoge participatie, (80% bij het DC-programma) de kosten voor het gebruik van medische spoedzorgen tijdens het eerste levensjaar met de helft kan doen afnemen ($p < .001$) (Dodge, et al., 2013) (Dodge, et al., 2013) (Dodge, et al., 2014). Daarnaast heeft het DC-programma een positieve impact op ouderschap, de maternale gezondheid en welbevinden, en het bevordert een gezonde kindontwikkeling ($p < .05$). De effecten overstijgen ruim de duur van het programma.

SOCIO-ECONOMISCHE VERSCHILLEN

In een cross-sectionele studie van Kurtz-Landy et al. (2008) werden socio-economisch benadeelde moeders gedefinieerd op basis van inkomen, sociale steun en postpartum risico-screening door middel van een multi-dimensioneel tool.

Moeders die op basis hiervan tot de categorie ‘socio-economisch benadeelde moeder’ behoren, verlaten het ziekenhuis significant vaker binnen de 24 uur, ze hebben minder vaak een goede tot excellente gezondheid en vertonen meer symptomen van postpartumdepressie dan moeders die socio-economisch bevoordeeld zijn. Deze laatste groep accepteert ook vaker een huisbezoek door een verpleegkundige dan de socio-economisch benadeelde groep. (Kurtz Landy, et al., 2008)

In een Amerikaanse cohortstudie van Kuan et al. (1999) met 522 moeders wordt na multivariate analyse vastgesteld dat vrouwen met een hogere opleiding meer kans hebben op slagen in borstvoeding (OR=3,15). Buitenshuis werken voor de geboorte heeft geen significante invloed op het slagen in borstvoeding. Verder hebben gehuwde moeders significant meer kans op een succesvolle borstvoeding ($p < 0,05$). (Kuan, et al., 1999)

ANDERE KWETSBARE GROEPEN

In een grootschalige Zwitserse case control studie gevoerd in 2013 werd nagegaan welke moeders meer ontvankelijk zijn voor het krijgen van mentale stress of postpartumdepressie tijdens de eerste 10 dagen postpartum. Uit dit onderzoek blijkt dat volgende factoren significant zijn voor het voorspellen van postnatale depressie of mentale stress: huilproblemen (OR= 3,62), niet samenleven met een partner (OR= 3,06), oudere leeftijd (OR per jaar: 1,06), lager educatieniveau (OR = 1,29), vroedkundige zorg tijdens de zwangerschap (OR=1,69), borstvoeding of borstvoedingsproblemen (OR = 1,28), bezorgd zijn over de gewichtstoename van de baby (OR = 1,54) en neonatale pathologie (OR = 1,49)

Volgende factoren blijken significant beschermend voor postpartumdepressie of mentale stress, namelijk een hogere pariteit (2 kinderen (OR = 0,72) en meer dan 2 kinderen (OR = 0,58)), het hebben van een niet Zwitserse moeder (Europese moeders (OR = 0,79), niet-Europese moeders (OR = 0,58)), een voltijdse tewerkstelling hebben (OR = 0,74), en de intentie hebben om terug te gaan werken (OR = 0,80).

Postnatale zorgverleners hebben de mogelijkheid om deze factoren te gaan opsporen in de thuissituatie. Ze kunnen extra steun geven door te informeren en te counsellen bij gewichtsproblemen en gezondheidsproblemen van baby's. Deze steun zorgt ervoor dat moeders hun rol als moeder effectiever kunnen vervullen en dit zal de mentale stress verlagen. Moeders moeten aangespoord worden om beroep te doen op hun sociaal netwerk opdat ze de rust krijgen die nodig is. Dit is heel belangrijk wanneer moeders geconfronteerd worden met een baby die veel huult.

De onderzoekers concluderen dat zorgverleners extra aandacht moeten geven aan moeders met huilbaby's, primipara's en alleenstaande vrouwen. Vroedvrouwen kunnen

een belangrijke rol spelen in de thuiszorg bij het identificeren, ondersteunen en adviseren van deze vrouwen. (Stahelin, et al., 2013)

Friedman & Spitzer (2004) geven een aantal factoren aan die de moeder-kind binding kunnen bemoeilijken, namelijk bevallen door middel van sectio caesarea, primigravida zijn en voor het eerst borstvoeding geven.

3. DISCUSSIE

3.1. WAT IS KWALITATIEF HOOGSTAANDE POSTNATALE ZORG.

Deze literatuurstudie zocht een antwoord op de vraag: **‘wat houdt kwalitatief hoogstaande postnatale zorg, vanaf ontslag in?’**

Kwaliteit van postnatale zorg is een ruim begrip. De afbakening van dit onderwerp was bijgevolg bijzonder moeilijk. De grens tussen inclusie en exclusie van publicaties was moeilijk te bepalen. Binnen deze complexe onderzoeksvraag werden vier thema's gedefinieerd, namelijk de invloed van LOS op verschillende outcomes (1), het in kaart brengen van de minimale ontslagcriteria, opdat postnatale zorg na ontslag op een uniforme manier kan worden georganiseerd (2), de organisatie (3) en de inhoud (4) van zorg na ontslag.

Bij het bepalen van inhoud van zorg werd veel aandacht geschonken aan stressoren en hoe ermee om te gaan; de focus hierbij ligt op de mentale toestand van de moeder. De inhoud van zorg over de fysieke gezondheid van moeder én neonaat bleef echter beperkt. Dit kan deels worden verklaard door de gebruikte zoekterm, hoewel later uitgevoerde aanvullende zoekacties ook weinig extra informatie boden. Voor het opstellen van de kwaliteitsindicatoren voor postnatale zorg bij ontslag moet bijgevolg gebruik worden gemaakt van klinische richtlijnen om dit onderwerp aan te vullen. Het includeren van onderzoeken tot 1994, maakt dat verschillende onderzoeken niet up-to-date zijn wat betreft medische topics, zoals bijvoorbeeld de diagnose van icterus. Hiermee werd rekening gehouden bij het rapporteren van de resultaten. In de jaren '90 veranderde de organisatie van postnatale zorg in verschillende landen. Het dalen van de ligduur in deze periode kreeg internationale aandacht, waardoor relevante publicaties verschenen.

3.1.1. Invloed van LOS

Er zijn twee redenen van daling van de LOS aangehaald: economische impulsen en impulsen vanuit de zorgvrager. Aan vroegtijdig ontslag (<24-48 uur) zijn een aantal voordelen verbonden, namelijk positieve ervaring voor het gezin, minder fysieke problemen en depressie en snellere integratie van het kind in het gezin. Voor deze voordelen is echter weinig evidentie gevonden; één narratieve review van lage kwaliteit en slechts één kwalitatief onderzoek van middelmatig kwaliteit. Voor het in kaart brengen van risico's verbonden aan vroegtijdig ontslag werden volgende outcomes bestudeerd: redenen voor heropname en voorkomen van pathologie na vroegtijdig ontslag. Voor deze laatstgenoemde werd wel sterke evidentie gevonden, waaronder twee cohortstudies, een prevalentiestudie en een kwalitatief onderzoek (hoge kwaliteit). Bij een ontslag vóór 48 uur loopt de neonat de kans dat de basisscreening zoals screening voor hyperbilirubinemie, cardiologische aandoeningen of fenylketonurie gemist wordt. Dat de neonat een hoger risico zou hebben op heropname omwille van foeto-maternale infecties blijkt echter onjuist. Heropnames van de kraamvrouw bij een vroegtijdig ontslag (<24-48 uur), zijn in bijna de helft van de gevallen omwille van endometritis. Deze risico's vormen bijgevolg belangrijke observatiepunten bij vroegtijdig ontslag.

Er zijn grote verschillen in LOS gaande van een verblijf van minder dan 24 uur tot vijf dagen of meer. Dit maakt het bijzonder moeilijk om resultaten van diverse studies met elkaar te vergelijken. Sommige studies stellen vast dat het aantal heropnames stijgt wanneer de LOS daalt. Wanneer echter rekening gehouden wordt met confounding factors, zoals postnatale huisbezoeken en stijgende borstvoedingscijfers, in andere recentere studies, verdwijnt dit effect. Vroeg ontslag heeft geen invloed op de gezondheid van moeder en kind, neonatale en maternale heropnames, noch op het starten met borstvoeding, borstvoedingsduur en borstvoedingssucces. Het vaker voorkomen van neonatale pathologie, zoals icterus kan verklaard worden door intensere opvolging, onder meer door postnatale huisbezoeken.

Het KCE beveelt aan dat na een ongecompliceerde bevalling maximaal 72 uur postnatale zorg in het ziekenhuis voorzien moet worden. De opvolging thuis dient voor ontslag georganiseerd te zijn. Hierbij speelt screening van de neonat een centrale rol.

Ontslag voor 48u is mogelijk voor de gezonde atermegeborene, mits een afspraak voor een pediatrisch onderzoek zeven tot 10 dagen na de geboorte is gemaakt, met als doel het opsporen van cardiologische aandoeningen.

Vier onderzoeken, waaronder drie van hoge kwaliteit, concluderen dat LOS niet mag gestandaardiseerd worden. Er is nood aan geïndividualiseerde LOS.

Wanneer de LOS individueel bepaald wordt, is er nood aan universele ontslagcriteria, opdat de postnatale zorg zicht zou hebben op reeds gebeurde screening en patiënten-educatie, en opdat de zorg op een correcte manier zou worden georganiseerd. Zo kan de postnatale zorg na ontslag op elke moment naadloos aansluiten op de postnatale zorg in het ziekenhuis.

3.1.2. Ontslagcriteria

Om een naadloze overgang van intra- naar extramurale postnatale zorg te bekomen, moeten voorwaarden worden gesteld op vier punten: de maternale fysieke en mentale gezondheid, de gezondheid van de neonat, patiënten-educatie en de organisatie van zorg na ontslag.

Er werden twee narratieve reviews geïnccludeerd die als relevant werden beschouwd binnen dit thema. Deze narratieve reviews geven een beeld van de fysiologische aanpassingen die de neonat en de kraamvrouw doormaken en de potentiële risico's hieraan verbonden. Er werd geopteerd om deze reviews te includeren, ondanks methodologische beperkingen. De inhoud is eerder gebaseerd op fysiologische principes en dient als aanvulling en achtergrondinformatie voor wetenschappelijk bepaalde ontslagcriteria. Ontslagcriteria moeten worden gebaseerd op een gezamenlijke beslissing van gynaecoloog/ verloskundige, pediater en moeder. Hierbij wordt rekening gehouden met het al dan niet geven van borstvoeding, het zich klaar voelen voor ontslag en andere patiëntkarakteristieken. Neonatale ontslagcriteria houden onder meer in: stabiele vitale parameters gedurende 12 uur voor ontslag, spontaan geplast (< 24u na geboorte), meconium geloosd (< 36 tot 48 uur na de geboorte), screening en eventueel beleid opgesteld voor icterus, metabole screening, minstens twee succesvolle voedingen en geen abnormale bevindingen tijdens het klinisch onderzoek na de geboorte.

Educatie vóór ontslag is gegeven over de fysiologische veranderingen van de neonaat, zijn /haar gedrag, temperament, neurologische ontwikkeling, borstvoeding, normale emoties bij thuiskomst, wiegendood en veilige slaaphouding.

Na ontslag hebben elke moeder en/ of neonaat toegang tot continue medische zorg (voorzien door een arts). Een afspraak met een vroedvrouw voor de eerste huisbezoeken is vastgelegd. Bij ontslag na 72 uur is een pediatrisch consult een ontslagvoorwaarde.

Wanneer de neonaat ontslagen wordt vóór 72 uur, dient een pediatrisch consult (vóór de zevende tot tiende dag postnataal) te zijn gepland.

Ook familiale, omgevings-, en sociale risicofactoren zijn beoordeeld. Bij de aanwezigheid van risicofactoren wordt het ontslag uitgesteld of is een plan van aanpak opgemaakt.

3.1.3. Organisatie van medische postnatale zorg

Postnatale zorg moet aangepast zijn aan de individuele noden van moeders. Het is moeilijk te bepalen wat de optimale frequentie, timing, duur, intensiteit en type van postpartumprogramma's met huisbezoeken moet zijn om 'evidence-informed' zorg te kunnen bieden.

Bij dit thema komen opnieuw dezelfde methodologische valkuilen naar boven als bij LOS studies. Verschillende interventies worden soms gelijktijdig onderzocht, zoals het combineren van extra opleiding van de zorgverleners met extra huisbezoeken. Verder werd niet in alle onderzoeken rekening gehouden met confounding factors.

Follow-up in het ziekenhuis, thuis of op consultatie | Voor wat betreft maternale heropnames is de plaats van postnatale zorg (thuis of in het ziekenhuis) geen bepalende factor. Huisbezoeken resulteren wel in significant minder neonatale heropnames, medische consultaties en medische spoedzorgen. De gewichtsstijging van baby's die borstvoeding krijgen, wordt zowel thuis als bij ambulante follow-up in het ziekenhuis positief beïnvloed. Moeders zijn meer tevreden over postnatale zorg thuis in vergelijking met een ziekenhuisverblijf van drie tot vijf dagen of ambulante follow-up in het ziekenhuis.

Het effect van borstvoedingsondersteuning door zorgverleners is echter vaak wisselend.

Dit kan deels te wijten zijn aan de wijze waarop zorgverleners borstvoedingsadviezen communiceren. De invloed van organisatie van postnatale zorg op borstvoeding is ruim onderzocht. De voornaamste redenen om te stoppen met borstvoeding kunnen voorkomen worden door borstvoedingsinterventies. Borstvoedingsbegeleiding thuis heeft een positieve invloed op de borstvoedingspercentages bij atermepasgeborenen.

Gestandaardiseerd versus niet gestandaardiseerd | Slechts één onderzoek onderzocht de meerwaarde van gestandaardiseerde huisbezoeken. Dit RCT van hoge kwaliteit stelde vast dat één tot drie gestandaardiseerde huisbezoeken de duur van borstvoeding significant kunnen verlengen. Verder onderzoek naar de meerwaarde van het standaardiseren van huisbezoeken is aangewezen.

Continuïteit van zorg | Medische postnatale thuiszorg moet continu en geïntegreerd zijn. De zorg wordt gecoördineerd door een ‘perinatale zorgcoördinator’ binnen een perinataal netwerk (goede coördinatie eerste lijn en tweede lijn). Een community-based model gaat meer systematisch tewerk en resulteert in meer postnatale contacten.

3.1.4. Organisatie van niet-medische postnatale zorg

De taken van de niet-medische zorgverlener kunnen bestaan uit verzorgende activiteiten zoals verzorging van de moeder en kind(eren), stimuleren van zelfzorg, (borst)voedingsondersteuning, gezondheidseducatie, het bieden van sociale en emotionele steun en eventueel huishoudelijke taken. Thuis gelden andere sociale regels dan in het ziekenhuis. Dit maakt de positionering van de niet-medische zorgverlener bijzonder moeilijk. Het is belangrijk een officiële erkenning voor de opleiding en het beroep te verkrijgen met een duidelijke omschrijving van het takenpakket. Niet-medische zorgverlening heeft geen significant effect op de gezondheid van moeder en kind. Het effect op borstvoeding is (nog) onduidelijk. Moeders zijn over het algemeen zeer tevreden over niet-medische postnatale zorg. Er zijn geen harde bewijzen dat het systematisch aanbieden van niet-medische postnatale zorgverlening voordelen biedt. Het kan een meerwaarde betekenen voor moeders met weinig sociale steun. Deze resultaten komen echter uit proefprojecten in landen waar niet-medische postnatale zorgverlening niet standaard ingebed is in de zorg. Volgens een Nederlandse publicatie

ligt de waarde van kraamzorg in de combinatie van zorg en andere taken. Het feit dat informatie en educatie vervat zitten in de dagdagelijkse activiteiten, zorgt ervoor dat deze gemakkelijker geaccepteerd en begrepen worden. Deze narratieve review is echter laag van kwaliteit.

3.1.5. Zorgbehoefte tijdens de normale postnatale periode na ontslag

Moeders worden geconfronteerd met een aantal uitdagingen tijdens het postpartum. Hoe ze hiermee omgaan is belangrijk om het zorgaanbod hierop af te stemmen. Om inzicht te krijgen in deze materie werden vijf kwalitatieve studies van hoge kwaliteit en twee van matige kwaliteit bestudeerd, aangevuld met één cohortstudie (hoge kwaliteit). Deze onderzoeken vulden elkaar aan en rapporteren dezelfde bevindingen, ook al is er een groot verschil in settings zoals VS, Ierland, Australië, Noorwegen, Zweden, Zwitserland en ook België.

MET WELKE UITDAGINGEN WORDEN KRAAMVROUWEN (EN HUN PARTNERS) GECONFRONTEERD?

De eerste zes tot acht weken na de bevalling worden door moeders ervaren als onzeker, stressvol, chaotisch en vermoeiend. Moeders voelen zich kwetsbaar en zijn erg begaan met het behouden van controle en hun integriteit in de nieuwe situatie.

De stressoren/ uitdagingen waarmee ze geconfronteerd worden, hebben te maken met de zorg voor hun kind(eren) waaronder het omgaan met het grote verantwoordelijkheidsgevoel als moeder, de combinatie zorg voor andere kinderen en het zorgen voor de baby. Voor primipara's is het zorgen voor de baby de grootste uitdaging, terwijl multipara's de combinatie van zorg voor de baby en andere kinderen als grootste uitdaging percipiëren. De levensveranderingen die plaatsvinden, zorgen ook voor spanningen. Zo zijn de fysieke en mentale gezondheid van de moeder, met in het bijzonder haar rust- en slaappatroon, en de relatie met de partner grote veranderingen die gepaard gaan met stress.

HOE GAAN MOEDERS OM MET DEZE UITDAGINGEN

Moeders worden in het postpartum geconfronteerd met vier processen; ze willen hun competenties als moeder ontwikkelen (1) en daardoor verandert de focus in de relatie

tussen de ouders onderling (2). Moeders hebben de neiging zichzelf weg te cijferen voor hun baby; baby komt op de eerste plaats (3). Tot slot hebben moeders nood aan respect, begrip en zoeken erkenning (4). Moeders minimaliseren hun situatie om niet als ‘slechte moeder’ aanzien te worden (interne copingstrategie). Ze vinden steun bij hun partner, familie en vrienden, in het bijzonder hun eigen moeder (informele steun). Nieuw moederschap vraagt om professionele, geïndividualiseerde ondersteuning door huisbezoeken. Moeders hebben nood aan correcte informatie en praktische training met name in het zorgen voor de pasgeborene en in het geven van borstvoeding. Ze moeten empowered worden zodat ze in staat zijn hun integriteit en gevoel van controle te behouden in deze precare periode. De nadruk moet liggen op zelfzorg, voldoende eten en rusten. De vroedvrouw wordt hierbij beschouwd als dé referentiepersoon.

INFORMATIE NA ONTSLAG

Pas bevallen moeders hebben behoefte aan informatie over borstvoeding, babyverzorging en hun eigen gezondheid. Wat de inhoud van informatie betreft, werd slechts in twee publicaties evidentie gevonden. Verder onderzoek over dit thema en de uitwerking ervan is aangewezen.

DEFINIËRING VAN KWETSBARE GROEPEN.

Voor de definiëring van kwetsbare groepen werd gebruik gemaakt van onderzoeken met een grote diversiteit aan designs: RCT, cohortstudies, case-control, cross-sectioneel onderzoek en een meta-analyse. Er werd tevens een narratieve review van lage kwaliteit geïncludeerd die geschreven werd door enkele onderzoekers die de meta-analyse publiceerden. Deze werd louter gebruikt om het thema binnen de meta-analyse vanuit een breder perspectief te kunnen benaderen.

Om moeders en neonaten met een verhoogd risico op gezondheidsproblemen en borstvoedingsgerelateerde problemen te kunnen identificeren, kan gebruik worden gemaakt van risico-assessment. Hierbij is het belangrijk dat iedereen gescreend wordt en dat de focus niet enkel ligt op risico-populaties. Risico-assessment moet aangepast zijn aan de individuele eigenschappen van de moeder waarbij rekening wordt gehouden met extra noden: socio-economisch benadeelde moeders, alleenstaande moeders, primipara's en moeders van baby's die veel huilen.

3.2. METHODOLOGISCHE STERKTES / ZWAKTES

De inclusie van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek maakt dat deze literatuurstudie een ruimere kijk biedt op de organisatie van postnatale zorg na ontslag. Er werd geopteerd voor de kwaliteitsbeoordeling gebruik te maken van de checklists van de CASP en niet voor 'level of evidence'. Deze keuze werd bewust gemaakt omdat het onderwerp van deze literatuurstudie erg divers is. Het patiëntenperspectief, meer bepaald de ervaringen en verwachtingen van moeders omtrent postnatale zorg zijn belangrijke elementen om mee te nemen in het bepalen van wat kwaliteitsvolle postnatale zorg is. Door een opdeling te maken in 'high', 'moderate' en 'low' werd geen onderscheid gemaakt in onderzoeksdesign. Wanneer het design afgestemd was op de onderzoeksvraag en de studie werd uitgevoerd volgens de voorwaarden die aan dergelijk onderzoek worden gesteld, kon de studie het oordeel 'high' krijgen. Bij onderzoek naar complexe zorgprocessen ligt de evidentie bekomen uit RCT's niet per definitie hoger dan evidentie uit kwalitatief onderzoek (Grypdonck, 2006).

Methodologische beperkingen kwantitatief onderzoek | De kwaliteit van kwantitatieve studies wordt beïnvloed door problemen zoals het definiëren en meten van outcomes, de blinding van proefpersonen en onderzoekers, de lange follow-up, grote risico's op contaminatie van controlegroepen en interventiegroepen door andere variabelen, het hawthorne-effect en andere problemen. Niet alle studies rapporteren alle outcome-resultaten grondig. Twee redenen liggen aan de grondslag daarvan. Outcomes worden soms wel vermeld, maar in de resultaten niet of beperkt gerapporteerd. We durven niet te veronderstellen dat de resultaten daarom niet-significant zijn. Bijgevolg werd beslist deze outcomes weg te laten uit de bespreking van de resultaten.

Methodologische beperkingen van kwalitatief onderzoek | In kwalitatieve studies wordt de standaardzorg niet altijd duidelijk omschreven, waardoor het soms moeilijk is om het onderzoek te kaderen en/ of te transfereren naar een Vlaamse setting. Daarnaast kan de vraag worden gesteld of telkens de gepaste methodologische keuzes werden gemaakt om bepaalde topics te onderzoeken. Zo kan de voorkeur van moeders met betrekking tot organisatie van zorg moeilijk worden onderzocht. Moeders percipiëren doorgaans de zorg die zij zelf gekregen hebben, en waar ze tevreden over zijn, als de te verkiezen zorg, "what is, must be best".

Generalisatie en transfereerbaarheid | Deze literatuurstudie richt zich op laagrisico moeders. Hierdoor blijft generalisatie van de resultaten beperkt tot een laagrisico populatie of setting. Buitenlandse studies zijn vaak moeilijk te transfereren naar een Vlaamse setting omdat elk land zijn eigen uniek systeem van gezondheidszorg kent.

4. CONCLUSIE

Een vervroegd ontslag na een verblijf van minimum 48u is een goed alternatief voor de gezonde moeder en gezonde atermen neonat. Een ziekenhuisverblijf van meer dan 48 uur na een ongecompliceerde bevalling biedt geen meerwaarde voor de gezondheid van moeder en kind, noch heeft dit een positieve invloed op de borstvoeding. Een daling in verblijfsduur na de bevalling moet samengaan met duidelijk omschreven ontslagcriteria. Daarnaast vraagt een kortere verblijfsduur om geïndividualiseerde zorg die rekening houdt met stressoren en uitdagingen waarmee moeders in het postpartum worden geconfronteerd. Huisbezoeken kunnen een positieve invloed hebben op de gezondheid van de neonat, de tevredenheid van de moeder en op borstvoeding. Niet-medische postnatale zorg kan een meerwaarde betekenen voor moeders met weinig sociale steun, maar hoeft niet standaard deel uit te maken van postnatale zorg na ontslag. Geïndividualiseerde risico-assessment met extra aandacht voor kwetsbare groepen bij alle kraamgezinnen kan een positieve invloed hebben op de gezondheid van moeder en neonat en op borstvoeding.

DEEL 3

ONTWIKKELEN VAN

KWALITEITSINDICATOREN VOOR

POSTNATALE ZORG VANAF ONTSLAG

1. THEORETISCHE BENADERING

1.1.1. Kwaliteitsindicatoren in de zorg

Indicatoren spelen een belangrijke rol bij het monitoren en verbeteren van kwaliteit in de zorg. Een indicator geeft een eerste signaal over de kwaliteit van de zorg en is een hulpmiddel bij de kwaliteitsverbetering. Met behulp van een indicator is het mogelijk om meer inzicht te krijgen in hoe het (zorg)proces verloopt (monitoring). Verder kan een indicator gebruikt worden om een individuele praktijk te vergelijken met regionale of landelijke cijfers (benchmarking) en kan een indicator fungeren als een alarmbel, die bijvoorbeeld afgaat bij een daling onder een minimaal vereist niveau. Ten slotte kan een indicator verwijzen naar de norm waaraan de zorg dient te voldoen. (Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, 2009)

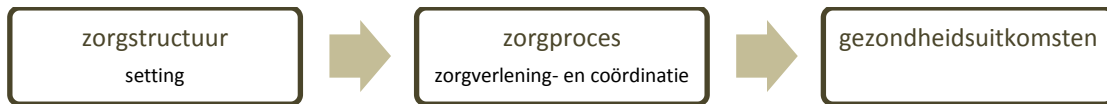
1.1.2. Indeling in indicatoren

INDELING VOLGENS TYPE INDICATOR

Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare items die verwijzen naar structuren, processen en uitkomsten van zorg (Campbell, et al., 2003). Structuurindicatoren verwijzen naar de fysieke en organisatorische aspecten van zorg zoals de beschikbaarheid van zorgverleners, faciliteiten, uitrusting, operationele en financiële mogelijkheden etc.

Procesindicatoren richten zich op de daadwerkelijk geleverde zorg aan de cliënt en de communicatie met de cliënten, bv. de verzorging van moeder en kind.

Uitkomstindicatoren verwijzen naar het uiteindelijke doel van de zorg, uitgedrukt in termen van morbiditeit, mortaliteit, complicaties, gezondheidsstatus, maar ook in termen van cliënttevredenheid (Grol & Wensing, 2012) (AHRQ, 2007). Het ontwikkelen en selecteren van indicatoren gebeurt bij voorkeur op een systematische en zorgvuldige manier (Grol & Wensing, 2012). Donabedian (1980) heeft een model ontwikkeld dat als basis kan dienen voor het beoordelen van de kwaliteit van zorg en dat gebaseerd is op deze indeling. De relatie tussen structuur, proces en uitkomst kan als volgt worden weergegeven (Donabedian, 2005).



FIGUUR 5 MODEL DONABEDIAN (1980)

In dit model valt op dat zorgcoördinatie een specifieke rol krijgt toegeschreven.

Zorgcoördinatie wordt niet alleen beïnvloed door de zorgstructuur, maar heeft op zijn beurt een effect op de outcomes voor de patiënt/ cliënt. Het coördineren van postnatale zorg is belangrijk om actieve postnatale zorgverleners duidelijk te gaan definiëren en hun taken strak(ker) te gaan omlijnen. Zorgcoördinatie heeft de potentie om zowel de kwaliteit van zorg te verhogen als de efficiëntie in zorg verlenen te verbeteren (AHRQ, 2007) en kan gedefinieerd worden als volgt: *“Care coordination is the deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) involved in a patient’s care to facilitate the appropriate delivery of health care services. Organizing care involves the marshalling of personnel and other resources needed to carry out all required patient care activities, and is often managed by the exchange of information among participants responsible for different aspects of care”* (AHRQ, 2007).

Het afstemmen van zorg op de zorgvrager, het uitwisselen van informatie tussen zorgprofessionals, het naadloos aansluiten van de verschillende zorgsystemen, zorgcontinuïteit en de beschikbaarheid van de nodige resources zijn van groot belang om de kwaliteit binnen de kraamzorg te gaan verhogen.

INDELING NAARGELANG VERSCHILLENDE ZORGASPECTEN

Naast de indeling van indicatoren in types, kunnen indicatoren worden ingedeeld naargelang de verschillende aspecten van zorg. De Institute of Medicine (2001) maakt een onderscheid tussen zes domeinen.

1. Effectieve zorg
2. Doelmatige zorg
3. Veilige zorg
4. Patiëntgerichte zorg
5. Toegankelijke zorg
6. Tijdige zorg

Gezondheidszorg die gebaseerd is op deze zes domeinen zou beter tegemoetkomen aan de behoeften en noden van de patiënt/ cliënt (Institute of Medicine, 2001). Bij het uitschrijven van de potentiële kwaliteitsindicatoren werd hiermee rekening gehouden.

1.1.3. Kwaliteitsindicatoren voor de postnatale zorg

Bij de ontwikkeling van indicatoren dient systematisch te werk worden gegaan om de validiteit van de kwaliteitsmetingen te kunnen waarborgen. De criteria waaraan een goede indicator moet voldoen zijn validiteit, betrouwbaarheid, sensitiviteit, aanvaardbaarheid en haalbaarheid. (Campbell, et al., 2003)

Door de indicatoren te baseren op systematisch literatuuronderzoek kan de inhoudsvaliditeit (content validiteit) verzekerd worden. De face validity kan in dit onderzoek gemaximaliseerd worden door gebruik te maken van een consensus techniek gebaseerd op 'expert-opinion'. Het is aangetoond dat validiteit en haalbaarheid een voorspellende waarde hebben voor de implementatie van richtlijnen in de praktijk (Boulkedid, et al., 2011).

Deze benadering sluit sterk aan bij de evidence-based practice benadering. Waar mogelijk worden de indicatoren best rechtstreeks afgeleid van wetenschappelijke evidentie uit gedegen studies of evidence-based richtlijnen (Grol & Wensing, 2012). Wanneer wetenschappelijke evidentie onvoldoende voorhanden is, kan het gebruik van 'expert-opinion' soelaas brengen. Kwaliteitsindicatoren voor gezondheidszorg moeten voor een groot deel bepaald worden aan de hand van opinies en ervaringen van klinici en andere experts met kennis over het onderwerp (Boulkedid, et al., 2011). Om dit op een systematische wijze te doen, werd binnen dit onderzoek gekozen voor een Delphi-procedure. Bij Delphi-onderzoek wordt de mening van een aantal experts gevraagd ten aanzien van een onderwerp waar geen consensus over bestaat, in dit geval 'de kwaliteitsindicatoren waaraan postnatale zorg vanaf ontslag uit het ziekenhuis, dienen te voldoen'. Door de antwoorden aan de andere experts (anoniem) terug te koppelen, wordt in een aantal vraagrondes geprobeerd tot consensus te komen. In dit onderzoek werd gekozen voor een experten-panel waarin alle relevante beroepsgroepen binnen de kraamzorg vertegenwoordigd zijn, namelijk vroedvrouwen, kraamverzorgenden,

geneesheer(-specialisten) waaronder gynaecologen, pediaters/ neonatologen, huisartsen, en afgevaardigden van diverse (kraamzorg-) en andere private en publieke instellingen.

1.1.4. Doelstelling en vraagstelling

Welke kwaliteitsindicatoren kunnen voor de postnatale zorg vanaf ontslag uit het ziekenhuis geïdentificeerd of ontwikkeld worden op basis van wetenschappelijke literatuur, richtlijnen, nationale en internationale beleidsdocumenten en ‘expert-opinion’?

De focus beperkt zich hierbij tot het postpartum volgend op een ongecompliceerde vaginale partus of sectio. De doelstelling van het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor de postnatale zorg is de kwaliteitsnorm voor postnatale zorg vanaf ontslag te bepalen, onafhankelijk van de verblijfsduur in het ziekenhuis. Verder kunnen de kwaliteitsindicatoren worden gebruikt voor het monitoren en bijsturen van de kwaliteit van postnatale zorg vanaf ontslag.

2 subvragen:

- a. Definiëren van de zorgdomeinen waarvoor kwaliteitsindicatoren dienen ontwikkeld te worden?
- b. Welke indicatoren zijn geschikt voor opname in de indicatoren-set op basis van vijf criteria: validiteit, betrouwbaarheid, sensitiviteit, haalbaarheid en aanvaardbaarheid.

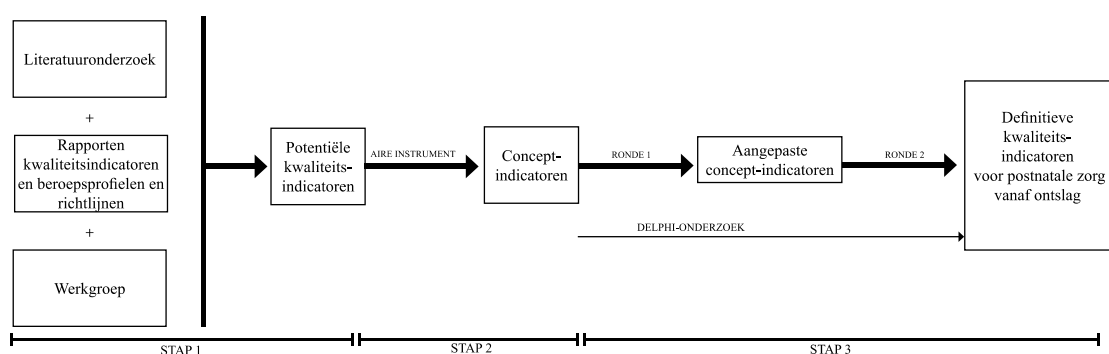
2. METHODE

De ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren in de postnatale zorg vanaf ontslag uit het ziekenhuis doorloopt drie stappen:

STAP 1: Ontwikkelen potentiële kwaliteitsindicatoren

STAP 2: Ontwikkelen conceptindicatoren

STAP 3: Delphi- onderzoek (Ontwikkelen van definitieve kwaliteitsindicatoren)



FIGUUR 6 STROOMDIAGRAM VAN DE METHODE

2.1. ONTWIKKELEN POTENTIËLE INDICATOREN (STAP 1)

Het uitwerken van kwaliteitsindicatoren dient systematisch en evidence-based benaderd te worden. Hiervoor werd een groslijst met potentiële kwaliteitsindicatoren opgesteld aan de hand van de resultaten uit de systematische literatuurstudie (1). Daarnaast werd gezocht naar bestaande indicatoren in richtlijnen en werden indicatoren ontwikkeld op basis van aanbevelingen uit richtlijnen, nationale en internationale (beleids)documenten (2).

De zeven databanken voor richtlijnen die doorzocht werden zijn: National Guideline Clearinghouse (NGC), National Institute for Clinical Excellence (NICE),

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO), Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), Belgische Centrum voor Evidence-based medicine (Cebam) en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Hiervoor werden volgende zoektermen gebruikt: 'postnatal', 'postpartum', 'pregnancy' en 'perinatal'. Dit leverde zeven relevante richtlijnen en één bijhorende standaard op.

De richtlijnen zijn door de twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar beoordeeld aan de hand van het AGREE II- instrument (AGREE Next Steps Consortium, 2009). Vlayen et al. (2005) vergeleek kwaliteitsinstrumenten voor richtlijnen. Uit hun analyse kwam het AGREE-instrument naar voor als enige gevalideerde kwaliteitsinstrument met numerieke schaal (Vlayen, 2005). Aan de hand van deze beoordeling werden domeinscores berekend. Op basis daarvan werd beslist de richtlijnen al dan niet te includeren. Hiervoor wordt geen cut-off waarde gebruikt, maar werden de scores van de verschillende domeinen met elkaar vergeleken.

De potentiële indicatoren werden vervolgens aan kritische zorgdomeinen toegekend. De domeinen waarvoor indicatoren dienen ontwikkeld worden, zijn kritische zorgprocessen binnen de postnatale zorg waaronder we verstaan: *'de processen of episodes in het postnataal zorgbeleid met een substantieel risico op sub-optimale zorg ten aanzien van de organisatie, zorgprocessen of zorguitkomsten'*. Deze domeinen zijn bepaald door analyse van de geïncludeerde richtlijnen en beleidsdocumenten en aan de hand van de expertise van de onderzoekers zelf. Binnen elk domein werden de indicatoren opgesplitst in structuur,- proces,- en uitkomstindicatoren. Dit door middel van een matrix waarbij de verschillende indicatoren (proces, outcome en structuur) zijn gecombineerd met de zorgdomeinen om een zo volledig mogelijke groslijst van alle potentiële indicatoren te bekomen.

2.2. ONTWIKKELEN CONCEPTINDICATOREN (STAP 2)

Bij de uitwerking van de indicatoren werd rekening gehouden met vijf criteria: validiteit, betrouwbaarheid, sensitiviteit, haalbaarheid en aanvaardbaarheid.

Daarnaast werd de groslijst onderworpen aan een kritische evaluatie door de onderzoekers waarbij het ‘Appraisal of indicators through research and evaluation’, m.a.w. het AIRE-instrument, als leidraad wordt gehanteerd.

Het AIRE-instrument is gebaseerd op het ‘Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation’, afgekort het AGREE-instrument en kan als checklist worden gebruikt bij de kwaliteitsbeoordeling van een indicator of set van indicatoren. Het kan ook bij de ontwikkeling van indicatoren als handleiding worden aangewend (de Koning, et al., 2007). Het AIRE-instrument werd ontwikkeld om te kunnen beoordelen of kwaliteitsindicatoren in de zorg voldoen aan de ontwerpeisen van ‘wetenschappelijkheid’ en bruikbaarheid (de Koning, et al., 2007).

Het AIRE-instrument houdt rekening met volgende criteria:

1. de omschrijving van het doel van de indicatoren,
2. de gebruikte selectiecriteria,
3. de betrokkenheid van belanghebbenden bij de ontwikkeling en
4. de mate van wetenschappelijk bewijs achter de indicator.

Graham en Harrison (2005) benadrukken dat wanneer richtlijnen lokaal worden gebruikt, de aanbevelingen aangepast kunnen worden (ADAPT) of letterlijk kunnen worden overgenomen (ADOPT). Deze gedachtengang wordt bij het definiëren van de potentiële indicatoren aangewend, namelijk:

1. bestaande indicatoren uit richtlijnen (ADOPT)
2. aangepaste indicatoren op basis aanbevelingen uit richtlijnen of literatuur (ADAPT)
3. zelf ontwikkelde indicatoren op basis van aanbevelingen uit richtlijnen, literatuur of beleidsdocumenten (CREATE)

Deze systematische evidence-based benadering resulteerde in concept-kwaliteitsindicatoren. Alle indicatoren werden voorzien van een toelichting bestaande

uit een definitie van de indicator, het type indicator, de evidentie, de teller en noemer (Tabel 8).

TABEL 8 UITWERKING INDICATOREN

Definitie	De beschrijving van de indicator
Toelichting	Uitleg over de indicator en het gebruik ervan in de praktijk
Type	Structuur – Proces - Outcome
Evidentie	Evidentie voor de indicator vanuit richtlijnen, literatuur en (beleids)documenten
Teller	De teller van de breuk waarmee de indicator wordt berekend
Noemer	De noemer van de breuk waarmee de indicator wordt berekend

2.3. DELPHI- ONDERZOEK (STAP 3)

Om tot definitieve kwaliteitsindicatoren te komen, werden de conceptindicatoren in twee vraagrondes in een gemodificeerde Delphi-procedure voorgelegd aan een experten-panel. De eerste fase van een traditioneel Delphi-onderzoek, namelijk een open vraagronde, werd niet uitgevoerd. De conceptindicatoren werden in dit onderzoek immers verkregen door systematisch literatuuronderzoek, het bestuderen van richtlijnen en (beleids)documenten.

Inclusiecriteria experten-panel

Het experten-panel bestaat uit een representatieve groep professionals. Ze werden geselecteerd op basis van hun expertise in het domein van de postnatale zorg in Vlaanderen. Het vooropgestelde aantal experten na uitval is dertig met vertegenwoordiging van de verschillende relevante beroepsgroepen:

- 10 experten actief binnen de postnatale zorg, nl. 3 kraamverzorgenden, 4 coördinatoren/ kwaliteitsverantwoordelijken/ beleidsmakers van kraamzorg of afgevaardigden van organisaties, en 3 leden van de Expertisecentra Kraamzorg

- 10 vroedvrouwen waarvan 3 vroedvrouwen werkzaam in het ziekenhuis, 3 zelfstandige vroedvrouwen, 3 vroedvrouwen werkzaam in een kraamcentrum, 1 vertegenwoordiger van een organisatie van vroedvrouwen.
- 10 artsen waaronder 4 gynaecologen, 4 pediaters/ neonatologen en 2 huisartsen.

Om het beoogde aantal experten te bereiken, wordt rekening gehouden met een uitvalspercentage van 70%. Er werden 100 experten gecontacteerd per mail of telefoon. Expertena kunnen in de studie opgenomen worden als ze expertise hebben in de postnatale zorg in Vlaanderen. Daarnaast werden volgende inclusiecriteria opgesteld:

- Gynaecologen en pediaters/ neonatologen moeten praktiserend zijn in een eigen praktijk in Vlaanderen, al dan niet verbonden aan een ziekenhuis; zowel regionale als universitaire ziekenhuizen komen in aanmerking.
- Huisartsen moeten beschikken over relevante ervaring in de postnatale thuiszorg en werkzaam zijn in Vlaanderen en worden o.a. via aanbeveling door andere experten of leden van de Expertisecentra Kraamzorg aangedragen.
- Vroedvrouwen moeten werkzaam zijn in de materniteit van het ziekenhuis en/ of werkzaam in de postnatale thuiszorg in dienst van een thuiszorgorganisatie of als zelfstandige (al dan niet aangesloten bij een samenwerkingsverband met andere zelfstandige vroedvrouwen). De vroedvrouwen worden geselecteerd via de lijst van de Vlaamse organisatie van vroedvrouwen (VLOV) en de lijst van het Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) in Vlaanderen met goede vertegenwoordiging van alle provincies.
- Het beschikken over een certificatie als lactatiekundige werd gezien als een pluspunt, maar was geen voorwaarde. Lactatiekundige zijn, geeft immers een bijzondere expertise en interesse aan voor de postnatale periode.
- Kraamverzorgenden dienen werkzaam te zijn in een dienst voor postnatale thuiszorg in Vlaanderen en te beschikken over minimum vijf jaar relevante ervaring in de kraamzorg. Zij worden gerekruteerd via de Expertisecentra Kraamzorg door contact op te nemen met de coördinatoren van kraamcentra. Minstens één kraamcentrum per provincie wordt hiervoor gecontacteerd.
- Afgevaardigden van organisaties voor vroedvrouwen of kraamzorg, coördinatoren van kraamzorg en beleidsmakers worden rechtstreeks gecontacteerd.

- Bij de recrutering van het experten-panel wordt rekening gehouden met regionale verschillen. Daarom werden experten uit alle provincies aan geschreven.

Online vragenlijst

De experten kregen een uitnodiging per mail in de 2^{de} week van november 2014. Vervolgens kregen ze een reminder een week later. Experten waarvan we niet beschikten over een emailadres werden telefonisch gecontacteerd met de vraag of we een uitnodiging tot deelname aan het onderzoek per mail mochten versturen.

De experten beoordeelden in een eerste vraagronde de concept-kwaliteitsindicatoren op basis van dezelfde criteria die de onderzoekers hanteerden om de conceptindicatoren te ontwikkelen, namelijk validiteit, betrouwbaarheid en sensitiviteit, haalbaarheid en aanvaardbaarheid. Om de duur van het invullen van de vragenlijst te doen dalen en bijgevolg de response-rate te maximaliseren en de betrokkenheid van de experts te behouden tijdens de evaluatie van de indicatoren, werden de vijf criteria samengevoegd in twee overkoepelende criteria (tabel 9).

TABEL 9 CRITERIA VOOR BEOORDELING

<p>CRITERIUM 1 Validiteit, betrouwbaarheid en sensitiviteit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Is de indicator relevant voor de praktijk en meet de indicator wat hij moet meten? M.a.w. indien zorg beter scoort op de indicator, resulteert dit dan ook in kwalitatievere zorg. • Is de indicator betrouwbaar? M.a.w. geven twee metingen na mekaar dezelfde waarde. • Is de gevoeligheid van de indicator hoog genoeg. M.a.w. is de indicator in staat veranderingen in de kwaliteit van de zorg op te merken?
<p>CRITERIUM 2 Haalbaarheid en aanvaardbaarheid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De mate waarin de gegevens beschikbaar zijn of gemakkelijk te verzamelen zijn door de zorgverlener of -instelling in een bepaalde periode (bijvoorbeeld: een jaar), met andere woorden is de indicator meetbaar; • Is de indicator aanvaardbaar voor zowel de zorgverlener als cliënt bij gebruik in de praktijk.

Bij het opstellen van deze criteria werd rekening gehouden met de basiskennis van de experts wat methodologische taalkennis betreft. De basiskarakteristieken van de experts werden bevraagd bij de aanvang van de vragenlijst (bijlage 8).

Voor de beoordeling werd gebruik gemaakt van een negen punten Likertschaal (1 helemaal niet mee eens - 9 helemaal mee eens) (tabel 10). Uit een review van Boulkedid et al. (2011) blijkt dit de beste keuze te zijn bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de zorg.

TABEL 10 BEOORDELINGSSCHAAL (9-PUNTEN LIKERTSCHAAL)

	Helemaal niet mee eens									Helemaal mee eens	NVT
criterium 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
criterium 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	

Naast de negen antwoordcategorieën, werd de schaal uitgebreid met een extra antwoordcategorie, namelijk ‘Niet van Toepassing.’ Wanneer een indicator buiten het domein van expertise van de expert ligt, kan deze antwoordcategorie worden aangevinkt. Op deze manier werd rekening gehouden met het kennis- en opleidingsniveau van de experts. Deze keuze werd gemaakt omdat het experten-panel vrij heterogeen is van samenstelling omdat het belangrijk is dat alle relevante beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn. Ook werden omwille van deze reden de indicatoren voorzien van een toelichting en worden medische termen geduïd.

De experts kregen bij elke indicator de gelegenheid om hun score met opmerkingen of vragen te onderbouwen, alsook de gelegenheid suggesties voor nieuwe indicatoren te doen. Voor de praktische uitwerking van de Delphi-procedure werd gebruik gemaakt van een online tool, Limesurvey.

Een week na het afsluiten van de eerste vraagronde volgde een tweede vraagronde, opnieuw via hetzelfde online-tool. Bij het beoordelen van de conceptindicatoren in de **tweede vraagronde** kregen panelleden inzicht in de mediaanscores van alle indicatoren uit de eerste vraagronde, de mate van consensus, nieuw aangedragen indicatoren en algemene opmerkingen van de experts en onderzoekers over de indicatoren waarover

geen consensus is bereikt. Na een tweede analyse van de resultaten worden definitieve kwaliteitsindicatoren voor de postnatale zorg vanaf ontslag uit het ziekenhuis opgesteld.

Ethisch comité

Toestemming werd verkregen van het ethisch comité UZ Gent (aanvraag ethisch comité bijlage 6A en 6B).

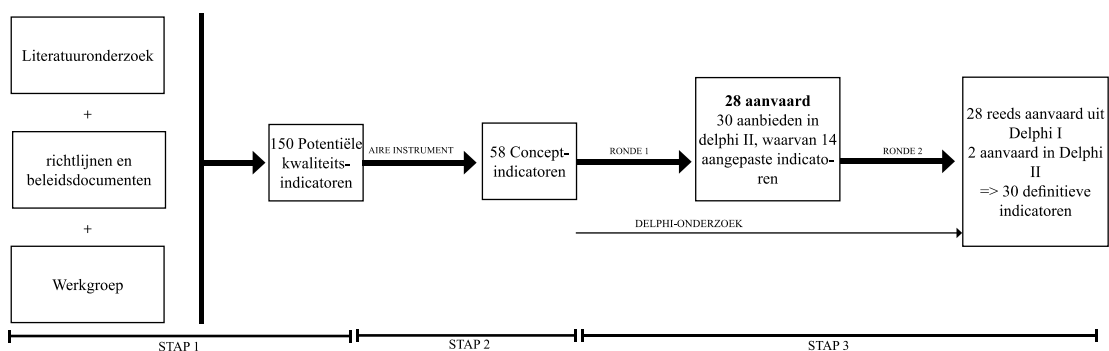
Informed consent

Informed consent werd verwerkt in de online tool. Zonder toestemming kon de vragenlijst niet ingevuld worden. Een voorbeeld van de informed consent is weergegeven in bijlage 9.

Analyse

De resultaten van het Delphi-onderzoek worden statistisch geanalyseerd gebruik makend van Excel: mediaanscores en mate van consensus worden berekend. De gegevens zijn geanalyseerd volgens de RAND Appropriateness-methode (Fitch, et al., 2001). De consensusscore geeft de mate van overeenstemming aan onder de panelleden. Consensus wordt gedefinieerd als ‘meer dan dertig procent van de scores in het hoogste of het laagste tertiel; meer dan dertig procent van de scores mogen niet gelijktijdig voorkomen in zowel het hoogste als het laagste tertiel.’ Alleen indicatoren waarover consensus is én met een mediaan van acht of meer, worden meteen aanvaard. Indicatoren waarvan de mediaanscore drie of minder is, worden na de eerste ronde niet aanvaard. Indicatoren waarover geen consensus is of met een mediaanscore lager dan acht en hoger dan drie worden in een tweede vraagronde opnieuw voorgelegd aan het experten-panel.

3. RESULTATEN



FIGUUR 7 STROOMDIAGRAM VAN DE RESULTATEN

Figuur 7 geeft een overzicht van de resultaten.

3.1. ONTWIKKELEN POTENTIËLE INDICATOREN (STAP 1)

De richtlijnen werden in een eerste stap beoordeeld op kwaliteit met het AGREE-instrument. Tabel 11 geeft een overzicht van de domeinscores. Op basis van de kwaliteitsbeoordeling werd één richtlijn (ABM, 2008) geëxcludeerd, de score op het domein methodologie werd na overleg als ontoereikend beschouwd. Bijlage 3 geeft een volledig overzicht van de kwaliteitsbeoordeling.

TABEL 11 AGREE-DOMEINSCORES

AGREE Samenvatting van de domeinscores	DOMEIN 1	DOMEIN 2	DOMEIN 3	DOMEIN 4	DOMEIN 5	DOMEIN 6
NICE antenatal and postnatal mental health, 2007	94	67	84	92	25	83
NICE neonatal jaundice, 2010	94	92	89	94	67	83
NICE postnatal care, 2006	100	92	92	97	71	83
WHO postnatal care, 2010	86	61	73	64	58	92
ABM breastfeeding, 2008	81	14	47	67	6	0
KNOV multidisciplinaire richtlijn bv, 2012	42	42	29	39	6	25
NVK richtlijn hyperbilirubinemie, 2008	100	92	74	78	40	96

De potentiële indicatoren worden vervolgens aan kritische zorgdomeinen toegekend. Er zijn uit de literatuur en beleidsdocumenten zeven domeinen gedefinieerd (tabel 12).

TABEL 12 KRITISCHE ZORGDOMEINEN BINNEN DE POSTNATALE ZORG

DOMEIN 1: CLIËNTGERICHTE ZORG

Bij cliëntgerichte zorg staan de zorgvrager, haar kind en haar gezin centraal. Zij bepalen samen met de zorgverleners het zorgproces. Dit zorgproces is geïndividualiseerd en op maat van de moeders, waarbij het zorgaanbod afgestemd wordt op de vraag met respect voor de eigenheid en privacy van de gebruiker. Cliëntgerichtheid impliceert een hoge maatschappelijke aanvaardbaarheid die zich onder meer vertaalt in een toegankelijke zorg. Elk postnataal contact moet gebaseerd zijn op de principes van individuele zorg (NICE, 2006). Moeder en kind moeten centraal staan in de postnatale zorgen, en moeders moeten de mogelijkheid krijgen om keuzes te maken voor zichzelf en hun baby (WHO, 2010). Behandeling en zorg moet rekening houden met individuele noden en voorkeuren van de moeder (NICE, 2007). Tijdens de zwangerschap vindt een oriëntatiegesprek plaats met de bedoeling een zorgdossier op te stellen waarbij de zorg wordt afgestemd op de zorgvraag en -behoeften van de zorgvrager en haar gezin. Dit zorgdossier wordt geïntegreerd in het elektronisch moederschapdossier, dat deel uitmaakt van het Globaal Medisch Dossier (GMD) (kce, 2014). Tijdens dit oriëntatiegesprek moet de zorgvrager geïnformeerd worden over de mogelijke diensten (de Vos & Graafmans, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012) (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007). Postnatale zorg heeft respect voor de eigenheid van de gebruiker en zijn/haar culturele achtergrond (Zorginstituut Nederland, 2012). Zorg op maat wordt geboden aan achterstandsgroepen, kwetsbare groepen, bijvoorbeeld alleenstaande moeders, allochtonen en sociaal zwakkere gezinnen (Dedry, 2005). Het is belangrijk dat postnatale thuiszorg financieel toegankelijk is voor alle moeders (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012). Zelfredzaamheid en mantelzorg wordt gestimuleerd (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (NICE, 2013) (NICE, 2006). De tevredenheid van de moeders is een belangrijke outcome indicator. Aan alle moeders moet een gebruikerstevredenheidsenquête worden aangeboden (KCE, 2014), (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007).

DOMEIN 2: MOEDER

Het domein moeder bestaat uit twee luiken: de mentale en fysieke gezondheid. Moeders ervaren emotionele veranderingen in het onmiddellijke postpartum die normaal gezien vanzelf voorbij gaan binnen de 10 tot 14 dagen na de geboorte. Moeders die zich nadien nog steeds neerslachtig, angstig voelen of meer negatieve gedachten hebben of een gebrek aan interesse hebben in hun baby hebben een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen. Bij deze vrouwen moet het mentaal welbevinden worden beoordeeld. De relatie tussen moeder en baby heeft een significante impact op de sociale en emotionele ontwikkeling van de baby. Anderzijds zijn de mogelijkheden van de moeder om een relatie tot stand te brengen afhankelijk van haar emotioneel welbevinden. Het regelmatig beoordelen van het welzijn van moeders en de impact daarvan op de hechting kan ertoe leiden dat problemen vroeger gedetecteerd worden. (NICE, 2013) (NICE, 2007) (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegiers, & Braspenning, 2013) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, 2002) (NICE, 2006) Tijdens de eerste uren, dagen en weken volgend op de bevalling hebben kraamvrouwen een verhoogd risico op ernstige gezondheidsproblemen. Deze kunnen leiden tot maternale dood of ernstige morbiditeit. Door kraamvrouwen te voorzien van informatie over symptomen en tekens kan dit ervoor zorgen dat ze

aangezet zijn om tijdig medische hulp te zoeken. Urgente medische zorg heeft de potentie om onnodige morbiditeit en mortaliteit te voorkomen. (NICE, 2013) (NICE, 2006) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegiers, & Braspenning, 2013) (de Vos & Graafmans, 2007) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, 2002)

DOMEIN 3: BABY

Onder het domein baby wordt verstaan: de lichamelijke gezondheid van de baby. Bij het bewaken van de lichamelijke gezondheid van de baby staat vroeg-signalering en monitoring centraal. Baby's kunnen binnen de eerste uren, dagen en weken volgend op de geboorte, ernstige gezondheidsproblemen ervaren die kunnen leiden tot ernstige ziekte of in zeldzame gevallen de dood. (NICE, 2013) (NICE, 2006) (NVK, 2008) (KNOV, 2012) (NICE, 2010) (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegiers, & Braspenning, 2013) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, 2002)

DOMEIN 4: GEZIN

Vanaf de geboorte van een kind, vindt een integratie van de pasgeborene plaats in het gezin. Het kind wordt opgenomen in het gezin en verwerft zijn/haar plaats binnen de bestaande gezinsstructuur. Het unieke karakter van elk gezin vormt de basis voor de ontwikkeling van een eigen identiteit. Een goede integratie binnen het gezin draagt bij tot de ontwikkeling en de veiligheid van het kind. Er is specifieke aandacht voor de screening van verwaarlozing en misbruik binnen het gezin. Er wordt gestreefd naar een gezond gezinsklimaat, zo staat het monitoren en bewerkstelligen van een vlot verloop van de huishoudelijke taken, de verzorging en de opvang van de andere huisgenoten en de huishoudelijke en persoonlijke hygiëne van het gezin centraal.

DOMEIN 5: PATIËNTEN-EDUCATIE

Hieronder wordt verstaan dat de zelfredzaamheid van ouders wordt bevorderd door coaching en begeleiding te bieden, voorlichting, advies en instructie te geven. Zo worden ouders en/ of primaire verzorgers gecoacht in de vaardigheden die nodig zijn om de verzorging en de veiligheid van de baby te kunnen garanderen. Tijdens de postnatale periode moet informatie worden gegeven aan moeders en/ of primaire verzorgers met de bedoeling om levensbedreigende situaties te leren onderkennen en adequaat te kunnen reageren. Verder wordt gezondheidsgedrag bevorderd. (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegiers, & Braspenning, 2013) (Zorginstituut Nederland, 2012) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, 2002) (NICE, 2013) (NICE, 2010) (WHO, 2010) (NICE, 2006)

DOMEIN 6: BORSTVOEDING

Voeding neemt een centrale plaats in binnen het postpartum. Een goede voedingstoestand van de baby doet het risico op levensbedreigende aandoeningen dalen. Postpartumzorg stimuleert het geven van borstvoeding en geeft ondersteuning wanneer door omstandigheden flesvoeding wordt gegeven aan de baby. Borstvoeding draagt bij tot de gezondheid van zowel de moeder als het kind zowel op korte als lange termijn. Moeders en anderen die kiezen om borstvoeding te geven, moeten zich bewust zijn van deze voordelen. Ze moeten ondersteund worden door een dienst die evidence-based werkt en die een extern gecontroleerd programma gebruikt. Het geven van borstvoedingsondersteuning moet gecoördineerd worden over verschillende sectoren heen. (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wieggers, & Braspenning, 2013) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, 2002) (NICE, 2013) (NICE, 2006) (KNOV, 2012)

Alle zorgverleners die borstvoedingsondersteuning bieden, moeten aangepaste training ondergaan en beoordeeld worden op hun competenties voor deze rol (dit zijn alle betaalde en vrijwillige medewerkers van alle sectoren zoals ziekenhuis, kind en gezin, eerstelijns zorgverleners en peersupport,...) (NICE, 2013)

DOMEIN 7: CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Postnatale zorg is een verderzetting van de zorg gegeven tijdens zwangerschap, arbeid en bevalling. Het plannen en regelmatig her-evalueren van inhoud en timing van zorg voor individuele vrouwen en hun baby's, en hierover te communiceren aan de hand van een gedocumenteerd zorgdossier, verbetert de continuïteit van zorg. Continuïteit van zorg bevat 2 elementen, namelijk de continuïteit van zorgverlening en zorgorganisatie. Om dit te bewerkstelligen is een uitgeschreven beleidsvisie en -plan onontbeerlijk. Inter- en multidisciplinaire samenwerking zijn voorwaarden om continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Het evalueren en bijsturen van de zorg en het zorgen voor een aangepaste opleiding en accreditering van de zorgverleners verhoogt de kwaliteit van zorg. (De Bruin-Kooistra, Amelinck-Verburg, Buitendijk, & G., 2012) (de Vos & Graafmans, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012) (Kooistra, et al., 2009) (Dedry, 2005) (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (NVK, 2008) (NICE, 2013) (NICE, 2006) (WHO, 2010)

Uit de literatuurstudie, richtlijnen, beleids- en andere documenten werden uiteindelijk 150 potentiële indicatoren gedefinieerd (zie bijlage 4).

3.2. ONTWIKKELEN CONCEPTINDICATOREN (STAP 2)

Na beoordeling op vijf criteria en na toetsing aan het AIRE-instrument werden de 150 potentiële indicatoren gereduceerd tot 58 conceptindicatoren. Bijlage 5 geeft een overzicht van de conceptindicatoren die werden aangeboden in een Delphi-procedure.

3.3. DELPHI-ONDERZOEK (STAP 3)

EERSTE DELPHI-VRAAGRONDE

Van de 100 experten die werden uitgenodigd om deel te nemen aan het Delphi-onderzoek gaven 60 experten hun toestemming tot deelname. Op 24 november 2014 kregen zij een elektronische link doorgestuurd naar de online-tool (voorbeeld online tool bijlage 9). In bijlage ontvingen zij de instructies (bijlage 7) voor het invullen ervan en een literatuurlijst met betrekking tot de wetenschappelijke onderbouwing van de indicatoren. Na een week kregen zij een herinnering per mail. De experten kregen tien dagen de tijd om de vraagronde af te ronden. Het aantal experten dat de vragenlijst volledig invulde was 30. Een overzicht van de karakteristieken van de het experten-panel is weergegeven in tabel 13.

Het uitvalspercentage na de eerste vraagronde was 70% zoals aanvankelijk vooropgesteld.

TABEL 13 KARAKTERISTIEKEN EXPERTEN-PANEL 1^{STE} RONDE

Basiskarakteristieken van de experten (n=30)	
Functie	Artsen (n=9) Gynaecologen (n= 2) Huisartsen (n=4) Pediaters (n=3) Vroedvrouwen (n=10) Zelfstandige (n=5) Ziekenhuis (n=0) Thuiszorginstelling (n=4) Zelfst. + onderwijs (n=1) Kraamverzorgenden (n=7) Leden van organisaties (n=4)
Lactatiekundige	(n=7) vroedvrouwen (n=5) Huisartsen (n=1) Organisatie (n=1)
Aantal jaren ervaring in de postnatale zorg	Minder dan 5 jaar (n=1) Tussen 5 en 10 jaar (n=6) Meer dan 10 jaar (n=23)

De eerste vraagronde werd na tien dagen, op 4 december 2014 afgesloten. Van de 58 conceptindicatoren werden volgende 28 indicatoren na de eerste vraagronde aanvaard (tabel 14).

TABEL 14 AANVAARDE INDICATOREN NA 1^{STE} DELPHI-RONDE

<p>INDICATOR 4 Het percentage moeders dat de postnatale thuiszorg als financieel toegankelijk percipieert.</p>
<p>INDICATOR 8 Het percentage moeders dat aangeeft dat hun privacy werd gerespecteerd.</p>
<p>INDICATOR 11 Het zorgdossier bevat een verslag van de algemene, familiale, verloskundige en psychische anamnese.</p>
<p>INDICATOR 15 Er is een zorgprotocol waarin staat dat bij elk postnataal contact met de moeder tijdens de eerste 7 dagen na de bevalling volgende punten worden bevraagd en genoteerd worden in het zorgdossier: perineum - bloedverlies - hoofdpijn - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - kortademigheid of borstpijn - algemeen welzijn - vermoeidheid - ontlasting - hemorroïden - griepachtige symptomen - pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten</p>
<p>INDICATOR 16 Er is een zorgprotocol waarin staat dat volgende punten dienen geobserveerd/geëvalueerd te worden op indicatie en genoteerd in het zorgdossier: perineum- baarmoederinvolutie - lochia-temperatuur van de moeder- pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - problemen met mictie of stoelgang.</p>
<p>INDICATOR 17 De proportie Rhesus D negatieve moeders die binnen de 72 uur volgende op de geboorte van een Rhesus D positieve baby, anti-D-immunoglobulines toegediend kregen.</p>
<p>INDICATOR 18 De proportie kraamvrouwen die tijdens de zwangerschap seronegatief bleek voor rubella (rode hond) en die voor de 8^{ste} week postpartum een MMR vaccinatie ontvingen.</p>
<p>INDICATOR 19 De incidentie van potentieel vermijdbare maternale mortaliteit en morbiditeit.</p>
<p>INDICATOR 20 De proportie neonaten met een serumbilirubinewaarde hoger dan 340 µmol/L.</p>
<p>INDICATOR 21 De proportie neonaten bij wie icterus minimum één keer per dag werd gecontroleerd (visuele beoordeling) gedurende de eerste 72 uur.</p>
<p>INDICATOR 22 Er is een zorgprotocol aanwezig voor a) de signalering en behandeling van ondervoeding van de neonaat en de verslaggeving hiervan b) volledig onderzoek van de neonaat binnen de 72 uur na de geboorte en op 6 tot 8 weken</p>

postnataal

- c) het signaleren, evalueren, behandelen en documenteren van icterus bij de neonat
- d) afspraken over doorverwijzing.
- e) observatie, rapportering en doorverwijzing van mictie en ontlasting eerste 24 uur postnataal.

INDICATOR 23

De proportie neonaten die

- a) een volledig onderzoek (anamnese en fysiek onderzoek) krijgt binnen de 72 uur na de geboorte
- b) een volledig onderzoek (anamnese, fysiek onderzoek, neonatale ontwikkeling en aanbieden van de eerste vaccinaties aanbevolen door het Vlaams agentschap zorg en gezondheid) krijgt op 6 tot 8 weken postnataal (ten laatste 10 weken) door een geaccrediteerde arts.

INDICATOR 25

De proportie neonaten met een gewichtsverlies van 10% of meer op dag 3 en dag 5.

INDICATOR 27

De proportie neonaten die een neonatale screening op metabole aandoeningen heeft gekregen en genoteerd in het zorgdossier volgens de bepalingen van het Vlaams agentschap zorg en gezondheid.

INDICATOR 28

De proportie neonaten bij wie een gehoortest wordt afgenomen en genoteerd in het zorgdossier binnen de 6 weken postnataal.

INDICATOR 29

De proportie neonaten die vitamine K profylaxe heeft gekregen volgens de richtlijnen van de fabrikant.

INDICATOR 31

De proportie neonaten, met een moeder die positief HbsAg is, die binnen de 24 uur na de geboorte gevaccineerd wordt voor Hepatitis B en hepatitis B immunoglobulines toegediend krijgen.

INDICATOR 34

De proportie moeders of primaire verzorgers die naar eigen zeggen vond dat de huishoudelijke taken en de verzorging en de opvang van de andere huisgenoten vlot zijn verlopen tijdens de eerste 6 tot 8 weken postnataal.

INDICATOR 35

Er is een protocol aanwezig met betrekking tot patiënten-educatie. Dit protocol omvat afspraken over timing, inhoud, het documenteren en de verantwoordelijke zorgverlener.

Volgende onderwerpen komen aan bod in het protocol:

- a) de symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij moeder
- b) de symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij kind
- c) het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal)
- d) de algemene hygiëne en verzorging van de baby (met inbegrip van de fysiologische veranderingen)
- e) het creëren van een veilige omgeving met inbegrip van veilig slapen
- f) informatie over borst- en/ of flesvoeding
- g) de voeding en beweging van de moeder
- h) heropname van seksuele activiteiten en anticonceptie (2 tot 6 weken postpartum).

INDICATOR 38

De proportie vrouwen, hun partner of de primaire verzorger van pasgeborenen bij wie veilig slapen wordt besproken

- a) binnen de 24 uur
- b) 10 tot 14 dagen na de geboorte
- c) op 6 tot 8 weken postnataal

INDICATOR 39

De proportie lacterende moeders die informatie ontving over borstvoeding. De minimale inhoud hiervan is: positie, aanhappen, melkinname door de baby, stuwning, problemen bij het aanleggen, kolven en kolfmethoden waaronder manueel afkolven, opbouwen en op peil houden van melkproductie, en bewaren en manipuleren van moedermelk.

INDICATOR 40

De proportie moeders en primaire verzorgers van baby's die kunstvoeding krijgen en die informatie kregen over kunstvoeding met inbegrip van een demonstratie.

INDICATOR 41

De proportie lacterende moeders die borstvoedingsondersteuning vanaf het eerste voedingsmoment ontvangt van zorgverleners die een geëvalueerd, gestructureerd programma gebruiken met als minimumstandaard het Baby Friendly Initiative (BFI).

INDICATOR 43

Het borstvoedingspercentage

- a) bij ontslag vanuit het ziekenhuis,
- b) 5 tot 7 dagen,
- c) op 10 tot 15 dagen
- d) op 6 tot 8 weken en op 16 weken
- e) 6 maand

INDICATOR 46

Het eerste postnataal contact vindt plaats binnen de eerste 24 uur na de bevalling.

INDICATOR 47

De proportie moeders die minder dan 72 uur in het ziekenhuis verbleven na de bevalling en die binnen de 24 na ontslag thuis opgevolgd werden door een gekwalificeerd zorgverlener.

INDICATOR 50

Er is bewijs van lokale protocollen voor de overdracht van zorg tussen klinische sectoren en zorgverleners en er is een procedure voor herziening.

INDICATOR 55

Elke postnatale zorgverlener kan aantonen dat zij/hij voldoet aan regelmatige bijscholing, vastgelegd door een wettelijke procedure of aangepast aan zijn/haar vooropleiding.

Voor alle indicatoren was consensus bereikt. Bij 30 indicatoren was de mediaanscore lager dan 8. Deze indicatoren werden in een tweede vraagronde opnieuw voorgelegd aan het experten-panel.

Er werd rekening gehouden met de opmerkingen van de experts over de indicatoren. Op basis hiervan werden 14 indicatoren naar de tweede ronde toe aangepast, waarvan twee enkel de toelichting. De experts droegen in de eerste vraagronde geen nieuwe indicatoren aan. De aangepaste indicatoren zijn terug te vinden in bijlage 10.

TWEEDE DELPHI-VRAAGRONDE

De tweede vraagronde ging van start op 8 december 2014. De experts kregen hiervoor opnieuw een uitnodiging per mail met een link naar de online-tool. Een week later werd een herinneringsmail gestuurd. In bijlage ontvingen de experts de instructies voor het invullen van de vragenlijst en een overzicht van de aanvaarde indicatoren.

TABEL 15 KARAKTERISTIEKEN EXPERTEN-PANEL 2^{DE} RONDE

In het online-tool was elke indicator voorzien van de mediaanscores van de eerste ronde en (anonieme) opmerkingen van de experts en de onderzoekers. Van de opmerkingen werden sommige opmerkingen geciteerd, bij andere werden enkel de voornaamste thema's gerapporteerd. Voor deze ronde kregen de experts opnieuw tien dagen de tijd en deze ronde werd afgesloten op 18 december 2014. 22 experts namen deel aan de tweede vraagronde en vulden de vragenlijst volledig in. Tussen de eerste en de tweede vraagronde vielen 10 experts uit en werden twee nieuwe experts opgenomen in het panel, namelijk vroedvrouwen werkzaam in

Basiskarakteristieken van de experts (n=22)	
Functie	Artsen (n=4) Gynaecologen (n=2) Huisartsen (n=1) Pediater (n=2) Vroedvrouwen (n=11) Ziekenhuis (n=2) Zelfstandige (n=1) Ziekenhuis + zelfst. (n=3) Thuiszorginstelling (n=4) Zelfst. + onderwijs (n=1) Kraamverzorgenden (n=4) Leden van organisaties (n=2)
Lactatiekundige	(n=7) vroedvrouwen (n=6) Huisartsen (n=0) Organisatie (n=1)
Aantal jaren ervaring in de postnatale zorg	Minder dan 5 jaar (n=1) Tussen 5 en 10 jaar (n=5) Meer dan 10 jaar (n=16)

het ziekenhuis. Een overzicht van de karakteristieken van het experten-panel is weergegeven in tabel 15. In deze ronde werden twee extra indicatoren aanvaard (tabel 16).

TABEL 16 AANVAARDE INDICATOREN NA 2^{DE} DELPHI-RONDE

INDICATOR 9

Het percentage moeders dat bij de aanvang van de zorgen schriftelijke en mondelinge informatie ontving met de contactgegevens van de zorgverlener(s), met inbegrip van een 24-uurs permanentie.

INDICATOR 24

De proportie neonaten minstens gewogen op

- a) dag 3
- b) dag 5
- c) dag 10 tot 14
- d) 1 maand
- e) 6 tot 8 weken

Voor alle indicatoren was consensus verkregen. Bij 28 indicatoren was de mediaanscore lager dan acht, deze werden aldus niet aanvaard. In deze tweede vraagronde werden geen nieuwe indicatoren aangebracht door de experten. De opmerkingen van de experten zijn weergegeven in bijlage 12.

Zes indicatoren scoorden hoog (mediaan 8) op criterium één (validiteit, betrouwbaarheid en sensitiviteit) en scoorden zeven op criterium twee (aanvaardbaarheid en haalbaarheid) (tabel 17). De onderzoekers concludeerden op basis van deze scores en de opmerkingen van de experten dat de kwaliteit van de indicatoren goed is, maar dat er problemen zijn met de haalbaarheid in de praktijk en/ of het meten van de indicator.

TABEL 17 INDICATOREN MET MEDIAAN 8 OP CRITERIUM 1

INDICATOR 1

De proportie moeders bij wie een postnataal zorgplan reeds in de zwangerschap werd uitgewerkt. Dit zorgplan wordt in samenspraak met de toekomstige moeder ontwikkeld.

INDICATOR 7

De tevredenheid van vrouwen met betrekking tot postnatale zorg.

INDICATOR 10

Het percentage moeders dat aangeeft dat ze tijdens de zorgen op de hoogte was van de manier waarop ze de zorgverlener(s), waaronder borstvoedingsbegeleiding ten allen tijde konden bereiken.

INDICATOR 13

Er is een protocol aanwezig voor het evalueren en opvolgen van de emotionele toestand van de kraamvrouw.

INDICATOR 26

Het medisch zorgdossier bevat een verslag van de algemene, familiale, verloskundige anamnese en het verloop van de neonatale ontwikkeling.

INDICATOR 36

De proportie moeders en/ of primaire verzorgers die naar eigen zeggen binnen de 24 uur na de bevalling mondeling en schriftelijk geadviseerd werd over

- a) het fysiologisch herstelproces van de moeder en
- b) levensbedreigende symptomen, tekens of condities van moeder en baby, die medische urgentie vereisen
- c) voordelen van borstvoeding en van colostrum en het tijdstip van het eerste voedingsmoment

INDICATOR 54

De proportie moeders en hun baby's die een geïndividualiseerd en gedocumenteerd zorgdossier hebben dat bij elk postnataal contact geëvalueerd wordt.

30 indicatoren voor postnatale zorg na ontslag uit het ziekenhuis, waaronder zes structuur-, 17 proces- en zeven outcome-indicatoren, werden aanvaard door het experten-panel na twee Delphi-rondes. Een overzicht van de resultaten van het onderzoek met aanvaarde en niet-aanvaarde indicatoren is terug te vinden in bijlage 11.

4. DISCUSSIE

Welke kwaliteitsindicatoren kunnen voor de postnatale zorg vanaf ontslag uit het ziekenhuis geïdentificeerd of ontwikkeld worden op basis van wetenschappelijke literatuur, richtlijnen, nationale en internationale beleidsdocumenten en expert-opinion?

Uit de resultaten van het onderzoek kunnen we concluderen dat 30 indicatoren uit de zeven domeinen werden aanvaard. Postnatale zorg in Vlaanderen moet cliëntgericht zijn, moet een minimum aan zorgvoorwaarden inhouden voor moeder en neonaat, moet rekening houden met de ondersteuning van het gezin, moet borstvoedingsondersteuning en patiënten-educatie voorzien en de organisatie moet gericht zijn op het bevorderen van continuïteit van zorg.

De indicatoren zijn specifiek uitgewerkt om onafhankelijk van de duur van het verblijf in het ziekenhuis de kwaliteit van zorg te monitoren en te verbeteren. Ze laten toe om gedurende de volledige postnatale periode geïndividualiseerde zorg te bieden, met een minimale standaardisatie van zorg. Om de zorg te voorzien van deze minimale standaard, werden indicatoren aanvaard waarbinnen vier zorgprotocollen worden gedefinieerd. Deze zorgprotocollen situeren zich binnen verschillende domeinen, namelijk zorg voor de moeder, zorg voor de neonaat, patiënten-educatie en overdracht van zorg. Een protocol voor het evalueren van de emotionele toestand van de moeder werd door de experts hoog gescoord, maar kreeg slechts een mediaanscore van zeven op criterium twee.

Volgens verschillende bronnen, waaronder het KCE (2014), moet postnatale zorg reeds starten in de zwangerschap met het opmaken van een zorgdossier. Er werd één indicator aangeboden aan de experts die deze aanbeveling verwoordt. Deze indicator kreeg een score van acht op het eerste criterium, maar slechts zeven op het tweede. Voor de organisatie van de postnatale zorg is het belangrijk dat rekening gehouden wordt met deze aanbeveling, ook al werd deze indicator niet door de experts gevalideerd.

In de aanbevelingen van het KCE (2014) staat dat de postnatale zorg niet alleen moet voorbereid worden tijdens de zwangerschap, maar dat deze voorbereiding moet

uitmonden in een postnataal zorgplan dat wordt geïntegreerd in het elektronisch moederschapsdossier. De perinatale zorgcoördinator begeleidt het proces.

Indicatoren met betrekking tot het elektronisch zorgdossier en het invoeren van een zorgcoördinator werden niet aanvaard door de experts. Uit de opmerkingen blijkt dat de functie van zorgcoördinator wel positief wordt onthaald, maar er zijn bedenkingen bij de praktische uitwerking hiervan. Het implementeren van een elektronisch zorgdossier houdt volgens de experts een aantal hindernissen in, zoals het financiële aspect ervan, de betrouwbaarheid van informatie en de toegankelijkheid van het dossier voor een beperkt aantal zorgverleners. Verder wordt dit wel gezien als ‘de ideale situatie’, maar de implementatie ervan in de praktijk lijkt nog veraf.

Een aantal belangrijke thema’s die naar voor kwamen uit de literatuurstudie, werden door de experts niet weerhouden. Zo werden er geen indicatoren aanvaard over het omgaan met kwetsbare groepen in de zorg, het inschakelen van mantelzorgers, de integratie van het kind in het gezin en het opsporen van misbruik. Ook 24-uurs permanentie blijkt voor zorgverleners een heikel punt. De verloning staat volgens de experts niet altijd in verhouding met de verwachtingen die aan zorgverleners worden gesteld met betrekking tot bereikbaarheid ‘s nachts en in het weekend. Andere thema’s die mogelijk een hogere werkbelasting of een vorm van controle van buitenaf inhouden, werden niet aanvaard. Deze thema’s zijn: het inschakelen van een kwaliteitsbeleid, een procedure voor het afhandelen van klachten alsook het up- to- date houden van protocollen. Het standaard inschakelen van lactatiekundigen in de zorg werd door de experts niet gevalideerd. Het aanpassen van deze indicator, waarbij lactatiekundigen opgenomen worden in het borstvoedingsbeleid voor specifieke indicaties, miste zijn doel, waardoor ook deze indicator niet werd opgenomen in de definitieve set indicatoren. Een laatste thema dat door de experts niet werd gevalideerd, is de noodzaak voor een pediatrisch onderzoek van de neonat zeven tot tien dagen na de geboorte. Uit de literatuurstudie blijkt dat de aanwezigheid van hartgeruis bij de neonat vaak onopgemerkt blijft tijdens het eerste pediatrisch onderzoek bij de geboorte, maar pas hoorbaar wordt ten vroegste 72u postnataal. Ook al is de noodzaak voor een tweede consult aangewezen, deze indicator kon niet worden meegenomen in de definitieve set indicatoren.

In de eerste Delphi-ronde werd indicator 15 reeds aanvaard, namelijk *“Er is een zorgprotocol waarin staat dat bij elk postnataal contact met de moeder tijdens de eerste 7 dagen na de bevalling volgende punten worden bevraagd en genoteerd worden in het zorgdossier: perineum - bloedverlies - hoofdpijn - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - kortademigheid of borstpijn - algemeen welzijn - vermoeidheid - ontlasting - hemorroïden - griepachtige symptomen - pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten”* De onderzoekers beslisten om aan deze indicator ‘mictie’ toe te voegen op basis van de opmerkingen van de experts.

Analoog werd aan indicator 16 *“Er is een zorgprotocol waarin staat dat volgende punten dienen geobserveerd/geëvalueerd te worden op indicatie en genoteerd in het zorgdossier: perineum- baarmoederinvolutie - lochia-temperatuur van de moeder- pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - problemen met mictie of stoelgang”* volgende observatie op indicatie toegevoegd, namelijk *‘het meten van de bloeddruk’*.

In dit onderzoek werd gekozen voor een gemodificeerd Delphi-onderzoek. Delphi-onderzoek is een vaak gebruikte techniek in de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de zorg. Er is echter weinig internationale consensus omtrent de definitie van groepsconsensus, de keuze van de Delphi-variant, de selectie van experts, het aantal rondes en de rapportage van methode en resultaten (Boulkedid, et al., 2011). Voor het uitschrijven van de methode werd rekening gehouden met de aanbevelingen van Boulkedid et al. (2011).

Door te werken met schriftelijke vraagrondes wordt de anonimiteit van de panelleden beter gegarandeerd en worden experts beschermd tegen sociale druk. In dit onderzoek was er een vertegenwoordiging van verschillende beroepsgroepen met diverse opleidingsachtergronden. De keuze voor deze methode bood elke expert de kans zijn of haar eigen standpunten en argumenten te formuleren. Een nadeel van schriftelijke vraagrondes is dat geen extra uitleg kan worden gevraagd en dat foute interpretaties mogelijk zijn. Zo bleek uit de opmerkingen van de experts dat de opzet van het onderzoek niet voor iedereen duidelijk was. Het formuleren en herformuleren van indicatoren en hun toelichting kan suggestief zijn. Omwille van deze reden werd geopteerd om elke indicator te voorzien van een opmerking over hoe de achterliggende evidentie tot stand is gekomen. Door een indeling te maken in bestaande indicatoren

(ADOPT) overgenomen uit richtlijnen, door de onderzoekers aangepaste indicatoren (ADAPT) en zelf ontwikkelde indicatoren (CREATE) op basis van literatuur en richtlijnen, werd het proces van toekennen van evidentie transparanter. Daarnaast werd voor de ontwikkeling van de indicatoren beroep gedaan op het AIRE-instrument dat als handleiding werd gebruikt. Richtlijnen en literatuur werden op kwaliteit beoordeeld met het AGREE-instrument en de checklists van de CASP. Deze systematische aanpak is een sterkte in dit onderzoek.

Vertegenwoordiging van stakeholders uit alle relevante beroepsgroepen zorgt voor een diversiteit aan meningen over kwaliteit in de postnatale zorg en dit heeft zijn weerslag op het beslissingsproces. Heterogeniteit in een Delphi-onderzoek leidt tot betere prestaties en verrijkt de resultaten (Boulkedid, et al., 2011). Ondanks de grote heterogeniteit binnen het panel, was het bereiken van consensus in deze studie geen obstakel. Hierbij dient vermeld dat er geen experten werden geconsulteerd met inhoudelijke expertise over kwaliteitsindicatoren op zich. De expertise van het experten-panel was strikt inhoudelijk.

Een Delphi-onderzoek heeft als nadeel dat er vaak sprake is van grote uitval. Er werd rekening gehouden met een uitvalspercentage van 70%. Van de 100 experten die hun goedkeuring gaven tot deelname, vulden slechts 30 experten de eerste vragenlijst volledig in. In de tweede ronde was de respons 22. De grote uitval kan verklaard worden door de omvang van de vraagronde. Het beoordelen van 58 indicatoren is een tijdrovend werk. De tijd die per ronde werd voorzien, was beperkt tot tien dagen. Daarnaast kan ook de moeilijkheidsgraad ervoor gezorgd hebben dat een aantal experten afhaakte. Ook al werden de indicatoren voorzien van een toelichting, werden moeilijke medische termen vertaald en werd een uitgebreide instructie beschikbaar gesteld, dan nog blijft het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren een vrij complex en abstract gegeven. De onderzoekers ontvingen hierover feedback van de experten per mail. Vooral voor kraamverzorgenden, maar ook voor vroedvrouwen bleek de opdracht erg moeilijk. Door experten te gaan kiezen op basis van vrijwillige deelname en hun expertise op het gebied van postnatale zorg en hen bij de uitnodiging te voorzien van uitvoerige informatie over het onderzoek kan dit de response-rate verhogen (Boulkedid, et al., 2011). Bij twee organisaties werd geopteerd om een werkgroep samen te stellen

opdat de visie van de organisatie zou vertaald worden in een eenduidige beoordeling van de indicatoren.

De Delphi-procedure werd afgesloten na twee vraagrondes. De onderzoekers zijn van mening dat de RAND-appropriateness methode een meerwaarde had kunnen betekenen voor dit onderzoek. Deze methode combineert aspecten van zowel de Delphi-procedure als de nominale groep techniek waarbij de tweede vraagronde face-to-face wordt georganiseerd. Dit heeft als voordeel dat experts hun mening kunnen uitwisselen, wat kan leiden tot een beter begrip van meer complexe indicatoren. Bovendien kan dit ervoor zorgen dat verschillen in overeenstemming die het gevolg zijn van het verkeerd interpreteren van indicatoren en ten gevolge van vermoeidheid van de experts kunnen weggewerkt worden (Fitch, et al., 2001). Een face-to-face vraagronde was niet haalbaar omwille van tijdsdruk, maar ook omwille van praktische overwegingen. Door experts over heel Vlaanderen te selecteren, was een ontmoeting niet haalbaar door grote afstanden en uit gebrek aan beloningsmodaliteiten. Door deze tekortkoming was discussie over de indicatoren tussen de panelleden niet mogelijk. Hierdoor was het niet mogelijk om indicatoren die een mediaan hadden lager dan 8 verder te kaderen of aan te passen aan de visie van de experts. Anderzijds is het modereren van experts in een focusgesprek niet weggelegd voor beginnende onderzoekers (Campbell, et al., 2003), waardoor hiervan werd afgezien.

In de evidence-informed practice benadering wordt evidentie niet enkel gebaseerd op gedegen wetenschappelijke studies, klinische ervaring en beschikbare resources. Het patiënten-perspectief speelt een even belangrijke rol. De kwaliteitsindicatoren werden niet beoordeeld door de zorgvrager zelf. In de literatuurstudie werd dit aspect wel meegenomen door de inclusie van kwalitatief onderzoek.

5. CONCLUSIE

30 indicatoren in zeven kritische zorgdomeinen werden geschikt bevonden om de kwaliteit van postnatale zorg te monitoren en/ of te verbeteren. Postnatale zorg in Vlaanderen moet cliëntgericht zijn, moet een minimum aan zorgvoorwaarden inhouden voor moeder en neonaat, moet rekening houden met de ondersteuning van het gezin, moet borstvoedingsondersteuning en patiënten-educatie voorzien en de organisatie moet gericht zijn op het bevorderen van continuïteit van zorg.

DEEL 4

EEN VLAAMS MODEL VAN KWALITATIEF HOOGSTAANDE POSTNATALE ZORG VANAF ONTSLAG

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK, ONDERZOEK EN ONDERWIJS

De resultaten van de literatuurstudie en de 30 gevalideerde kwaliteitsindicatoren resulteren in een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande postnatale zorg vanaf ontslag uit het ziekenhuis. De indicatoren die in de tweede vraagronde op het eerste criterium acht of meer scoorden en op het tweede criterium een zeven, werden beperkt meegenomen in de ontwikkeling van dit model. Dit model vormt de basis voor het uitwerken van aanbevelingen voor de praktijk, verder onderzoek en onderwijs. Het model wordt voorgesteld in figuur 8.

Om zicht te krijgen op de inhoud en organisatie van postnatale zorg, wordt een totaalbeeld weergegeven waarin rekening wordt gehouden met pre- en perinatale zorg. Postnatale zorg moet reeds in de zwangerschap voorbereid worden. Aan de overgang van perinatale zorg naar postnatale zorg kunnen transfervoorwaarden gekoppeld worden. De richtlijn van de NICE (2014) over perinatale zorg kan daarbij een houvast zijn.

Wanneer de overdracht van intra-murale naar extra-murale zorg plaatsvindt, moet voldaan zijn aan lokale afspraken omtrent ontslagcriteria. Hiervoor wordt verwezen naar de literatuurstudie. **Afhankelijk van de dag waarop moeder en/ of kind het ziekenhuis verlaten, moet een minimum aan postnatale zorg thuis worden aangeboden.** Deze zorg staat uitgewerkt in dit model en wordt onderverdeeld in zorg voor de moeder, zorg voor de neonat en patiënten-educatie. Een geïndividualiseerd moeder- en kinddossier vormt de rode draad doorheen het zorgproces.



FIGUUR 8 MODEL POSTNATALE ZORG

- Postnataal contact baby
- Postnataal contact moeder
- Patiënten-educatie

1. Alle postnatale zorgverleners maken gebruik van een geëvalueerd, gestructureerd programma met BFI als minimumstandaard.
2. • Bij elk postnataal contact tijdens de eerste 7 dagen worden volgende zaken bevestigd:
 perineum • bloedverlies • hoofdpijn • pijn, roodheid of zwelling aan de kuit • kortademigheid of borstpijn • algemeen welzijn • vermoeidheid • ontlasting • hemorrhoiden • miktie • griepachtige symptomen • pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten • rust en slaap.
 • Bij elk postnataal contact tijdens de eerste 7 dagen gebeuren volgende observaties op indicatie:
 perineum • baarmoederinvolutie • lochia • temperatuur • bloeddruk • pijn, roodheid of zwelling aan de kuit • problemen met mictie of stoelgang.
3. Patiënten-educatie < 24u, omvat: veilig slapen • fysiologisch herstelproces moeder • levensbedreigende symptomen, tekens of condities van moeder en baby • voordelen van borstvoeding en colostrum en tijdstip eerste voedingsmoment.
4. Algemene patiënten-educatie omvat: de symptomen van potentieel levensbedreigende situaties bij moeder en baby • het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal) • de algemene hygiëne en verzorging van de baby (met inbegrip van de fysiologische veranderingen) • het creëren van een veilige omgeving met inbegrip van veilig slapen • informatie over borst- en/of flesvoeding • de voeding en beweging van de moeder • heropname van seksuele activiteiten en anticonceptie.
5. Pediatrisch consult neonat door geaccrediteerd arts.

1. AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

1. POSTNATALE ZORG MOET AANGEPAST ZIJN AAN EEN FLEXIBELE VERBLIJFSDUUR IN HET ZIEKENHUIS

Uit de literatuurstudie blijkt dat de verblijfsduur in het ziekenhuis geïndividualiseerd moet zijn. Dit impliceert dat een zorgmodel voor postnatale zorg de nodig flexibiliteit moet bieden om met een wisselende verblijfsduur om te gaan. Het voorgestelde model geeft een overzicht van de minimaal noodzakelijke zorg voor moeder en kind tijdens de eerste zes tot acht weken postnataal vanaf ontslag uit het ziekenhuis, zonder voorwaarden te stellen aan een minimale verblijfsduur. De noodzaak tot aanvullende zorg dient bepaald te worden in samenspraak met de moeder.

2. ER MOETEN DUIDELIJKE AFSPRAKEN WORDEN GEMAAKT TUSSEN KLINISCHE SECTOREN EN ZORGVERLENERS

Een daling in verblijfsduur na de bevalling moet samengaan met duidelijk omschreven ontslagcriteria voor moeder en baby bij de overdracht van intra- naar extra-murale zorg. Daarnaast moeten er lokale afspraken worden gemaakt voor overdracht van zorg met daaraan verbonden een procedure voor herziening.

3. ELKE KRAAMVROUW EN HAAR BABY HEBBEN RECHT OP EEN MINIMUM AAN POSTNATALE ZORG NA ONTSLAG

Postnatale zorg bereikt meer kraamgezinnen wanneer er op een meer systematische manier wordt gewerkt. Hierbij is het belangrijk dat iedereen gescreend wordt en dat de focus niet enkel ligt op risico-populaties. Geïndividualiseerde risico-assessment met extra aandacht voor kwetsbare groepen bij alle kraamgezinnen is aangewezen. Niet-medische postnatale zorg kan een meerwaarde betekenen voor moeders met weinig sociale steun, maar hoeft niet standaard deel uit te maken van postnatale zorg na ontslag.

4. EEN MINIMUMSTANDAARD VOOR KWALITEIT VAN ZORG MOET WORDEN GEIMPLEMENTEERD

Voor de uitwerking van dit postnataal zorgmodel dient een implementatietraject te worden uitgewerkt. Belangrijk hierbij is dat wordt uitgegaan van de reeds bestaande

zorg. De uitwerking van het model beantwoordt daarbij aan de minimaal vooropgestelde kwaliteitsindicatoren voor postnatale zorg. Een pilootstudie kan de implementatie van dit zorgmodel op grotere schaal voorafgaan.

De ligduur kan gefaseerd verder dalen naar een minimale verblijfsduur van 48 uur na een ongecompliceerde bevalling. Wanneer deze ligduur verder daalt, moet een eerste postnataal contact plaatsvinden binnen de eerste 24 uur na ontslag. Verdere contacten zijn noodzakelijk op dag drie, dag vijf, dag 10-14, één maand en zes tot acht weken. Deze postnatale contacten kunnen zowel thuis als op consultatie worden aangeboden. Huisbezoeken verhogen de tevredenheid van de moeder. Wanneer een kraamvrouw ervoor kiest eerder het ziekenhuis te verlaten dan de vooropgestelde 48 uur, is een huisbezoek op dag nul, dag één en dag twee aangewezen. Voor de inhoud van deze postnatale contacten wordt verwezen naar het model uitgewerkt in figuur 8.

5. ER MOETEN PROTOCOLLEN WORDEN OPGESTELD

Voor de organisatie en inhoud van de postnatale zorg moeten zorgprotocollen worden. Tabel 18 geeft een overzicht .

TABEL 18 PROTOCOLLEN VOOR POSTNATALE ZORG

Zorgprotocollen voor de moeder
<ul style="list-style-type: none"> • voor de dagelijkse postpartumevaluatie van de kraamvrouw tijdens de eerste zeven dagen waarbij een aantal punten bevraagd worden: ‘perineum - bloedverlies - hoofdpijn - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - kortademigheid of borstpijn - algemeen welzijn - vermoeidheid - ontlasting - hemorroïden - mictie - griepachtige symptomen - pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten’ • voor de observatie en evaluatie van een aantal punten van de kraamvrouw op indicatie: ‘perineum - baarmoederinvolutie - lochia - temperatuur - bloeddruk - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - problemen met mictie of stoelgang’ • (voor het evalueren van de emotionele toestand van de moeder)
Zorgprotocollen voor de neonaat
<ul style="list-style-type: none"> • voor de signalering en behandeling van ondervoeding en de verslaggeving hierover • voor het volledig onderzoek van de neonaat binnen de 72 uur na de geboorte en op 6 tot 8 weken postnataal • voor het signaleren, evalueren, behandelen en documenteren van icterus • voor de observatie, rapportering en doorverwijzing van mictie en ontlasting de eerste 24 uur postnataal.
Zorgprotocol met betrekking tot patiënten-educatie dat afspraken omvat over timing, inhoud, het documenteren en de verantwoordelijke zorgverlener en waarin volgende onderwerpen aan bod komen:
<ul style="list-style-type: none"> • de symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij moeder en baby • het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal) van de moeder • de algemene hygiëne en verzorging van de baby (met inbegrip van de fysiologische veranderingen) • het creëren van een veilige omgeving met inbegrip van veilig slapen • informatie over borst- en/ of flesvoeding • de voeding en beweging van de moeder • heropname van seksuele activiteiten en anticonceptie (2 tot 6 weken postpartum)
Protocollen met afspraken over doorverwijzing en overdracht van zorg tussen klinische sectoren en zorgverleners

6. ELKE MOEDER EN ELK KIND HEBBEN EEN GEINDIVIDUALISEERD ZORGDOSIER

Een goede organisatie van de postnatale zorg na ontslag start reeds tijdens de zwangerschap. Tijdens de zwangerschap vindt een oriëntatiegesprek plaats tussen de primaire zorgverlener en de toekomstige moeder. Het doel van dit gesprek is het

opstellen van een zorgdossier waarbij de zorg wordt afgestemd op de zorgvraag en - behoeften van de moeder en haar gezin. Verdere afspraken over de implementatie van dit dossier moeten worden gemaakt. Hierbij zijn maatregelen om de privacy van de moeder en haar kind te beschermen noodzakelijk. In afwachting van de uitwerking van een elektronisch moeder- en kinddossier, kan gewerkt worden met een papieren versie die toegankelijk is voor alle relevante zorgverleners. Dit dossier wordt bij elk postnataal contact verder aangevuld.

2. AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

1. KOSTEN-BATENANALYSE UITVOEREN

Met het uitwerken van het postnataal zorgmodel en het doorvoeren van daartoe noodzakelijke reorganisaties van het postnataal gezondheidssysteem in Vlaanderen dient een grondige financiële analyse te gebeuren.

De haalbaarheid van de kwaliteitsbewaking van postnatale zorg na ontslag, aan de hand van de verkregen indicatoren, moet verder worden onderzocht voornamelijk wat de financiële implicaties betreft.

2. VERDER UITWERKEN VAN DE INDICATOREN

De kwaliteitsindicatoren voor de postnatale zorg zijn onderverdeeld in proces, outcome en structuur indicatoren en werden indien mogelijk voorzien van een teller en noemer. Het niveau waarop de kwaliteitsindicatoren moeten gemeten worden, namelijk nationaal, regionaal of op het niveau van de praktijk, werd niet uitgewerkt.

Er dient binnen de drie tot vijf jaar een herziening van de kwaliteitsindicatoren te gebeuren, waarbij literatuur en stakeholders opnieuw op een systematische manier worden geraadpleegd.

3. ANDERE ONDERZOEKSONDERWERPEN VERDER EXPLOREREN

Verder onderzoek is aangewezen naar standaardisatie van zorg, de invloed van organisatie en inhoud van postnatale zorg op de gezondheid van de moeder.

3. AANBEVELINGEN VOOR HET ONDERWIJS

1. EEN UNIVERSELE OPLEIDING VOORZIEN VOOR NIET-MEDISCHE KRAAMZORG

Er is nood aan een beschermde beroepstitel voor de kraamverzorgende, met uitwerking van een bijhorend beroepsprofiel. Dit kan leiden tot een erkende opleiding voor de kraamverzorgende.

2. DE OPLEIDING VROEDVROUW AANPASSEN AAN DE EVOLUTIE IN DE POSTNATALE ZORG

In het curriculum van de vroedvrouw is postnatale zorg na ontslag slechts beperkt opgenomen en voornamelijk gericht op de intra-murale postnatale zorg.

3. AANGEPASTE BIJSCHOLINGEN ORGANISEREN

Het aanbod van bijscholing voor postnatale zorgverleners is beperkt. Een uitbreiding van dit aanbod is aangewezen. Elke postnatale zorgverlener moet minimaal opgeleid zijn om borstvoedingsondersteuning te kunnen bieden. Deze opleiding moet voldoen aan de voorwaarden van het 'Baby Friendly Initiative'.

BIBLIOGRAFIE

AAP & ACOG, 2012. Guidelines for perinatal care. In: A. A. o. Pediatrics, red. Seventh edition red. Washington: American Academy of Pediatrics and The American colleges of obstetricians and gynecologists, pp. 306-319.

ABM, 2008. Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term. *Breastfeeding Medicine*, pp. 129-32.

AGREE Next Steps Consortium, 2009. *AGREE II: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*, Canada: AGREE Next Steps Consortium.

Ahmed, A. & Sands, L., 2010. Effects of pre- and post discharge: Interventions on Breastfeeding Outcomes and Weight Gain Among Premature Infants. *JOGNN*, Volume 39, pp. 53-63.

AHRQ, 2007. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies - volume 7 care coordination* Publication No. 04(07)-0051-7, Stanford: Agency for Healthcare Research and Quality, Stanford University.

Beeckman, K., 2004. *Kraamzorg, structureel verankerd binnen de thuiszorg*, sl: Niet gepubliceerde licentiaatverhandeling: Universiteit Gent.

Belgische Senaat, 26 juni 2013. *Voorstel van resolutie betreffende de implementatie van het poliklinisch bevallen*, Brussel: Belgische Senaat.

Belgische vereniging van lactatiekundigen vzw, sd <http://www.bvl-borstvoeding.be>.
[Online]

Available at: http://www.bvl-borstvoeding.be/nl/de_lactatiekundige-2.html

[Geopend 13 03 2014].

Benoit, C. et al., 2012. Privatisation & marketisation of post-birth care: the hidden costs for new mothers. *International journal for equity in health*, pp. 1-9.

Bernstein, H. et al., 2007. Decision-Making for postpartum discharge of 4300 mothers an their healthy infants: the life aroud newborn discharge study. *Pediatrics*, Volume 11, pp. 391-400.

BFI, 2013. *Baby friendly initiative: evidence-informed key messages and resources*, Ontario: best start resource centre & Baby friendly initiative.

Boulkedid, R. et al., 2011. Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare quality indicators: a systematic review. *Plos one*, Issue 6, pp. 1-7.

Boulvain, M. et al., 2004. Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, pp. 807 - 813.

Britton, J., Baker, A. & Spino, C. B. H., 2002. Postpartum discharge preferences of pediatricians: results from a national survey. *Pediatrics*, Volume 110, no.1, pp. 53-65.

Brown, S. et al., 2009. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane database*, Volume 2, pp. 1-45.

Brumfield, C. et al., 1996. 24-Hour Mother-Infant Discharge With a Follow-up Home Health Visit: Results in a Selected Medicaid Population. *Obstetrics & gynaecology*, pp. 544-548.

Cammu, H., Martens, E., Van Mol, C. & Jacquemyn, Y., 2013. *perinatale activiteiten in Vlaanderen 2012*, Brussel: Vzw Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie .

Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A. & Marshall, M. N., 2003. Research methods used in developing and applying quality indicators of care. *British medical journal*, Volume 326, pp. 816-819.

Campbell-Voytal, K. et al., 2011. Postpartum doulas: Motivations and perceptions of practice. *Midwifery*, pp. 214-221.

CC Zorgadviseurs, 2008. *Landelijk indicatieprotocol kraamzorg*. [Online]

Available at:

[http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/712/file/Landelijk%20Indicatie%](http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/712/file/Landelijk%20Indicatie%20kraamzorg.pdf)

20Protocol%20Kraamzorg.pdf

[Geopend 15 09 2014].

Christie, J. & Bunting, B., 2011. The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: Cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 48, pp. 689-702.

Christie, J., Poulton, B. & Bunting, B., 2008. An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), pp. 38-50.

De Bruin-Kooistra, M., Amelinck-Verburg, M., Buitendijk, S. & G., W., 2012. Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. *International journal for quality in health care*, 24(3), pp. 201-310.

de Koning, J., Smuders, A. & Glazinga, N., 2007. *Appraisal of indicators through research and evaluation (AIRE), versie 2.0*, Amsterdam: RIVM.

de Vos, M. & Graafmans, W., 2007. *Indicatoren van kraamzorg: ontwikkeling van indicatoren voor kraamzorginstellingen*, Bilthoven: RIVM.

Dedry, A., 2005. *Zwanger van kraamzorg in Brussel*, Leuven: de Bakermat.

Dodge, K. et al., 2013. Randomized Controlled Trial of Universal Postnatal Nurse Home Visiting: impact of emergency care. *Pediatrics*, 132(S140), pp. 140-146.

Dodge, K. et al., 2013. Toward population impact from home visiting. *Zero Three*, 33(3), pp. 17-23.

Dodge, K. et al., 2014. Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *Research and practice*, 104(S1), pp. 136-143.

Donabedian, A., 1980. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. I red. Ann Arbor, Michigan: Health administration press.

Donabedian, A., 2005. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83(No. 4), p. 691-729.

- Elkan, R. et al., 2000. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology assessment*, 4(13), pp. 1-361.
- Elkan, R., Robinson, J., Williams, D. & Blair, M., 2001. Universal vs. selective services: the case of British health visiting. *Health and nursing policy issues*, 33(1), pp. 113-119.
- Ellberg, L. et al., 2008. Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Paediatrica*, 97, pp. 579-583.
- Escobar, G. et al., 2001. A Randomised comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics*, Issue 108, pp. 719-727.
- Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007. *Kwaliteitshandboek kraamzorg: de wieg*, Brugge: Familiezorg West-Vlaanderen.
- Fenwick, J. et al., 2010. Western Australian Women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital or at home. *Women and birth*, Issue 23, pp. 10-21.
- Fitch, K. et al., 2001. *The RAND/ UCLA appropriateness Method Users' manual*, Santa Monica: RAND.
- Flaherman, V., Hicks, K., Cbana, M. & Lee, K., 2012. Maternal experience of interactions with providers among mothers with milk supply concern. *Clinical Pediatrics*, 51(8), pp. 778-784.
- Forster, D. et al., 2008. The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in victoria, Australia. *BMJ Pregnancy and Childbirth*, 8(27), pp. 1-11.
- Friedman, M. & Spitzer, A., 2004. Discharge criteria for the term newborn. *Pediatric clinics of North America*, 51, pp. 599-618.

- Gagnon, A., Dougherty, G., Jimernez, V. & Leduc, N., 2002. Randomized Trial of Postpartum Care After Hospital Discharge. *Pediatrics*, Issue 109, pp. 1074-1080.
- Gazmararian, J. et al., 1997. Maternity experiences in a managed care organisation. *Health affairs*, 16, no.3 pp. 198-208.
- Goulet, L., Fall, A., D'Amour, D. & Pineault, R., 2007. Preparation for discharge, maternal satisfaction and newborn readmission for jaundice: comparing postpartum models of care. *Birth*, 34(2), pp. 131-139.
- Graham, I. D. & Harrison, M. B., 2005. EBN users' guide: evaluation and adaptation of clinical practice guidelines.. *British Medical Journal*, Issue 8, pp. 68-72.
- Grol, R. & Wensing, M., 2012. *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. 5de druk red. Amsterdam: Reed Business Education.
- Grypdonck, M., 2006. Qualitative Health Research in the Era of Evidence-Based Practice. *Qualitative Health Research*, Volume 16, pp. 1371- 1386.
- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M.-T., 2008. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, 17, pp. 1132-1143.
- Hjälmhult, E. & Lomborg, K., 2012. Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers'experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Volume 26, pp. 654-662.
- Institute of Medicine, 2001. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*.. [Online]
Available at: <https://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>
[Geopend 2014 09 09].
- IVLWR, 2012. *Briefing one: Maternity support workers*. [Online]
Available at:
http://bucks.ac.uk/content/documents/Research/ivlwr/IVLWR_spring_newsletter.pdf
[Geopend 1 12 2014].

Johansson, K. & Darj, E., 2004. What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward?. *Upsala Journal of Medical Science*, Volume 109, pp. 229-238.

Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2014. *De Belgische Grondwet. D/2014/4686/01*. Brussel: sn

KCE, 2014. *KCE Report 232: Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care*, Leuven: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Kind en Gezin, sd *Expertisecentra kraamzorg: inhoudelijke werking*. [Online]
Available at: <http://www.kindengezin.be/gezinsondersteuning/partners/expertisecentra-kraamzorg/inhoudelijke-werking/>
[Geopend 27 februari 2014].

Kind en gezin, sd *Gezinsondersteuning na de geboorte*. [Online]
Available at: <http://www.kindengezin.be/gezinsondersteuning/na-de-geboorte/consulten/>
[Geopend 13 03 2014].

Kind en Gezin, sd <http://www.kindengezin.be/img/kind-en-gezin.pdf>. [Online]
Available at: <http://www.kindengezin.be/img/kind-en-gezin.pdf>
[Geopend 27 februari 2014].

KNOV, 2011. *Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode: aanbevelingen voor risicoselectie, diagnostiek en beleid*, Utrecht: Koninklijke Nederlandse organisatie van verloskundigen.

KNOV, 2012. *Multidisciplinaire richtlijn borstvoeding*, Bilthoven: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.

Kooistra, M. et al., 2009. *Kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde: bevalt het?*, Bilthoven: RIVM.

Kronborg, H., Vaeth, M. & I., K., 2012. The effect op early postpartum home visits by health visitors: a natural experiment. *Public Health Nursing*, 29(4), pp. 289-302.

- Kronborg, H. et al., 2007. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster randomized community based trial. *Acta Paediatrica*, Issue 96, pp. 1064-1070.
- Kuan, L. et al., 1999. Health system factors contributing to breastfeeding success. *pediatrics*, 104(28), pp. 1-7.
- Kurtz Landy, C., Sword, W. & Ciliska, D., 2008. Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, Volume 8, pp. 1-9.
- Lamkaddem, M. & Wiegers, T., 2004. *Monitoring kraamzorg*, Utrecht: NIVEL.
- Lee, K. et al., 1995. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate. *Journal of Pediatrics*, Volume 127, no. 5, pp. 758-766.
- Lewallen, L. M. et al., 2006. Breastfeeding support and early cessation. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, Volume 35, pp. 166-172.
- Lieu, T. et al., 2000. A randomized comparison of home and clinic follow-up after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics*, Issue 105, pp. 1058-65.
- Madden, J. et al., 2004. Length of stay policies and ascertainment of postdischarge problems in newborns. *Pediatrics*, 113(42), pp. 42-49.
- Manniën, J. et al., BMJ health services research. Evaluation of primary care midwifery in the Netherlands: design and rationale of a dynamic cohort study (DELIVER). *BMJ health services research*, pp. 1-11.
- Mc Keever, P. et al., 2002. Home versus Hospital Breastfeeding Support for Newborns: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, 29 (4), pp. 258-265.
- McComish, J. & Visger, J., 2009. Domains of postpartum doula care and maternal responsiveness and competence. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, Volume 38, pp. 148-156.

McDonald, S. et al., 2010. Effect of an extended midwifery postnatal support programme on the duration of breastfeeding: A randomised controlled trial. *Midwifery*, Volume 26, pp. 88-100.

McKenna, H. P., Hasson, F. & Keeney, S., 2004. Patient safety and quality of care: the role of the health care assistant. *Journal of nursing management*, Volume 12, pp. 452-459.

McLachlan, H. et al., 2009. Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia. *Women and birth*, Volume 29, pp. 128-133.

Meikle, S., Lyons, E., Hulac, P. & Orleans, M., 1998. Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*, Volume 179 (1), pp. 166-171.

Morrell, C. et al., 2000. Costs and benefits of community postnatal support workers: a randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, Volume 4 (6), pp. 1-96.

MQIC, 2012. *Routine prenatal and postnatal care*, Southfield: Michigan quality improvement consortium.

Nationale Raad voor Vroedvrouwen, 2006. *NRVR/2006/ADVIES Definitieve tekst: Beroepsprofiel voor vroedvrouwen*. [Online]
Available at: <http://enzu.vlov.be/media/filebook/files/Beroepsprofiel%202006.pdf>
[Geopend 07 03 2014].

NICE, 2006. *Routine postnatal care of women and their babies*, Londen: National Institute for health and Clinical Excellence.

NICE, 2007. *Antenatal and postnatal mental health*, Londen: National Institute for health and Clinical Excellence.

NICE, 2007. *Prenatal and postnatal mental health*, Londen: National Institute for health and Clinical Excellence.

NICE, 2010. *Neonatal jaundice*, Londen: National Institute for health and Clinical Excellence.

NICE, 2013. *Postnatal health: quality standard 37*, Londen: National institute for health and care excellence.

NVK, 2008. *Richtlijn preventie, diagnostiek en behandeling van hyperbilirubinemie bij de pasgeborene, geboren na een zwangerschapsduur meer dan 35 weken*, Utrecht: Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde.

NVK, 2008. *Richtlijn preventie, diagnostiek en behandeling van hyperbilirubinemie van de pasgeborene, geboren na een zwangerschapsduur van meer dan 35 weken*, Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.

OECD, 2001. *Health at a glance: OECD 2001*. [Online].

OECD, 2003. *Health at a Glance 2003*. [Online]

Available at: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8103131e.pdf?expires=1418221866&id=id&accname=guest&checksum=C25F1A100781DA83B18F1F4116D0DDFF>

OECD, 2013. *Health at a glance 2013: OECD Indicators*. [Online]

Available at: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161e.pdf?expires=1415783478&id=id&accname=guest&checksum=A8A67B61B101B87C4725F776ABFA9C23>

[Geopend 12 11 2014].

O'Leary-Quinn, A., Koepsell, D. & Haller, S., 1997. "Breastfeeding Incidence After Early Discharge and Factors Influencing. *JOGNN*, Volume 26 (3), pp. 289-294.

Paavilainen, R. & Astedt-Kurki, P., 1997. Self-reported family health and well-being after early discharge from maternity hospital: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 26, pp. 266-272.

Paul, I. et al., 2012. A Randomized Trial of Single Home Nursing Visits vs Office-Based Care After Nursery/Maternity Discharge. *Arch Pediatr Adolesc*, Volume 166(3), pp. 263-270.

Pearson, A., Field, J. & Jordan, Z., 2009. In: *Evidence-Based Clinical Practice in Nursing and Health Care*. sl:Blackwell Publishing, pp. 89-90.

Picard, M., 2014. Mireille Picard, Mondelinge communicatie. 20 maart.

Razurel, C. et al., 2011. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women. *Midwifery*, Volume 27, pp. 237-242.

Renfrew, M. J. et al., 2012. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane Library*, Issue 5, pp. 1-207.

Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, 2009. *Kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde: Rapport 260101005/2009*, Bilthoven: RIVM.

RIZIV, 2014. *Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen*. [Online]
Available at: <http://www.riziv.fgov.be/care/nl/nomenclature/chapters.htm>
[Geopend 27 februari 2014].

Royale College of Midwives, 2012. *The role and responsibilities of Maternity support workers*. [Online]
Available at:
https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/MSW%20R%20Guide_4.pdf
[Geopend 1 12 2014].

Ruchala, P., 2000. Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women. *JOGNN*, Volume 29 (3), pp. 265-273.

Seuntjens, L. et al., 2006. Zwangerschapsbegeleiding. *Huisarts Nu*, Volume 35(5), pp. 261-298.

Sheehan, D., Watt, S., Kruege, P. & Sword, W., 2006. The Impact of a New Universal Postpartum Program on Breastfeeding Outcomes. *Journal of human lactation*, Volume 22, pp. 398-408.

Smythe, E., Payne, D., Wilson, S. & Wynyard, S., 2013. The dwelling space of postnatal care. *Women and birth*, Volume 26, pp. 110-113.

Stahelin, K. et al., 2013. Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care – results from a nested case-control study. *Swiss medical weekly*, Volume 143, pp. 1-13.

stichting FAOT, 2009. *Het beroepscompetentieprofiel van de kraamverzorgende t.b.v. de branche erkende opleiding tot kraamverzorgende*, Den Haag: Stichting FAOT.

Straczek, H. et al., 2008. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ?. *Arch Pediatr* , 15, pp. 1076-1082.

University of South Australia, 2011. *Critical appraisal tools*. [Online]
Available at: <http://www.unisa.edu.au/cahe/resources/cat/default.asp>

Van Kelst, L., Spitz, B. & Sermeus, W., 2002. *Bevallen met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven.*, Leuven: Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

Van kelst, L., Spitz, B. & Sermeus, W., 2004. Bevallen met een kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis in de regio Leuven. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 10(4), pp. 218-221.

Vanhaesebrouck, P. et al., 2001. De eerste levensdagen van de pasgeborene. *Tijdschr. Voor Geneeskunde*, Volume 57 (13), pp. 928-935.

Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid, 2010. [Online]
Available at: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen/Chronische-aandoeningen--incidentie-en-prevalentie/>
[Geopend 11 oktober 2013].

Vlaams Agentschap zorg en gezondheid, afdeling preventie eerstelijns en thuiszorg, 2012. *Vlaams bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen via bloedstaal: draaiboek 2012*, Brussel: Vlaams Agentschap zorg en gezondheid.

Vlaamse Gemeenschap, 2010. *Convenant tussen de Vlaamse gemeenschap en de Expertisecentra Kraamzorg*, Brussel: Vlaamse gemeenschap.

Vlaamse overheid, 2013. *Zorgkundige*. [Online]

Available at: <http://www.ikgaervoor.be/public/uploads/files/zorgkundige.pdf>

[Geopend 2014 03 07].

Vlaamse regering, 2000. *Vlaams Intersectoraal Voorakkoord voor de Socialprofit sector 2000-2005*, Brussel: Vlaamse regering.

Vlaamse regering, 2003. *art.2 van het besluit van de Vlaamse regering betreffende de integratie van kraamcentra binnen diensten voor gezinszorg van 17 januari 2003*, Brussel: BS 11 febr. 2003.

Vlayen, J. A. B. H. K. S. W. & R. D., 2005. A systematic review of appraisal tools for clinical practice guidelines: multiple similarities and one common deficit.. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 17, pp. 235-242.

Voerman, G. et al., 2013. A systematic approach towards the development of a set of quality indicators for public reporting in community-based maternity care. *Midwifery*, Volume 29, pp. 3016-324.

Weiss, M., Lokken, L. & Nelson, M., 2004. Length of stay after vaginal birth: sociodemographic and readiness-for-discharge factors. *Pediatrics*, 31(2), pp. 93-101.

WHO, 2005. *the International Confederation of Midwives Council meeting*. Brisbane, Australia, World Health organisation.

WHO, 2010. *WHO Technical consultation on postpartum and postnatal care*, Zwitserland: World Health organisation.

Wiegers, T., 2006. Adjusting to motherhood Maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope. *Journal of neonatal nursing*, pp. 163-171.

Wiegers, T., 2009. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC pregnancy and childbirth*, pp. 1-8.

Yaffe, M. et al., 2001. Better care and better teaching: New model of postpartum care for early discharge programs. *Can Fam physician*, Volume 47, pp. 2027-2033.

Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S. & Mori, R., 2013. Schedules for home visits in the early postpartum period. *The Cochrane Library*, Issue 7, pp. 1-91.

Zadoroznyj, M., 2006. Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. *Health and social care in the community*, Volume 15 (1), pp. 35-44.

Zadoroznyj, M., 2009. Professionals, carers or 'strangers'? Liminality and the typification of postnatal home care workers. *Sociology*, Volume 43, pp. 268-285.

Zadoroznyj, M. & Sutherland, J., 2007. A New Postnatal Home Care Worker: Challenges for Training, Implementation and Policy. *Austr. Journal of social issues*, Volume 42 (2), pp. 227-240.

Zorginstituut Nederland, 2012. *kwaliteitsindicatoren voor de kraamzorg, verslagjaar 2012*, Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorgzoeker, 2011. [Online]

Available at: www.zorgzoeker.be/Cms.aspx?id=129

[Geopend 27 februari 2014].

BIJLAGE 1: EVIDENTIETABELLEN LITERATUURONDERZOEK

SITUERING

Vlaanderen

referentie	titel	onderwerp	beschrijving
(Beeckman, 2004)	Kraamzorg structureel verankerd binnen de thuiszorg → scriptie	Geschiedenis kraamzorg	<p>Historiek kraamcentra- aanbod kraamzorg voor 2003- aanbod kraamzorg na 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> In Vlaanderen zijn de kraamcentra pas ontstaan in de jaren '80 vanuit privé-initiatieven <ul style="list-style-type: none"> Jarenlang werkzaam onder DAC statuten (derde arbeiderscircuit) 1999: beslissing Vlaamse Overheid om tewerkstellingsprojecten zoals DACprojecten te regulariseren en naar aanleiding hiervan werden de Vlaamse intersectorale akkoorden (VIA) opgesteld. Er werd bepaald dat tegen 2005 een oplossing moest worden gezocht voor iedereen die binnen deze précaire werknemersstatuten werkte. <ul style="list-style-type: none"> Bij het laatste akkoord in Social Profit werden de DAC-statuten afgeschaft en werden de kraamverzorgenden vanaf 1 januari 2003 geïntegreerd in de diensten voor gezinszorg. De vroedkundige zorg werd verder gekaderd binnen de nomenclatuur voor verloskundige prestaties. In 2001 werd een voorlopige regeling getroffen waarbij de kraamcentra, zoals die bestonden, werden gesubsidieerd. Op 17 januari 2003 heeft de Vlaamse overheid besloten de kraamcentra te integreren binnen de diensten voor gezinszorg. Met dit besluit werd tevens ook besloten tot de oprichting van de Eekraamzorg. Hiervoor werden door kind en gezin 6 resultaatgebieden vooropgesteld waaraan de EC verwacht worden te werken. <ul style="list-style-type: none"> Om de kennis en ervaring van de kraamcentra te valoriseren, werden op 1 januari 2003 'expertisecentra kraamzorg' opgericht met als expliciet doel hun kennis en ervaring rond kraamzorg aan huis verder te ontwikkelen en te verspreiden. Ook de inhoudelijke ondersteuning van de kraamverzorgenden binnen de diensten voor gezinshulp behoorde tot hun taak. Per provincie werd er één expertisecentrum kraamzorg opgericht, hoewel hun werkingsgebied de provinciale grenzen kon overschrijden. Definitieve regelgeving kraamzorg Alle kraamcentra die werkten met DACstatuut kregen een erkenning als expertisecentrum, 6 centra
		Definities	<ul style="list-style-type: none"> “Thuiszorg omvat zorgen geleverd aan mensen in hun thuissituatie. Het gaat hierbij om hulp nodig door ouderdom, ziekte, ongeval, handicap, zwangerschap, bevalling of andere redenen. Thuiszorg is een totaalzorg en omvat zorgen op medisch, verzorgend, huishoudelijk en psychosociaal vlak. Om aan de noden te voldoen kunnen verschillende hulp- en zorgverleners worden ingeschakeld, aangepast aan de doelgroep.” “Kraamzorg is een totaalzorg, op medisch, verplegend, verzorgend, huishoudelijk en psychosociaal vlak. Kraamzorg wordt voorzien in de kraambedperiode en omvat zorgen aan de pas bevallen moeder, haar baby en eventueel haar gezin. Kraamhulp is een onderdeel van de kraamzorg en houdt ondersteunende hulp in op hygiënisch verzorgend, huishoudelijk en psychosociaal vlak. Kraamhulp wordt gegeven aan kraamgezinnen. Ze is bedoeld voor de periode die de moeder nodig heeft om fysiek en psychisch weer op krachten te komen. Gemiddeld wordt hiervoor een periode van tien dagen na de bevalling voorzien.” Opleiding tot kraamverzorgende “Na de opleiding tot <i>verzorgende</i> in het secundair onderwijs kan een zevende specialisatiejaar gevolgd worden waarbij de keuze gemaakt wordt voor thuis- en bejaardenzorg of voor kindzorg. De afgestudeerden krijgen het basisdiploma verzorgende. Naast deze opleiding kan ook de opleiding <i>polyvalent verzorgende</i> worden gevolgd voor plus achttien jarigen. De opleiding bestaat uit een selectieproef, 600 uur theorie en praktijk, 600 uur praktijkstage en een bekwaamheidsproef. Deze opleiding is

			<p>polyvalent, wat betekent dat de kandidaten worden voorbereid om kwaliteitsvolle en professionele hulp te bieden, zowel in de zorginstellingen als in de thuiszorg; beide facetten komen aan bod tijdens de opleiding. De centra die met een opleiding tot polyvalent verzorgende willen starten vallen onder de regelgeving aan de Vlaamse overheid inzake erkenning en subsidiëring. Een aantal thuiszorgcentra hebben een eigen opleidingscentrum tot polyvalent verzorgende. Sommige daarvan besteden een aantal van de vrij te spenderen uren aan de specifieke doelgroep van kraamgezinnen. Hoe deze uren van kraamzorg (theorie, praktijk en stage) worden ingevuld is sterk verschillend naargelang het opleidingscentrum.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statuut van de kraamverzorgende “De studierichting - en bijgevolg de kwalificatie tot - kraamverzorgende bestaat niet. De meeste kraamzorgdiensten werken met verzorgenden. Het statuut van verzorgende beschrijft dat de verzorgende een geëigende plaats heeft binnen de thuiszorg en dat het beroep verzorgende een volwaardig beroep is binnen de thuiszorg. De gebruiker met zijn hulpvraag staat centraal. Hij zal op een professionele en gepersonaliseerde wijze worden geholpen. De professionele attitude van de verzorgende bestaat er onder meer in discretie, vertrouwen, collegialiteit en tact in acht te nemen. De taak van verzorgende heeft enkele bijzondere kenmerken: hulp bieden in het thuismilieu en polyvalente zorg verstrekken aan de persoon en zijn huishouden. Deze professionele hulp- en dienstverlening is van algemene aard en is voor iedereen: jong of oud, ziek of gehandicapt, gezin of een alleenstaande. Door middel van bijscholing kan gespecialiseerd worden in hulp- en dienstverlening voor bijzondere doelgroepen of specifieke noden.”
		Evolutie kraamzorg in België	<ul style="list-style-type: none"> • Definitie vroeg postpartumontslag: Er is geen consensus over de definitie van vroeg postpartum ontslag. De meest gebruikte termen voor het vroegtijdig verlaten van het ziekenhuis na een bevalling: “poliklinisch bevallen” of “bevallen met kort ziekenhuisverblijf” (BKZ). “Bevallen met kort ziekenhuisverblijf” wordt gedefinieerd als een ziekenhuisverblijf van maximaal twee nachten na de bevalling.” • Evolutie gemiddelde verblijfsduur: jaren '70: 10 dagen. Eind jaren '80: 8 dagen. De nationaal gemiddelde verblijfsduur na een bevalling zonder complicaties was in 1991 6,9 dagen. In 1992: tussen 6,1 en 8,1 dagen, en in 1995 daalde 5,5 dagen. In 2000: tussen 3 en 7 dagen postpartum.” • Impulsen tot vroeg ontslag in België: “Tot de belangrijkste impulsen van vroeg postpartum ontslag behoren de economische impulsen en de impulsen vanuit de patiënt. De economische impulsen zijn de voornaamste. De toegenomen financiële druk op het gezondheidssysteem ligt aan de basis hiervan. Ook de Health Maintenance Organisations (HMO's) in het buitenland en de verzekeraars sturen aan op een kortere verblijfsduur. Impulsen die de patiënt aanzetten tot het kiezen voor vroegtijdig ontslag hebben te maken met locus of control en niet zo zeer met demografische factoren. De keuze voor een kort ziekenhuisverblijf wordt even vaak vóór als tijdens de zwangerschap gemaakt. Uit de studie van Van Kelst (et al, 2002) kwamen als twee belangrijkste redenen bij de keuze van een bevalling met kort ziekenhuisverblijf naar voor: “liever thuis zijn dan in het ziekenhuis” en “meer rust thuis dan in het ziekenhuis”. De keuze heeft te maken met het gezin, de 4 andere kinderen, de partner en het huisritme. Voor een klassiek verblijf wordt hoofdzakelijk gekozen omwille van de medische zorgen.”
(Vlaamse regering, 2013)	Besluit van de Vlaamse regering tot uitvoering van het vierde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 2 december 2011	Toekenning subsidie werking EC kraamzorg	<ul style="list-style-type: none"> • Voor de private sociale-/ en non-profitsectoren voor de periode van 2011 tot 2015 door middel van toekenning van een subsidie aan de voorzieningen binnen de preventieve gezinsondersteuning erkend en gesubsidiëerd door K&G • Subsidie bedraagt in totaal 9148,08 euro en wordt verdeeld over de 6 centra • Doel: subsidiëren van werkingskosten en personeelskosten
(Vlaamse Gemeenschap)	Convenant tussen de	Op vraag van Vlaams minister	“De EC Kraamzorg staan in voor een kwaliteitsvolle uitvoering van de acties die tot doel hebben de kraamzorg voor zwangeren, pasbevallen moeders e

p , 2011)	Vlaamse gemeenschap en de Expertisecentra Kraamzorg	van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, vanaf 1 januari 2010 gebeurt het aansturen en financieren van de expertisecentra kraamzorg via een convenant, en dit voor een periode van 3 jaar.	<p>omgeving te ondersteunen, en dit in samenwerking en afstemming met alle betrokken actoren. De expertisecentra kraamzorg werken aan de realisatie v</p> <p>volgende resultaatgebieden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. het verzamelen en verspreiden van wetenschappelijke informatie en gespecialiseerde documentatie en methodieken met betrekking tot kraam 2. het instaan voor welzijns- en gezondheidspromotie en vorming met betrekking tot zwangerschap, geboorte en de postpartumperiode. 3. het instaan voor de bekendmaking van en het sensibiliseren rond kraamzorg; 4. het instaan voor het evidence-based opleiden, vormen en bevorderen van deskundigheid via advies, ondersteuning en begeleiding. 5. het vervullen van een signaalfunctie en het geven van input met het oog op beleidsvoorbereidend werk op basis van geüniformeerde registra <p>→Convenant bevat het inhoudelijk kader voor de expertisecentra kraamzorg. het streven naar afstemming tussen de verschillende betrokken actoren en het faciliteren van netwerkvorming en samenwerking.”</p>
(Belgische Senaat, 26 juni 2013)	Voorstel van resolutie betreffende de implementatie van het poliklinisch bevallen, ingediend door Elke Sleurs	Toelichting	<p>“De voorbije jaren is er een evolutie merkbaar in de de duur van het ziekenhuisverblijf bij bevallingen. In Vlaamse materniteiten verbleef men respectievelijk 4,97 ligdagen in 2009 (gemiddelde bezettingsgraad van 63 %) en 4,82 ligdagen in 2010. In Waalse en Brusselse materniteiten liggen de cijfers voor 2010 iets hoger, respectievelijk 4,98 en 4,86 ligdagen. Vergeleken met 2005 (5,73 ligdagen) is dit dus een gunstige evolutie naar een kortere verblijfsduur. Het peripartaal ziekenhuisverblijf werd en wordt nog steeds deels gekenmerkt door een bijkomende hotelfunctie : met name familie en kennissenkring bezochten de kersverse moeder en baby in het ziekenhuis, dat « hoorde immers bij een bevalling ». Meer en meer worden deze luxedagen in het ziekenhuis omgezet tot wat medisch nodig wordt geacht, maar ook hier is er nog ruimte ten opzichte van wat strikt noodzakelijk is. “</p> <p>“De zorg voor moeder en kind kent een evolutie naar een grotere efficiëntie met behoud van kwaliteit door onder andere gebruikt te maken van moderne technologieën en reorganisatie van de verloskundige zorg. Daarbovenop is de financiering voor een bevalling beperkter dan vroeger. Deze wordt berekend op basis van gemiddelden, zoals de ziekenhuisopnamen voor andere bepaalde pathologieën. Dit heeft ervoor gezorgd dat de ziekenhuizen zelf de vrouwen stimuleren om het verblijf te beperken tot wat ze nodig achten in het kader van hun algemeen beleid. “</p> <p>“In vergelijking met andere Europese landen kan het peripartaal ziekenhuisverblijf nog korter. Het Organisatie voor economische samenwerking en ontwikkeling (OESO)-gemiddelde voor de duur van een normale bevalling bedroeg 3,5 dagen in 2010, terwijl dat in België nog 4,3 dagen was. In Nederland wordt er vaak « poliklinisch bevallen », met een gemiddelde van 1,9 dagen bij een ongecompliceerde bevalling. Het Verenigd Koninkrijk geeft een goed voorbeeld van een verkort ziekenhuisverblijf waar de gemiddelde duur van een normale bevalling 1,8 dagen bedroeg in 2010. Budgettaire optimalisatie is natuurlijk niet het doel op zich van een verkort ziekenhuisverblijf; het doel van een reorganisatie van de verloskundige zorg is en blijft het streven naar de best mogelijke kwaliteitsvolle verloskundige zorg door gynaecologen, vroedvrouwen en huisartsen in onderling overleg waarbij eenieder meer aandacht zal kunnen besteden aan de begeleiding van de zwangere vrouw. Een loutere hotelfunctie hoort niet thuis in deze doelstelling. Een deel van de post-partumzorg kan mits goede organisatie en multidisciplinaire afspraken thuis georganiseerd worden. Het volgen van een klinisch pad voor bevallingen met een laag risico is daarin aan te raden. De klinische praktijk toont heden aan dat een kortverblijf vandaag reeds mogelijk is in geval van ongecompliceerde bevallingen. Niettemin dient net te worden onderzocht of langer dan vierentwintig uur in het ziekenhuis blijven na een bevalling met een laag risico wel kan beschouwd worden als hotelfunctie en dient te worden onderzocht of een beter georganiseerde postnatale zorg een compensatie kan bieden voor een « kortverblijf ». “ « Kortverblijf » definiëren we als een verblijf van vierentwintig uren na een fysiologische partus, eventueel pas bij multipariteit. Volgens data van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) waren er in 2011 116 794 fysiologische partussen (70,4 % van de bevallingen).</p> <p>De vraag van de indieners met betrekking tot kortverblijf na een fysiologische partus is een eerste stap naar een mogelijke verdere inschakeling en een grotere verantwoordelijkheid van vroedvrouwen bij bevallingen met een laag risico én de herwaardering van gynaecologen in bevallingen met een hoog risico. Het is echter belangrijk om eerst zeker te zijn dat de kwaliteit in kortverblijf even goed is als in langer verblijf en niet leidt tot heropnames van moeder en/ of kind.</p>

		<p>Uit een onderzoek verricht naar het aantal ligdagen naargelang de zorgverstreker die de bevalling begeleidt komen de volgende aantallen ligdagen naar voor : voor vroedvrouwen in een ziekenhuis 3,38, voor alle bevallingen worden door gynaecologen uitgevoerd (2) of worden althans zo geregistreerd. Vandaag verwachten patiënten zoals blijkt uit sociologisch onderzoek (3) nog steeds een deel hotelfunctie in het ziekenhuis, zoals privacy in een eenpersoonskamer, mogelijkheid tot het ontvangen van bezoek, enz., maar uiteraard blijft ook de verwachting en het vertrouwen dat er voldoende medische verzorging zal zijn. Mits een goede begeleiding en een goed georganiseerde nazorg kan een deel van de nazorg thuis gebeuren; denken we maar aan de begeleiding van borstvoeding. Er dient onderzocht te worden of een kortverblijf kwalitatief even goed is en of een langer verblijf effectief een hotelfunctie heeft of dat er toch een medisch nut is.”</p> <p>“Tegelijk dient in een aangepast systeem met verkort ziekenhuisverblijf reeds prenataal voldoende inlichtingen te worden gegeven aan de toekomstige moeder met betrekking tot de organisatie voor de postnatale zorg voor zowel zichzelf als voor de baby. Een toegankelijke prenatale en postnatale zorg is dus een belangrijke factor. De bestaande postnatale thuiszorg gebeurt heden vaker bij complexe situaties of bij bevallingen van meerlingen. De kosten van deze postnatale zorg werden door één van de indieners eerder opgevraagd (4). Globaal wordt er een besparing verwacht voor het ziekenhuis bij meer kortverblijven mits voldoende kwaliteit kan worden gegarandeerd. Het is mogelijk dat kortverblijven een hogere kost voor de patiënt met zich meebrengen die in dat geval meer beroep zal doen op niet-medische zorg, alsook medische opvolging. Niettemin kan een gedragswijziging in verband met een beperking/ een afschaffing van niet-medische zorg in het ziekenhuis ervoor zorgen dat de patiënt een snellere terugkeer naar huis aanvaardt.”</p> <p>De Senaat,</p> <p>A. overwegende dat meer dan 70 % van de bevallingen een fysiologische partus betreffen;</p> <p>B. overwegende dat het postpartaal verblijf nog steeds een niet-medische component bevat;</p> <p>C. overwegende dat pre-en postnatale zorg anders kunnen georganiseerd worden op grotere schaal dan vandaag het geval is;</p> <p>D. overwegende dat uit de klinische praktijk bij gynaecologen reeds duidelijk is dat kortverblijf vandaag reeds mogelijk is, zeker bij bevallingen met een laag risico;</p> <p>E. overwegende dat de huidige tijden van besparingen ons ertoe nopen om kostenefficiënt te werken;</p> <p>F. overwegende dat een aanpassing van de taken van de verschillende zorgverstrekkers ervoor kan zorgen dat elkeen geherwaardeerd wordt in zijn functie,</p> <p>Vraagt de regering :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. om binnen zes maanden na goedkeuring van deze resolutie een grondige analyse op te starten met betrekking tot de herziening van het verloskundig model, dat eventueel in fasen kan worden opgestart, beginnend met kortverblijf voor fysiologische partus gecombineerd met pre-en postnatale zorg; 2. te onderzoeken of langer dan vierentwintig uur in het ziekenhuis blijven na een bevalling met een laag risico beschouwd kan worden als hotelfunctie of toch een medisch noodzakelijke functie heeft (kortverblijf wordt gedefinieerd als een verblijf van vierentwintig uren na een fysiologische partus); 3. te onderzoeken of de kwaliteit in kortverblijf even goed is als in langer verblijf en niet leidt tot heropnames van moeder en/ of kind; 4. te onderzoeken of een beter georganiseerde postnatale zorg een compensatie kan bieden voor een kortverblijf; 5. te voorzien in een toegankelijke prenatale en postnatale zorg; 6. te onderzoeken wat de mogelijke besparing en voordelen hiervan kunnen zijn;
--	--	---

			7. de rol van de gynaecologen bij bevallingen met een hoog risico en van vroedvrouwen bij bevallingen met een laag risico te herzien.
Kind en gezin	(Kind en Gezin, sd) (Kind en Gezin, sd) (Kind en Gezin, sd)	Informatie over postnataal aanbod website K&G	<p>Op 17 januari 2003 werden de Vlaamse Expertisecentra Kraamzorg opgericht met als expliciet doel de kennis en ervaring rond kraamzorg aan huis verder te ontwikkelen en te verspreiden</p> <p>De opdracht van Kind en Gezin omvat het actief bijdragen tot het welzijn van jonge kinderen en hun gezinnen door dienstverlening op drie beleidsdomeinen: preventieve gezinsondersteuning, kinderopvang en adoptie</p> <p>Wat de preventieve gezinsondersteuning betreft, richt Kind en Gezin zich tot aanstaande ouders en gezinnen met kinderen tot 3 jaar met extra aandacht voor maatschappelijk kwetsbare gezinnen en dit omvat zowel de medische, psychosociale als pedagogische preventie.</p> <p>Het postnataal aanbod van Kind en Gezin bestaat uit een kennismakingsbezoek tijdens het verblijf in de kraamafdeling of thuis (bv. na thuisbevalling) en (minstens) twee huisbezoeken door een regioverpleegkundige (als de baby twee tot drie weken oud is en een bezoek op zes weken). De focus van de huisbezoeken ligt op de groei, ontwikkeling en de opvoeding van de pasgeborene. Tijdens het eerste huisbezoek wordt tevens de gehoortest uitgevoerd. Op tien belangrijke momenten in de ontwikkeling van het kind is er een gratis consult voorzien op het consultatiebureau waarbij de groei, gezondheid en ontwikkeling verder worden opgevolgd. Tijdens bepaalde consulten krijgt het kind een vaccinatie. Moeders die borstvoeding geven kunnen begeleiding krijgen van een regioverpleegkundige of lactatiekundige. Sedert 2004 kunnen gezinnen ook een beroep doen op gezinsondersteuners. Zij maken deel uit van het regioteam en staan samen met de regioverpleegkundigen in voor de dienstverlening aan maatschappelijk kwetsbare gezinnen.</p>

Situering wereldwijd

Plaats	referentie	Bijzonderheden
Denemarken	(Kronborg, et al., 2012)	<p>99% ziekenhuisbevallingen ZHverblijf 4d voor primiparae ZHverblijf <24u voor multiparae zonder complicaties (in het studiegebied: 19 verstedelijkte en landelijke gemeentes) Hoge sociale steun in bv: 14w zwverlof + 32w ouderschapsverlof => dit heeft zijn effect op de resultaten van studies die aantonen dat bvduur beïnvloed wordt dr huisbezoeken in vergelijking met landen zonder deze ondersteuning</p>
Finland	(Paavilainen & Astedt-Kurki, 1997)	<p>De Finse regering heeft een schema voor moeders te ontslaan na een bevalling uit het ziekenhuis. Multiparae worden ontslagen binnen enkele dagen na de bevalling. Het exacte aantal dagen varieert volgens de richtlijnen en de middelen van het ziekenhuis. Vroegtijdig ontslag is hier een situatie waarbij de moeder en de pasgeborenen gemonitord en behandeld worden 6 tot 24 uur voor ze het ziekenhuis verlaten. Thuisbevallingen zijn onmogelijk in Finland. Het welzijn van de pasgeborene en de familie is verzekerd door thuisbezoeken door een publieke gezondheidsverpleegkundige en ook door telefonisch advies. Normaal gezien spenderen vrouwen 4 tot 5 dagen in het ziekenhuis in Finland na een bevalling.</p>
Zweden	(Johansson & E., 2004)	<p>KZB in combinatie met een huisbezoek door een vroedvrouw werd geïntroduceerd in 1984 als alternatief voor het postnatale verblijf in het ZH. KZB wordt in Zweden gedefinieerd als ontslag tussen 6u na geboorte en max 3dagen (Swedish nation board of health and welfare) Meteen na de geboorte ontslagen worden kan ook. Keuze is vrijdag</p> <p>Ontslagcriteria: moeder is gezond en heeft een normale zwangerschap en partus gehad zonder complicaties. De pasgeborene werd aterm geboren (37-42w) en moet onderzocht zijn en gezond verklaard dr een pediatier voor ontslag.</p>
	(Ellberg, et al., 2008)	<p>Alle ziekenhuizen werden gecontacteerd om een beschrijving te krijgen van de organisatie van de postnatale zorg. 1 ziekenhuis kon hier geen antwoord op geven. (er staat niet meer informatie in het artikel dan hier geschreven... onduidelijk)</p> <p>Er werden 3 mogelijke zorgprocessen vastgesteld.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. routine neonataal onderzoek tussen 6 – 48uur of tussen 49 – 72 uur. 2. een 24 uur zorg of thuiszorg programma 3. vier materniteitsopties <ol style="list-style-type: none"> 1. een materniteit met optionele LOS 2. een materniteit met beperkt verblijf tot 24 of 48 uur (beide zonder enige follow-up behalve voor neonatale screening als ze nergens anders wordt aangeboden) 3. familiekamer (FS)waar moeders en kinderen werden naar getransfereerd met minder personeel 4. een early discharge (ED)programma met 6 tot 72 uur postpartumzorg die omvat: - huisbezoek of dagelijkse telefonische consultaties, finale check up en counselling en neonataal onderzoek. <p>Elke ziekenhuis biedt een neonataal screenings programma, los van het zorgprogramma of de optie van zorg.</p>

		Alle families gaan vervolgens wel naar de Well baby clinic.
	(Wiegers, 2006)	systeem van vroegtijdig ontslag na een normale bevalling sinds 1998. Families die ontslagen worden binnen de 24 uur na de bevalling krijgen een HB tijdens de eerste dag volgend op het ontslag. Ze worden dagelijks telefonisch gecontacteerd door een vroedvrouw en hebben 24uurs permanentie telefonisch door de een vroedvrouw. 3 tot 5 dagen PP wordt er een finale check-up gegeven op de consultatie, tijdens deze check-up wordt een fysieke onderzoek uitgevoerd en wordt de PKU-screening uitgevoerd. In Noord-Zweden kunnen families kiezen tussen vroegtijdig ontslag en thuiszorg of een driedaags verblijf in een familiesuite van een hotel, waarin vroedvrouwen werken. (hierover hebben we een studie gelezen ELLBERG ET AL)
Noorwegen	(Hjälmhult & Lomborg, 2012)	Public health nurse doet huisbezoek binnen de 2wkn na de geboorte. KZB (1-3dagen) werd ingevoerd zo'n 5-10jaar geleden (voorheen 5d ZHverblijf), maar het beleid thuis werd niet aangepast. er is geen goede afstemming tussen zorgorganisaties. Volgens een rapport van de Norwegian board of health supervision is er veel variatie in de inhoud en kwaliteit van zorg thuis. Hoge BVrates 99% exclusief bij geboorte, 82% exclusief op 4wkn, 50% exclusief op 4mnd, 80% gedeeltelijk bv op 6mnd
Verenigd Koninkrijk	(Wiegers, 2006)	In de UK is de LOS gemiddeld 1 tot 2 dagen. Hier vond een grote evolutie plaats: in 1989-1990 verbleef 40% van de vrouwen 4 of meer dagen in het ziekenhuis. in 2003-2004 verliet 15% van de vrouwen het ziekenhuis binnen de 24 uur; 35% de dag volgend op de bevalling, 20% 2 dagen na de bevalling en 15% 3 dagen na de bevalling. Postnatale thuiszorg bestaat in de UK in het algemeen uit 7 huisbezoeken door een "community midwife" gedurende de eerste 14 dagen PP Royal collega of midwives publiceerde in 99 een position paper waarin de voorstelde dat er maternity support workers zouden ingeschakeld worden. Tot in 2006 zijn deze nog niet ingeschakeld. De zorg is er nog steeds dat de vroedvrouw gedurende de eerste 14 dagen na ontslag ongeveer 7 keer. De huisarts komt op 6 tot 8 weken een afrondende check-up doen.
Australië	(Forster, et al., 2008)	1 soorten maternity care: publieke en private zorg Publieke zorgsysteem: LOS 2-3d na normale vaginale geboorte en 4d na section – 92% van deze kraamvrouwen krijgt nadien thuis PPzorg van een vroedvrouw (2005-'06) Private: LOS 4d na normale vaginale geboorte, 5d na sectio – niet steeds thuiszorg voorzien Sinds 1980 is de LOS sterk verminderd (tussen 1970 en 1980 10dagen LOS) In Australië is het de gewoonte in het ZH te bevallen en daar postnataal te verblijven Vaak ligt er 1wk tussen het ontslag uit het ZH en het 1 ^{ste} PPbezoek Verantwoordelijkheid van publieke ziekenhuizen voor 1998: 5d PPzorg voorzien Na 1998: LOS gekoppeld aan klinische ontslagcriteria: - min. 1 huisbezoek of meer voor alle kraamvrouwen na ontslag uit het ZH - min 2 voor kraamvrouwen met extra noden (gekende drugsproblematiek, nieuwe immigranten, jonge alleenstaande moeders, gehandicapte moeders) -min 2 voor kraamvrouwen met complicaties tgv de geboorte of vroege Ppperiode
	(McLachlan, et al., 2009)	(zelfde onderzoekers ongeveer als foster et al) Zelfde bevindingen

		<p>De LOS is drastisch gedaald sinds 1980 en dit op basis van beperkt wetenschappelijk onderzoek. Het stijgend aantal vrouwen en de korte ligduur zorgen voor het huidig systeem, en niet de wetenschappelijk evidentie.</p> <p>Vrouwen bij bij vaginale bevalling 3 to 4 dagen en bij sectio 4 tot 5 dagen</p> <p>Vroeger waren ziekenhuizen verantwoordelijk voor de postnatale zorgen tot dag 5, nu wordt deze zorg eerder bepaald op basis van kliniek en zijn ze verplicht om minimum 1 HB te organiseren na ontslag.</p> <p>Er is geen systematisch routine thuiszorg voor vrouwen die kiezen voor in een private materniteit te bevallen</p>
USA	(Bernstein, et al., 2007)	<p>O.w.v. kostenreductie werden de ligdagen in de USA ingekort. Als reactie hierop ontstond de “Newborns’ and mothers’ health protection act of 1996”. Deze wet, op federaal niveau, zorgt voor een minimale LOS van 48 uur PP na een vaginale bevalling en 96 uur na een sectio caesarea.</p>
	(Britton, et al., 2002)	<p>Voor de jaren 20: bevallingen in het ZH niet gebruikelijk</p> <p>In 1945: 80% in het ZH -> gemiddelde los tussen de 3 en de 5 dagen</p> <p>In 1960-70: LOS wordt korter door vrouwenbewegingen</p> <p>In de jaren 80-90: daling in LOS door financiële invloeden</p> <p>In 1992: gemiddeld 2,1 dagen na bevalling</p> <p>Deze verkorting in ligduur resulteerde in frustratie. Pediaters ondervonden negatieve effecten van het vroegtijdig ontslag</p> <p>-> ontstaan van onstaand de “Newborns’ and mothers’ health protection act of 1996” = terugbetaling “by third party payers” voor postnataal verblijf tot 2 dagen na de bevalling vaginaal en 4 dagen na sectio</p>
	(Friedman & Spitzer, 2004)	<p>P605-611</p> <p>Geschiedenis</p> <p>Dalen in het LOS is reeds van 1960 aan de gang. Reden voor deze daling was de demedicalisering van de geboorte.</p> <p>Hoewel in 1980 de geneeskunde een opmars kende, daalde het aantal ligdagen na de bevalling verder door economische redenen.</p> <p>Gemiddelde LOS was 3,9 dagen in 1970, ten opzichte van 2,1 dagen in 1992 voor vaginale bevallingen</p> <p>Deze daling zette zich verdergedurende de jaren 90 tot op een bepaald punt dat vele pasgeborene ontslagen werden voor 24 uur PP. Deze kwestie kreeg nationale aandacht, er werden ongewenste outcomes gerapporteerd en ongenoegen werd geuit, zowel door de gebruikers als de verstrekkers. Hierdoor ontstond de “Newborns’ and mothers’ health protection act of 1996”. Deze wetgeving garandeert terugbetaling tot minimum 48 uur pp voor een vaginale bevalling en 96 uur na een sectio.</p>
	(Escobar, et al., 2001)	<p>Min 48u verzekeringscoverage vr hospitalisatie bij ongecompliceerde bevalling + verzekeringscoverage vr maternale en neonatale PPzorg binnen 48u als de LOS<48u was.</p>
	(Paul, et al., 2012)	<p>Bvinnitatiecijfers in de VS in 2007 waren 75% (centers for disease control and prevention. breastfeeding report card 2011, United states: outcome indicators. http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard2.htm) en het healthy people 2020 goal is 81.9% (healthypeople.gov. Maternal, infant, and child health: morbidity and</p>

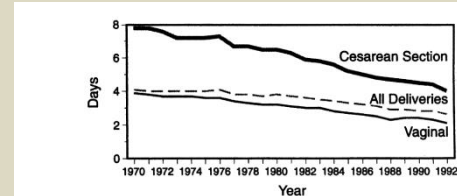


Fig. 1. Average length of stay for hospital deliveries, by delivery method: United States, 1970-1992. (From Centers for Disease Control. Trends in length of stay for hospital deliveries: United States, 1970-1992. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1995;44(17):335-7.)

		mortality. http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicid=26 . 2011
	(Wiegers, 2006)	ontslag binnen de 24 uur na de bevalling, hier kwam reactie op, in 1998 werd de wet gevaardigd: uitleg zie andere onderzoeken. Vanaf dit ogenblik is de LOS na de bevalling significant gestegen in de meeste staten, maar vroegtijdig ontslag komt nog steeds veel voor. Uit een rapport van 2000-2002 bleek dat 36% van de pasgeborene ontslagen werden binnen de 48 uur na de bevalling. Postpartumbezoeken na ontslag zijn uitzonderlijk in de USA, hoewel een protocol van vroegtijdig ontslag minimaal 1 huisbezoek bevat, had slechts 19% een HB gekregen, in 11% kreeg 1 HB en 8% kreeg meerdere HB.
Zwitserland	(Boulvain, et al., 2004)	Sterke daling in LOS na vaginale bevalling van 12d in 1950 naar 4d in 1990, momenteel (2004) is de LOS 3-4d na vaginale bevalling en 5-6d na sectio Postnatale zorg in het ZH + 10 huisbezoeken van vrvr worden terugbetaald dr de verzekeringsmaatschappijen => verdere daling van de LOS wordt tegengehouden dr pediaters en ZHstaff uit schrik vr complicaties
	(Razurel, et al., 2011)	In Genève is de gemiddelden LOS 4 dagen, na het ontslag zal de ziekteverzekering 10 huisbezoeken terugbetalen.
	(Stachelin, et al., 2013)	De standaardzorg is zorg door gynaecologen. Veel vrouwen doen wel beroep op zorg door onafhankelijke vroedvrouwen. 50% deed beroep op een onafhankelijke vroedvrouw na de bevalling, 6% prenataal en 4% tijdens de bevalling. Continuïteit van zorg door een vroedvrouw was bij 3,6% van alle vrouwen. De meeste postnatale HB zijn tussen de 5 en de 10 dagen na de bevalling en worden terugbetaald door de ziekteverzekering. Gemiddeld vinden er 3,8 bezoeken tijdens de eerste 10 dagen postpartum plaats. Aantal ligdagen PP daalt van 5,9 in 2000 naar 5,03 in 2011 voor vaginale bevallingen zonder complicatie. In een groot ziekenhuis in Zurich wordt er een kortere LOS vastgesteld in 2007 gemiddeld 5,4 en 4,2 dagen in 2010 voor vaginale bevallingen. Met de komst van de Diagnosed related groups (DRG) in Zwitserland wordt voorspeld dat de LOS nog zal verminderen. Hierdoor zal de nood aan postpartumzorg thuis nog gaan stijgen de komende jaren.
Canada	(Wiegers, 2006)	Ontaria: er startte een provinciaal beleid in 1999, waarbij vrouwen de kans kregen 60 uur PP te verblijven in het ziekenhuis na een ongecompliceerde vaginale bevalling omdat ze vreesden voor negatieve effecten van vroegtijdig ontslag op de gezondheid van moeders en hun kind. Slechts een minderheid ging in op dit voorstel, reden om hierop in te gaan waren: gezondheid, gezondheid van de baby, moeilijkheden met BV. Redenen om niet in te gaan op het voorstel: willen naar huis gaan, zich klaar voelen voor ontslag, niet tevreden zijn om de ziekenhuisaccommodatie of zorg of andere kinderen thuis hebben. Gevolg van deze interventie: LOS werd slechts voor een heel klein percentage verlengd, maar het aantal vrouwen die minder dan 24 uur verbleef daalde significant en de algemene tevredenheid met de duur van verblijf in het ziekenhuis steeg enorm.
	(Goulet, et al., 2007)	Quebec: hier wordt al jaren een BKZ aangewend: Early discharge wordt in Quebec gedefinieerd als PPverblijf in het ziekenhuis van 48u (2d) na een ongecompliceerde partus en 96u (4d) na sectio. In 1996-97 was de gemiddelde LOS 2.7d en heropname van neonaten 16.7/1000pasgeborenen in de 1 ^{ste} 7dagen na de geboorte. neonatale geelzucht is de belangrijkste reden voor heropname (70-85%) en fysiologische geelzucht wordt gezien in 45-65% van de pasgeborenen. Het is daarom een grote uitdaging voor zorgverleners in het kader van een BKZ aangezien bilirubineconcentraties hun piekwaarden bereiken 3 tot 5 dagen na de geboorte, dus na ontslag uit het ziekenhuis. Daarom gaan ze ervanuit dat moeders een belangrijke rol spelen in het screenen van icterus. Het herkennen van icterus is dus 1 van de belangrijkste aspecten van de

		<p>voorbereiding van ontslag van moeders. En dit maakt deel uit van het beleid. Zij volgen de aanbevelingen van de AAP om het ontslag te bepalen.</p> <p>In Quebec bepaalde het ministerie van gezondheid en social services het beleid als volgt: de lokale community services kregen de verantwoordelijkheid voor systematische follow-up van moeders en pasgeborenen na een kort ziekhuisverblijf. het beleid bestaat uit een telefonisch contact binnen de 24u na ontslag en een huisbezoek binnen de 3 dagen na ontslag uit het ziekenhuis. Zorg vindt dus voornamelijk plaats in een thuissetting. Bij het 1^{ste} huisbezoek gaat de aandacht vnl. uit naar de gezondheidstoestand van de neonaat in termen van de aanwezigheid van icterus., de kwaliteit van de baby's voeding of drinken aan de borst, en tekenen van dehydratie. Borstvoedingsmonitoring maakt deel uit van het perinataal zorgprogramma. Public health verpleegkundigen training in het monitoren van BV en het bieden van BVondersteuning aan moeders. verder gaat bijzondere aandacht tijdens de huisbezoeken naar de noden van gezinnen en informatie over diensten in de gemeenschap wordt voorzien.</p> <p>In de praktijk varieert de organisatie van postnatale follow-up echter van regio tot regio. Zo kunnen er 3 modellen van postnatale continuïteit van zorg worden gedefinieerd. (zie evidentietabel organisatie van zorg art.)</p>
België vs andere landen	(Vanhaesebrouck, et al., 2001)	LOS in Vlaanderen is vergelijkbaar met landen zoals Duitsland, Zwitersland en Japan (1996) = conservatieve strategie
Nederland	(Wiegers, 2006)	<p>In Nederland is wordt 40% van de vrouwen beschouwd als low-risk doorheen zwangerschap, bevalling en geboorte. 30% van het totaal aantal vrouwen bevalt thuis, bijgestaan door een vroedvrouw of in sommige regio's door een huisarts.</p> <p>De standaardzorg in het ziekenhuis houdt in dat de vrouwen binnen enkele uren na de bevalling naar huis gaan. Daarop volgen 5 tot 6 bezoeken van de vroedvrouw gedurende 10 tot 12 dagen en hulp door een kraamverzorgende gemiddeld 6 uur per dag gedurende 7 of 8 dagen opeenvolgend. De standaardpostpartumzorg wordt afgesloten door een bezoek postpartum door de vroedvrouw. In Nederland doen meer dan 90% van alle bevallen vrouwen beroep op de kraamverzorgende. Deze kraamverzorgende wordt ook verwacht aanwezig te zijn bij de bevalling en blijft minimaal 2 uur na de bevalling aanwezig na de geboorte van de bevalling. In het geval van een ziekenhuisbevalling wordt de kraamverzorgende verondersteld aanwezig te zijn wanneer de kraamvrouw thuis komt. De kraamverzorgende is terugbetaald door de ziekteverzekering.</p> <p>De standaardtaken van de kraamverzorgende zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verzorging van moeder en kind - (borst) voedingsondersteuning - gezondheidseducatie over moeder en kind - ondersteuning voor huishoudelijke taken - ontvangen van bezoekers - zorgdragen voor de andere kinderen <p>56% van de tijd van de kraamverzorgenden wordt gespendeerd aan verzorgende activiteiten, terwijl 44 % activiteiten zijn zoals ontvangen van bezoekers, huishoudelijke taken en zorg dragen voor de andere kinderen. Het voordeel van deze combinatie van zorg en andere taken is dat informatie en educatie vervat zitten in de dagelijkse activiteiten en daarom gemakkelijke begrepen en geaccepteerd wordt. Het is logisch dat informatie over borstvoeding best kan gegeven worden tijdens de borstvoeding en dat educatie over de zorg voor de baby best kan gegeven worden op het moment zelf. Daarom is de kraamverzorgende ook minimaal 3 uur per dag aanwezig.</p> <p>De follow-up wordt uitgevoerd door de "baby clinic", deze zorg start vanaf de baby 2 maand is en houdt</p>

gezondheidscontrole en vaccinaties in.

Kraamverzorgende kunnen zelfstandig zijn of werken in een organisatie. Ze werken onder supervisie van de lokale vroedvrouw. Het aantal uren dat wordt terugbetaald door de verzekering hangt af van een aantal factoren zoals: gezondheidstoestand van moeder en kind, het aantal beschikbare kraamverzorgenden, wensen en noden van de cliënt en overeenkomsten tussen de ziekteverzekeringen en de zorgaanbieders. Sinds 1960 is er een consensus tussen de verzekeringen en de zorgaanbieders van minimaal 24 uur en maximaal 64 uur (verdeeld over 8 tot 10 dagen na de geboorte) in het geval dat de postpartumperiode ongecompliceerd verloopt. Bij complicaties kan de kraamzorg oplopen tot 80 uur.

Een voltijdse kraamverzorgende is eerder een uitzondering geworden 8 uur per dag gedurende 8 dagen... Nu is dit meestal tussen de 3 en de 6 uur per dag of occasionele korte dagelijkse bezoeken. Het aantal uren zorg door een kraamverzorgende in 2003 bedroeg 43,2 uur. De assistentie tijdens de bevalling is hierin inbegrepen.

Het is een typisch Nederlands fenomeen, migranten vragen zelden kraamzorg aan.

In 2004 had 81% van de vrouwen de zorg ontvangen die ze wilden krijgen. Wanneer ze niet tevreden waren met de zorg was dit meestal omdat ze meer uren kraamzorg hadden gewild of omdat er te veel verschillende kraamverzorgende betrokken waren bij de zorg. In Nederland is er weinig discussie over de voor en nadelen van kraamverzorgende omdat het % thuisbevallingen zo hoog is.

Een van de sterke punten in het systeem is dat gezondheidszorg en psychosociale zorg in mekaar verstrengeld zijn. Er is wel discussie over de duur van postpartumthuiszorg. Maar indien deze zou verkort worden zal dit zowel een invloed hebben op de gezondheidszorg als op de psychosociale zorg.

De voordelen van postpartumzorg volgens het Nederlandse systeem.

Doelen:

- monitoren van de gezondheidsstatus van moeder en kind
- vroeg detectie van vroege problemen (dit kan leiden tot een daling in de heropnames en bijgevolg ook kosten, vb. Bilirubinemie)
- voorziene van BV ondersteuning
- gezondheidseducatie
- ondersteuning van de familie

Het is belangrijk dat de kraamverzorgenden gevoelig en begripvol zijn.

Rusten is een van de grootste problemen voor vrouwen in het postpartum.

Hiervoor kan een verblijfsduur van 48 uur in het ziekenhuis een oplossing bieden, maar dit is volgens de auteur een hoge kost. Een ander model is het Chinese systeem waarbij intensieve informele familiale steun wordt geboden. (Maar dit is niet realistisch in onze samenleving). Het langer verblijf in het ziekenhuis geeft vrouwen niet de kans om zich aan te passen aan de nieuwe familiale situatie.

Hier kan de kraamverzorgende een oplossing bieden. Deze zorg is geïntegreerd in het familiale leven en daardoor kan de ziekenhuisduur worden gereduceerd en bijgevolg ook een lagere kost wordt. Het is heel complex om te organiseren wanneer er geen opleiding is en wanneer alles van nul moet starten.

Er zijn geen harde bewijzen om aan te tonen dat het Nederlandse postpartumzorgsysteem het beste is, enkel zachte bewijzen.

Een postpartumhotel zou niet leiden tot het aannemen van nieuwe routines van de ouders.

Conclusie: Het Nederlandse systeem is in vergelijking met andere systemen een voorbeeld van kosteneffectieve en bevredigende zorg.

	(Wiegers, 2009)	<p>Er is een heel duidelijk afgebakende grens tussen eerste- en tweedelij in Nederland. Voor algemene gezondheid worden vrouwen behandeld door de huisarts en doorverwezen door de huisarts naar een gespecialiseerd arts. Voor perinatale zorgen is in de meerderheid van de gevallen de vroedvrouw de zorgverlener die de zorgen in de eerstelij opneemt en indien vermoeden van pathologie doorverwijst naar de gynaecoloog. Soms volgt ook de huisarts de zwangerschap op als zorgverlener in de eerstelij. Er is een vrije keuze van waar een vrouw kan bevallen: ziekenhuis, thuis of in een geboortecentrum.</p> <p>Zorg waar de patiënt centraal staat zorgt voor een hogere tevredenheid van de moeders.</p> <p>In Nederland veranderen de meeste vrouwen minimaal één keer van eerstelij naar tweedelij, de meeste vrouwen beginnen met prenatale zorg door een vroedvrouwen en eindigen met postnatale zorg door de vroedvrouw.</p>
--	-----------------	--

ALFABETISCHE LIJST VAN GEÏNCLUDEERDE ONDERZOEKSARTIKELS

Referentie	Design/ methode	Steekproef/ Setting	Interventie	Outcomes	Resultaten/ Conclusies	Methodologische opmerkingen
<p>(Bernstein, et al., 2007)</p> <p>Titel: Decision-making for postpartum discharge of 4300 mothers and their healthy infants: the life around newborn discharge study</p> <p>Doel studie: Beslissingsprocesses over pp ontslag vanuit verschillende perspectieven in kaart brengen + nagaan wat correleert met het niet klaar zijn voor ontslag</p>	<p>Design: prospective observationele chort studie</p> <p>Methode: LAND = Life around newborn discharge study</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Steekproef: gezonde moeders en gezonde pasgeborene N=4300 • setting: 49 staten in de USA, district of colombia, puerto rico en canada • Data-collectie: tussen sept 1999 en aug 2002 vragenlijsten op leesniveau 4^{de} tot 6^{de} leerjaar • prospective enrolment van moeder en kind door verschillende sites (niet meer dan 120 per site) gedurende 8 weken <p>steekproef werd zo geselecteerd dat de minderheden vertegenwoordigd waren zoals in populatie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepties over het al dan niet klaar zijn voor ontslag van moeders, pediaters en gynaecologen 	<ul style="list-style-type: none"> o het al dan niet klaar zijn voor ontslag o nagaan wat correleert met het niet klaar zijn voor ontslag (Bivariate) <ol style="list-style-type: none"> 1. maternale sociodemografische factoren 2. karakteristieken van de pediaters 3. prenatale factoren 4. perinatale factoren 5. postpartum factoren o nagaan wat correleert met het niet klaar zijn voor ontslag (multivariate) 	<p>Niet klaar zijn voor ontslag</p> <ul style="list-style-type: none"> • 16 tot 17% van het moeder- en kind paar voldeden aan de definitie van niet klaar te zijn voor ontslag • Meestal was het de moeders alleen die er niet klaar voor was (11-12%). De redenen die hiervoor gaven was meestal voor eigen fysieke toestand. • Indien de pasgeborene als niet klaar werden beschouwd waren voeding en nood aan medische zorgen de meest aangehaalde redenen <p>Bivariate</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. maternale sociodemografische factoren minder klaar voor ontslag bij <ul style="list-style-type: none"> ▪ jonge moeders ▪ inkomen onder de nationale armoedegrens ▪ minderheden ▪ vrouwen zonder public insurance ▪ primiparae ▪ vrouwen met chronische aandoening ▪ opleiding was niet gecorreleerd 2. karakteristieken van de pediaters <ul style="list-style-type: none"> ▪ minder ervaring ▪ zelf geen ouder zijn ▪ niet breed gecertificeerd zijn -> ped. met deze karakteristieken zullen kraamvrouwen en hun baby meer niet klaar vinden voor ontslag. 3. prenatale factoren <ul style="list-style-type: none"> ▪ relatief tekort aan prenatale diensten (behalve educatie) ▪ meer prenatale complicaties ▪ geen adequate prenatale zorg hebben (APCU index) ▪ UITZONDERING ! vrouwen die prenatale lessen volgden waren 	<p>In vergelijking met de algemene populatie: = wat medicaid betreft meer BV meer medische zorgen tijdens de zwangerschap hogere opleiding</p> <p>vrouwen werden geselecteerd => geen randomisatie => geen blinding</p> <p>Vrouwen die zich niet klaar voelden voor ontslag zullen eerder geneigd zijn deel te nemen aan de studie, omdat ze op deze manier hun argumenten kunnen geven waarom ze nog niet klaar zijn voor ontslag.</p> <p>Er wordt niet besproken wie beslist dat het ontslag op dat ogenblik zal doorgaan.</p>

					<p>meer niet klaar voor ontslag !</p> <p>4. perinatale factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ gecompliceerde zwangerschap en bevalling ▪ arbeid langer dan 12 uur ▪ verlengde arbeid ▪ bevalling tussen 19 en 7 uur ▪ biologische kwetsbaarheden: laag geboortegewicht, prenatale problemen, sectio (sectio niet statistische sign) <p>5. postpartum factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ geen pp controle door pediater ▪ geen of weinig lessen gevolgd in het ziekenhuis ▪ geen afspraak ▪ borstvoeding ▪ te weinig hulp thuis (vader die niet veel zal helpen of niet bij de vader wonen) ▪ de effectieve LOS was niet geassocieerd met readiness (zowel voor sectio als vaginaal !) <p><u>Multivariate</u> Na controle voor voor maternale demografische factoren en eigenschappen van de pediater</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwarte huidskleur en niet spaans - inadequate prenatale zorg - chronische ziekte - bevallen tussen 19 en 7 uur - primi - weinig educatie binnen het ziekenhuisverblijf - borstvoeding - neonaat met problemen <p>Vermits LOS geen determinant is, moet er meer gefocust worden op</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. de factoren die na multivariate overblijven 2. het identificeren van andere factoren die een invloed kunnen hebben op het zich niet klaar 	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>voelen voor ontslag. Het personeelstekort 's nachts kan zorgen voor te weinig begeleiding</p> <p>Opvallend is dat de prenatale lessen zorgen minder readiness, een verklaring hiervoor kan zijn dat ze zich meer bewust zijn van potentiële problemen</p> <p>CONCLUSIE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de beslissing tot ontslag moet samen genomen worden - beslissing is contextueel en subjectief - er is geen "one size fits all" ! -> moet aangepast worden aan elke pt 	
<p>(Boulvain, et al., 2004)</p> <p>Titel: Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial</p> <p>Doel studie: vgl van verkorte LOS met ZH-zorg</p>	<p>Design: RCT</p> <p>Methode: vragenlijst moeder vr ontslag uit ZH (+tel herinnering om in te vullen) en vragenlijst 6m PP</p>	<p>Steekproef: n= 228 moeders die thuis PPzorg en n= 231 die ZH PPzorg kregen (primi- en multiparae - eenling en ongecompliceerde laagrisico zw.)</p> <p>Exclusie van moeders met sterke voorkeur vr PPzorg thuis of ZH</p> <p>Setting: materniteit in Zwitserland</p> <p>Data-collectie: prenataal rond 37w – indeling zorg at random (nov'98- okt '00)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<p>Standaardzorg: PPzorg in ZH 4-5 d + gem. 1.7 huisbezoeken van vrvr (gem. LOS 106u partus inbegrepen)</p> <p>Interventie: ontslag uit ZH na 24-48u + huisbezoeken dr vroedvrouw (aantal afhankelijk vd noden in het gezin) gem. 4.8 bezoeken (gem. LOS 65u partus inbegrepen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • => LOS werd verlengd met 2d i.g.v. sectio in beide groepen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. BV 28d PP + totale BVduur 2. Perceptie van de moeders over kwaliteit van zorg 3. Maternale morb. <ol style="list-style-type: none"> a. heropnames in ZH b. EPDS score >12 (Edinburgh PP depression scale) c. Short Form-12 health survey (fysieke en mentale GH) gemscore 4. Neonatale morb. <ol style="list-style-type: none"> a. Bilirubinemie > 300µmol/L (grens fototherapie) b. Heropname van >24u c. Gemiste PKU-test d. Gemiste toediening vit K 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tijdens de 1^{ste} wk werd in de thuisgroep minder bijgevoed, na 4w minder BVproblemen in de thuisgroep – totale BVduur was niet sign. 2. Tijdens de 1^{ste} wk en na 4w kregen de thuismoeders meer hulp en waren daar meer tevreden over, meer thuismoeders waren tevreden met de BV na 1w, geen verschil na 4w, de tevredenheid met de zorg verschilde niet sign. 3. Lage maternale morb. In beide groepen 4. Hoge neonatale morb., maar geen sign. verschil tussen de groepen de 1^{ste} mnd, wel sign. Verschil 6m PP (reden: te kleine steekproef?) <p>=> geen sign. verschil tussen de groepen in de primaire outcomevariabelen (BV28d PP en totale BVduur) – Dus: early discharge met PP huisbezoeken dr vrvr is waardig alternatief vr ZH PPzorg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RR-CI- SD- power 80% berekend n=540 vereist (maar RCT werd afgesloten met lagere n door financ. redenen) • Uitval redenen aangegeven • exclusie ppn bij aangeven sterke voorkeur vr PPzorg • Gelijke groepen op enkele demografische gegevens na (niet relevant) • Intention-to-treat, maar compliance met LOS was moeilijk, sommige auteurs vinden daarom dat een klinische studie daarom onmogelijk uit te voeren is. inhoud PPzorg in ZH en thuis werd niet gedefinieerd
<p>(Britton, et al., 2002)</p>	<p>Design: cross-</p>	<p>Steekproef: 490 pediaters geïncludeerd (regelmatig pt</p>	<p>Factoren die belangrijk zijn in het beoordelen of iemand klaar is voor ontslag: Belangrijkste factoren voor beslissing tot ontslag = kind en moeder-gerelateerde factoren</p>			<p><i>Nood aan het definiëren van de zorg die geboden</i></p>

<p><u>Titel:</u> Postpartum Discharge Preferences of Pediatricians : Results From a National srvey</p> <p><u>Doel studie:</u> het in kaart brengen van de voorkeuren van de pediaters mbt het ontslag van de gezonde pasgeborene + nagaan of het voldoet aan de voorwaarden die vooropgesteld zijn door de AAP en ACOG + nagaan artsen en pt vinden dat ze zelf controle hebben over het ontslag</p>	<p>sectionele studie</p> <p><u>Methode:</u> Vragenlijst aan pediaters lid van de AAP (random steekproef)</p>	<p>contact en zagen regelmatig pasgeborene), <u>setting:</u> amerkaanse leden van de AAP (ziekenhuis)</p> <p><u>Data-collectie:</u> vragenlijst via de post <u>Jaar:</u> februari – juni 2000</p>	<p>Andere factoren die ook als belangrijk bestempeld werden: Druggebruik Medische complicatie Goede prenatale zorg Borstvoedingservaring Lage maternale leeftijd Ervaren van sociale steun</p> <p>Niet belangrijk - inkomen van de moeder - bijwonen van de prenatale lessen</p> <p>Invloed van de karakteristieken van de pediater: - vrouwelijk geslacht - jonge artsen zullen meer factoren als belangrijk beschouwen voor het beslissingsproces voor het bepalen van het klaar zijn voor ontslag. Oudere artsen vonden de aanwezigheid tijdens prenatale lessen wel belangrijk. Er was ook een verschil tussen artsen in solo-, duo- of groepspraktijk aangaande de borstvoedingskennis en – ervaring. Geslacht bleef na analyse de belangrijkste factor vb. vrouwen vonden sociale steun, borstvoedingskennis en – ervaring, vermoedheid, stress en gebrek aan financiële middelen</p> <p>Controle over het tijdstip van ontslag Pediaters zeggen beïnvloed te zijn door - de beslissing als de arts van het kind (80% vond dit belangrijkst) - voorkeuren van moeder of familie (8% vond dit belangrijkst) - beslissing van de gynaecoloog aangaande ontslag van de moeder (6%) - verzekering (6%) - beperkingen in plaats in het ZH (4%)</p> <p>Minimale en optimale LOS Minimale LOS - Twee derde van de PED : >24 - 19% van de PED >36 uur <-> ideale LOS - 37-48 uur (59%) - >48 uur (23%)</p> <p>Relatie tussen MIN LOS en OPT LOS tot de karakteristieken van de artsen Niet belangrijk... (wel grote verschillen)</p> <p>Routine follow up voor gezonde atermen, pasgeborene, zonder geelzucht en waarvan de voeding goed loopt, gepland door de PED</p>	<p><i>wordt in USA tijdens het PP, zowel in het ZH als in de thuissituatie</i></p> <p><i>Is dit wel de manier waarop dit moet onderzocht worden... wat is de waarde van de mening van de pediater aangaande klaar zijn voor ontslag? Moet er geen onderzoek komen naar waar de verschillen zitten tussen ouders en pediaters? Wat de noden zijn.</i> <i>Wat met outcome? Niet onderzocht wat het effect is van dit vroegtijdig ontslag (ook niet besproken in de inleiding)</i> <i>-> vraag naar wat de meerwaarde is, welke besluiten kunnen we heiruit afleidingen voor de praktijk?</i></p>
--	---	---	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> - thuisbezoek door vpk: (22% non BV-27 %) - telefonisch contact (31-32%) - consultatie (98-99%) <p>Timing van de PP-follow up: ontslag minder dan 48 uur Minder dan 7 dagen na ontslag BV: 46% Non BV: 28%</p> <p>Meer dan 13 dagen BV: 18% Non BV: 35%</p>			
<p>(Brumfield, et al., 1996)</p> <p>Titel: 24-Hour Mother-Infant Discharge With a Follow-up Home Health Visit: Results in a Selected Medicaid Population</p> <p>Doel studie: Veiligheid en kosteneffectiviteit bepalen van ontslag na 245 uur bij geselecteerd moeders en kinderen</p>	<p>Design: cohort studie</p> <p>Methode: Selectie van vrouwen en hun pasgeborenen worden 24 uur pp ontslagen uit het ziekenhuis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Steekproef: vrouwen die <ul style="list-style-type: none"> - geen medische problemen - geen middelengebruik in anamnese gedurende de zwangerschap - ongecompliceerde vaginale bevalling en postpartum (4^{de} graadsruptuur of epi werd geëxcludeerd) - minimaal 12 uur na sterilisatie - 24 bevallen voor 18 uur op de dag van ontslag - woonachtig in 1 van de 5 provincies van Alabama neonaten die <ul style="list-style-type: none"> - meer dan 37 weken - meer dan 2500g - geen abnormale klinische bevindingen - meer dan 24 uur oud - genetic screening tests for hemoglobinopathies, galactosemia, hypothyroidism, congenital adrenal 	<p>Na 48 uur kregen de vrouwen een thuisbezoek door een verpleegkundige. Er werd een anamnese afgenomen en een volledig klinisch onderzoek met vitale parameters vond plaats van elke moeder en elke pasgeborene. Bij problemen werd de verloskundige of de pediater gecontacteerd. Er werd advies gegeven over borstvoeding, zorg van de neonat, anticonceptie, postpartumzorg en beoordeelde de sociale steun. 2 weken pp kwam de moeder en haar neonat op consultatie in hun lokaal ziekenhuis.</p> <p>De veiligheid van het ontslagprogramma werd gemonitord door een multidisciplinair team die 3 maandelijks samenkwam om de complicaties te bespreken.</p>	<p>1VEILIGHEID Advies van de gynaecoloog of pediater nodig telefonisch Consultatie nodig van gynaecoloog of pediater Heropname in het ziekenhuis (neonaat of moeder)</p> <p>2. KOSTENEFFECTIVITEIT</p>	<p>972 vrouwen 856 neonaten</p> <p>Iedereen had Medicaid</p> <p>1VEILIGHEID Advies van de gynaecoloog of pediater (7%) nodig telefonisch (1,5%) Consultatie nodig van gynaecoloog (0,7%) of pediater (n=12) Heropname in het ziekenhuis (neonaat (0)of moeder (n=2))</p> <p>Redenen voor consultatie bij de pediater Icterus (n=24) Zorg voor de neonat (n=20) Souffle (n=9) Tachypnoe (n=2) Gebroken clavicula (n=1) Diarree (n=1) Hematurie (n=1) Klik in heup (n=1) Overgeven (n=1) Blootstelling varicella zoster (n=1)</p> <p>Redenen voor consultatie bij de gynaecoloog Hypertensie Koorts Infectie op de suture sterilisatie</p>	<p>Onderzoek volgde de ontslagcriteria van de AAP en ACOG: indien ontslag bij een vaginale bevalling voor 48 pp dient op dag 2 tot 3 een ondersteunende persoon aanwezig te zijn en de moeder moet bewust zijn van de potentiële complicaties.</p> <p>Bij huisbezoek is de kans op follow up zeer groot ! -> slechts 1 moeder niet gezien.</p> <p>Goede eigenschappen van het programma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verregaande screening - vpk die thuisbezoek deden hadden obstetrische en pediatische ervaring - vpk hadden een goed contact met de artsen, werkten samen in een multidisciplinair team van artsen vpk intramuraal en

		<p>hyperplasia, and phenylketonuria (PKU) werden uitgevoerd.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>setting</u>: Ziekenhuis en Alabama <p><u>Data-collectie</u>: 1 okt 1995 – 1 sept 1995</p>			<p>2. KOSTENEFFECTIVITEIT netto besparing van \$506.139</p>	<p>vpk extramuraal 83% van alle moeders werde geëxcludeerd en 85% van alle neonaten. !</p> <p>Conclusie: Ontslag binnen de 24 uur pp moet beperkt worden tot zorgvuldig gescreende low risk populaties.</p>
<p>(Campbell-Voytal, et al., 2011)</p> <p><u>Titel:</u> Postpartum doulas: Motivations and perceptions of practice</p> <p><u>Doel studie:</u> Perceptie van een Amerikaanse Cohorte van doula's die niet-medische ondersteuning bieden tijdens de geboorte, die als eerste getraind werden om als doula postpartumzorg te verrichten beschrijven.</p>	<p><u>Design:</u> kwalitatieve longitudinale studie</p> <p><u>Methode:</u> Observatie van participanten en semi gestructureerde interviews</p>	<p><u>Steekproef:</u></p> <p><u>Setting:</u></p> <p><u>Data-collectie:</u></p> <p>Observaties thuis zie Mc Comisch & Visger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interviews twee tot 4 weken na pp huisbezoeken werden de doula's geïnterviewd op een rustige lokatie 	<p><u>Standaardzorg:</u> In Amerika kunnen doula's op drie manieren werken: in dienst in een ziekenhuis, zelfstandig of als vrijwilliger of in dienst van de gemeenschap.</p> <p><u>Interventie:</u> zie Mc Comisch & Visger</p>	<p><u>Het perspectief van de doula aangaande postpartum doula-zorg</u> Doel: positieve postpartumervaring te hebben</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ondersteunen van de moeders Ondersteunende rol was heel belangrijk en bestond uit vier luiken: aanwezig zijn (er zijn), luisteren, beschermen en de vertaling tussen de verwachtingen van de ouders en uitdagingen van de integratie van de pasgeborene in het gezin. Tijdens de observaties kwam het ook naar voor dat de doula's actief luisterenden, dat ze de ouders het gesprek lieten leiden en dat ze vrouwen aanmoedigden om de tijd te nemen voor zichzelf. De doula's leerden de moeders zichzelf te beschermen voor de "goede raad" van familieleden. Vrouwen met andere kinderen gaven aan dat ze emotionele begeleiding kregen bij het vermijden van schuldgevoelens en uitputting bij het proberen van aan alle noden van de kinderen te voldoen. Doula's hielpen de moeders om een vertaling te maken tussen gevoelens, hopen, dromen en de realiteit 2. zich verplaatsen in de leefwereld van de moeders Dit gaat vooral over empathie naar de moeder. Doula's houden hun eigen mening voor zichzelf en vertrekken vanuit de mening van de moeder. Borstvoeding en terug gaan werken, waren twee thema's waarbij de doula de mening van de vrouwen trachtte te veranderen 3. empoweren van vrouwen Dit was volgens de doula's het belangrijkste. Dit hield in informatie geven, bevestigen van de waarden en de meningen van de moeder, zodat hun transitie naar het moederschap optimaal zou verlopen. Hierbij was het ondersteunen van de maternale self-efficacy heel belangrijk. Er was een educatieve component aan elk bezoek waardoor vrouwen nieuwe bronnen kregen, waardoor ze gefaciliteerd werden om geïnformeerde keuzes te maken. Vrouwen apprecieerden deze bevestiging het meest 4. empoweren van families 	<p>Specifieke cohorte, nood aan onderzoek in een multiculturele setting.</p>	

				<p>Empoweren van het gezin voor de integratie in het gezin. Hierbij stond de vader ook centraal. Wanneer de vader niet betrokken was bij het doula-bezoek, werd de vader actief betrokken met als doel de relatie met de kinderen te ondersteunen.</p> <p>De enige ouders waarbij het niet lukte om een goede relatie op te bouwen met het kind, gavan aan dat de doula niet goed uitlegd had wat haar taak in het postpartum was.</p> <p>Persoonlijke betekenins over het doula zijn Niet opgenomen in deze literatuurstudie</p> <p>Doula is geen erkend beroep, hierdoor krijgen ze weinig vertrouwen van andere zorgverleners</p>		
<p>(Christie & Bunting, 2011)</p> <p>Titel: The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: Cluster randomised trial.</p> <p><u>Doel studie:</u> effect PPhuisbezoek en</p>	<p><u>Design:</u> Cluster RCT</p> <p><u>Methode:</u> Gestructureerd interview voorafgaand aan het huisbezoek + vragenlijst per post nadien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Steekproef:</u> n=80 gezondheidsmedewerkers + n= 295 laag risico moeders • <u>setting:</u> 1 zorggebied in Noord-Ierland • <u>Data-collectie:</u> primiparae bevallen 2002-2004 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>standaardzorg:</u> 1-2 PP huisbezoeken (10-14d PP) • <u>interventie:</u> 6 huisbezoeken (10-14d-8w PP) 	<p>Effect van huisbezoeken van gezondheidsmedewerkers op outcomes 8w PP en 7mnd PP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maternaal welzijn <ul style="list-style-type: none"> ○ EPDS-scores: Edinburgh postnatal depression scale ○ Rolrestrictie: role restriction subscale of parenting stress index ○ Perceived stress index ○ Maternale fysieke GH • ouderschap <ul style="list-style-type: none"> ○ Omgaan met moeilijkheden in huilen, slapen, fysieke GH en BV • Coping en aanpassingshulpbronnen <ul style="list-style-type: none"> ○ Tevredenheid met huisbezoeken ○ Consultatie huisarts ○ Gebruik medische faciliteiten <p>Self-efficacy</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meerdere huisbezoeken leiden tot hogere EPDS-score 8w PP, maar niet na 7mnd + hogere maternale tevredenheid + minder gebruik van spoed medische zorgen de 1^{ste} 8wkn • Geen sign effect van meerdere huisbezoeken op ouderschap <p>→ <u>conclusie:</u> Het effect van huisbezoeken bij laagrisico moeders is variabel (goed gedefinieerde universele PPzorg is een noodzaak)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De ppn werden pas gerandomiseerd nadat ze toestemming gaven voor de studie • Geen blinding mogelijk voor studieallocatie bij moeders en Ghmedewerkers • Intention-to-treat om bias te reduceren • Poweranalyse van pilootstudie was niet mogelijk wegens te kleine steekproef • Enkel laagrisico primiparae (geen generalisatie mogelijk) <p>Datacollectie is enkel gebaseerd op rapportage (wel hoge responsrate)</p>
<p>(Christie, et al., 2008)</p> <p>Titel: An integrated</p>	<p><u>Design:</u> kwalitatief, beschrijvend</p>	<p><u>Steekproef:</u> n=17 PPfamilies met baby's tussen 6 en 16wkn, laag-risico</p>	<p>Hoe ontwikkelen ouders tijdens de 1^{ste} 8wkn PP ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Core theme: thriving en surviving • 3 main themes: baby nurture, life changes, coping and adapting resources <p>=> beïnvloed dr fysieke, psychosociale en omgevingsfactoren</p>	<p>veel uitval en kleine steekproef => beperkte transferability</p>	

<p>mid-range theory of postpartum family development : a guide for research and practice</p> <p><u>Doel studie:</u> om family-centred care te definiëren binnen universele PPzorg met huisbezoeken Om zo PPzorg thuis te gaan definiëren</p>	<p><u>Methode:</u> purposive sample – thematische analyse van resultaten (theorieontwikkeling)</p>	<p><u>Setting:</u> Noord-Ierland</p> <p><u>Data-collectie:</u> 2001-2002 2 focusgroepen + 6 diepte-interviews (niet probabilistisch purposive sample)</p>		<p>→ integrated mid-range theory of postpartum parent development</p> <p>Eerste 6 tot 8 weken werden doorgaans als het moeilijkst beschouwd door werkklas en onzekerheid.</p> <p>Basisnoden waren</p> <ul style="list-style-type: none"> - managen en coping (met alles omgaan) - aanpassen en veranderen (uiteindelijk passen de ouders zich aan de nieuwe situatie aan) <ol style="list-style-type: none"> 1. Verzorging van de baby <ol style="list-style-type: none"> A. engagement Ze werden geconfronteerd met een groot verantwoordelijkheidsgevoel. De zorg gaat steeds verder en er is nooit een pauze, het stopt nooit meer. Met dit gevoel werd omgegaan door het postieve dat een kind brengt te benadrukken vb. de liefde die ze ervaren. Dit is een manier om het gevoel engagement te faciliteren. B. zorg Ouders van eerste kinderen zijn bezorgd over of ze de zorg voor een baby wel aankunnen en hoe ze alles moeten doen. Ouders van meerdere kinderen zijn bezorgd over hoe ze hun aandacht over de kinderen gaan verdelen. Moeders van eerste kinderen zijn bezorgd over het gedrag vna de baby en de veranderingen in de fysieke gezondheid, terwijl moeders die voor de tweede keer moeder werden, waren meer ongerust over de spanningen in het gezin en de organisatie van het gezin en de kinderen en de invulling van de tijd. C. uitdagingen De uitdagingen kunnen resulteren in stress of moeilijkheden voor de ouders Deze uitdagingen zijn: Slapen, Wenen, Voeding, Gezondheid 2. Levensveranderingen <ol style="list-style-type: none"> A. Fysieke gezondheid Vb. vermoeidheid na de bevalling of herstel van bevalling of sectio B. mentale gezondheid/ emoties Er komen tijdens het postpartum een hele reeks van gevoelens voor, maar geen enkele ouder had een depressief of down gevoel ervaren. Ouders van eerste kinderen waren meer angstig dan ouders die al ervarin ghadden. Er komt een verandering in het dagelijks leven: veranderingen in huishoudelijke taken, zelfzorg en werk. Voor sommige vrouwen had dit een grote invloed, voor anderen niet. Alleen meoders rapporteerden een grote druk te voelen om alle huishoudelijke taken af te kunnen werken. Ze ondervonden moeilijkheden in zelfzorg. 	
---	--	---	--	--	--

				<p>(let op dit onderzoek is gevoerd om een moment dat alle vaders aan het werk waren en de moeders nog thuis waren)</p> <p>C. Relatie met de partner Er is minder tijd voor mekaar</p> <p>D. Omstandigheden Er is een hogere nood aan financiële middelen en logistieke ondersteuning</p> <p>3. Copings- en aanpassingsmogelijkheden A. Eigen copings- en aanpassingbronnen Hieronder worden voorgaande ervaringen aangegeven, het continu leerproces, cognities en de organisatie. Een voorbeeld van cognities: “als niet alles gedaan is, morgen komt nog een dag”. “je kan niet alles doen”.</p> <p>B. informele bronnen voor coping Vrouwen waren het meest ongelukkig met de steun van hun partner, deze misnoegdheid was groter bij vrouwen die voor de tweede keer moeder werden dan bij vrouwen die voor de eerste keer moeder werden. Vrouwen deden meer beroep op familie en vrienden tijdens de postnatale periode. Vrouwen vonden dat de baby zelf zorgt voor heel veel bronnen om met de postnatale periode om te gaan. Zo zorgt een lach van een kind ervoor dat je inspanningen de moeite waard vind.</p> <p>C. professionele bronnen voor coping Werd omschreven als zorg door de huisarts, de community midwife en de health visitor. De matige zorg werd omschreven als een noodzakelijk continuum aan steun. Maar in deze setting kwam de community midwife gedurende de eerste week postpartum dagelijks langs. Hier waren de vrouwen tevreden over. Wanneer ze niet tevreden waren had dit te maken met tegenstrijdig advies en een slechte manier van communicatie.</p>		
<p>(Dodge, et al., 2013)</p> <p>Titel: Toward population impact from home visiting</p>	<p>Design: RCT(ter implementatie v/h programma op populatienive au na pilootstudie van DC</p>	<p>Steekproef: n=4777 alle geboortes (ZHgegevens) en subsample n=549 (6mnd na geboorte ook interviews) Setting: North Carolina (Durham connects program = DC) Data-collectie: alle geboortes in Durham tussen</p>	<p>Standaardzorg: Interventie: DCprogramma = huisbezoeken dr vpk gebaseerd op individuele risico-assessment met als doel beperkte interventie te bieden en families te verwijzen nr lokale GHzorgvoorzieningen (vpk maakt +/- 2 huisbezoeken/dag, met een max</p>	<p>Impact van DC op vlak van familie functioneren en gezondheid van de baby's op 6mnd</p> <ul style="list-style-type: none"> • gebruik medische spoeddiensten • connecties in de gemeenschap • parenting en kindverzorging 	<p>Multiple pos. impacts (p<.05): DC-families hebben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14%meer resources in de gemeenschap • meer pos. ouderlijke gedragingen + kwaliteit ouderlijk gedrag ligt hoger (geen verschil ovv neg. gedragingen, kennis van 	<ul style="list-style-type: none"> • 1ste preventieve universele programma met huisbezoeken op populatieniveau (hoog- en laarrisico) • = empirisch gevalideerd kosteneffectief model met huisbezoeken

<p><u>Doel studie:</u> implementatie van PPprogramma met huisbezoeken op populatieniveau op het vlak van familie functioneren + GH van baby's de 1^{ste} 6mnd (korte termijn impact)</p>	<p>gedurende 3j) + cohort van subsample</p> <p><u>Methode:</u> ZH geboortegegevens voor datacollectie + longitudinale studie wanneer de baby's 6mnd zijn van subsample (interviews en ZHgegevens van spoedopname s/ consulten)</p>	<p>juli '09- december '10</p>	<p>van 6-8/week</p> <p>DC programma= risk assessment model: assessment van gezonde kind-ontwikkeling en mishandeling mbv family support matrix (12 factoren in 4 domeinen, 4pt schaal)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gezondheidszorg 2. ouderschap/ kindzorg 3. veiligheid in huis en geweld 4. mentale gezondheid/ welbevinden ouders <p>→ gezondheid en psycho-sociale risicofactoren familiaal functioneren</p> <p>Interviews-observatie-vragenlijsten + klinische ervaring vpk leiden tot risico-assessment (low-moderate-high-imminent Risk)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • maternaal welzijn • kwaliteit en veiligheid thuisomgeving • gezondheid kind • kostenanalyse <p>(Interventies concentreren zich vnl. op 4 vlakken:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maternale GH 2. Ondersteuning huishouden 3. GH pasgeborene 4. Maternaal welzijn) 	<p>kindontwikkeling of bewustzijn van eigen competentie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • minder maternale angsten (geen verschil ovv depressie) • kwaliteit thuisomgeving en veiligheid is hoger • 18% minder bezoeken aan de spoeddienst vr baby + 80% minder ZHverblijfnachten (gecombineerd 59%) • kost 700\$ / familie => implementatie van het programma in een gemeenschap met 3187 geboortes per jaar geeft een totale besparing van \$6737318/jaar(investering \$2230900) <p>→ conclusie: de implementatie van het DCprogramma doet het aantal contacten tussen families en gemeenschapsGHvoorzieningen stijgen, heeft een pos. impact op parenting en vermindert het gebruik van medische spoedzorgen met 59% (korte termijnimpact)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pilootstudie 3j alvorens RCT op te zetten • correcte uitvoering methodologie • 80% participatie programma en 84% doorloopt volledige programma • grootschalige RCT intention-to-treat
<p>(Dodge, et al., 2013)</p> <p>Titel: Randomized Controlled Trial of Universal Postnatal Nurse Home Visiting: impact of emergency care</p>	<p><u>Design:</u> RCT</p> <p><u>Methode:</u> analyse van ZHgegevens</p>	<p><u>Steekproef:</u> n= 4777 moeder-kind dyades + subset n=549 families</p> <p><u>Setting:</u> North Carolina (Durham connects program = DC) met 80% participatie en 84%</p> <p><u>Data-collectie:</u> alle geboortes in Durham tussen juli '09- december '10</p> <ul style="list-style-type: none"> • geboortegegevens 	<p><u>Standaardzorg:</u> geen huisbezoeken na LOS 48u (vag.partus) en 96u (sectio)</p> <p><u>Interventie</u> 1^{ste} huisbezoek in ZH na de geboorte voor ontslag, 1-3 huisbezoeken tss 3-8wkn, 1-2 contacten met zorgverleners, tel contact of huisbezoek na 1mnd om de contacten tss de families en zorgverleners te versterken (totaal 4-7 gestandaardiseerde huisbezoeken of tel. contacten)</p>	<p>gebruik van medische spoeddiensten tijdens het 1^{ste} levensjaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 50% minder gebruik van medische spoeddiensten 1^{ste} levensjaar • 31% minder tss 6m-1j • De impact geldt voor alle groepen ppn ongeacht individuele karakteristieken (dus ook bij aanwezigheid van medische risico's bij geboorte, ethnische minderheden, verzekerd/onverzekerd, alleenstaande en 2-ouder gezinnen, en families met 	

<p><u>Doel studie:</u> effect van PPprogramm a met huisbezoeken op populatienive au op het gebruik medische spoedzorgen voor neonaten het eerste levensjaar (itt vorige studie werd hier de lange termijn impact geëvalueerd na het beëindigen vd huisbezoeken + evaluatie vh effect op zowel lage inkomens als hoge inkomens)</p> <p>(vervolg RCT)</p>		<ul style="list-style-type: none"> interview 6mnd gegevens spoeddiensten en ZHopnames 	<p>DC= korte termijn, universeel en betaalbaar (700\$) PPprogramma met huisbezoeken dr vpk gebaseerd op individuele risico-assessment met als doel beperkte interventie te bieden en families te verwijzen nr lokale GHzorgvoorzieningen</p>		<p>jongens of meisjes)</p> <p>→ <u>Conclusie:</u> huisbezoeken reduceren het algemeen gebruik van medische spoedzorgen (ambulant en intramuraal) met de helft (p<.001) tijdens het eerste levensjaar. Het effect overstijgt maw de duur van het programma</p>	
<p>(Dodge, et al., 2014) Titel: Implementat ion and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting</p>	<p><u>Design:</u> <u>Methode:</u> Beschrijving zelfde studie als (Dodge, et al., 2013)</p>	<p><u>Steekproef:</u> <u>Setting:</u> <u>Data-collectie:</u></p>	<p><u>Standaardzorg:</u> <u>Interventie:</u></p>		<p><u>Conclusie:</u> een kortdurend universeel programma met huisbezoeken dat geïmplementeerd wordt met hoge penetratie en hoge participatie kan de kosten van het gebruik van medische spoedzorgen doen dalen en de familiale outcomes verbeteren</p>	

<p>(Ellberg, et al., 2008) Titel: Maternity care options influence readmission of newborns</p> <p>Doel studie: Invloed van organisatie van zorg en LOS op neonatale mortaliteit en morbiditeit.</p>	<p>Design hospital based Cross sectioneel onderzoek</p> <p>Methode</p>	<p>Steekproef 360.705 kinderen werden geboren, daarvan werden er 197.898 geïncludeerd</p> <p>setting 48 Zweedse ziekenhuizen.</p> <p>datacollectie tussen 1999 en 2002 Verzamelen van gegevens van - Swedish Medical Birth Register, - Hospital Discharge Register - saraparlak@yahoo.co.uk Cause-of-Death Register</p>	<p>Alle ziekenhuizen werden gecontacteerd om een beschrijving te krijgen van de organisatie van de postnatale zorg. 1 ziekenhuis kon hier geen antwoord op geven.</p> <p>Er werden 3 mogelijke zorgprocessen vastgesteld.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. routine neonataal onderzoek tussen 6 – 48 uur of tussen 49 – 72 uur. 2. een 24 uur zorg of thuiszorg programma 3. vier materniteitsopties 4. een materniteit met optionele LOS 5. een materniteit met beperkt verblijf tot 24 of 48 uur (beide zonder enige follow-up behalve voor neonatale screening als ze nergens anders wordt aangeboden) 6. familiekamer (FS) waar moeders en kinderen werden naar getransfereerd met minder personeel 7. een early discharge (ED)programma met 6 tot 72 uur postpartumzorg die omvat: - huisbezoek of dagelijkse telefonische consultaties, finale check up en counselling en neonataal onderzoek. <p>Elke ziekenhuis biedt een neonataal screenings programma, los van het zorgprogramma of de optie van zorg.</p> <p>Alle families gaan vervolgens wel naar de Well baby clinic.</p>	<p>Neonatale morbiditeit en heropname cijfers als proxy voor neonatale morbiditeit</p>	<p>In enkele ziekenhuizen konden de moeders kiezen tussen ziekenhuiszorg en thuiszorg. De leeftijd van neonaten volgens het beleid van de ziekenhuizen varieerde van 6 tot 72 uur. in 23 ziekenhuizen werden de neonaten twee maal onderzocht. in 25 zh slechts 1 keer onderzocht. Er zijn 3 soorten neonaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zonder diagnose, - gezonde diagnose - pathologie. <p>Ziekenhuizen met een vroeg onderzoek hadden vaker geen diagnose.</p> <p>HEROPNAME VAN NEONATEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2,1% werd heropgenomen gedurende de eerste 28 dagen na de geboorte. Er was geen verschil in leeftijd moeder, LOS (!), geboortegewicht en lengte, apgarscore en zwangerschapsduur. Jongens werden vaker heropgenomen dan meisjes. (p<0,0001) - de verzorgingsoptie beïnvloedde de heropnamecijfers. Beperkte LOS had hogere opnamecijfers dan optionele LOS. (OR 1,2 (95%CI 1,07-1,35) thuisverzorgingscategorie (beperkte LOS en vroeg ontslag hadden hogere heropnamecijfers dan optionele LOS en familiekamers(OR - het moment van het neonataal onderzoek beïnvloedt significant de heropnamecijfers. Een 	<p>Sterk onderzoek, zeer grote steekproef, maar analyse van beleid en niet van de exacte LOS. Bias beperkt door korte duur onderzoek waardoor verandering in beleid wordt geminimaliseerd. Enkel heropnames vanaf dag 4 in kaart gebracht. Eerdere opnames niet meegerekend in het onderzoek om te corrigeren voor LOS. Zorgt ervoor dat alle pathologieën voor dag vier niet worden meegenomen in het onderzoek... sterke beperking van het onderzoek.</p> <p>Onderzoek op basis van het beleid en niet op basis van de effectieve LOS.</p> <p>OPM: zeer interessante literatuurlijst in dit artikel.</p>
--	---	--	--	--	---	--

					<p>vroeg neonataal onderzoek samen met thuiszorg had de hoogste heronamecijfers in de studie (OR 1,3 (95% CI 1,16-1,48))</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wanneer deze bevindingen werden gecorrigeerd voor pariteit bleven dezelfde OR - geen verschil in heropnames bij <ul style="list-style-type: none"> • verhouding vrouwen ontslagen binnen de 48 uur • LOS moeder • aantal bevallingen per jaar • ZH in een stad met meer dan 100.000 inwoners. <p>CAVE !! heropname werd gedefinieerd als een opname vanaf dag 4 ! (en dit om te corrigeren voor LOS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - redenen voor heropname waren <ul style="list-style-type: none"> • infecties 43% • voedingsproblemen 9% • icterus 8% • hartziekte 2% • andere 27% <p>Geen enkele kernicterus Vroege waren meestal door icterus en late meestal door infectie. (zie figuur onderaan)</p> <p>Neonataal overlijden 26 overlijden = 13 op 100.000 binnen de 28 dagen. Gemiddeld 13 dagen oud. 11 door hartaandoening 5 door infecties 6 door andere oorzaken. 7 van de 26 waren opgenomen voor het overlijden. 19 werden als gezond gediagnosticeerd en 7 hadden geen diagnose.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					Tijdstip Onderzoek neonataal tussen 49 en 72 uur PP en een actief follow up programma doet de kan op heropname dalen.	
(Escobar, et al., 2001) Titel: A Randomised comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge <u>Doel studie:</u> vgl. welke PPzorg beter is: huisbezoeken dr vpk of groepsbezoek en in het ZH bij LOS<48u => voorafgegaan door studie Lieu	<u>Design:</u> RCT <u>Methode:</u> tel. interviews (15') 2w PP	<u>Steekproef:</u> moeder-kind n=506 follow-up in ZH, n=508 follow-up thuis (laagrisico- aterm- vaginale partus- LOS ≤48u- inclusie bij verwachte LOS <48u gebaseerd op richtlijnen AAP en ACOG) Geen demogr verschillen tss de groepen, geen verschil in LOS, eerdere BVervaring, prenatale zorg, Apgar-scores – indeling in groepen at random <u>Setting:</u> middle-class, California (1ZH, Kaiser foundation in Santa Clara heeft newborn club als standaardzorg sinds 1996: <72u na ontslag groepsessies, individuele sessies in het ZH, BVconsultatie, consultatie neonatoloog indien nodig en is 7/7toegankelijk, focus op primiparae) <u>Data-collectie:</u> 17mnd 1998-1999), recrutering tijdens ZHverblijf dr onderzoeksvpk	<u>Standaardzorg:</u> ZH follow-up PP in groep (gem. 5-6 moeder-kind paren per groep (max. 8), 1,5 tot 2u per sessie, geen fysieke controle van moeder, wel van kind, focus ligt vnl. op neonaat en bv), bij bvproblemen volgt een 10-15' individueel consult en multiparae kunnen opteren vr een 15' durend individueel consult ipv in groep (n=264 had 1 individueel bezoek, n=157 had 1 groepsbezoek, n=64 had beide, n=4 had een ZH –en huisbezoek, n=13 had geen follow-up en 4 uitval) <u>Interventie:</u> huisbezoeken dr geregistreerde verpleegkundige <48u na ontslag, duur 1-1,5u (kregen in de maand voorafgaand 20u opleiding in didactische instructie en 2w supervisie) – protocol was gebaseerd op 'bright futures', een nat. richtlijn (1994) vr preventieve moeder- en kindzorg: -assessment van huisomgeving en moeder-kind interactie -voorgeschiedenis en fysiek ondz moeder/ kind -wegen kind -voeding beoordelen ahv LATCHscore -info over verzorging moeder en kind (mentaal en fysiek), voeding -bloedafname bilirubine indien nodig	Gecombineerde klinische uitcomemaaat: 2w PP 1. rehospitalisatie, spoeddienst of spoedconsulten <10d PP 2. BV stoppen <2w 3. Maternale depressieve symptomen 4. Maternale tevredenheid kosten	1. geen sign. verschil in heropnames (moeder en kind) of spoedzorg 2. geen sign. verschil in stoppen met BV 3. geen sign. in depressieve symptomen moeder => geen sign. gecombineerde verschillen 4. Maternale tevredenheid van de zorg is groter in de thuisgroep (p<.01)(advies, vaardigheden en kwaliteiten vpk) Grotere algemene maternale tevredenheid met PPzorg in de thuisgroep 5. Kosten thuis zijn beduidend hoger => Al zijn de kosten vr PPzorg thuis hoger, de maternale tevredenheid is ook groter. De klinische outcomes (heropnames, duur bv, maternale depressieve symp.) blijven gelijk in vgl. met groepsbezoeken in het ZH Dus: PP follow-up in groep is een goed alternatief vr huisbezoeken => voordeel van groepsessies: meer tijd om de info te laten bezinken en maken discussie mogelijk, goedkoper	<ul style="list-style-type: none"> • Intention-to-treat • Beperkte power om verschillen tussen de groepen vast te stellen bij rehospitalisatie, wel voldoende power (85% om een verschil van 10% vast te stellen) om gecombineerde verschillen vast te stellen • Geen generalisatie mogelijk nr hoog-risico groepen • Bij tel. interviews steeds gevaar voor sociaal wenselijke antwoorden <p>Niet alle vragen mbt tevredenheid werden beantwoord (problemen met begrijpen van de vragen?)</p>

<p>(Fenwick, et al., 2010)</p> <p>Titel: Western Australian Women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital or at home</p> <p>Doel studie: kwaliteit verbeteren van PPzorg voorzien dr vroedvrouwe n dr PP gezondheidsn oden en perceptie van vroedkundige zorg te beschrijven (verschil PPzorg thuis en ZH)</p>	<p>Design: cross-sectionele self-report studie</p> <p>Methode: Vragenlijst (post) 8w PP</p>	<p>Steekproef: n=2699 (vragenlijst werd gestuurd nr alle kraamvrouwen in de periode van data-collectie, exclusie: <16j, neonatale mortaliteit of opname N*)</p> <p>Setting: West-Australië (landelijk en stedelijk)</p> <p>Data-collectie: febr- juni 2006</p>	<p>De vroedkundige zorgen thuis en in het ziekenhuis staan niet beschreven</p>	<p>gepercipieerde maternale tevredenheid met praktische, emotionele en informatiele steun van vroedvrouwenzorg (stijl en kwaliteit) in de PPperiode (8w)</p>	<p>Algemene tevredenheid</p> <ul style="list-style-type: none"> • grote tevredenheid met PPzorg in het algemeen (78%) dr Vrvr in het ZH • geen verschil tss verstedelijke/ landelijke gebieden, soort ZH en pariteit <p>Stijl/kwaliteit vroedk. zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • grote tevredenheid mbt advies en hulp bij babyverzorging en fysiek herstel van moeder • minder tevredenheid mbt inconsistent zijn van advies, beschikbaarheid vd vrvr, emotionele zorgen en info over maternale GH, immunisatie en contraceptie (redenen: niet luisteren, moeilijk te contacteren, te weinig tijd, gehaast => gevolg van de werkdruk) • primi- zijn minder tevreden dan multiparae • Vrvrzorg thuis werd zr positief en sign. beter beoordeeld (p<0.001 stijl)(p≤0.008 kwaliteit) <p>6. => Vroedvrouwen zorg thuis wordt als beter ervaren dan vroedvrouwenzorg in het ZH + De hoge werkdruk zorgt ervoor dat de kwaliteit en stijl van de zorgen niet altijd optimaal is.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • grote steekproef (10% van kraamvrouwen / j) • goede beschrijving van steekproef karakteristieken en uitval • vroedkundige zorgen staan niet beschreven. Dit is een groot probleem vr het correct interpreteren van de resultaten
<p>(Flaherman, et al., 2012)</p> <p>Titel: Maternal experience of interactions with providers among</p>	<p>Design: kwalitatief</p> <p>Methode: 10 focusgroepen (audio-opnames)</p>	<p>Steekproef: n=56 (moeders met bezorgdheid over hoeveelheid moedermelk de 1^{ste} 4wkn na geboorte) Gezonde atermen baby 2-4mnd</p> <p>Setting: USA (1^{ste} lijn kliniek)</p>	<p>Maternale ervaringen en interacties met zorgverleners aangaande de bezorgdheid niet voldoende melk te hebben</p>	<p>Interacties die gepaard gaan met bezorgdheid over voldoende moedermelk lokken sterke emoties uit zoals dankbaarheid, schuldgevoelens, ontgoocheling, en angst. De trigger van deze emoties is vaak het gewicht van de baby.</p> <p>Druk en het geven van</p>	<p>Interacties die gepaard gaan met bezorgdheid over voldoende moedermelk lokken sterke emoties uit zoals dankbaarheid, schuldgevoelens, ontgoocheling, en angst. De trigger van deze emoties is vaak het gewicht van de baby.</p> <p>Druk en het geven van</p>	<ul style="list-style-type: none"> • recrutering met mailings/flyers => selectieve groep moeders? • rekening gehouden met demografische gegevens – gem. leeftijd moeders 34j => generalisatie naar jongere moeders niet

<p>mothers with milk supply concern</p>		<p><u>Data-collectie:</u> febr-juli 2009 (mailings en flyers)</p>			<p>schuldgevoelens bij het benadrukken van exclusieve bv door zorgverleners kan ertoe leiden dat moeders stoppen met bv => routine advies aangaande bv kan zo een averechts effect hebben</p> <p>Conclusie: de counseling techniek heeft invloed op het stoppen/verdergaan met bv</p>	<p>mogelijk</p>
<p>(Forster, et al., 2008)</p> <p>Titel: The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in victoria, Australia</p> <p><u>Doel studie:</u></p> <p>Ervaringen en verwachtingen van PPzorg thuis en in het ZH</p> <p><u>Focus op:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •LOS •professionele en sociale ondersteuning 	<p><u>Design:</u> kwalitatief</p> <p><u>Methode:</u> 8 focusgroepen en 4 interviews (audiotaped)</p>	<p><u>Steekproef:</u> n=52, 8 zwangeren en 42 kraamvrouwen <12mnd PP, 2 partners</p> <p><u>Setting:</u> Victoria, Australia</p> <p><u>Data-collectie:</u> 2006</p>		<p>Globale thema's:</p> <ul style="list-style-type: none"> • angst/vrees rond de gezondheid en welzijn vd baby (bezorgdheid om de veiligheid) • transitie nr moeder/vaderschap • ouderschap <p>1^{ste} keer moeders hebben andere noden dan reeds ervaren moeders Moeders zijn bezorgd om de veiligheid van hun kind, voelen een sterke verantwoordelijkheid, missen zelfvertrouwen als nieuwe moeder in hun mogelijkheden om in te staan voor de zorg van hun baby. Moeders voelen aldus een sterke nood aan continue professionele ondersteuning (continuïteit van zorg)</p> <p>ppn vinden ppzorg thuis belangrijk, maar het mag de zorg in het ZH niet vervangen, zelfs als de thuiszorg gebeurt dr een gekende vrvr. 24u/d medische zorgen en ondersteuning worden als belangrijk gezien dr moeders. De continu fysieke aanwezigheid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • dat de ZHzorg als belangrijker wordt gezien dan thuiszorg kan te maken hebben aan het feit dat in Australië het 1^{ste} huisbezoek vaak pas plaatsvindt een week na ontslag uit het ZH • sterk uitgediepte thema's • brede focus <p>er werd rekening gehouden met de verschillen in publieke/ private zorg</p>	

<p>ng •continuïteit van zorg rust</p>				<p>en beschikbaarheid van professionele ondersteuning vd vrvr helpt om te gaan met angsten en bezorgdheid voor de baby, vooral bij moeders die vr het eerst moeder werden, en angsten omtrent veiligheid om het ziekenhuis niet te vroeg te verlaten omdat moeders nog moeten leren hoe ze vr hun baby moeten zorgen en leren om moeder te zijn.(angst voor ontslag) Leren bv geven (vaak gezien als bv die op gang komt) is een vaardigheid die volgens de participanten moet aangeleerd zijn alvorens het zh te kunnen verlaten (LOS criterium)</p> <p>Frustraties met ZHzorg: wisselen van diensten (geen continuïteit van zorg), te weinig beschikbaarheid personeel, consistentie in zorg (verschillende meningen), communicatie van personeel. Toch ook sterke pos. gevoelens nr vrvr toe, en sterk belang aan ZHverblijf => ZHverblijf wordt aldus gezien als de enige veilige optie vr moeder en kind Verblijf wordt ook als chaotisch en luidruchtig ervaren en eenzaam. Partners voelen zich ook niet altijd gewenst op de materniteit, terwijl moeders hun aanwezigheid erg waarderen.</p> <p>Conclusie: dit vraagt om geïndividualiseerde zorg die rekening houdt met angsten omtrent ouderschap en de transitie nr moeder/vaderschap en om een flexibel omgaan met LOS</p>		
---	--	--	--	--	--	--

<p>(Gagnon, et al., 2002)</p> <p>Titel: Randomized Trial of Postpartum Care After Hospital Discharge</p> <p>Doel studie: nadelen van vroegtijdig ontslag bekijken op vlak van dehydratie en malnutritie van BVbaby's (vgl. PPcontroles in ZH en thuis)</p>	<p>Design: RCT</p> <p>Methode: alle data verzameld dr (geblindeerde) onderzoeksassistente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dagboek dr moeder bijgehouden (registratie van aantal voedingen op dag 12 en 13) en gewichtscntrole thuis (digitale weegschaal) 2w PP 2. state trait anxiety inventory (meten maternale angst) + client satisfaction questionnaire 2w PP 3. gebruik van GHzorg services < 60d PP (dagboek + medische registratie) 	<p>Steekproef: n= 586 moeder-kind paren (eenling zwangerschap, vaginale ongecompliceerde partus, gezonde atermen neonaten, min. 1x BV gekregen voor ontslag)</p> <p>Recrutering voor ontslag PP in het ZH</p> <p>Setting: univ. ziekenhuis (3700geboortes/j) en community centers in Canada (Quebec)</p> <p>Data-collectie: jan '97-sept 98</p>	<p>Standaardzorg: telefonisch consult 48u PP dr ZHvpk + dag3/4 PPcontrole in ZH dr vpk (duur 45' -standaard PPzorg gebaseerd op literatuur), bijkomende zorg werd voorzien indien nodig</p> <p>Interventie: : telefonisch consult 48u PP dr community vpk + dag3/4 huisbezoek vpk (duur 1u – standaard PPzorg gebaseerd op literatuur), bijkomende zorg (met huisbezoeken) werd voorzien indien nodig</p> <p>(gecertificeerde vpk met 3j klinische ervaring in moeder/kindzorg, bijkomende trainingssessies werden voorzien indien nodig)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keuze dag 3: gekenmerkt door typische bvproblemen, geelzucht 	<p>Primaire outcomes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BVfrequentie 2. gewichtstijging na 2w <p>Secundaire outcomes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. maternale angst 4. tevredenheid met zorg (thuis vs. ZH) 5. gebruik van GHservices 	<ol style="list-style-type: none"> 1. geen sign. verschil in BVfrequentie 2. geen sign. verschil in gewichtstijging 3. geen sign. verschil in maternale angst 4. geen sign. verschil in tevredenheid met zorg 5. geen sign. verschil in gebruik GHservices <p>+ incidentie van insufficiënte BV en gewichtstijging was laag en gelijkaardig in beide groepen</p> <p>=> vroegtijdig PPontslag <36u en PPcontrole thuis dr vpk of controle in het ZH hebben beide een positieve invloed op de BVoutcomes en verminderen het risico op dehydratie en malnutritie bij neonaten die exclusieve BV krijgen</p> <p>Waar de zorg plaatsvindt, maakt dus niet uit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intention-to-treat • gevalideerde vragenlijsten (in Frans) • steekproefgrootte gebaseerd op literatuur, rekening houdend met uitval (minimum 151 per groep), werd ruim gehaald • CI gegeven • maskeren van groepen was niet mogelijk • exacte inhoud van de PPzorg blijft een ? (wat vpk precies zegt/doet) <p>geen generalisatie mogelijk naar hoogrisico populatie of andere settings</p>
<p>(Gazmararian , et al., 1997)</p> <p>Titel: Maternity</p>	<p>Design Cross-sectioneel</p> <p>Methode:</p>	<p>Steekproef: 5.201 vrouwen met een normale vaginale bevalling (71,3% responserate)</p>	<p><i>Managed care = technieken om zorg te organiseren dat ze de kosten reduceren en gezondheidsvoordelen</i></p>	<p>LOS, maternale karakteristieken, zwangerschapsfactoren, LOS voorkeuren en ervaringen na het ontslag</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. LOS <p>Iets meer dan 60% verbleef minder dan 24 uur na een normale bevalling. Bij 94,6% werd de neonaten samen met de</p>	<p>Onvoldoende power voor de 50% verschil in heropname met een power van .80 kon niet worden bereikt, hiervoor</p>

<p>Experiences In AManaged Care Organization</p> <p>Doel studie: de relatie tussen LOS, maternale karakteristieken, zwangerschapsfactoren, LOS voorkeuren en ervaringen na het ontslag in kaart brengen.</p>	<p>telefonische vragenlijsten</p>	<p><u>Setting:</u> grote managed care organisatie met 4,5 leden in US</p> <p><u>Datacollectie:</u> bevalling tussen tussen 1 februari en 31 mei 1995</p>	<p><i>opleveren en de kwaliteit van zorg verhogen. (WIKIPEDIA)</i></p>		<p>moeder ontslagen. LOS: >48 uur= 4,58% tss 25 en 48 uur = 35,24% <24 uur = 60,18%</p> <p>2. maternale karakteristieken merendeel was minstens 25 jaar oud, wit, gehuwd en multipara, van hogere sociale status LOS was met alle maternale karakteristieken geassocieerd (p telkens kleiner dan 0,05), behalve met tewerkstellingsstatus.</p> <p>3. zwangerschapsfactoren LOS was significant geassocieerd met diabetes of hypertensie (p<0,05), opgenomen tijdens de zwangerschap (p<0,05) Aantal uren in arbeid: meer dan 12 uur in arbeid had significant meer kans om langer opgenomen te zijn Zwangerschapsduur en geboortegewicht waren ook significant gerelateerd aan LOS (p<0,05)</p> <p>60,7% geef aan dat ze onvoldoende informatie kregen over: lichamelijke en emotionele veraderingen, borstvoeding/flesvoeding, badjes geven, verzorging neonat, screeningtesten, immunisatieschema, verzorging van de NSS, slaapcyclus, tekenen van ziekte en follow-up afspraak.</p> <p>4. voorkeuren van de moeder ideale verblijfsduur (kunnen niet precies worden bepaald ovw exclusie bij</p>	<p>was een sample van 3000 nodig geweest in alle groepen.</p> <p>Blijft ook zelfrapportage door vrouwen en niet gebaseerd op medische vaststellingen. cave recallbias.</p> <p>Onderzoek moet zich minder toespitsen op het aantal uren en meer toespitsen op de kwaliteit van zorg verkregen tijdens de opname. En of vrouwen voorbereid zijn om naar huis te gaan.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cijfers over PKU zijn gevaarlijk, kinderen die op minder dan 24 uur naar huis gingen werden soms ook gescreend in het ziekenhuis. Deze test is onvoldoende sensitief op deze leeftijd. Hierdoor is een hercontrole aangewezen na 2 weken. Dit onderzoek bracht niet in kaart of deze hercontrole in deze gevallen gebeurde.
--	-----------------------------------	--	--	--	---	---

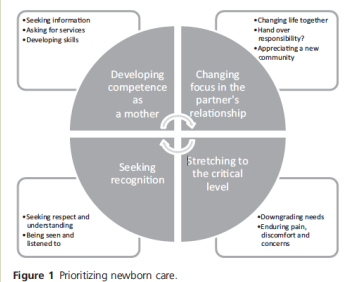
					<p>missing data) <24 uur = ±25% tussen 25 en 48 uur = ±50% >48 uur =± 25%</p> <p>% dat effectief de voor hen ideale tijdsduur verbleef in het ziekenhuis: 37,6% van de vrouwen die < 24 uur antwoordden 56,8% van de vrouwen die tussen de 25-48 uur antwoordden 63% van de vrouwen die minstens 48 uur antwoordden.</p> <p>58% van de vrouwen die binnen de 24 uur naar huis wilde gaan, gaf aan dat ze extra hulp nodig hadden thuis. Zoals gezondheidszorg thuis, een 24 uur op 24 hotline. De meest vernoemde diensten waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hotline (48,8%) 24/24u - follow up telefoongesprek met een gezondheidsmedewerker 40,9% - bezoek thuis door een gezondheidswerker 39,5% - huishoudelijke hulp 38,5% <p>Slechts 6,7% wou niet binnen de 24 uur naar huis, met of zonder hulp.</p> <p>Overall, 56,4% van de vrouwen vonden dat hun verblijf korter was dan wat zij nodig hadden.</p> <p>Redenen hiervoor waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - meer nood aan rust hebben (93,8%) - zich niet goed voelen (63,4%) - meer informatie nodig hebben over de zorg voor de neonaat(36,4%) - meer informatie over zelfzorg (27,7%) - te kort aan goede ondersteuning thuis (27,0%) 	
--	--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> - nog niet vertrouwd met het zorgen voor een kind (23,6%) - ziek kind (15,9%) - meer tijd in het ziekenhuis doorbrengen (14,7%) <p>Vooraf het verblijf minder dan 24 uur werd significant te kort gevonden door de moeders ($p < 0,05$) Significant meer vrouwen die langer dan 48 uur verbleven gaan aan dat de LOS ongeveer goed was.</p> <p>5. Postpartumevents Bijna alle neonaten kregen screening PKU, maar de meerderheid kreeg de screening na ontslag thuis. Hoe vroeger het ontslag hoe groter de kans dat dit thuis gebeurde. 1,6% van de moeders moest heropgenomen worden vrouwen die ontslagen werden na minder dan 24 uur in het ziekenhuis werden minder heropgenomen of hadden minder vaak een medisch probleem dan vrouwen die langer dan 48 uur in het ziekenhuis verbleven.</p> <p>4% van de neonaten werden heropgenomen. heropnames kwamen lichtjes meer bij ontslag na minder dan 24 uur dan bij neonaten die langer dan 48 uur verbleven. Neonaten die ontslagen werden tussen de 25 en de 48 uur postpartum zagen meer een arts zonder opname dan voor 24 uur of na 48 uur.</p> <p>Na multivariate analyse werd vastgesteld dat de LOS van minder dan 48 uur niet significant geassocieerd was</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>met maternale of neonatale heropname.</p> <p>Vrouwen die binnen de 24 uur werden ontslagen uit het ziekenhuis kregen meer thuisbezoeken door gezondheidswerkers en waren meer bereid om na een volgende partus ook binnen de 24 uur naar huis te gaan dan vrouwen die 48 uur of meer na de bevalling in het ziekenhuis verbleven.</p>	
<p>(Goulet, et al., 2007)</p> <p>Titel: Preparation for discharge, maternal satisfaction and newborn readmission for jaundice: comparing postpartum models of care</p> <p>Doel studie: vergelijken van 3 modellen van continuïteit van PPzorg</p>	<p>Design: epidemiologische studie</p> <p>Methode: telefooninterviews 1 maand na de partus waarbij moeders gevraagd wordt naar tekenen van geelzucht</p>	<p>Steekproef: n= 1096, moeders die <60u verbleven in ziekenhuis na ongecompliceerde partus (eenling) en hun baby's (aterm >35w en ≥2300g (gemiddelde LOS = 48.3u)</p> <p>Setting: Canada, 4 gezondheidsregio's in Quebec met verschillende zorgmodellen (zowel platteland als stedelijke</p>	<p>3 modellen van continuïteit van PPzorg werden met elkaar vergeleken: community-based model: de lokale gemeenschap draagt de verantwoordelijkheid voor de PPfollow-up. Moeders en baby's worden thuis opgevolgd door verpleegkundigen van het lokale gezondheidscentrum. gemengd ziekenhuis model: hier beslissen ZHprofessionals welke moeders en baby's door het ZH worden opgevolgd (zij brengen hun baby dan naar het ziekenhuis voor follow-up), de overige worden dan thuis opgevolgd door vpk van het lokale gezondheidscentrum. gemengd ambulante model: hier beslissen zorgverleners van een ambulante centrum verbonden aan een</p>	<p>De 3 modellen werden met elkaar vergeleken op het vlak van:</p> <p>1. Voorbereid zijn op ontslag (moeder): tekenen kennen van icterus, zich klaar voelen voor ontslag, weten wie te contacteren bij gezondheidsproblemen na ontslag)</p> <p>2. Maternale tevredenheid: assessment van het ZHverblijf, en van de follow-up</p> <ul style="list-style-type: none"> o Heropname neonaat voor icterus 	<p>Geen enkel model had de beste resultaten op alle 3 de outcomes, elk model kent zijn sterktes en zwaktes.</p> <p>Maternale tevredenheid en heropnames: Het community-based beantwoordt het best aan de aanbevelingen vanuit het ministerie. In dit model kregen moeders vaker een telefoon <24u na ontslag (p<0.0001) en kregen meer thuisbezoeken (p<0.0001) omdat dit model meer systematisch te werk ging (alle moeders en baby's werden thuis opgevolgd). de moeders voelden zich klaar voor ontslag en waren tevreden over de zorg. Anderszijds waren het aantal heropnames voor icterus hier het hoogst (p=0.004). Dit kan verklaard worden door de grotere afstanden tussen thuis en het ziekenhuis in deze regio. observatie in het ziekenhuis werd dan vaak als 'veiliger' gezien. Bij het ambulante model werden geen heropnames gezien omdat hier fotherapie thuis werd gegeven. In het ziekenhuismodel werden de meeste tekenen van icterus gerapporteerd (p0.0001) en dit model deed het het slechtst op het verminderen van angst bij de moeder.</p> <p>De meeste moeders in alle 3 modellen waren tevreden met de zorg. De tevredenheid was het minst in het</p>	<p>goed onderbouwde studie. methodologie uitvoerig beschreven er werd niet vertrouwd op biologische testresultaten noch medische dossiers om icterus vast te stellen in het onderzoek, maar op tel. informatie van de moeder (dit was een bewuste keuze, en dit wordt duidelijk beargumenteerd) deze keuze lijkt gerechtvaardigd algemeen hoog opleidingsniveau (65,4% hogeschool of Univ.), maar 2 regio's meer kwetsbare groepen: deze verschillen werden meegenomen in de resultaten uitgebreide discussie van de resultaten met mogelijke verklaringen</p>

			<p>ziekenhuis welke moeders en baby's in het centrum worden opgevolgd of thuis door vpk van het ambulante centrum of thuis door vpk van het lokale gezondheidscentrum. Soms gezamenlijke follow-up volgens de bepalingen van het ambulante centrum.</p> <p>Icterus wordt door de vpk thuis gediagnosticeerd a.h.v. visuele inspectie en transcutane bilirubinemeting.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fototherapie thuisoor de vpk gebeurt alleen bij het ambulante model onder de supervisie van pediaters. Ouders worden hierbij geleerd hoe ze de apparatuur moeten gebruiken en welke gegevens ze moeten verzamelen (T baby, voeding en uitscheiding). ouders krijgen hierbij dagelijks een huisbezoek en kunnen het ambulante centrum 24/7 bereiken 	<p>ZHmodel. (p=0.014)</p> <p>Voorbereiding op ontslag: De meeste moeders voelden zich in alle modellen voldoende voorbereid op ontslag (98%), kenden de tekenen van icterus (84.5%) en wisten wie te contacteren bij problemen (97.6%) bij het verlaten van het ziekenhuis, maar in het ambulante model voelden moeders zich het minst voorbereid op ontslag (p=0.03). Meer moeders in dit model ervoeren het ZHverblijf als te kort (p=0.02)</p> <p>Algemeen: moeders blijken een goede partner in het observeren van icterus. Het is dan ook belangrijk dat zij goed op deze rol worden voorbereid!</p> <p>Een effectieve coördinatie van PPzorg verzekerd door lokale gezondheidszorgcentra en fototherapie thuis onder de coördinatie van het ziekenhuis binnen een geïntegreerd perinataal netwerk is een essentiële voorwaarde voor het monitoren van de gezondheid van de neonat. In dit beleid staat het screenen en monitoren van icterus centraal om het risico op complicaties te minimaliseren. Deze manier van follow-up richt zich echter niet enkel op icterus, maar ook op de noden van moeders en pasgeborenen, waarbij de kosten voor heropnames worden gereduceerd.</p>	
<p>(Hjälmhult & Lomborg, 2012)</p> <p>Titel: Managing</p>	<p>Design: kwalitatief</p> <p>Methode: grounded theory</p>	<p>Steekproef: 7 focusgroepen met 26 moeders (met baby tss 1,5 en 3mnd)</p> <p>Setting: Noorwegen</p>	<ul style="list-style-type: none"> moeders ervaren de eerste periode PP als kwetsbaar en ontvankelijk voor stress en zijn erg begaan met het behouden van controle en hun integriteit in de nieuwe situatie. Ze proberen dit te verwerven door de zorgen voor de baby als prioritair te stellen. Deze strategie omvat het proces van competenties van moederschap, veranderende focus in relaties, soms raakte dit het kritische niveau en bevestiging zoekend. Er is een 	<ul style="list-style-type: none"> hoge kwaliteit, goed beschreven design heterogene steekproef theoretisch vormend 	

<p>the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences</p> <p><u>Doel studie:</u> welzijn van moeders heeft grote invloed op hun baby's. studie bekijkt welbevinden na BKZ</p>	<p>vormend – focusgroep met semigestructureerde vragen</p>	<p><u>Data-collectie:</u> dec 2008-juni 2009 Recrutering na BKZ van 1-2d, tenzij na complicaties</p>		<p>interrelatie tussen deze. Bij conflicten zoeken moeders oplossingen door de zorg vr de baby voorop te stellen</p> <p>Vrouwen “Strive” strijden ervoor om de zorg van de baby op de eerste plaats te brengen. -> prioriteit geven aan deze zorg. Zorg voor de neonat Geeft stress aan de moeders, vooral aan primi's. Het zorgt voor onzekerheid en stress, vooral de eerste dagen na ontslag. Na een paar weken zijn vrouwen meestal opgelucht, geven ze aan moe te zijn en vol hormonen.</p> <p>Stap1: Ontwikkelen van competenties als moeder</p> <ul style="list-style-type: none"> - ze gaan op zoek naar info en vergelijken zich hiermee. Ze zoeken info over: troosten en vasthouden van de baby, en wie te contacteren in acute situaties. (internet speelt een belangrijke rol tijdens het PP) - indien huisbezoek door PHN zijn participanten hier heel tevreden over. - borstvoeding wordt beschouwd als dé representatieve succesfactor als “moeder” - de competenties die symbool staan voor het moederschap zijn in eerste instantie borstvoeding, verzorging van de baby en deze zorg kunnen integreren in de dag. Verder is de combinatie van de zorg voor de nieuwe baby en de zorg voor de andere kinderen ook een belangrijke competentie. <p>Stap 2: veranderingen in de relatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - aandacht gaat naar de baby. - verantwoordelijkheid van de oudere kinderen zal eerder doorgegeven worden aan de vader dan de verantwoordelijkheid voor de baby <p>Stap 3: doorgaan tot je niet meer kan</p> <ul style="list-style-type: none"> - negeren van eigen behoeften zoals pijn en rust. om aan alle verwachtingen te kunnen voldoen. - hierdoor onvoldoende slaap en rust - hierdoor niet praten over pijn en ongemak zoals epi of scheur - vrouwen willen voldoen aan al verwachtingen, niet niet altijd mogelijk, zoals huishoudelijk werk en koken. Bij het eerste kind is dit moeilijker. Bij een tweede is het verdelen van de aandacht over de verschillende kinderen moeilijker. - veel vrouwen gaven aan dat ze vonden dat ze tekort kwamen - professionele steun in verzorging voor het gezin wordt geapprecieerd. <p>Stap 4: erkenning zoeken</p> <ul style="list-style-type: none"> - vrouwen zoeken erkenning dat ze de juiste dingen doen - ze willen respect en begrip - vrouwen hebben nood aan erkenning in hun moeder-zijn - bij tekort aan positieve feedback krijgen vrouwen stress. <p><u>Conclusie:</u> moeder worden is een dynamisch en complex proces dat gepaard</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>gaat met stress. Moeders voelen zich weinig voorbereid op en erg kwetsbaar tijdens de eerste periode thuis na KZB. Slagen in de borstvoeding is bijzonder sensitief en essentieel in moederschap, en wordt gezien als symbool voor succesvol moederschap. Door de zorg voor de baby en het slagen in de borstvoeding op de eerste plaats te stellen, negeren ze vaak basisbehoeften als slaap en eten of onderkennen pijnlijke tepels en stoelgangproblemen. Moeders willen gezien worden als individuen, en hebben nood aan geïndividualiseerde zorg. Dit vraagt om professionele ondersteuning met huisbezoeken, praktische training met name in het zorgen voor een pasgeborene en het geven van informatie. Moeders moeten empowered worden zodat ze in staat zijn hun integriteit en gevoel van controle te behouden in deze precare periode. De nadruk moet daarbij liggen op zelfzorg, voldoende rusten en eten.</p>  <p>Figure 1 Prioritizing newborn care.</p>	
<p>(Johansson & E., 2004)</p> <p>Titel: What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward?</p> <p>Doel studie: nood aan informatie onderzoeken na bevalling metBKZ en vgl. met</p>	<p>Design: kwalitatief</p> <p>Methode: Studie: Koppels formuleren 5 vragen voor de vroedvrouw die de volgende dag een huisbezoek aflegt en deze worden vergeleken met de checklist gebruikt en ontwikkeld dr</p>	<p>Steekproef: n=42 koppels</p> <p>Setting: Uppsala, Zweden</p> <p>Data-collectie: sept –dec 2011</p>	<p>Standaardzorg: 7 vroedvrouwen bestaffen de postnatal visiting midwives group (PVMG), verbonden aan het Uppsala university hospital. Zorg bestaat uit 1 tel. de dag na thuiskomst, dagelijks tel. contact daarna en 1huisbezoek binnen de 1^{ste} 4d PP Op dag 5 krijgt de baby een check-up dr een pediater en metabole screening in het PVMG Vrvr gebruiken een checklist om info te verzamelen over de gezondheid van moeder en kind en de BV.</p>	<p>3 hoofdthema's</p> <ul style="list-style-type: none"> • kind: hygiëne (navelverzorging, badje, droge huid en rode billetjes), spijsvertering (krampjes, boeren, spugen, ontlasting), eten en slapen, zitten en liggen, niezen, en 15 medische vragen (geelzucht, uitslag, ...) (79vragen) • borstvoeding: houdingen moeder/baby, aanleggen, tepels, hoeveelheid melk en tijd per borst(24vragen) • moeder: naweeën, hechtingen, eten en drinken (13 vragen) <p>conclusie: de checklist die vroedvrouwen bij huisbezoeken gebruiken om de nood aan info vast te stellen zijn adequaat, maar kunnen nog beter afgestemd worden op de noden van de ouders. Daarnaast is er veel nood aan routine info over kindverzorging (vooral hygiëne), borstvoeding en moedergerelateerde info</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • eenvoudig studieopzet – transparant, goed beschreven • 20% eerste kind

checklist van vroedvrouwen bij huisbezoek	de vroedvrouwen van het PVMG => thema's werden gedefinieerd en de vragen werden geanalyseerd		De checklist opent de dialoog met de ouders om vragen te beantwoorden. De baby wordt onderzocht en de vrvr observeert terwijl de baby drinkt bij BV		
(KCE, 2014) Titel: Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care Doel studie: de organisatie en het gebruik van postnatale zorg in België (+definiëren van zwakke punten binnen het systeem)	Design: kwalitatief onderzoek met inductieve inhoudsanalyse volgens constante comparatieve vergelijking Methode: 10 focusgroepen met moeders, gynaecologen, kinderartsen, huisartsen, vertegenwoordigers van thuiszorgorganisaties, experts in postnatale zorg (interviewguide)	Steekproef: moeders (n = 18), gynaecologen en kinderartsen (n = 15), vroedvrouwen (n = 19); vertegenwoordigers van thuiszorgorganisaties (n = 5) en huisartsen (n = 5); experts in de postnatale zorg (n = 44) Setting: België (alle provincies) vertegenwoordigd Data-collectie: febr – ma 2014	1. Hoe wordt de postnatale zorg in België georganiseerd en gebruikt? <ul style="list-style-type: none"> Wat zijn de zwakke punten binnen het systeem? 	<ul style="list-style-type: none"> Volgens professionele zorgverleners staan veel moeders alleen in het zorgen voor hun pasgeborene en anticiperen niet op de moeilijkheden en bezorgingen die ontstaan na de geboorte. De postnatale periode moet beter worden voorbereid tijdens de zwangerschap, vooral bij moeders en vaders die voor het eerst een kind krijgen <ul style="list-style-type: none"> het meest ideale ontslagmoment moet in overleg worden bepaald de follow-up thuis moet worden gepland ouders hebben nood aan accurate info vroeg tijdens de zwangerschap zodat ze hun voorkeuren kunnen ontwikkelen verschuif ouderschapseducatie naar de prenatale periode om de overload aan info in het ziekenhuis de eerste 2-3d PP te beperken en het personeel te ontlasten Zorgverleners voelen druk vanuit het ZHmanagement om moeders vroeger te ontslaan en druk van moeders om langer te blijven Zorgverleners zijn bezorgd dat medische problemen niet tijdig worden gedetecteerd (vb. bilirubinemie) en het heropduiken van medische problemen (vb. infecties) wat leidt tot meer heropnames van pasgeborenen als de LOS blijft dalen. Bovendien vrezen ze dat pasgeborenen tussen de mazen van het net doorglippen voor wat betreft postnatale screening en dat moeders vroegtijdig stoppen met BV Algemeen drukten de focusgroepparticipanten hun bezorgdheid uit over negatieve gevolgen van een BKZ in het bijzonder voor kwetsbare families. Zij benadrukten dat welke structuur ook wordt ontwikkeld, specifieke aandacht moet gaan naar kwetsbare gezinnen, aangezien zij steeds kwetsbaarder worden als de ondersteuning vanuit het ziekenhuis zwakker wordt. Er is een duidelijke vraag naar een systematische organisatie van postnatale follow-up voor moeder en baby, vooral als het dalen van het aantal ligdagen verderzet. Postnatale zorg moet in eerste instantie thuis worden voorzien door vroedvrouwen In het geval van een ontslag op dag 3 of eerder moet de postnatale follow-up bestaan uit tenminste 1 huisbezoek door een vroedvrouw binnen de 24u na ontslag. Idealiter dient de follow-up voort te duren tot 10d PP 	<ul style="list-style-type: none"> methodologie uitvoerig beschreven alle relevante stakeholders betrokken niet doorgegaan tot volledige datasaturatie (aantal focusgroepen werd op voorhand vastgesteld ten gevolge van budgettaire limitaties)

				<ul style="list-style-type: none"> • de pasgeborene moet worden gezien door een arts (bij voorkeur een pediater) binnen de 7 tot 10 dagen PP • Continu beschikbaarheid van zorgverleners moet verder gezet worden buiten het ziekenhuis. • Huisbezoeken door een vroedvrouw en een ambulant pediatrisch consult moeten vastgelegd worden voor ontslag • De materniteit werd vermeld als de meest geschikte entiteit voor het plannen en organiseren van de follow-up thuis binnen een gemeenschappelijk framework van ontslagprocedures • De informatieoverdracht tussen het ziekenhuis en de zorgverleners thuis is momenteel ontoereikend • Als moeders het ziekenhuis vroeger verlaten, moet eerstelijns zorg zowel sterk zijn in omvang als competenties • Er wordt gepleit voor de ontwikkeling van kwaliteitscriteria voor zowel postnatale zorg in het ziekenhuis als follow-up thuis • De pasgeborene ontvangt momenteel geen eigen rijksregisternr. bij de geboorte • De verwachtingen aangaande de financiële gevolgen van een korter ziekenhuisverblijf met follow-up thuis waren verdeeld • Het ontbreekt aan een eenduidige definitie voor kraamverzorgenden. Er zijn geen normen, regels, noch jobomschrijving. Bovendien wordt de sector gekenmerkt door heterogeniteit in de aangeboden diensten • kraamverzorgenden zorgen dat moeders ontlast worden, maken een hotel van thuis en helpen moeders met de zorg voor de baby en andere kinderen • Er wordt veel flexibiliteit verwacht van kraamverzorgenden, maar zij krijgen weinig erkenning en appreciatie daarvoor • kraamzorg is aan de ene kant een vervanging van de ziekenhuiszorg tijdens de eerste dagen PP, maar anderzijds een ondersteuning in de transitie naar ouderschap en is voor sommigen een luxe, maar voor anderen een noodzaak • Het aantal uren kraamzorg moet worden afgestemd op de noden van het gezin. • Professionele zorg kan slechts gedeeltelijk instaan voor het gebrek aan informele ondersteuning, maar kan het niet vervangen. Ervaringen en kennis uitwisselen, emotionele en instrumentele steun ervaren, weten dat je niet alleen staat met je probleem worden aangegeven als waardevolle aanvullingen van peer-support • Zorgverleners zijn bezorgd over hoe te voorkomen dat kwetsbare families buiten de zorg vallen, vooral in de context van BKZ • Momenteel impliceren financiële beperkingen eerder een korter dan langer ZKverblijf • strategieën gericht op het verbeteren van postnatale zorg voor kwetsbare families omvatten vroege detectie, multidisciplinaire aanpak, lange termijn doelstellingen, informatie en ouderschapseducatie, investering in 	
--	--	--	--	--	--

				<p>gespecialiseerde residentiële zorg, en de ontwikkeling van informele ondersteuningsnetwerken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moeders waren tevreden met het postnataal ziekenhuisverblijf . zij appreciëren vooral de medische zorg, de onmiddellijke beschikbaarheid van personeel en de hotelservice van het ziekenhuis. • Vroedvrouwen worden door moeders gezien als de voornaamste zorgverleners en bieden niet alleen zorg, maar ook emotionele ondersteuning • het ontvangen van conflicterende informatie over de verschillende aspecten van de zorg werd als storend ervaren • moeders vinden dat de LOS niet gestandaardiseerd mag zijn • Alle moeders verkozen de LOS die ze zelf hadden gekregen • het ontslag bleek vaak een last-minute beslissing, vnl gebaseerd op de toestand van de baby • moeders vonden dat ze weinig informatie ontvingen bij ontslag • niet alle moeders met een langer verblijf voelden zich klaar voor ontslag • De eerste weken thuis met een kersverse baby worden als vermoeiend en chaotisch ervaren, een periode waarin de moeder zelfvertrouwen moet verwerven in het zorgen voor haar baby, zich moet organiseren en een nieuwe balans dient te vinden • Alle moeders vinden ondersteuning zeer belangrijk tijdens de eerste weken. deze steun kan zowel praktisch als emotioneel zijn, en omvat zowel informele persoonlijke als professionele ondersteuning 	
(KCE, 2014)	<p>Design: rapport</p> <p>Titel: Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care</p> <p>Doel studie: Organisatie en gebruik van Postnatale zorg in België in kaart</p>	<p>Methode: analyse van administratieve gegevens; kostenraming en o.b.v. theoretische scenario's; narratief literatuurronderzoek; kwalitatief onderzoek (focusgroepjes) met moeders, professionele zorgverleners</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoe wordt de postnatale zorg in België georganiseerd, gebruikt en gefinancierd? 2. Hoe wordt de postnatale zorg in andere landen georganiseerd, in het bijzonder in het Verenigd Koninkrijk, Nederland en Zweden? 3. Welke gevolgen heeft een korter ziekenhuisverblijf, gevolgd door kraamzorg thuis, voor de zorgkwaliteit? 4. Wat zijn de financiële gevolgen van een BKZ? 5. gevolgd door kraamzorg thuis? 	<p>Aanbeveling 1 : Organiseer eerst de medische postnatale thuiszorg zodat de zorg continu en geïntegreerd is. Daarvoor moeten een echte samenwerking tussen professionals, een coördinatie tussen de eerste en tweede lijn en een bewaking van de zorgkwaliteit worden ontwikkeld, ondersteund en gehandhaafd.</p> <p>Aanbeveling 2 Ontwikkel en implementeer een multidisciplinair perinataal netwerk rond elke (toekomstige) moeder en kind. Dat netwerk moet een elektronisch zorgplan en coördinatie-instrumenten kunnen delen, op basis van het huidige Globaal Medisch Dossier. Ze omvatten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een coördinatie-instrument: een elektronisch "moederschapsdossier" op basis van (en idealiter opgenomen in) het Globaal Medisch Dossier (GMD); • Een registratie-instrument: administratieve en epidemiologische gegevens (eBirth) moeten gemakkelijk uit het moederschapsdossier 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 een perinatal multidisciplinair netwerk rond elke (toekomstige) moeder en kind 2.2 een elektronisch moederschapsdossier 2.3 perinatale zorgcoördinator (= een vaste contactpersoon voor de (toekomstige) ouders tijdens de zwangerschap, de geboorte en postpartum Deze persoon garandeert de continuïteit van de zorg op cruciale momenten, waaronder het (al dan niet vroege) ontslag uit de kraamkliniek. De taak van perinatale zorgcoördinator kan opgenomen worden door een vroedvrouw, gynaecoloog of een huisarts die actief is in postnatale zorg.) 2.4 nationaal platform vr perinatale zorg

<p>brengen en voorstellen formuleren voor de toekomstige zorg (kwalitatief hoogstaand)</p>	<p>en andere belanghebbenden) → dit resulteerde in een aantal aanbevelingen die aan 44 stakeholders werden voorgelegd</p> <p>het 'normale' postnatale traject na een vaginale bevalling zonder complicaties</p>	<p>9. Wat zijn volgens de professionele zorgverleners en de moeders de belemmerende of faciliterende factoren voor kortere ziekenhuisverblijven, gevolgd door kraamzorg thuis?</p>	<ul style="list-style-type: none"> kunnen worden gehaald; <p>Een voorbereidings-instrument: een formeel perinataal opvolgplan, met een module voor de postnatale zorg en standaardformulieren voor de evaluatie (eventueel al vóór de geboorte) van de wensen en voorkeuren van de ouders inzake postnatale zorg. Hierdoor kan deze zorg adequaat en tijdig worden gepland en georganiseerd.</p> <p>Aanbeveling 3 Bereid de postnatale zorg al voor tijdens de prenatale raadplegingen. Deze voorbereiding moet uitmonden in een postnataal zorgplan dat wordt geïntegreerd in het elektronische moederschapsdossier. De perinatale zorgcoördinator begeleidt het proces.</p> <p>Aanbeveling 4 Voorzie na een ongecompliceerde bevalling gedurende maximaal 72 uur postnatale zorg in het ziekenhuis, en zorg voor een naadloze transfer van het ziekenhuis naar huis door middel van een klinisch zorgpad. Garandeer vervolgens minstens gedurende een week, maar idealiter tijdens de 10 eerste dagen postnatale zorg thuis. De opvolging thuis moet georganiseerd worden voor het ontslag uit de kraamkliniek, in overeenstemming met de individuele noden van moeder en kind.</p>	<p>3.1 geïndividualiseerde postnatale zorgplan, dat wordt opgenomen in de postnatale module van het elektronische moederschapsdossier. Het moet een planning bevatten, met ten minste de volgende elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> het verwachte verloop van het postpartum met de voorkeuren van de ouders i.v.m. een kort of klassiek ziekenhuisverblijf, de datum van de pediatrie raadpleging tussen dag 7 en dag 10, het eerste bezoek aan het huis van K&G/ONE, de gynaecologische raadpleging na 6 weken...; de contactgegevens van de leden van het perinatale zorgnetwerk: de perinatale zorgcoördinator, de kraamkliniek, de vroedvrouw die de kraamzorg thuis geeft, de kraamhulp, de huisarts enz.; de personen die moeten worden op de hoogte gebracht van het ontslag uit de kraamkliniek; of er kraamhulp moet worden voorzien en een eerste inschatting van de behoeften. <p>4.1 Voor alle moeders met een ongecompliceerde vaginale bevalling een postnatale follow-up thuis door vroedvrouwen (of huisartsen), organiseren, met een wachtdienst en telefonische permanentie.</p> <p>4.2 Evidence-based klinische praktijkrichtlijnen voor postnatale zorg ontwikkelen, met inbegrip van het aantal, de inhoud en de frequentie van de huisbezoeken, in functie van de verblijfsduur in de kraamkliniek.</p> <p>4.3 Een multidisciplinair klinisch zorgpad ontwikkelen en implementeren om de continuïteit van de zorg te garanderen tussen de kraamkliniek en thuis, en dit integreren in het geïnformatiseerde moederschapsdossier. (De ontslagprocedure moet ten minste het volgende omvatten: - een adequate inschatting van de zorgbehoeften van moeder en</p>
--	---	--	--	---

			<p>Aanbeveling 5 Stel uniforme procedures op voor de heropname van pasgeborenen en hun moeders. Registreer alle pasgeborenen die worden (her)opgenomen en volg deze (her)opnames op een gestandaardiseerde manier op, om de kwaliteit van zorg te evalueren en benchmarking mogelijk te maken.</p> <p>Aanbeveling 6 Leg kwaliteitscriteria voor postnatale thuiszorg vast op basis van de klinische praktijkrichtlijnen. Pas de competenties van vroedvrouwen, huisartsen en kraamhulp aan hun (nieuwe) rol aan.</p> <p>Aanbeveling 7 Ondersteun moeders en vaders in hun (nieuwe) rol als ouder door het aanbod aan kraamhulp verder uit te werken en de oprichting van oudergroepen aan te moedigen.</p> <p>Aanbeveling 8 Laat de huidige ziekenhuis-financiering evolueren, door middel van proefprojecten, naar een systeem dat de geïntegreerde multidisciplinaire zorg meer stimuleert en dat voldoet aan de hoogste kwaliteitseisen. Pas het systeem van de bezoldiging van de belangrijkste partijen aan om de samenwerking tussen professionele zorgverleners te stimuleren en om ervoor te zorgen dat een korter verblijf in de kraamkliniek daadwerkelijk wordt aangevuld met postnatale zorg thuis.</p>	<p>kind; - een afspraak met de vroedvrouw voor de eerste huisbezoeken, zoals vermeld in het individuele perinatale zorgplan; - een afspraak voor een pediatrische consultatie tussen dag 7 en dag 10; - een verzoek om kraamhulp, indien gewenst.</p> <p>4.4 Ervoor zorgen dat elke pasgeborene alle voorziene neonatale screenings krijgt, in het ziekenhuis of thuis, en dit vermelden in het geïnformatiseerde moederschapsdossier. De perinatale zorgcoördinator is hiervoor verantwoordelijk.</p> <p>5.1 Alle pasgeborenen die worden (her)opgenomen registreren en deze (her)opnames op een gestandaardiseerde manier opvolgen om de kwaliteit van zorg te evalueren en benchmarking mogelijk te maken.</p> <p>6.1 Het curriculum en de opleiding van vroedvrouwen en artsen op één lijn brengen met de beschreven kwaliteitscriteria, waarbij hun coördinerende rol benadrukt wordt.</p> <p>7.1 Kraamhulp thuis professionaliseren en deze opnemen in een coherent referentiekader van postnatale thuiszorg.</p> <p>7.2 Oudergruppen integreren in het structurele aanbod om de ondersteuning en de educatie van ouders te stimuleren. Het initiatief CenteringParenting, in het verlengde van CenteringPregnancy, kan een goed model zijn.</p>
--	--	--	---	--

			<p>Aanbeveling 9 Denk na over gecoördineerde acties om kansarme gezinnen te ondersteunen en te voorkomen dat ze wegvallen uit het perinatale zorgtraject. Overweeg de ontwikkeling van een nationaal perinataal programma voor kwetsbare gezinnen, en investeer bijkomend in de toegang tot prenatale zorg, perinatale coaching, extra residentiële oplossingen en de ontwikkeling van een meldpunt waarop zorgverleners problematische situaties kunnen signaleren.</p> <p>Aanbeveling 10 Plan en monitor de menselijke middelen om de kosteneffectiviteit van geïntegreerde en continue postnatale zorg op basis van een model van kort verblijf in de kraamkliniek met nazorg aan huis te onderzoeken.</p>			
<p>(Kronborg, et al., 2012)</p> <p>Titel: the effect of early postpartum home visits by health visitors: a natural experiment</p> <p><u>Doel studie:</u> effect van PPhuisbezoek en op bv en gebruik medische zorgen</p>	<p><u>Design:</u> Observationel e cross-sectionele studie (natuurlijk experiment tijdens een staking)</p> <p><u>Methode:</u> Vragenlijst 6m PP (demogr. gegevens, vragen m.b.t. vroegere BVervaring, vroege bvproblemen en bvduur en vroege hechting en perceptie van de 1^{ste} 6mPP, groei en welzijn neonaat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Steekproef:</u> n= 3834 moeder-kind dyades (eenling zwangerschap, aterm, BV) + en n=375 gezondheidsmedewerkers (waarvan 75 werkzaam tijdens de stakingsperiode) • <u>Setting:</u> Denemarken (19 verstedelijkte en landelijke gemeentes) • <u>Data-collectie:</u> Recruitering 2 periodes in 2008 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>standaardzorg:</u> niet-gestandaardiseerde huisbezoeken door gezondheidsmedewerkers (geregistreerde vpk met 1j extra training): 1^{ste} huisbezoek <14d (focus op hechting en bv) => zorg is niet-gestandaardiseerd: Ghmedewerker bepaalt de hoeveelheid en inhoud vd zorg gebaseerd op pariteit en individuele noden. • <u>interventie:</u> tijdens de staking enkel huisbezoeken o.b.v. individuele risicoassessment (telefonisch) 	<ul style="list-style-type: none"> • Effect van vroege PPhuisbezoeken op <ul style="list-style-type: none"> ○ Bvduur (en gebruik kunstvoeding) ○ gebruik van medische faciliteiten (naast de GHmedewerker) • Welke maternale karakteristieken beïnvloeden de risico-assessment van de gezondheidswerkers? <ul style="list-style-type: none"> ○ Maternale factoren ○ Kindfactoren ○ Perinatale factoren ○ Hechtingsfactoren ○ bvfactoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen verschil tussen de groepen in exclusieve Bvduur (totale studiepopulatie) • Geen huisbezoek krijgen (dus lage risico-assessment) resulteerde wel in een kortere exclusieve bvperiode van 2wkn (p<.005)(primi- vs multiparae) • In de interventiegroep lag het gebruik van medische faciliteiten hoger (p<.01)(vnl. huisartsbezoek)(afhankelijk van pariteit en niet beantwoorde noden) • Beide groepen misten begeleiding (primiparae meer dan de multiparae)=> sign verband met zorg voor neonaat (hechtingsfactoren) en vroege bvproblemen (bvfactoren) <p>➔ <u>conclusie:</u> niet-gestandaardiseerde PP huisbezoeken leiden tot een langere bvduur bij laag risico moeders</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vragenlijst gevalideerd (face en contentvalidity) • OR's en BI vermeld • Geen selectiebias: alle pasbevallen moeders met kind kregen een vragenlijst • Redenen uitval beschreven en geanalyseerd <p>LOS werd meegenomen in de studie, maar niet gerapporteerd in de resultaten</p>

	+vragen over gekregen/gemiste GHZorgen		•			
(Kuan, et al., 1999) Titel: Health system factors contributing to breastfeeding success. <u>Doel studie:</u> BVcijfers bij aanvang en 6mnd laten stijgen tegen 2000 (75% bij aanvang t.o. 55% in 1993 en 50% bvduur van 6mnd t.o. <25%) <u>Hoe?</u> Door bronnen van info en ondersteuning te identificeren en karakteriseren die bijdragen tot succesvol voeden in het vroege PP	<u>Design:</u> Prospectieve cohortstudie (niet-gerandomiseerd) <u>Methode:</u> Zelf ontwikkelde vragenlijst (17open vragen, 71MC en 9 likert-stijl vragen) + moeders hielden dagboek bij van GHZorggebruik (telefonisch contact, ZHbezoek en huisbezoek)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Steekproef:</u> N=522 moeder-kind dyades (vaginale partus, eenling zwangerschap, aterm) met Bvintentie van minimaal 4weken • <u>Setting:</u> 5 niveau II en II ZH in de VS (Cincinnati) • <u>Demografische gegevens:</u> maternale leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau, ras, werk, verzekeringsgegevens, LOS • <u>Ptkarakteristieken:</u> prenatale zorg, pariteit, graviditeit • <u>Neonaat:</u> gestationele leeftijd, GG • <u>Overige:</u> paternale steun in beslissing BV geven, in-room tijd met neonaat, 1ste aanleggen in verloskamer <p>LOS: gemiddeld 11.5u (10% <25u en 21% <30u)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Groep1=</u> In BV succesvolle moeders (= bereiken van de door de moeder beoogde bvduur) • <u>Groep2=</u> niet-succesvolle moeders 	<p>primaire outcome: Impact van GHZorgsysteem (ZH en thuis-vpk) op BVsucces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interview voor ontslag (face-to-face): <ul style="list-style-type: none"> ○ Perceptie van bvondersteuning (kwaliteit van informatie + mate van ondersteuning door ZHpersoneel ○ Bv ervaring (bvduur komt overeen met de verwachtingen) • Interview 4w PP (tel): <ul style="list-style-type: none"> ○ Perceptie van Bv ervaring ○ De kwaliteit van interacties met GHprofessionals ○ Info over kunstvoeding (prevalentie, frequentie en hoeveelheid) • Interview 8w PP (tel): <ul style="list-style-type: none"> ○ Stoppen of verderzetten van BV ○ Info over kunstvoeding 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergelijking succesvolle en niet-succesvolle moeders (76% haalde de beoogde bvduur, 17% was gestopt na 4w en 29% na 8w (hoe langer de beoogde bvduur, hoe meer succesvol p<.001) • Significante verschillen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Paternale steun in het geven van BV was 97% (p<.01) en 98% van moeders verwachtte hulp in het huishouden ○ pos. BVerfaring in het ZH (p<.001) ○ voeden in de verloskamer (p=.001) ○ vpk vraagt naar hoe bv verloopt (p<.01) en ziet moeder voeden (p<.05) ○ Moeders die fam. en vrienden belden voor BVadvies contacteerden ook vaker professionelen (p<.001) (lactatiekundige, pediater, vroedvrouw, obstetricus, en BVondersteuningsgroep) ○ Een hoger opleidingsniveau (p<.05), positieve BVerfaring in het ZH, leeftijd (oudere moeders zijn vaker succesvol (p<.0001)), gehuwd (p<.05) en huisbezoek van vpk waren pos. gecorreleerd met BVsucces • Geen sign. verschil tussen succesvolle en niet-succesvolle moeders in LOS, gestationele leeftijd, GG, ras, verzekering, rooming-in, huisbezoek door verpleegkundige • Na correctie van demografische variabelen bleken enkel maternale 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen representatieve steekproef: blank, hoger opgeleid, gehuwd, gem leeftijd moeder 29,3 en verzekerd=> wel correctie gebeurt in data-analyse • Setting is representatief • Vragenlijst gevalideerd (face en content validity) • Beschrijving uitval weigering deelname studie <p>OR's gerapporteerd</p>

					leeftijd, opleidingsniveau en de kwaliteit van de bvervaring in het ZH significant. → BVondersteuning door GHprofessionelen tijdens de ZHopname en vroege PPperiode na ontslag is een belangrijke factor in het ervaren van BVsucces	
(Kurtz-Landy, et al., 2008) Titel: Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey <u>Doel studie:</u> verschillen in nood aan en gebruik van gezondheidszorg definiëren	<u>Design:</u> cross-sectioneel <u>Methode:</u> vragenlijst voor ontslag uit ziekenhuis + tel. interview 4w PP	<u>Steekproef:</u> n=100 moeders (ongecompliceerde vaginale eenlingeboorte) <u>Setting:</u> Ontario, Canada (4 stedelijke ziekenhuizen) <u>Data-collectie:</u> onderdeel van de grotere Ontario mother-infant survey II	<u>2 groepen:</u> • Socioeconomisch benadeelde moeders (SED)en • bevoordeelde moeders (SEA) • (obv inkomen, sociale steun en PPriscoscreening)	zelfgerapporteerde gezondheidstatus, symptomen van postpartum depressie, nood aan zorgverlening PP	<ul style="list-style-type: none"> • SED moeders verlaten het ZH vaker <24u, rapporteren minder vaak zeer goede tot excellente gezondheid, en hebben meer symptomen van PPdepressie dan SEA moeders • Maar: geen verschil in nood aan en gebruik van zorgverlening zoals overheidsmandaat van 60u PP Zhverblijf, behalve dat SEAmoeders vaker een vpkhuisbezoek accepteerden. 	<ul style="list-style-type: none"> • geen randomisatie • 55% van de ppn is immigrant (gebruiken minder zorgverlening) • het 60-uur mandaat wordt niet altijd nageleefd (slechts bij de helft van de SEDmoeders aangeboden) • p-waarden niet altijd vermeld
(Lee, et al., 1995) Titel: Association between	<u>Design:</u> cross-sectioneel <u>Methode:</u> Verzamelen	<u>Steekproef:</u> 920.554 gezonde kinderen met een geboortegewicht van 2500g of meer geboren tussen 1987 en 1994 in Ontario	Nulhypothese: De leeftijd bij ontslag is niet geassocieerd met verhoogd risico op heropname.	LOS en heropnamecijfers en hun diagnose. Bestudeerde diagnoses waren: - geelzucht - dehydratatis	PROVINCIALE DATA LOS De gemiddelde LOS ging van 4,5 dagen naar 2,7 dagen (p<0,05) Het deel kinderen die ontslagen waren op	Voor ernst van de aandoening is de outcome van mentale retardatie correcter, maar hier niet meetbaar.

<p>duration of neonatal hospital stay and readmission rate</p> <p><u>Doel studie:</u> Relatie tussen leeftijd van de neonaat bij ontslag en de heropnamerat io onderzoeken.</p>	<p>van dossiergegevens: verblijfsduur en heropname cijfers</p>	<p>Inclusie: ≥ 2500g geen operatie geen problemen</p> <p>of ≥ 2500 kleine abdominale problemen of alleen besnijdenis.</p> <p>Of ≥ 2500g kleine/andere problemen</p> <p>-> indeling op basis van CMG</p> <p><u>Setting:</u> hospital for sick children for jaundice or deshydration.</p> <p><u>Datacollectie:</u> Aantal opname in het ziekenhuis voor zieke kinderen voor icterus of deshydratie Duur van het verblijf van de neonaat in het ziekenhuis.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - congenitale darmobstructie - congenitale rechter hart obstructies <p>congenitale linkerhart obstructies</p>	<p>een leeftijd van 2 dagen of jonger ging van 5% naar 56% tussen 87-88 en 93-94</p> <p>HEROPNAME Heropnames voor alle diagnoses stegen van 23,4 naar 30,4 % (OR 1,31; 95%CI 1,25-1,38) (gedurende de eerste 28 dagen)</p> <p>Opnames tijdens de eerste week na het ontslag gingen van 6,5 naar 13,2% (OR2,04 95% CI 1,88,2,22 Dit ging vooral over geelzucht (OR eerste week3,65, 95% CI 3,17-4,19)</p> <p>Tijdens de tweede week na ontslag steeg het percentage ook significant voor alle diagnoses: 6,4 naar 7,5 % (OR 1,17 95% CI 1,06 - 1,28) specifiek voor geelzucht van 1,3 naar 1,8 % (OR 1,41; 95% CI 1,15-1,73) Na de tweede week was er geen significante stijging van de heropnames, in relatie tot de LOS.</p> <p>Geelzucht telde voor 1/3 van alle opnames in 87-88 en voor de helft van alle opnames in 93-94 ! (p<0,05) De gemiddelde leeftijd van heropname voor geelzucht ging van 7 dagen in 87-88naar 4 dagen in 93-94.</p> <p>Opnames omwille van deshydratie vertoonden een significante stijging van OR 7,84 95% CI 3,81-16,73)</p> <p>ERNST VAN DE AANDOENING Er was geen significante stijging in het aantal overlijdens bij neonaten na opname. binnen de 14 dagen na ontslag. Er waren geen overlijdens waarbij geelzucht de primaire diagnose was.</p> <p>De gemiddelde verblijfsduur tijdens de heropname daalde van 4,8 in 87-88 naar 3,5 in 93-94. (p<0,05)</p>	<p>Heropname zou kunnen leiden tot “vulnerable child syndrome” (opname zorgt voor veranderingen in de opvoeding)</p> <p>Er wordt enkel gewerkt met dossiers en coderignen waardoor complexe situaties verkeerd kunnen worden geïnterpreteerd.</p> <p>% borstvoeding steeg in de afgelopen jaren. Hiermee werd geen rekening gehouden in de analyse. => geen rekening gehouden met confounding factors !</p> <p>BEDENKING:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek voor percutane metingen bestonden... nu betere risico assesment door betere screening maar ook maar enkel voor geelzucht en niet voor dehydraties
--	--	--	--	--	---	--

					<p>DATA UIT 1 ZIEKENHUIS.</p> <p>LOS ging van 4,0 naar 2,3 (van 87-88 tot 93-94)</p> <p>Aantal heropnames omwille van geelzucht ging van 1,4 naar 3,4 ‰ (p<0,05) Hierbij steeg het aantal neonataen die opgenomen werden met een serum bilirubine van 30mg/dl of meer significant gedurende deze 7 jaar.</p> <p>Het aantal kinderen die opgenomen werden met sodiumconcentraties van 160mmol/L of sodiumconcentraties van 170mmol/L of meer steeg significant</p> <p>Slechts 2 kinderen die getransfereerd werden vanuit een ander ziekenhuis hadden een bilirubineconcentratie van 30mg/dl of meer, ten opzicht van 13 neonaten die werden heropgenomen...</p> <ul style="list-style-type: none"> • De ernst van de icterus is groter bij heropname. Dit komt waarschijnlijk doordat de diagnose en de behandeling werd uitgesteld. 	
<p>(Lewallen, et al., 2006)</p> <p>Titel: Breastfeeding support and early cessation</p>	<p><u>Design:</u> kwalitatief</p> <p><u>Methode:</u> descriptief met open vragen kwalitatieve data die deel uitmaakt van 3 studies (de kwant. data staat elders beschreven)</p>	<p><u>Steekproef:</u> n=379 moeders die vr het eerst bv gaven en die van plan waren min. 8w bv te geven na ongecompliceerde eenling vaginale partus</p> <p><u>Setting:</u> zuid-oosten VS</p> <p><u>Data-collectie:</u> interview in ZH voor ontslag en 8w PP dmv tel. interview</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Welke hulp en hoeveel moeders krijgen als ze de intentie hebben om min. 8wkn bv te geven. <p>De redenen om de eigen doelstellingen mbt bv niet te halen afzoeken aan deze die reeds in de literatuur staan beschreven</p>	<ul style="list-style-type: none"> • bvstatus op 8w rapportage van hulp bij de bv in het ziekenhuis en thuis 	<ul style="list-style-type: none"> • 48% gaf de 1^{ste} bv binnen 1u na de geboorte • 68% gaf nog bv op 8wkn, waarvan 37% niet exclusief • 16,5% was gestopt tijdens de 1^{ste} wk, +extra 18% tijdens de 2^{de} wk • 92% kreeg hulp bij de bv in het ZH (lactatiekundigen, vpk, studenten) • 55% kreeg thuis nog hulp bij de bv (lactatiekundige, thuisvpk, dokters, ...) • bronnen van info: zorgverleners, boeken en geschreven info (1), familie en vrienden, cursus, la leche league en onlinebronnen(6) • voornaamste reden om te stoppen is de perceptie onvoldoende melk te hebben (42%), andere redenen: pijnlijke tepels 	<ul style="list-style-type: none"> • 95% responstrate – grote steekproef convenience sample => geen generalisatie mogelijk naar andere populaties (vnl. gestudeerde moeders, en ZH die lactatiekundigen in dienst hebben)

					<p>en aanlegproblemen (30%), persoonlijke redenen(19%), terugkeer nr werk/school (16%), medicatie en ziekte van de moeder of baby (15%)</p> <p><u>conclusie:</u> de voornaamste redenen om te stoppen met bv kunnen met verpleegkundige interventie worden voorkomen</p> <p>De helft stopt tijdens de 1^{ste} 2wkn, en slechts de helft vd moeders krijgt thuis nog professionele hulp, wat suggereert dat een 1^{ste} PPcontact thuis na 1wk te laat is voor interventie.</p>	
<p>(Lieu, et al., 2000)</p> <p>Titel: A randomized comparison of home and clinic follow-up after early postpartum hospital discharge</p> <p><u>Doel studie:</u> vgl. welke zorg beter is thuis of ZH PP follow-up na vroegtijdig ontslag (max 48u)</p> <p>=> voorafgaand aan studie Escobar</p>	<p><u>Design:</u> RCT</p> <p><u>Methode:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.recrutering dr onderzoeksvpk 7/7 met baseline interview + at random toewijzing aan de groepen. Recrutering gebeurde nadat de beslissing tot ontslag werd genomen. 2.2w na ontslag: tel. interview (15') over bv, andere outcomes (depression scale (CES)) en tevredenheidschaal 3. 12w na 	<p><u>Steekproef:</u> n=1163 moeder-kindparen (n=580 interventiegroep, n= 583 co-groep)(op sociaal en medisch vlak laag-risico, ongecompliceerde eenling vaginale partus</p> <p><u>Setting:</u> Kaiser foundation hospital California</p> <p><u>Data-collectie:</u> Juli 1996- sept 1997</p>	<p><u>Standaardzorg:</u> ZH pediatrie PPcontrole (duur 20') <48u (gem. 30u) na ontslag door ANP en pediaters (geschiedenis, fysiek onderzoek neonaat, begeleiding en labo indien nodig) – geen fysieke controle moeder</p> <p><u>Interventie:</u> huisbezoek (duur 60-90') <48u (gem. 30u) na ontslag door 7 gecertificeerde vpk of public health nurse van HMO home health departement (30u training <1j voor de aanvang van de studie in kindzorg + 16u didactische instructie en begeleiding en ondersteuning van BV, inzicht in achtergrond moeder-kind, fysiek onderzoek moeder en kind)</p> <p>Protocol huisbezoeken gebaseerd op 'bright futures', nationale richtlijn voor preventieve</p>	<p>Gecombineerde outcomemaat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. stoppen met borstvoeding <2w PP 2. maternale depressieve symptomen 3. rehospitalisatie, spoeddienst of spoedconsulten <10d PP <ul style="list-style-type: none"> • 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Geen sign. verschil tussen de groepen in eerder stoppen met BV 2. Geen sign. verschil mbt maternale depressieve symptomen 3. Geen sign verschil tussen de groepen mbt rehospitalisatie, spoeddienst/consulten <10d PP + geen sign. verschil in ernst ziekte bij rehospitalisatie (voornaamste reden= geelzucht) 4. Geen sign. verschil in de gecombineerde outcomemaat 5. Geen sign. verschil in tel. advies (pediatrisch vpk) 6. De tevredenheid over het bezoek (zorg: excellent of zeer goed) in de interventiegroep ligt hoger (p=.001) m.n. preventief advies en kennis en vaardigheden vd hulpverlener + de algemene tevredenheid over de PPzorg (moeder- en kindzorg) en de gekregen perinatale zorg (moeder-en kind) is ook sign. hoger in de interventiegroep (p=.001) 7. kost huisbezoek = 255dollar vs kost kliniekbezoek 202dollar 8. subgroepanalyses geven geen sign. verschillen aan <p>=> huisbezoeken zijn duurder, en hebben dezelfde klinische outcomes als ZHconsulten op dag 3/4PP, maar de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • intention-to-treat • vragenlijsten gevalideerd • andere professionelen voeren in de co-groep en ex-groep de zorgen uit, vergelijking mogelijk? • gem. LOS is in deze studie 30u. Na de wet (insurance coverage) in 1998 was de gem. LOS 49,5u => de resultaten zijn te veralgemenen nr de situatie na invoering van de wet, aangezien belangrijke klinische gevolgen optreden rond d3-4 pp • verschil in duurtijd en inhoud (huisbezoeken waren meer gestandaardiseerd met aandacht vr

	<p>ontslag: tel. interview (focus op BV)</p> <p>4. registratie ZHbezoeken (spoed, consulten), ZHopnames binnen 10d PP en kosten met HMO databank</p> <p>5. registratie kosten huisbezoeken obv cost management system</p>		<p>moeder-kindzorg (1994)</p> <p>Ontslag gebaseerd op AAP richtlijn (1997)</p>		<p>tevredenheid bij huisbezoeken is groter (ook de algemene tevredenheid)</p>	<p>moeder) van de ZHconsulten en huisbezoeken zou het verschil in tevredenheid kunnen verklaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • generalisatie niet mogelijk nr hoogrisicopopulatie • er werd geen vgl gemaakt met geen PPzorg • power beperkt voor rehospitalisatieoutcome – 80% power gecombineerde outcome
<p>(Madden J.M., et al., 2004)</p> <p>Titel: Length-of-Stay Policies and Ascertainment of Postdischarge Problems in newborns</p> <p><u>Doel studie:</u> de effecten van een vroegtijdig ontslagprogramma op de incidentie van geelzucht en voedingsproblemen bij pasgeborenen</p>	<p><u>Design</u> Interrupted time series analysis op retrospectieve data = quasi-experimenteel</p> <p><u>Methode</u> Statistische analyse op retrospectieve data voor en na 2 verschillende interventies, rekening houdend met confounding factors. (er werd geen rekening gehouden met demografische</p>	<p><u>Steekproef</u> 20.366 moeders-kind paren met normale vaginale bevallingen</p> <p><u>Exclusie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sectio - LOS >4 dagen - LOS moeder ≠ LOS neonat <p><u>Datacollectie</u> Tussen oktober 1990 en aart 1998.</p> <p><u>Setting:</u> grote HMO (health maintenance organisation) in Massachusetts</p>	<p>1. Invoeren van een nieuw HMO protocol in 1994 van 1 ziekenhuis waarbij 1 overnachting na de bevalling en een thuisbezoek van een verpleegkundigen binnen de 48 uur na ontslag. Verder werden ook prenatale lessen aangeboden, er was screening voor sociale risicofactoren, professionele workshops en verspreiding van een nieuw ontslagprotocol.</p> <p>2. In 1996 werd de massachusetts wet van minimale dekking -> zie internationale situering voor uitleg = protection act of 1966 !</p>	<p>Effect van LOS op geelzucht Voedingsproblemen (hier werd dehydratie bij onderzocht omdat het te weinig voorkwam om apart te onderzoeken)</p> <p>-> 4 jaar baselinemeting -> 2 jaar na nieuw ontslagprogramma</p>	<p>LOS EN CONTROLE OP DAG 3 TOT 4 PP LOS <2 dagen was significant verhoogd naar meer dan 60% na invoer van programma, na het mandaat daalde dit opnieuw naar minder dan 20%.</p> <p>Doorheen de metingen Baseline: 24,5% Na programma:64% Na wetgeving 53% (allemaal <0,0001)</p> <p>De controle op dag 3 of vier gedurende de na-programmaperiode was voor 70,1% te danken aan de thuisbezoeken.</p> <p>BEZOEK IN EEN GEZONDHEIDSCENTRUM VOOR 21 DAGEN Significante stijging van het aantal bezoeken per neonat na het invoeren van het programma, er was een lichte daling op het einde van het observatieperiode</p> <p>GEELZUCHT Overall 9% gediagnosticeerd post ontslag met geelzucht. Het aantal kinderen die</p>	<p>Icterus en voedingsproblemen worden meer gediagnosticeerd, maar de LOS is korter, waardoor de diagnose die in het ziekenhuis normaal wordt gesteld nu thuis kan worden gesteld. Hierdoor zullen uiteraard de percentages stijgen... Er werd geen rekening gehouden in de statistische analyses.</p> <p>LET OP : vorige studies toonden enkel een correlatie aan, geen causaal effect !!!</p> <p>Voor de analyse van voedingsproblemen tijdens de opname en voor kernicterus heeft zelfs deze studie onvoldoende power !</p>

	<p>karacteristiek en omdat deze gedurende de studieperiode niet verschilden)</p>				<p>getest werden voor serumbilirubine steeg significant ($p=0,0002$) Kinderen met een ernstig verhoogd tested serum bilirubine (level 1 of hoger) steeg significant na het invoeren van het programma Aantal kinderen die fototherapie kregen steeg ook significant $p=0,014$</p> <p>VOEDINGSPROBLEMEN Er werden na de implementatie van het programma significant meer voedingsproblemen gediagnosticeerd. $p < 0,0001$. Na het programma stegen de voedingsproblemen van 1 naar 5% en na het mandaat daalde dit opnieuw met 2,5%</p> <p>Heropnames Heropname bleef constant (2% voor programma)</p> <p>Conclusie: wanneer een programma met korte LOS wordt ingevoerd werd er een stijging in het aantal diagnoses van geelzucht en voedingsproblemen vastgesteld. Wanneer de LOS ging stijgen en het programma bleef bestaan bleef het hogere % van diagnose minsten 2 jaar aanhouden. Ook de testen, diagnose en ernst van bilirubine was bepaald door de controles op dag 3 of 4 en niet door de LOS.</p> <p>Lagere LOS resulteerde niet in slechter outcome voor neonaten. Indien de daling in LOS ervoor zou zorgen dat er meer icterus en meer voedingsproblemen zouden ontstaan, dan zou dit ook aanhouden wanneer de LOS weer gehooft wordt !</p> <p>Volgende zaken kunnen het onderzoek beïnvloeden</p> <ul style="list-style-type: none"> - verhoogd contact thuis en in een gezondheidcentrum - implementatie van de activiteiten binnen het programma - invoeren van 2 nieuwe nationaal 	<p>Vermits dit binnen 1 HMO werd onderzocht is dit niet generaliseerbaar. De kwaliteit van zorgen binnen deze HMO is algemeen bekend als zeer hoog. Hierdoor worden er minder heropnames uitgevoerd dan in andere HMO's. (hoewel dit weer een bewijs is dat de LOS niet belangrijk is maar de organisatie van de zorg wel.</p> <p>Andere studies die enkel de LOS bekijken en niet de veranderingen in de organisatie van postnatale zorg kunnen grote bias vertonen door confounding factors.</p> <ul style="list-style-type: none"> • OPM: de grafieken in dit onderzoek zijn heel relevant.
--	--	--	--	--	--	---

					<p>richtlijnen. De individuele impact van deze factoren kunnen niet apart worden onderzocht.</p> <p>Dit onderzoek toont dat wanneer je enkel de LOS vermindert, en je onderzoek de effecten, maar er gebeuren nog andere interventies dat de resultaten niet correct zouden zijn. En dat er rekening moet gehouden worden met alle aspecten van de zorg !</p> <p>Conclusie, er is niet meer geelzucht en voedingsproblemen door een kortere LOS, wel wordt die meer gediagnosticeerd door de intensere follow up thuis en in gezondheidscentra.</p>	
<p>(Mc Keever, et al., 2002)</p> <p>Titel: Home versus Hospital Breastfeeding Support for Newborns: A Randomized Controlled Trial</p> <p><u>Doel studie:</u> vgl van bv ondersteuning en tevredenheid thuis en in het ZH bij standaard en vroegtijdig ontslag. In Canada start 69% vd moeders met BV en de</p>	<p><u>Design:</u> RCT</p> <p><u>Methode:</u> data collectie voor randomisatie, bij ZHontslag en 5tot 12d PP + follow up bezoek (7-8dPP) met semigestructureerde vragenlijst omtrent de perceptie van de bvbegeleiding (70-item PP Questionnaire)</p> <p>ontslag werd bepaald 24 en 36u PP, evaluatie van de zorg na het beëindigen vd</p>	<p><u>Steekproef:</u> moeder-kind paren n=101 atermen neonaten (<37w) en n=37 laat pretermen neonaten (35-37w) (laagrisico, eenling vaginale ongecompliceerde geboorte)</p> <p><u>Setting:</u> canada, Toronto</p> <p><u>Data-collectie:</u> juli '99-dec '00</p>	<p><u>Standaardzorg:</u> standaard ZHzorg + standaard verblijf in ZH</p> <p><u>Interventie:</u> standaard ZHzorg + vroegtijdig ontslag (<48u na geboorte) met max. 3 huisbezoeken van lactatiekundige (vpk)</p> <p>De standaard ZHzorg omvat de mogelijkheid vr bvconsult en 24u tel. advies</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. stoppen met BV 2. BVincidentie en frequentie bij exclusieve BV 24u voorafgaand aan de datacollectie 3. incidentie en frequentie van BV bij BV (borst en afgekolfd) 4. registratie hyperbilirubinemie, dehydratie, gewichtsverlies tevredenheid met de BVbegeleiding 5. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. meer atermen neonaten (resp. $p=0.02$ en $p=0.01$) krijgen exclusieve BV (rechtstreeks uit de borst) en BV+ afgekolfde melk 2. geen sign. verschil in bvcijfers bij de laatpretermen 3. De tevredenheid van de begeleiding is groter in de interventiegroep <p>=> BVbegeleiding thuis heeft een pos. invloed op bvoutcomes bij atermen neonaten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • power 85% bij n=80 • aanvankelijk waren de onderzoekers geblindeerd, moeders vertelden tijdens de interviews echter vaak de groep waarin ze zaten. • datacollectie op d5 kan verschillen van d12 • uitval goed beschreven • ontslagcriteria niet duidelijk beschreven

cijfers dalen snel binnen de 14d PP	huisbezoeken				
<p>(McComish & Visger, 2009)</p> <p>Titel: Domains of Postpartum Doula Care and Maternal Responsiveness and Competence</p> <p>Doel studie: De domeinen van postpartum doula's beschrijven en illustreren hoe faciliteren doula's de maternale ontvankelijkheid en competenten en wanneer ze dit doen.</p>	<p>Design: kwalitatieve studie met etnografische methode waarbij gebruik gemaakt wordt van observatie van participanten</p> <p>Method: De onderzoekers die observeerden waren studenten verpleegkundige, een onderzoeksassistent met masterdiploma in sociaal werk. Per moeder steeds dezelfde onderzoeker</p> <p>Analyse: Nvivo, conceptueel model uit andere studies, constant comparison. onderzoekerstrategie, discrepantie</p>	<p>Steekproef: 13 vrouwen en hun kinderen en 4 postpartum doula's</p> <p>Recrutering door doula's of door de vroedvrouwen uit het lokale gezondheidscentrum aan de hand van een brief</p> <p>Inclusie van moeder</p> <ul style="list-style-type: none"> - 18 jaar of ouder - spreken engels - bevallen in een ziekenhuis in detroit - eenling - geen gekende middelengebruiker - geen grote medische risico en geen gelande setio <p>Doula's waren zelf moeder en hadden DONA training gevolgd.</p> <p>Setting: AMERIKAANSE studie thuis bij de moeders die postpartum doula's zorg verkrijgen</p> <p>Data-collectie:</p>	<p>Standaardzorg: Doula bracht 3 bezoeken in het derde trimester van de zwangerschap, continue ondersteuning tijdens de arbeid en bevalling, bezoek in het ziekenhuis.</p> <p>Tijdens het postpartum: 6 bezoeken gedurende de eerste 12 weken postpartum met telefoongesprekken tussen de bezoeken. Dit model bood continuïteit van zorgverlener waardoor er een relatie kon worden opgebouwd met de doula.</p> <p>Gebruikte begrippen Postpartum doula: biedt emotionele en fysieke ondersteuning in de postpartumperiode. Het is een leek die de geboorte bijwoont en niet-medische steun biedt aan vrouwen en hun partners. DONA: organisatie die doula's opleidt in niet-medische steun tijdens arbeid, bevalling en postpartum. Postpartum doula's faciliteren de transitie naar het ouderschap door educatie aan te bieden (EB informatie over) troosten, herstellen na de geboorte en vaardigheden</p>	<p>Verschillende domeinen waarin postpartum doula's actief zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Emotionele ondersteuning: (meest voorkomende domein) focust bijna uitsluitend op de moeder. De meest dominante eigenschap van het domein is dat het cliëntgericht is, de doula luistert actief naar de moeder en haar noden. Bij interactie zal de doula de moeder aanmoedigen om haar emoties te uiten, haar geboorteverhaal te vertellen en om zichzelf te verzorgen door het uitbouwen van een ondersteunend netwerk. 12. Lichamelijk comfort: focus op het lichamelijk comfort van de moeder, zoals assistentie geven bij BV, bij stuwings of tepelkloven, herstel van de epi of herstel ongeplande sectio. 13. zelfzorg: het ondersteunen van activiteiten om ervoor te zorgen dat de moeder voldoende slaapt, eet, drinkt, beweegt en andere zelfzorg zoals zorg voor PP depressie en bijwonen van consultatie op 6 weken 14. zorg voor pasgeborene: faciliteren van slaap van de baby, voldoende zonlicht voor bilirubine, voldoende spelen en lichamelijk ontwikkeling en veiligheid. 15. informatie: bieden van algemene informatie (verschillend van andere domeinen) zoals anticonceptie, zorg voor de pasgeborene of andere kinderen 16. bepleien en doorverwijzen. Bepleien is het aanleren van vaardigheden opdat ze barrières kunnen overwinnen en ze voor zichzelf kunnen pleiten bij contact met sociale diensten of zorgverleners. Doorverwijzen voor specifieke middelen zoals geldbeurzen. Dit is vooral de moeder aanmoedigen om actie te ondernemen wanneer dit nodig is. Dit was vooral nodig bij jonge moeders die een slecht contact hebben met hun familie. 17. steun aan de vader: aanmoedigen van de moeder om de vader te includeren bij zorg voor de baby en de vader of andere familieleden ondersteunen in hun inspanningen om de moeder te helpen. 18. ondersteuning voor de moeder/vader ivm baby: ontwikkelen van vaardigheden als ouder door activiteiten die de binding verbeteren, zoals troosten en stimulatie van ontwikkeling. De activiteiten van doula's houden in: modeling, informatie geven en bekrachtigen van de ouderschapsresponsen. 19. ondersteuning van de moeder en de vader in de zorg voor de andere kinderen: ondersteunen en informatie geven en ondersteunen van de acties van de ouders gerelateerd aan het psychisch of zorg voor de ontwikkeling in de zorg voor de broers of zussen. Het meest voorkomend probleem was terugval in de ontwikkeling (vb. bedwateren) of emotionele uitbarstingen zoals jaloesie en temper tantrum en aandacht zoeken op een negatieve manier 20. organisatie van het huishouden: minst voorkomend. Ging vooral over het 	<p>Het geven van postpartum steun door de doula's was nieuw voor hen.</p> <p>Manier van recruterende zorg voor een beperkte transferability</p> <p>Geen andere studies over het thema om de resultaten mee te vergelijken.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is geen gestandaardiseerd model voor postpartum zorg door doula's.

	aan de hand van consensus. Trustworthiness (onderzoek liep 6 weken)+ follow up onderzoek om na te gaan of de bevinden van de onderzoekers overeenstemd en met de ervaringen van de vrouwen.		en geeft niet-beoordelende emotionele steun aan het gezin. Ontvankelijkheid van de moeders is het vermogen van de moeder de signalen van hun kind correct in te schatten en deze op een geschikte, snelle en effectieve manier te beantwoorden. Dit bestaat uit 3 fasen: <ul style="list-style-type: none"> De signalen van het kind het antwoord van de ouders op een snelle en sensitive manier de ervaring van het kind dat zijn of haar behoeften belangrijk zijn en dat deze beantwoord worden op een gevoelige manier. Maternale competentie: betreft een zelfbeoordeling van de mogelijkheid van de moeder voor de zorg van de baby op een effectieve en gevoelige manier te bieden	creëren van een nest, voor haar voor haar andere kinderen. Ander taken konden ook zijn de afwas doen of een lichte maaltijd maken, terwijl de moeder speelde met de andere kinderen. Faciliteren van de maternale ontvankelijkheid en de maternale competenties door doula's: Drie belangrijke thema's <ul style="list-style-type: none"> - doorzetten met borstvoeding: voor primiparae was het aanleren van de vaardigheden met borstvoeding een uitdaging. Bij multiparae was het beslissen om borstvoeding (verder) te geven beïnvloed door de ervaring met voeding bij de oudere kinderen. Stoppen met borstvoeding werd aanzien als falen. Vrouwen die stopten met BV gaven aan te rouwen om te verlies van het contact dat borstvoeding gaf. De meerwaarde van de doula kan hier zijn dat de vrouwen die stoppen met borstvoeding toch op de correcte manier bindt met haar kind. - integratie van het nieuwe kind in de familie. Dit was een uitdaging voor alle ouders. Voor primiparae en hun partner waren er vooral uitdagingen wat betreft het vinden van een nieuwe routine en van een nieuwe rol als ouders, drastische veranderingen in hun schema, ze hadden onrealistische verwachtingen van de ontwikkeling. De doula had een vertrouwensrelatie opgebouwd met de vrouwen, dit werd bevestigd wanneer vrouwen hun fouten vertelden aan de doula. Voor multiparae was het evenwicht zoeken in de zorg voor het nieuwe kind, in combinatie met de zorg voor de oudere kinderen een uitdaging. De integratie van een nieuw kind in de familie, betreft de hele familie en vraagt een multidimensionale aanpak. hierbij probeert de doula een omgeving te creëren waarin het voor het oudere kind veilig is om in interactie te gaan met de nieuwe baby terwijl er toch voldaan wordt aan de noden van het oudere kind. - ondersteuning voor de zorg voor ontwikkeling en de binding: voor primiparae ging dit vooral door de vrouw centraal te stellen in de discussie en role-modeling. Dit werd vooral gefaciliteerd door het leren herkennen van tekenen van de baby en het geven van informatie. Bij multiparae was dit gericht op de ontwikkeling van de oudere kinderen door informatie te geven over de ontwikkeling van kinderen van deze leeftijd. En ook bekrachtigen dat het heel moeilijk is om de noden van 3 jonge kinderen gelijktijdig te beantwoorden 		
(McDonald, et al., 2010)	<u>Design:</u> RCT <u>Methode:</u> vragenlijst 2 en 6 mnd PP (demografische gegevens en vroegere bvervaring,	<ul style="list-style-type: none"> • Steekproef: n=849 moeder- kind dyades (aterme eenlingzwangerschap) met BVwens (Engelse taal machtig en >18j) 	<ul style="list-style-type: none"> • Standaardzorg (SMS): 1 of meer postnatale huisbezoeken dr ZHvroedvrouw de 1^{ste} 6d + bvinfo en video +toegang tot lactatiekliniek 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalentie van exclusieve BV op 6m • Prevalentie van bv op 6m 	<ul style="list-style-type: none"> • 74% van de moeders ontvingen 2 tot 4 huisbezoeken • Bvintentie om langer dan 6mnd te voeden werd gevonden bij 76% van de moeders in de totale populatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Power berekend, intention-to-treat, RR en BI • Uitval beschreven Redenen voor geen effect: reeds hoge bvintentie, hawthorne effect, vroedvrouwen in

<p>programme on the duration of breastfeeding: RCT</p> <p><u>Doel studie:</u> verhoging van Bvaanvangsci jfer van 90% en cijfers na 6m van 80% en 50% exclusief</p>	<p>perceptie van ontvangen ondersteuning en bvintenties) + Bvdagboek (wekelijks de 1^{ste} mnd en daarna maandelijks tot 6mnd) + obstetrische gegevens</p>	<ul style="list-style-type: none"> <u>setting:</u> Australia – UZ (BFHI accreditatie) <u>data-collectie:</u> 2000-2001 recruitering 24u na partus in het ZH door onderzoeksvroedvrouw 	<p><u>Interventie:</u> extended midwifery support programme (EMS)bovenop de standaardzorg:Individuele postnatale GVO (extra info+ advies over positionering, aanleggen+ bvproblemen, groei en ontwikkeling, huilpatronen en in-slaap technieken) en 1x/wk huisbezoek + 2x/wk tel. van vroedvrouw eerste 6wkn (geregistreerde vroedvrouw, geen lactatiekundige=> liefst steeds dezelfde om continuïteit te kunnen waarborgen)</p>		<ul style="list-style-type: none"> Het bvprogramma heeft geen effect op de bvprevalentiecijfers in een setting met hoge bvintentie(bvcijfers zijn hoog, maar blijven onder het nationale richtlijnen: Bvinitiatiecijfer van 90% en cijfers na 6m van 80% en 50% exclusief) <p>➔ conclusie: de idee dat vroege identificatie van bvproblemen en vroege interventie het vervroegd stoppen met bv zou voorkomen, gaat dus niet op.</p>	<p>EMS programma waren geen lactatiekundigen (en geen onderscheid tussen hoogrisico en laagrisico groepen gemaakt, dit gebeurde wel in de studie van Kronborg) en bovendien is de standaardzorg reeds uitgebreide zorg</p>
<p>(McLachlan, et al., 2009)</p> <p>Titel: Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia</p> <p><u>Doel studie:</u> Meningen in kaart brengen van 4 alternatieve zorgpakketten opzichte van de standaardzorg</p>	<p><u>Design:</u> kwalitatief onderzoek</p> <p><u>Methode:</u> Focusgroepen (8) Individuele interviews (4)</p>	<p><u>Steekproef:</u> purposive sample, uitnodigingen werden verstuurd en mensen werden direct aangesproken vanuit MCH (Maternal and Child Health) (= K&G) 6 w tot 12 maand in postpartum, zwangerschap en 2 mannen</p> <p><u>Setting:</u> Aug – okt 2006 Vrouwen die standaardzorg kregen in Victoria, zowel privaat als . contactname door MCH.</p> <p><u>Data-collectie:</u> Interviewguide line werd ontwikkeld, audiotape + fieldnotes Analyse door 2 verschillende onderzoekers</p>	<p><u>Standaardzorg:</u></p> <p>VB: 2 tot 3 nachten Sectio: 3 nachten HB: 1-2</p> <p><u>Interventie:</u></p> <p>Pakket 1: zh zorg VB: 1 nacht Sectio: 3 nachten HB: 3</p> <p>Pakket 2: zorg door gekende vroedvrouw VB: 1 nacht Sectio: 3 nachten HB: 2</p> <p>Pakket 3: hotelzorg VB: 1 nacht (+2 in hotel) Sectio: 2 nachten (+2 in hotel) HB: 1</p>	<p>Geen uitgesproken voorkeur voor geen enkel pakket. Er was wel een grote bezorgheid over de dalende LOS. Wanneer de verblijfsduur anders is dan wat vrouwen verwachten of ervaren hebben, zijn ze minder geneigd om dit te verkiezen.</p> <p>Algemeen thema: individualiseren van zorg: flexibiliteit was heel belangrijk</p> <p>Waarde gegeven aan</p> <ul style="list-style-type: none"> Ziekenhuiszorg: Vrouwen hebben een tekort ana vertrouwen dat zij in staat zijn om voor hun kind te zorgen. De 24-uur ondersteuning van vroedvrouwen in een zh zorg ervoor dat de angst verminderd. De steun van vroedvrouwen gedurende 24 u op 24 werd als essentieel beschouwd om het maternaal vertrouwen op te bouwen. 1 nacht verblijven werd als onvoldoende aanzien, vooral door primi's thuiszorg vrouwen vinden dit heel belangrijk, maar ze willen het niet ruilen voor een korter verblijf in het ziekenhuis. wanneer je je niet comfortabel voelt bij het feit dat iemand in je huis komt, moet je de mogelijkheid worden geboden om op consultatie te gaan met je baby. gekende vroedvrouw (continuïteit van zorg) vrouwen apprecieerden het idee van continuïteit van zorg, maar de mate waarin ze dit als meerwaarden ervaren verschilden. Zelf een keuze kunnen maken voor vroedvrouw is belangrijk (<i>nu niet het geval bij K&G</i>) 		<p>Informed consent ok Ethisch comité ok</p> <p>Vraag is of dit de correcte methodologie is: mensen zijn geneigd om weerstand te vertonen tegen verandering. Een betere methode zou zijn om vrouwen die met een ander zorgsysteem zijn geconfronteerd om deze percepties en meningen te vragen. Ook de outcome van de verschillende pakketten zou moeten worden in kaart gebracht, in functie van mentale en fysieke gezondheid van zowel moeder als kind.</p>

		•	<p>Pakket 4: thuiszorg VB: ontslag op dag zelf Sectio: 2 nachten HB: 4</p> <p>Alle pakketten worden gecombineerd met telefonische ondersteuning (ook de standaardzorg)</p>	<p>- hotelzorg: meerwaarde: steeds 24 uur op 24 beschikbaarheid van een vroedvrouw. Verschillende meningen binnen de groep: sommigen waren liever thuis dan in een hotel, het twee keer verhuizen was ook een negatief punt; een andere groep vond dit een inadequate poging om het tekort aan ZH accommodatie op te lossen. In landelijke omgevingen werd dit niet als een goede optie aanzien.</p> <p>Discussie: Vooral primiparae willen het verblijf in het ziekenhuis niet verkorten, ook niet in ruim voor extra HB In zorgorganisatie moet een onderscheid worden gemaakt in zorg voor primi en zorg voor multi's. => we kunnen niet 1 model ontwikkelen, zorg moet afgestemd worden om individuele verwachtingen en behoeften.</p>	
<p>(Meikle, et al., 1998)</p> <p>Titel: Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery</p> <p>Doel studie: LOS, bepaald door de arts die over het ontslag beslist, is dit geassocieerd met: 1. heropnames 2. verhoogd aantal contacten met</p>	<p>Design: Inception cohort study</p> <p>Methode: Selectie van de populatie op basis van Kaiser Perinatale Database en aanvullende administratieve databanken.</p>	<p>Steekproef Alle vrouwen en kinderen met vaginaal bevalling in het St. Joseph hospital in Denver Colorado van 1 januari 1994 tot 30 september 1995</p> <p>Exclusie: -multiple zwangerschap, dode geboorte, neonaat minder dan 2500g, sectio, geen informatie beschikbaar Totaal: 4323 vrouwen</p> <p>Datacollectie: op basis van dossiergegevens</p> <p>Setting St. Joseph hospital in Denver Colorado</p>	<p>DEFINITIES OUTPATIENT CARE = spoedopnamen, minder dan 24 uur observatie in het ziekenhuis, consultaties</p> <p>HUISBEZOeken 7 dagen op 7, noraam tussen 24 en 72 uur na de bevalling, moeder en baby worden onderzocht. Bij problemen wordt doorverwezen naar de arts. Indien geen huisbezoek wordt een afspraak gemaakt voor een consultatie in het ziekenhuis binnen de 72 uur en opnieuw 2 weken na de geboorte van de neonaat. Extra bezoeken voor de moeder in geval van - primi - eerste borstvoedingservaring - eerder falen van</p>	<p>Maternale outcome</p> <p>1. LOS Pariteit: meer primiparae verbleven langer dan 48 uur in het ziekenhuis dan multiparae.</p> <p>2. huisbezoeken kwamen meer voor wanneer vrouwen minder dan 48 uur in het ziekenhuis verbleven. Er was geen verschil in heropnames bij vrouwen die thuiszorg kregen ten opzichte van vrouwen die geen thuiszorg kregen. Voor vrouwen die werden heropgenomen waren de aandoeningen: Endometritis: 48,6% Cholecystitis (11,4%) Preeclampsia 5,7% PP bloeding 5,7% PP oedeem 5,7% PP depressie 5,7% Geen enkele demografische, gedrags of perinatale factor had een predictieve waarde voor heropname.</p> <p>Bij outpatient care Hadden vrouwen significant meer</p> <p>- preeclampsie, een epidurale en vaginale laceraties.</p> <p>Neonatale outcome 1,55% heropnames gedurende de 28 dagen na de geboorte. Geen correlatie met LOS en heropname.</p> <p>Huisbezoeken verminderden het aantal consultaties, en die onafhankelijk van</p>	<p>Kost en tevredenheid niet onderzocht. Verder goed onderzoek.</p> <p><i>Confounders opgenomen</i> - outpatient care - homecare - borstvoeding - demografische factoren</p> <p><i>Geen rekening gehouden met educatie tijdens het ziekenhuisverblijf.?</i></p>

<p>vrouwen of neonaten wat is de impact van huisbezoeken?</p>			<p>borstvoeding</p> <ul style="list-style-type: none"> - minder dan 20 jaar oud, - geen prenatale zorg - gestegen RR of temp bij ontslag - hematocriet lager dan 30% - ernstig perineaal trauma - depressie in anamnese. <p>Extra bezoek bij neonaat owv</p> <ul style="list-style-type: none"> - minder dan 6 pounds - minder dan 37 weken - geelzucht - risico op sepsis - geboortetrauma, - hypogluemie - polycytemie, • aanwezigheid van een congenitale aandoening. 	<p>de LOS. $p < 0,05$</p> <p>Huisbezoeken deed het aantal heropnames van neonaten dalen ! Neonaten die 25 tot 48 uur in het ziekenhuis verbleven en die thuiszorg kregen werden mindere heropgenomen. $p < 0,05$</p> <p>De meeste heropnames van de pasgeborene konden niet vermeden worden door een lagere LOS (ging om respiratoire aandoeningen of congenitale aandoeningen).</p> <p>De twee meest voorkomende redenen van meer dan 2 neonatale bezoeken bij neonaten met een los minder dan 48 uur, was instrumentale bevalling en preeclampsie</p> <p>Heropname niet gelinkt aan LOS.</p>		
<p>(Morrell, et al., 2000)</p> <p>Titel: Costs and benefits of community postnatal support workers: a randomised controlled trial</p> <p><u>Doel studie:</u> Effect en totale kost</p>	<p><u>Design:</u> RCT Dit het verschil in gezondheidsstatus in een groep vrouwen meet</p> <p><u>Methode:</u> Vragenlijst via de post op 6 weken en 6 maand postpartum</p>	<p><u>Steekproef:</u> 623 vrouwen werden gerandomiseerd</p> <p><u>Exclusiecriteria:</u> Niet in staat zijn IC te geven, geen engels praten of begrijpen, een baby hebben die meer dan 48 uur zorg nodig had in een baby-unit</p> <p><u>Setting:</u> VS</p> <p><u>Data-collectie:</u> EPDS-DUFFS score- en BVpercentages – vragenlijst 6w en 6m PP</p>	<p><u>Standaardzorg:</u> Huisbezoeken door de community midwife</p> <p><u>Interventie:</u> Support worker (SW) die praktische en emotionele ondersteuning bood aan vrouwen om ze te helpen rusten na de bevalling Hiervoor werden 10 bezoeken aangeboden gedurende de eerste 28 dagen postpartum tot 3 uur per dag. De activiteiten bestonden uit: huishoudelijk werk, gesprekken met de</p>	<p>Perceptie van de algemene gezondheid (short form 36) (Op 6 weken en 6 maand)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Secundaire outcomes: EPDS (Eddingburgh postnatal depression scale) Duke functional social support en borstvoedingscijfers. 	<p>Geen enkel significant verschil noch op de primaire, noch op de secundaire outcomes, en dit met een vergelijkbare interventie- en controlegroep.</p> <p>De tevredenheid van de CW was hoger dan alle andere diensten die ontvangen werden.</p> <p>Er was geen verschil in gebruik van andere gezondheidsdiensten, zoals de huisarts, gebruik van diensten voorschriften van medicatie tot 6 maand na de bevalling.</p> <p>De totale kost was 180 pond per vrouw hoger in de interventiegroep dan in de controlegroep</p> <p>⇒ hoewel vrouwen deze dienst zeer</p>	<p>Correct gevoerde rct. Slechts beperkte opleiding van de CW en geen ervaring.</p> <p>Slechts 15% van de vrouwen kreeg effectief 10 bezoeken</p> <p>Bestding van de tijd, is dit vergelijkbaar met Nederland?</p> <p>Alpha 0,05 power 0,80</p> <p>EC ok IC ok</p>

<p>per vrouw van de postnatale zorg, thuis gebaseerd op het nederlandse model</p> <p>Hypothese gebaseerd op het feit dat postnatale ondersteuning depressie kan verminderen en borstvoedings cijfers kan verhogen.</p>			<p>moeder, zorg voor de baby en andere kinderen. De dienst werd aangeboden aanvullend op de standaardzorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> De interventie werd aangepast aan de zelfgerapporteerde noden. 		<p>hoog inschatten, was er geen enkel bewijs voor gezondheidsvoordeel, geen ander gebruik van de gezondheidsdiensten met een bijkomende kost van 180 pond per vrouw...</p> <p>Tijdsbesteding van de CW: 38% ging naar huishoudelijk werk 23% praten met de moeder, meestal ging dit over sociale onderwerpen, slaap, rust, leven met een nieuwe baby, gezin, lichamelijke noden, sociale noden, arbeid en bevalling, maar het minst van al over emotionele noden. 9% baby activiteit, 8% met andere kinderen. 7% van de tijd bezig met FV, 6% babbelen over de baby, slecht 3% over BV.</p> <p>Gemiddeld werden er 7 bezoeken per vrouw gebracht.</p> <p>Vrouwen gaven aan even de tijd te hebben voor te rusten of voor zelfzorg zoals persoonlijke hygiëne, minder dan 2% gaf aan dat dit een beperking was omdat ze niet konden slapen wanneer de CW aanwezig was</p>	
<p>(O'Leary-Quinn, et al., 1997)</p> <p>Titel Breastfeeding Incidence After Early Discharge and Factors Influencing Breastfeeding Cessation</p> <p><u>Doel studie:</u> is er een verschil in % borstvoeding</p>	<p><u>Design</u> Beschrijvend onderzoek (case control)</p> <p><u>Methode</u> Vragenlijst afgenomen door een verpleegkundig onderzoeker via telefoon.</p>	<p><u>Steekproef:</u> Convenience sample 101 vrouwen primiparae die BV geven en vaginaal bevallen zijn van een gezonde neonat en zijn tussen 6 en 8 weken pp</p> <p>Datacollectie</p> <p>Setting</p>	<p>48 uur of 24 uur LOS</p>	<p>Incidentie borstvoeding op 6 tot 8 weken PP en de waargenomen factoren die de beslissing tot FV kunnen beïnvloeden.</p> <p>(a) complete breastfeeding, milk from breast only; (b) complete breast milk, breast milk from bottle or breast; (c) partial breastfeeding, breast milk or formula from breast or bottle; and (d) bottle feeding, formula from bottle.</p>	<p><u>Conclusie</u> Incidentie borstvoeding op 6 tot 8 weken is niet gecorreleerd met de LOS (24 of 48 uur LOS.)</p>	<p>ZEER ZWAK onderzoek, slechts 101 vrouwen en convenience sample.</p> <p>ONVOLDOENDE POWER Geen representatieve steekgroep wat BV % betreft, geen rekening gehouden met inhoud van PP zorg thuis.</p>

<p>op 6 tot 8 weken postpartum bij vrouwen die 48 uur verbleven in het ziekenhuis ten opzichte van vrouwen die <24 uur in het ziekenhuis erbleven. Welke factoren beïnvloeden de overschakeling naar flesvoeding.</p>						
<p>(Paavilainen & Astedt-Kurki, 1997)</p> <p>Titel: Self-reported family health and well-being after early discharge from maternity hospital: a phenomenological study</p> <p>Doel: zelfgerapporteerde gezondheid en welzijn van gezinnen na een LOS</p>	<p><u>Design:</u> Fenomenologische studie</p> <p>Methode: focusgesprekken met gezinnen</p>	<p><u>Steekproef</u> Gezinnen= moeder (n=12), persoon die de vaderrol opneemt (n=9), andere kinderen in het gezin</p> <p>Sampling = gebaseerd op vrouwen die binnen 1 ziekenhuis in dezelfde periode bevielen en kozen voor een vroeg ontslag. Dit waren geen primiparae (kon niet volgens richtlijnen ziekenhuis)</p> <p><u>Datacollectie</u> Interviews 2 tot 4 weken PP</p> <ul style="list-style-type: none"> - beschrijven van hun voelens, zorgen, en ervaringen over hoe ze met alles cope en en hoe ze zorg dragen van zichzelf en mekaar 	<p>Uit de literatuurstudie van dit onderzoek komen een aantal voordelen naar voor van vroegtijdig ontslag (ipv 4 tot 5 dagen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - geen verschil in gezondheid van kinderen - geen verschil in herstel van de moeder - geen verschil in starten met borstvoeding - minder fysieke problemen - minder depressie - minder jaloezie van de andere kinderen tov de neonaat - andere kinderen zijn blij dat ze de nieuwe baby leren kennen. <p>.</p> <p>Vanuit ander onderzoek wordt gezondheid benaderd niet vanuit het perspectief van de familie. Dit onderzoek benaderd de gezondheid vanuit het perspectief van de familie. Dit leidt tot andere outcomes, andere accenten.</p> <p>Ervaren of zelf gerapporteerde gezondheid is een complex gegeven. waarbij de waarden van mensen gecombineerd worden met dingen die ze ervaring in hun dagelijks leven.</p> <p>De ervaringen van families bij het krijgen van een kind worden hier in kaart gebracht.</p>	<p>RESULTATEN FEMENOLOGISCHE STUDIE</p> <p>3 categorieën</p> <p>1. GROEIEN NAAR EEN NIEUWE LEVENSSITUATIE.</p> <p>Anticiperen op de toekomst: plannen om vroeg het ziekenhuis te verlaten maar ook om te blijven indien dit nodig blijkt. Geen enkele vrouw wou risico nemen door het ziekenhuis te vroeg te verlaten. Soms waren de vaders niet</p>		<p>Vroegtijdig ontslag is een nieuwe zorgoptie in Finland. Vrouwen geïncludeerd in het onderzoek hebben zelf de keuze gemaakt om deel te nemen aan deze studie, hierdoor hebben ze misschien eerder gedeelde situaties, waardoor de generaliseerbaarheid van deze studie in het gedrang komt.</p>

<p>van ≤24 uur PP.</p>	<p><u>Setting:</u> ziekenhuis in finland.</p>	<p>volledig overtuigd van de voordelen van vroegtijdig ontslag.</p> <p>De baby opnemen als nieuw familielid.</p> <p>Vroegtijdig ontslag werd aanzien als een manier om het accepteren van de baby door de andere kinderen te faciliteren.</p> <p>Opbouwen van het ouderschap</p> <p>2. IN EEN NIEUWE LEVENSSITUATIE ZICHT BEVINDEN</p> <p>Er zijn voor kinderen Het leven van de ouders is erop gericht om de kinderen tevreden te stellen De baby tevreden stellen was een tijdrovende taak De ouderen kinderen werden betrokken in de alledaagse taken. , vb. kinderen werden gevraagd te helpen waar mogelijk en werden toegelaten om alle check-ups van de baby mee te beleven.</p> <p>Coping van vader en moeder Vaders willen iets nuttig doen, niet “de rest” doen. Vrouwen besteden weinig aandacht aan ongemakken zoals hechtingen en napijnen. Twee vrouwen hadden een borstontsteking maar wisten hoe ze hier moesten mee omgaan.</p> <p>Thuishoren in zijn huis. De mogelijkheid om vroeger naar huis te gaan werd enorm geapprecieerd. Thuis zijn bood bescherming volgens hen Ze hadden vrijheid, rust, en privacy.</p> <p>Controle hebben over de omgeving werd geïdentificeerd. Thuis konden ze het gezin en het huishouden onder controle houden. Ze voelden dat ze daar thuis hoorden, het is de meest natuurlijke plaats voor een moeder en baby om te leven. De gevoelens van tesamen zijn werd gereflecteerd in het feit dat bezoeken van familie en vrienden niet beperkt waren door regels van een ziekenhuis.</p> <p>Sommige vrouwen voelden zich onwel in het ziekenhuis en voelden zich beter door thuis te zijn.</p> <p><i>Vrouwen moet zelf kunnen beslissen wat goed is voor zichzelf en hun gezin.</i></p> <p><i>Vrouwen moeten ondersteund worden in hgebruik te maken van hun familienetwerk ! Ze moeten gesteund worden in problem-solving behavior.</i></p>	<p><u>Standaardzorg:</u> office-based care (OBC), 1 ZHconsult (moment bepaald dr pediater bij ontslag)</p>	<p><u>Primaire outcome :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ongepland gebruik van GHzorg <2wkn na geboorte <p><u>Secundaire outcomes:</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. gebruik van GHzorg <2w is ongewoon en er is geen sign. verschil tss de groepen 2. De neonaten in de HNVgroep werden vaker gezien 2d na ontslag dan de OBCneonaten (p=.002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Randomisatie, blinding correct uitgevoerd • schalen gevalideerd en veel gebruikt,
<p>(Paul, et al., 2012)</p> <p>Titel: A Randomized Trial of</p>	<p><u>Design:</u> RCT</p> <p><u>Methode:</u> tel. vragenlijst baseline, na 2w, 2mnd en</p>	<p><u>Steekproef:</u> n= 577 HNVgroep en n= 577 OBCgroep (totaal 1154 moeder-kind dyades, 1169neonaten) (geboren > 34w)</p>				

<p>Single Home Nursing Visits vs Office-Based Care After Nursery/Maternity Discharge</p> <p><u>Doel studie:</u> vgl. PPzorg in ZH en huisbezoeken</p>	<p>6mnd (zelfrapportage)</p> <p>(een subset voor maternelle rapportage van 144 moeders wees uit dat de herinnering van GHzorggebruik PP accuraat is na 2w, maar slechts matig voor de periode daarna in vgl. met de registratie van medische gegevens => enkel gebruikt voor registratie primaire outcome)</p> <p>Registratie sec. outcomes:</p> <p>-infant feeding practices studyII neonatal quest. -infant month2 Quest. -Edinburgh postnatal depression</p>	<p>zwangerschap, eenling en meerling, vaginale partus én sectio met BVintentie)-PPontslag 48u na vag. partus en 96u na sectio (exclusie als PPverblijf in ZH langer is of bij complicaties/verwachte PPproblemen)</p> <p><u>Setting:</u> academisch ZH Pennsylvania (VS)</p> <p><u>Data-collectie:</u> sept 2006-aug 2009</p> <p>Onderzoek gaat uit van de AAP richtlijn die zegt dat PPcontrole dient plaats te vinden binnen de 2d na ontslag</p> <p>Termijn van 2wkn werd aangehouden voor 3redenen: 1. geelzucht en hydratatie zijn vaakst genoemde (te voorkomen) reden van heropname en komen voor kort na ontslag, 2. maternelle morbiditeit vindt meestal plaats <2w PP, 3. de verwachting dat een huisbezoek kort na ontslag belangrijke korte-termijn voordelen heeft</p>	<p><u>Interventie:</u> 1 huisbezoek dr vpk (HNV) < 2d na ontslag (meestal d 3-5) + 1w na het bezoek een ZHconsult voor follow-up van groei (meestal 5-14d na geboorte)</p> <p>(maternal-child vpk met gem. 21,4jaar ervaring, kregen extra opleiding in de BVbegeleiding en culturele competentie)</p>	<p>2. GHzorggebruik <2d 3. BVduur en exclusiviteit</p>	<p>(timing van de bezoeken was dus meer conform de AAPrichtlijnen)</p> <p>3. De neonaten in de HNVgroep krijgen na 2wkn (p=.04) en 2mnd (p=.05) meer BV, maar niet na 6mnd (geen sign. verschil)</p> <p>4. er zijn geen sign. verschillen tss de groepen in mentale GH van de moeder en tevredenheid met zorg, HNVmoeders hadden wel een sterker gevoel van competentie na 2w en 2mnd (p<.01)</p> <p>=> huisbezoeken zijn een veilig en effectief alternatief voor consultaties in het ZH na ontslag PP</p>	<p>behalve satisfaction with maternal and newborn scale (ontw. voor deze studie- validatie?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • power 90% met $\alpha=.05$ • intention-to-treat • 50% was primiparae in de studie, 15 tweelingen, gem. LOS 49u • Gemiddeld waren er 2bezoeken in beide groepen • zelfrapportage van BVcijfers na 2m waren minder accuraat en werden dr de moeders vaak afgerond naar gehele getallen (aantal maanden)=> bedenking: de periode tss 2m en 6m is te lang voor accurate dataverzameling <p>sterkte: ook sectio en meerling meegenomen en niet enkel privéverzekerde moeders (in tegenstelling tot studies Lieu en Escobar) + hier ligt de focus zowel op moeder als kind</p>
--	--	--	---	---	---	---

	survey (EPDS) -State-trait anxiety inventory (STAI) -medical study social support survey -parenting sense of competence scale -satisfaction with maternal and newborn healthcare scale					
(Razurel, et al., 2011) <u>Titel:</u> Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study <u>Doel studie:</u> Identificeren van problemen en gebeurtenissen die als stressvol worden ervaren door primiparae	<u>Design:</u> kwalitatief onderzoek <u>Methode:</u> Semi-gestructureerde interviews Enmalig interview	<u>Steekproef:</u> 60 vrouwen, 6 weken pp, normale vrouwen, zonder pathologie, purposive sampling, recruitering <u>Setting:</u> Genève, Zwitserland, materniteit <u>Data-collectie:</u> oktober 2006 tot maart 2007. <u>Data-analyse:</u> Eerste 10 transcripten werden door 2 onderzoekers gecodeerd en daarna vergeleken, bij conflicten werd een 3 ^{de} onderzoekers geconsulteerd. De rest werd door 1 onderzoeker geanalyseerd. Iteratief proces met codeboom.	Opm. Voorgaande studie van Razurel et al 2003 -> toonde aan dat binnen een ZH slechts 46% van de vrouwen het mogelijk vonden om hun gevoelens en emoties te vertellen aan de zorgverleners Resultaten Stressvol = wanneer het een duidelijk indruk naliet op de moeder 80% had prenatale lessen gevolgd Stressvolle gebeurtenis <u>Vroeg postpartum</u> Nr 1 is het contact met een zorgverlener tijdens het ziekenhuisverblijf. Verblijf in het ziekenhuis werd als stressvol event aangegeven, vooral door gebrek aan rust en privacy. De meeste vrouwen hadden gedacht om daar te kunnen rusten, maar de omstandigheden op de dienst lieten dit niet toe. Rest zie artikel <u>Thuis</u> <ol style="list-style-type: none">1. borstvoeding: werd geassocieerd met pijn en moeilijkheden om te voeden. De perceptie van vrouwen over borstvoeding waren negatief, pijn stond heel centraal. Borstvoeding werd beschouwd als een indicator om na te gaan of je een goede moeder bent of niet. De idealisatie van de borstvoeding is gevaarlijk. Stoppen met borstvoeding wordt geassocieerd met een slechte moeder zijn. De nadelen van borstvoeding worden nooit verteld tijdens de prenatale lessen. Borstvoeding werd aanzien als een negatief event.2. logistieke organisatie3. wenen en ritme van de baby4. prof. follow up (management en attitude)5. terug naar huis gaan6. gezondheid en zorg van de baby	EC ok IC ok • Let op dit is een omentopname, dit kan niet veralgemeend worden voor het postpartum.		

<p>tijdens het postpartum. Exploreren van de sociale steun en de copingstrategie die deze primiparae hebben gebruikt om om te gaan met deze situaties.</p>			<ol style="list-style-type: none"> 7. babyblues 8. gevoel moeten hebben van een goede moeder te zijn 9. koppel 10. moeder en haar lichaam 11. terug aan het werk gaan 12. angst voor de baby <p>Sociale steun <u>ZH</u> emotionele sociale steun Vrouwen waren niet tevreden met de emotionele en sociale steun die de zorgverleners gaven in het ziekenhuis. Daardoor was het verblijf in het ziekenhuis een stressvol event. Het was ofwel onvoldoende steun ofwel on gepaste steun voor hun noden. Emotionele sociale steun werd als primaire beschermende factor aanzien ivm borstvoeding. Informatieve steun Bij de gezondheid van hun baby wilden vrouwen beschouwd worden al Wanneer de informatie op een directieve manier werd gegeven of wanneer er tegenstrijdige informatie werd gegeven. Vrouwen willen partner zijn in het zorgproces aangaan de zorg voor de baby.</p> <p><u>Thuis</u> De verwacht sociale steun is divers en van een ander type. Vooral over organisatorische problemen, hierdoor hebben ze nood aan materiele steun. De grootste steun wordt gezocht bij de partner, maar vrouwen hebben het gevoel hun noden niet echt worden verstaan. De steun door de moeder van de moeder werd meestal als positief ervaren. Dit was een belangrijke steun. De vroedvrouw speelt een grote rol tijdens deze periode vooral voor moeilijkheden met borstvoeding en ze worden beschouwd als een referentiepersoon in het nemen van beslissingen.</p> <p>Copingstrategie <u>ZH</u> Sociale steun Belangrijkste copingstrategie Ze willen vooral bekrachtigd worden en ze wil het comfortabel gemaakt worden.</p> <p><u>Thuis</u> Interne bronnen waren de belangrijkste copingstrategie. Voor gebeurtenissen die te maken hebben met hun eigen gezondheid gaan vrouwen voor “avoidance” of “minimaliseren”. Op 6 weken PP beschouwen vrouwen het hebben van negatieve gevoelens of gedachten als “babyblues”. Maar niemand sprak met professionals over hun gevoelens. Ze hebben de neiging om alles wat gebeurt te verbloemen, om dit te laten overeenkomen met de sociale en wenselijke normen. Om te tonen dat ze een “goede” moeder zijn, die in staat zijn om hun verantwoordelijkheden op te nemen.</p> <p>Prenatale educatie Prenatale lessen zijn gericht op de arbeid en bevalling en niet op het postpartum. Op het ogenblik van de prenatale lessen is het postpartum nog te ver van hun bed. Vrouwen hadden de opmerking dat er een gap was tussen de inhoud van de cursus en de praktijk.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Opgelet over de invloed van prenatale lessen betreft op de outcome kunnen we ons niet uitspreken, hier kunnen we enkel besluiten dat de moeders gedesillusioneerd waren eens ze met de praktijk werden geconfronteerd.</p> <p>Prenatale lessen zouden dus onvoldoende voorbereiden op het postpartum.</p> <p>Let op de effectiviteit van de copingstrategieën werd hier niet onderzocht !</p> <p>Conclusie:</p> <p>De discrepantie tussen ontvangen steun en verwachte steun: zorgverleners in het ziekenhuis zijn opgeleid om informatieve steun te geven, terwijl sociale en emotionele steun wordt verwacht</p> <p>Borstvoeding: de voorstelling van borstvoeding moet meer overeenkomen met de realiteit. Het bestuderen van de ervaringen van de moeders is belangrijk De rol van de vroedvrouw is belangrijk. Zij dienen vrouwen te overtuigen van hun vaardigheden en moeten het uitlokken van schuldgevoelens of het gevoel niet adequaat te zijn vermijden in deze gevoelige periode.</p> <p>Verder onderzoek is nodig om een effectief zorgprogramma tijdens het postpartum te definiëren.</p>			
<p>(Ruchala, 2000)</p> <p>Titel: Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women</p> <p>Doel studie: 1. Definieren van de belangrijkste gebieden aangaande de GVO die moet gegeven worden tijdens het postpartum, thuis en in het ziekenhuis en het vergelijken van deze</p>	<p>Design: Descriptive design</p> <p>Methode: Vragenlijst aan de hand van vragen met een 4-punt Likert-schaal</p>	<p>Steekproef: 71 ZH verpleegkundigen 53 Thuisverpleegkundigen 103 low risk vrouwen in het postpartum: werden gerecrueteerd binnen de 24 uur pp, vragenlijsten werden gegeven tussen dag 3 en dag 5 en na ontslag bij bezoek van een verpleegkundige thuis.</p> <p>Setting: verpleegkundigen in het ZH, verpleegkundigen die postnatale thuiszorg bieden en vrouwen die verblijven in het ziekenhuis en postontslag.</p> <p>Data-collectie: Vragenlijsten met 4 punten Likert-schaal</p>	<p>Basistheorie: Learning theory van Gestalt psychologie (Babcock en Muller, 1994). Hierin staat onder andere beschreven dat iemand die iets wil aanleren denkt dat de persoon die iets wordt aangeleerd, alles op dezelfde manier percipieert als de persoon die het aanleert. De perceptie van iemand die iets wordt aangeleerd wordt beïnvloed door: learning ability, biologische, psychologische, sociologische en culturele factoren.</p>	<p>Gepercipieerde belangrijkheid van verschillende topics van GVO tijdens het postpartum door</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ZH verpleegkundigen 2. verpleegkundigen die thuiszorg aanbieden 3. low risk moeders in het postpartum <p>Vergelijking tussen de verschillende populatie.</p>	<p>De gepercipieerde belangrijkheid inhoud GVO: ZH verblijf: 2 topics: Vrouwen vonden informatie over blaas en darmen belangrijker dan vpk Vpk vonden informatie over anticonceptie belangrijker</p> <p>Thuis 5 topics Pas bevallen moeders vonden dat voeding en veiligheid van de baby, blaasfunctie, signalen van complicaties en anticonceptie belangrijk, vpk die postnatale thuiszorg vonden dit significant belangrijker.</p> <p>Voor ontslag geven vrouwen de voorkeur aan volgende onderwerpen: Lochia, verzorging perineum en epi, verzorging van de besnijdenis en navelstreng, veiligheid van de baby, verzorging van de baby en pampers en een badje</p> <p>Er is geen signaal verschil vastgesteld in topics bij primi of multi's, noch thuis, noch in het ziekenhuis</p>	<p>Vragenlijst beoordeeld op content validity Gebaseerd op bestaande vragenlijst en Chronbach's Alpha van 0,90</p> <p>Geen LOS gerapporteerd, weet niet in welk land dit is onderzocht.</p> <p>Dit onderzoek brengt in kaart wat vrouwen willen, maar dit is niet noodzakelijk gecorrigeerd met een betere outcome... Onvoldoende details over het onderzoek gerapporteerd, zoals de setting (land) waar dit onderzoek plaatsvond, alsook geen beschrijving van de standaardzorg. De relevantie van dit onderzoek wordt ook als matig beschouwd. Er worden conclusies</p>

bevindingen tussen de verpleegkundigen en moeders					In het ziekenhuis gaven vrouwen hogere prioriteit om informatie te krijgen over hun eigen verzorging en minder aan de noden van de baby, terwijl in na ontslag de moeders prioriteit gaven aan de noden van de baby.	geformuleerd zonder rekening te houden met andere outcomes zoals gezondheid moeder en kind. Enge blik van de onderzoeker. Niet correcte manier van onderzoeken, hier zou een kwalitatief onderzoek beter geschikt voor zijn. Validiteit van de vragenlijsten werd maar door 1 groep nagegaan, namelijk door de vpk en het was een vergelijkende studie tussen de verpleegkundigen en de moeders.
(Sheehan, et al., 2006) <u>Titel: The Impact of a New Universal Postpartum Program on Breastfeeding Outcomes</u> <u>Doel studie:</u> Data presenteren over veranderingen in borstvoedingsinitiatie en borstvoeding op 4 weken postpartum binnen TOMIS 1 tot TOMIS 2. En	<u>Design:</u> Cross sectioneel Kadert binnen 2 grote onderzoeken in Ontario: TOMIS 1 en TOMIS 2 <u>Method:</u> De focus van dit onderzoek lag niet op BV maar ze werden wel verondersteld indien ze problemen detecteerden dat de	<u>Steekproef:</u> purposive sampling van de ziekenhuizen die deelnamen, binnen de ziekenhuizen werden de eerste 250 geselecteerd die voldeden aan de inclusiecriteria totaal 1250 vrouwen gingen deelnemen, In totaal vulden 890 vrouwen de vragenlijst in op 4 weken PP voor TOMIS 2 <u>Setting:</u> 5 verschillende ziekenhuizen in Ontario en de thuiszorg daarop volgend. Alle ziekenhuizen willen BFHI worden dus de voorwaarden ivm bijvoeding werden gevolgd (dit werd in het onderzoek niet meer gecontroleerd) <u>Data-collectie:</u> aan de hand	I Exclusieve borstvoeding = baby wordt gevoed met uitsluiten borstvoedingsmelk zonder aanvullende vloeistoffen, waaronder water, of vaste voeding. <u>Standaardzorg:</u> <u>Interventie:</u> N 1999 introduceert de provincie Ontario een universeel programma voor alle postpartumvrouwen. Dit door het invoeren van een universeel programma: HPHC (healthy babies, healthy childrens program) HSPHVP (Hospital stay and postpartum visiting program) bestaat uit 3	Inclusiecriteria: Vaginale bevalling en levend kind Ontslag van de moeder samen met het kind Moeders verzorgen de baby na ontslag In staat om toestemming voor participatie te geven Exclusie Kinderen opgenomen om N-dienst of hadden speciale zorgen nodig gedurende meer dan 24 uur o Niet kunnen communiceren in Frans, Engels of Spaans,	Geen demografische verschillen BV bij ontslag BV% 84,2% Tomis 2 tov Tomis 1 was 86,2% -> dus geen significant verschil in het percentage borstvoeding bij ontslag. Vrouwen die deelnamen aan het interview gaven 90% borstvoeding Er was ook geen verschil tussen TOMIS 1 (18,5%) en TOMIS 2(16,4%) in het aantal vrouwen dat overgegaan was op flesvoeding voor 4 weken: Het grootste deel van de vrouwen die stopte met BV deed dit in de eerste 2 weken PP. Oorzaken hiervoor waren: = perceptie van te weinig melkproductie = problemen met borstvoedingstechniek = pijnlijke tepels <u>Niet significant</u> = aanbieden van langere LOS = effectieve LOS = telefonische ondersteuning door een PHN	Ethische comité van alle ziekenhuizen ok

<p>risicofactoren voor vroegtijdig stoppen met borstvoeding identificeren aan de hand van de data uit TOMIS 2</p>	<p>vrouwen zouden doorverwezen worden naar de correcte zorgverlener indien nodig.</p>	<p>van telefonische vragenlijsten. Æ=0,05</p>	<p>componenten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vrouwen krijgen de mogelijkheid om 60 uur na de bevalling te verblijven 2. Een public health nurse (PHN) doet bij vrouwen die binnen de 48 uur die ontslagen zijn en hun toestemming gaven een telefonische beoordeling 3. alle postpartumvrouwen wordt een follow-up aangeboden door middel van een huisbezoek. 		<ul style="list-style-type: none"> - aanbieden van een huisbezoek door PHN - krijgen van een huisbezoek door een PHN <p>Wel significant: De maternale attitude tov borstvoeding, met inbegrip van de vooropgestelde duur dat een vrouw wil borstvoeding geven.</p> <p>Vrouwen die aangaven dat ze beïnvloed waren door advies over bv hadden 2 keer meer kans om de BV stop te zetten voor 4 weken PP. Vooral wanneer ze advies kregen die BV niet ondersteunde</p> <p>Vrouwen die meer advies wilden krijgen in het ziekenhuis over flesvoeding waren 4,5 keer meer kans om te stoppen met BV</p> <p>Vrouwen die niet in Canada geboren werden hadden meer kans om nogsteeds borstvoeding te geven op 4 weken PP.</p> <p>De attitude tov borstvoeding wordt bepaald door familiale, culturele algemene publieke factoren.</p> <p>Factoren die verbonden zijn aan de verzorging van de baby zoals FV aangeboden krijgen in het ziekenhuis, heropname in het ziekenhuis en een bezoek aan aan polikliniek voor het kind zijn gecorreleerd aan vroegtijdig stoppen</p> <p><i>Veranderen van zorgverlener kan leiden tot tegenstrijdige informatie over borstvoeding en dus tot vroegtijdig stoppen met BV</i></p> <p>Conclusie: de optimale LOS moet gebaseerd zijn op kliniek en niet op beleid !</p> <p>Een eenmalig telefoongesprek en het aanbieden en/ of accepteren van een eenmalig HB door HBHC is onvoldoende om een invloed te hebben op de duur van</p>	
---	---	--	--	--	---	--

				<p>borstvoeding. indien ze toch een invloed willen hebben op borstvoedingsduur, moet er gekeken worden naar de factoren (zie eerder) die het stoppen met borstvoeding beïnvloeden.</p> <p>Deze factoren moeten beoordeeld worden bij ontslag in het ziekenhuis en indien deze aanwezig zijn moet extra ondersteuning worden georganiseerd.</p> <p>Conclusie: ondanks het invoegen van het programma zijn de borstvoedingscijfers niet verbeterd.</p>	
<p>(Smythe, et al., 2013)</p> <p>Titel: The dwelling space of postnatal care</p> <p><u>Doel studie:</u> Het beschrijven de impact van een “home-like” plaats waar het postpartum wordt in doorgebracht op het moederschap.</p> <p>Beschrijven van de ervaringen binnen het centrum en de factoren die hun gesterkt hebben als moder te identificeren.</p>	<p><u>Design:</u></p> <p><u>Methode:</u></p> <p>Kwalitatief onderzoek, hermeneutisch onderzoek</p>	<p><u>Steekproef:</u> 4 focusgroepen met 11 participanten, rest waren individuele interviews</p> <p><u>Setting:</u> Landelijk centrum waarin zowel perinatale zorg als postpartumzorg wordt aangeboden met 7 kamers (155 normale geboortes per jaar en 400 vrouwen die daar dienst doen op postnatale zorg) Er is per vrouw een vroedvrouw die verantwoordelijk is voor haar patient en er zijn ook verschillende vroedvrouwen die daar werken samen met verpleegkundigen en kraamverzorgende. Er is een ratio van 1 personeelslid per 1 tot 5 vrouwen. Telkens 1 persoonskamer met dubbel bed met de mogelijkheid dat de partner blijft overnachten. Gemiddelde LOS = 3 tot 4 dagen na normale partus en 5 tot 6 dagen na transfer na sectio. Er is ook een speeltuin voor de andere kinderen. Deze setting wordt geleased door twee</p>	<p><u>Dwelling:</u> De mogelijkheid om rond te hangen, te rusten, binnen een ongedwongen, vredevolle sfeer. Zich thuisvoelen, een eigen heiligdom hebben. Het is vooral de sfeer die ervoor moet zorgen dat de ervaring van het moeder worden of het moederschap zo optimaal mogelijk verloopt.</p>	<p>Dwelling space houdt in:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemoederd worden: Tijdens de postnatale perioden willen vrouwen bemoederd worden, verzorgd worden, taken zoals afwassen willen ze tijdens deze periode niet moeten doen. 2. Loskomen Ze willen even kunnen loskomen van de overwelgdigende ervaring van verantwoordelijkheid waarmee ze geconfronteerd worden. Ze willen de verantwoordelijkheid even kunnen loslaten, hiervoor moeten ze een heel sterk vertrouwen hebben in de mensen die hun verzorgend, zodat ze er zeker van zijn dat hun kind en zichzelf goed worden verzorgd. 3. Aanvullen van de moeder Waakzaamheid, bereid zijn tot zorg te geven, op eender welk ogenblik: koesteren, beschermen en zorg dragen voor de moeder 4. Een plaats om te rusten Inbouwen van een plaats van rust is heel belangrijk. Het voorschrijven van rust als een soort therapie. 5. Voeden van het moederschap. Vrouwen moeten aangesproken worden als een persoon, de baby’s moeten geprezen worden, kortom vrouwen willen zich speciaal voelen en willen trots zijn op hun baby 6. transitie naar huis voorbereiden De ongedwongen sfeer zorgt ervoor dat vrouwen kunnen herstellen dat dat de transitie naar huis goed wordt voorbereid. 7. De gevolgen van de postnatale setting waar dwelling mogelijk is vrouwen die vertrekken naar huis uit deze setting zijn echt klaar om naar huis te gaan. Hierdoor zal de opvolging thuis gemakkelijker zijn. <p>Conclusie: De moeder moet zich bemoederd voelen, spanningen en bezorgdheden moeten kunnen losgelaten worden de vrouw moet aangevuld worden als moeder en ze moet zich verzorgd voelen. Dit laat toe dat de nieuwe moeder herstelt, dat ze</p>	<p>EC ok IC ok</p> <p>Er wordt beschreven dat dit een hermeneutisch onderzoek is, maar er wordt steeds gestart van uit theoriën zoals Manen en Heidegger...</p> <p>Participaten mogen zelf de datacollectiemethode kiezen.</p> <p>Zeer abstract gegeven. vragen bij de veralgemening van deze evidentie. zeer specifieke doelgroep.</p> <p>Meerwaarde van de sfeer van de verzorging werd onderzocht, niet van de plaats van postpartumzorg.</p>

		vroedvrouwen die de setting leiden. (midwifery managed care)		bijleert en dat haar zelfvertrouwen groeit. Het wegnemen van de (tijds)druk zorgt ervoor dat de moeder klaar is om verder te gaan en de stap naar huis kan zetten.		
		<u>Data-collectie:</u> Semi-gestructureerd interview. Ofwel individuele interviews ofwel focusgroepen en de participanten mochten de datacollectiemethode zelf kiezen.				
(Stachelin, et al., 2013)	<u>Design:</u> nested Case-control	<u>Steekproef:</u> 39.365 vrouwen Volledige Zwitserse populatie die beroep deed op een onafhankelijke vroedvrouw tijdens de eerste 10 dagen postpartum <u>inclusiecriteria:</u> - levend geboren - vroedkundige thuiszorg binnen de eerste 10 dagen PP <u>Setting:</u> Vrouwen die beroep doen op postnatale thuiszorg verleend door onafhankelijke vroedvrouwen tijdens de eerste 10 dagen postpartum <u>Data-collectie:</u> van 1 januari 2007 tot 31 december 2007	<u>CASE:</u> N= 944 Alle vrouwen die volgens de zelfstandige vroedvrouw een postnatale depressie hadden en/ of maternale decompensatie (= term die gebruikt worden in Zwitserland = hoog niveau van stress en het indiceert dat een persoon zijn dagelijks leven niet kan managen zonder (professionele) steun te krijgen. => breder spectrum dan DSM IV criteria en volgens de interpretatie van de vroedvrouwen <u>Control:</u> 3645 <u>Inleiding:</u> Tijdens het postpartum kunnen veel mentale condities voorkomen zoals postnatale depressie, babyblues, postpartum psychose, angst en andere aandoeningen tussen de	Potentiële predictoren (uit literatuur) - anamnese van depressie - angstigheid - kwetsbare stijl van persoonlijkheid - stressvolle levensgebeurtenis Socio-demografische factoren - leeftijd - alleenstaande ouder zijn - lagere sociale klasse - lager educatieniveau - immigratie - tekort aan gepercipieerde steun Maternale factoren - primi of multiparae - negatieve ervaring met de arbeid - klein interval tussen de zwangerschappen - niet tevreden over voedingsmethode factoren gerelateerd aan het kind - serieuze gezondheidsproblemen laag geboortegewicht	Prevalentie van casegroep: 2,75% Factoren die significant bleken na multivariate analyse: Voorspellers voor postnatale depressie of mentale stress: - weenproblemen (OR= 3,62) - niet samenleven met een partner (OR= 3,06) - oudere leeftijd (OR per jaar: 1,06) - lager educatieniveau (OR = 1,29) - vroedkundige zorg tijdens de zwangerschap (OR=1,69) - borstvoeding of borstvoedingsproblemen (OR = 1,28) - zorgen over gewichtstoename van de baby (OR = 1,54) - neonatale pathologiën (OR = 1,49) Beschermers van postnatale depressie of mentale stress: - hogere pariteit: 2 kinderen (OR = 0,72) en meer dan 2 kinderen (OR = 0,58) - niet Zwitserse moeder: Europese moeders (OR = 0,79), niet Europese moeders (OR = 0,58) - voltijdse tewerkstelling hebben (OR = 0,74) - intentie om terug te gaan werken (OR = 0,80) Postnatale zorgverleners thuis hebben de	Zeer grote populatie zonder kans op selectiebias. Vrouwen die voltijds willen werken en vrouwen die meer kinderen hebben zullen doorgaan in de anamnese minder mentale aandoeningen hebben omdat vrouwen die mentale aandoeningen hebben in de anamnese en minder geneigd zijn om voltijds te werken en ook doorgaan minder kinderen hebben. Huilproblemen kunnen leiden tot mentale stress, maar mentale stress kan ook ervoor zorgen dat er minder interactie is tussen moeder en kind. Deze bevindingen gelden enkel voor vrouwen die zorgen kregen door een vroedvrouw. (kunnen niet veralgemeend worden) Prevalentie van mentale aandoeningen in deze studie is zeer laag in

dagen na de bevalling,			<p>moeder en kind relatie. Mentale aandoeningen kunnen ruimer bekenen worden nl als mentale stress. Dit kan volgende condities includeren: emotionele status van vrouwen rond de geboorte zoals angst, depressie, zich zorgen maken, controle, kwaliteit van leven, slaapstoornissen en een laag zelfbeeld.</p> <ul style="list-style-type: none"> Huisbezoeken in het PP kunnen leiden tot een vroege identificering van mentale problemen doordat ze geconfronteerd wordt met de verantwoordelijkheid voor de zorg van haar kind, met borstvoeding en met haar eigen herstel en de sociale omgeving. 		<p>mogelijkheid om deze factoren te gaan opsporen thuis. Ze kunnen extra steun geven door te informeren en te counselen bij problemen over gewichtsproblemen en gezondheidsproblemen van baby's. Deze steun zal ervoor zorgen dat vrouwen vinden dat ze hun rol als moeder effectiever vervullen en dat de mentale stress zal verlagen. Vrouwen dienen aangespoord te worden om beroep te doen op hun sociaal netwerk opdat ze de rust krijgen die nodig. Dit is heel belangrijk wanneer babys heel veel wenen.</p> <p>Extra aandacht is nodig voor</p> <ul style="list-style-type: none"> vrouwen met babys die veel huilen, primiparae en alleenstaande vrouwen <p>Vroedvrouwen kunnen een belangrijke rol spelen in de thuiszorg bij het identificeren, ondersteunen en advieseren van deze vrouwen.</p>	<p>vergelijking met andere studies.</p> <p>Bij vrouwen die niet van zwitterse origine zijn, kan mentale stress ondergediagnosticeerd zijn doordat vroedvrouwen meestal niet werken met een tolk. Culturele verschillen, verschillen in perceptie en expressie van mentale gezondheidsproblemen kunnen zich ook voordoen.</p> <p>Vrouwen die bevielen in een midwifery led setting waren meestal hoogopgeleid, sterk gemotiveerde gezonde vrouwen. Deze verschillen kunnen het verschil in risico op mentale stress verklaren.</p>
<p>(Straczek, et al., 2008)</p> <p>Titel: Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ?</p> <p>Doel studie: Eerste doel: inventarisatie van de aard en frequentie van</p>	<p>Design: Prospectieve studie (prevalentieonderzoek)</p> <p>Methode: Beschrijven van de complicaties die zich voordoen bij neonaten van dag 2 tot de dag van ontslag</p>	<p>Steekproef: Alle bevallingen in 1 ziekenhuis van 6 jan tot 6 mei 2005.</p> <p>Geëxcludeerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> sectio instrumentele bevalling gecompliceerde zwangerschap door foetomaternale pathologie minder dan 37 weken abnormaal ontwikkelde neonat positieve coombs test hematomen 	<ul style="list-style-type: none"> Geen interventie -> prevalentiestudie 	<ul style="list-style-type: none"> 81% zou aan de hand van de criteria van de HAS worden gediagnosticeerd hiervan waren de helft omwille van fototherapie (n=4), 3 haden een ventrikelseptumdefect en 2 andere Problemen bij neonaten tussen 48 uur en dag 10 waren Nood aan fototherapie: 21 Congenitale afwijkingen 11 Spijsverteringsproblemen 5 Andere 5 Hiervan waren er 6 	<p>In het kader van een programma met vroegtijdig ontslag zijn de criteria aangaande icterus heel belangrijk, daarnaast is een toegang tot daghospitaal voor de behandeling van icterus belangrijk. De bilirubinemie bepalen tijdens de eerste 48 uur aan de hand van transcutane metingen hebben een sterke voorspellende waarde voor hyperbilirubinemie tussen dag 2 en dag 10.</p> <p>De tweede meest voorkomende pathologie tussen dag 2 en dag 10 gediagnosticeerd zijn van cardiovasculaire aard. De diagnose aan de hand van het horen van een soufflé</p>	

<p>gediagnosticeerde complicaties bij neonaten tussen 48 uur PP en ontslag. Bijkomende doelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - voorspelende criteria in kaart brengen - criteria die door de HAS zijn opgesteld - validere n - Icterus in de diepte analyseren 		<ul style="list-style-type: none"> - icterisch uitzicht voor 48 uur - infectie voor 48 uur - cardiorespiratoire pathologie - geen urine productie - laatijdige meconiumlozing - hypo- of hypertermie - voedingsproblemen - slechte moederkind binding <p>-> 9003 kinderen geïncludeerd</p> <p><u>setting:</u> Nancy, Frankrijk, ziekenhuis</p> <p><u>Data-collectie:</u></p>		<p>heropnames na ontslag en voor dag 10 en 4 dringende transfers naar neo.</p> <ul style="list-style-type: none"> o risicofactoren voor hyperbilirubinemie tussen de tweede en 10^{de} levensdag <p>SIGNIFICANT: Instrumentale bevalling (Odds: 2,94) (CAVE ONVOLDOENDE POWER VOOR DEZE CONCLUSIE)</p> <p>Bilirubinemie gestegen voor 48 uur PP: (ODDS 7,39)</p> <p>NIET SIGNIFICANT IUGR (<10 percentiel) (ODDS 2,38)</p> <p>Minder dan 37 weken (ODDS 2,16)</p> <p>Aanwezigheid van hematomen (ODDS 2,8)</p> <p>Maternale diabetes (ODDS 2,23)</p> <p>Sociale context: Noch alleenstaand zijn, noch werkloos zijn hadden een invloed op het voorkomen van problemen tussen dag 2 en dag 10.</p> <p>De helft van de complicaties was ICTERUS !</p>	<p>werd niet vastgesteld tijdens het eerste onderzoek op de eerste dag maar werd wel gehoord na 72 uur bij het ontslagonderzoek. Meestal ging het over een ventrikel septumdefect. (6 van de 9)</p> <p>Het voorkomen van deze cardiologische pathologiën op te sporen bij een vroegtijdig ontslag is een pediatrisch consult op dat 8 tot 10 aangewezen. Op deze manier is de diagnose slechts een paar dagen uitgesteld</p> <p>De meest gevreesde cardiologische pathologieën zijn dodelijk voor de diagnose wordt gesteld. Er is geen stijging van mortaliteit ten gevolge van cardiologische pathologieën bij vroegtijdig ontslag. De evolutie in prenatale screening draagt bij tot een daling van de mortaliteit ten gevolge van cardiologische pathologieën, maar niet alle problemen worden gediagnosticeerd.</p> <p>Het ontslagonderzoek kan hierdoor geoptimaliseerd worden door het bepalen van de zuurstofstaturatie.</p> <p>Er werden minder spijsverteringsproblemen vastgesteld dan het aantal beschreven in de literatuur. Borstvoeding wordt in de angelsaksische literatuur omschreven als een risicofactor voor icterus. In dit onderzoek echter komt dit niet naar voor. (ODDS 0,75) Dit symboliseert de beperkingen in het onderzoek.</p> <p>Meconiumlozing voor 36 uur postpartum is belangrijk om mee te nemen in de ontslagcriteria.</p> <p>Er werden geen complicaties door foetomaternale infecties vastgesteld tussen dag 2 en dag 10. Dit is gelijklopend met de literatuur. 98% van de neonaten die een foetomaternale infectie doormaakt of zal doormaken vertoont symptomen voor 48 uur postpartum.</p>	
---	--	---	--	--	---	--

					<p>Uit het onderzoek blijkt dat de sociale context niet voorspellend is voor het optreden van complicaties tussen dag 2 en dag 10. Enige voorzichtigheid is hier geboden. 26 vrouwen antwoordden niet op deze vraag. En vrouwen kunnen ook verklaard hebben alleen te wonen om hun uitkering als alleenstaande moeder niet te verliezen.</p> <p>Dit onderzoek gaat enkel over ontslagcriteria voor de neonat en niet over de moeder. De wil van de moeder moet gerespecteerd worden.</p>
<p>(Van Kelst, Spitz, & Sermeus, 2002)</p> <p><u>Titel:</u> Bevallen met kort ziekenhuisverblijf: Geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven</p> <p><u>Doel studie:</u> ontwikkeling en implementatie van een klinisch pad BKZ in Leuven + vergelijkende studie tussen</p>	<p><u>Design:</u> quasi-experimenteel , pre- en posttest , gelegenheids-steekproef , ppn at random toegewezen aan Ex- en cogroep (BKZ-groep)</p> <p><u>Methode:</u> Registratie gegevens door vroedvrouw, door bevraging (vb. rust en slaap), klinische observatie, ahv VAS-schaal (pijn), zelfontwikkelde schaal (perineumheli</p>	<p><u>Steekproef:</u> totaal n=327 moeder-kind dyades - voormeting: n= 35 BKZ-groep en n=40 co-groep - Nameting: n=54 BKZ-groep en n=54 co-groep</p> <p>BKZ-groep: ZHverblijf van max. 2 nachten + follow-up door vroedvrouw thuis + kraamverzorgster (duur bepaald dr individuele noden)</p> <p>Co-groep: min. 5d ZHverblijf</p> <p><u>Setting:</u> Univ. en regionaal ZH Leuven en Kraamcentrum De Bakermat</p> <p><u>Data-collectie:</u> 15 sept 2001-15 sept 2002</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling en implementatie van een klinisch pad BKZ 	<p><u>15 outcome-indicatoren:</u></p> <p><u>Moeder:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. problemen met borstvoeding, 2. pijn, 3. perineum, 4. hemorrhoiden, 5. medicatie, 6. zelfstandigheid in babyzorg, 7. subjectief verloop van de voeding van de baby, 8. rust en slaap, 9. babyblues 10. zelfzorggedrag <p><u>Baby:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 11. voeding, 12. bijvoeding bij borstvoeding, 13. gewicht, 14. bilirubine 15. navel. <p>➔ 1, 5, 11,12, 13, 14 dagelijks gemeten en de overige outcomes enkel op dag 2 en 5 (enkel de evolutie belangrijk) (keuze dag 2 en 5 wordt</p>	<p>Bij vijf klinische outcomes is er een duidelijk significant verschil tussen klassieke en BKZ-kraamvrouwen: Op het vlak van borstvoedingsproblemen: BKZ-kraamvrouwen maken minder gebruik van tepelhoedjes (p = 0,0367) en kolfden significant minder af dan klassieke kraamvrouwen (voormeting p = 0,0051 en nameting (P = 0,0422). Daarnaast hebben BKZ-kraamvrouwen minder vaak een moeizame borstvoeding met veel starthulp (p = 0,0422). Anderzijds concludeerden Van Kelst et al (2002) dat er geen verschil was in het voorkomen van tepelkloven of hinderlijke stuwing tussen beide groepen. De redenen voor een verschil in gebruik van tepelhoedjes en afkolven moeten dus gezocht worden in een verschil van aanpak. In het ziekenhuis wordt bij borstvoedingsproblemen immers sneller een oplossing gezocht, terwijl in de thuissituatie vaker een wachtende houding wordt aangenomen. Ook was de zelfstandigheid in de verzorging van de baby significant groter bij de BKZ-kraamvrouwen dan bij de klassieke kraamvrouwen. De BKZ-kraamvrouwen zijn zelfstandiger in de zorg voor hun baby(temperatuur meten: dag 2: p<0,0001; dag 5 p<0,0001)(verluisen:</p>

<p>BKZ en follow-up thuis en traditioneel ziekenhuisverblijf (5d)</p>	<p>ng), zelfregistratie van kraamvrouw (medicatie), vragenlijst Maternity blues</p> <p>Continuïteit van zorg: Zorgdossier bevat gegevens van ZHverblijf (partus inclus) van moeder en kind, gegeven GVO (gestandaardiseerd), ontslagcriteria (door gyn/pediat/vr vr ingevuld), en wordt bij thuiskomst verder ingevuld door vroedvrouw van De Bakermat, garantie op zelfde zorg thuis en in ZH</p>			<p>verantwoord als ontslagmoment bij BKZ (2d) en ziekenhuisverblijf (5d)</p> <p>3 service-indicatoren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. patiëntenvoorkeur 2. tevredenheid kraamvrouw 3. tevredenheid partner <p>3 procesindicatoren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PPDag ontslag uit ziekenhuis 2. tijd tussen ontslag en 1^{ste} boek vroedvrouw thuis 3. duur zorgverlening thuis <p>kostindicatoren</p>	<p>dag 2:p = 0,0157(navelverzorging: (dag 2: p = 0,0046 en P < 0,0001)(babybadje: dag 2:p < 0,0001)(zelfstandig voeden: dag 2: p = 0,0264).</p> <p>Op het vlak van bijvoeding concludeerden de onderzoekers dat er een significant verschil is tussen klassieke en BKZ-kraamvrouwen (p = 0,0436). In de thuiszorg wordt quasi geen bijvoeding gegeven in vergelijking met het ziekenhuis. Ook deze verschillen kunnen worden toegeschreven aan een cultuurverschil, dan wel aan een verschil in mentaliteit tussen ziekenhuis en thuiszorg. de verschillen zijn dus niet het gevolg van een effectief verschil in zelfstandigheid, noch grotere nood aan bijvoeding.</p> <p>Een laatste outcome waarbij een significant verschil werd opgemerkt is het verschil in het prikken van bilirubine en het gebruik van fototherapie. In de BKZ-groep werd geen enkele baby geprikt voor bilirubine (p = 0,0157). en kreeg ook geen enkele baby fototherapie (p < 0,0001)..</p> <p>De resultaten m.b.t. service-indicatoren zijn moeilijk te interpreteren. Verschillen in tevredenheid van kraamvrouwen over het verblijf in het ziekenhuis en de zorgen thuis kan toegeschreven worden aan patiëntenpreferentie. De BKZ-kraamvrouwen en klassieke kraamvrouwen maakten immers zelf de keuze tot welke onderzoeksgroep ze zouden behoren. Het is dan ook logisch dat de BKZ-kraamvrouwen, van wie het merendeel multipara blijkt, minder tevreden waren over hun verblijf in het ziekenhuis gezien vroegere minder goede ervaringen met het ziekenhuis en daardoor voor een kort verblijf hebben gekozen. de ervaringen met de vroedvrouw thuis en de kraamhulp waren algemeen zeer positief.</p> <p>Verder bleek uit de resultaten van dit onderzoek dat de keuze voor een klassiek</p>
---	--	--	--	--	--

					<p>ziekenhuisverblijf door de meeste vrouwen al voor de zwangerschap wordt gemaakt. Deze bevinding heeft consequenties als men bevalling met een kort ziekenhuisverblijf wil aanmoedigen. Tijdens de zwangerschap is het moeilijk om op deze keuze invloed uit te oefenen.</p> <p>De onderzoekers zijn van mening dat het moment van ontslag aan de hand van ontslagcriteria dient te worden bepaald.</p> <p><u>Algemene conclusies:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De postpartumperiode verloopt voor een grote groep kraamvrouwen (in tegenstelling tot de algemene verwachting) niet rimpelloos. Door een betere zorg zijn een aantal van deze “mineure verstoringen van de kwaliteit van leven” te voorkomen of te verbeteren. 2. Een klinisch pad waarin de volledige postpartumzorg wordt uitgetekend (naadloze overgang tussen ziekenhuis- en thuiszorg) verbetert in belangrijke mate de kwaliteit van de zorg. 3. Bevallen met kort ziekenhuisverblijf is een valabel en veilig alternatief voor een klassiek postpartumverblijf in een context waarin strikte ontslagcriteria gehanteerd worden en er een goede communicatie tussen ziekenhuis en thuiszorg is. 4. Bevallen met kort ziekenhuisverblijf is de aangewezen formule voor kraamvrouwen met andere preferenties en verwachtingen. 	
<p>(Weiss, et al., 2004)</p> <p>Titel: Length of stay after vaginal birth: sociodemographic and readiness-for-</p>	<p><u>Design:</u> Cross-sectioneel vergelijkende studie -cohort</p> <p><u>Methode:</u> socio-demografische gegevens (vragenlijst)</p>	<p><u>Steekproef:</u> n= 1192 moeders en baby's vroeg ontslagen <54uPP: groep 1 (18–30 u), groep 2 (31–42ur), and groep 3 (43–54 u)</p> <p><u>Setting:</u>Perinataal centrum in Midwestern VS</p> <p>Data-collectie: juli 1996-juni</p>	<p>Klaar zijn voor ontslag:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gepercipieerde klaar zijn voor ontslag gemeten door: <ul style="list-style-type: none"> ○ RDABschaal ○ gedocumenteerde maternale en neonatale klinische problemen ○ voedingsmethode 	<p>Moeders die vroeger worden ontslagen zijn vaker multipara en lager opgeleid, ze hebben vaker een lagere socio-economische status en zijn minder vaak privaat verzekerd. Moeders die het ziekenhuis het vroegst verlaten geven vaker flesvoeding en zijn jonger. Moeders die langer in het ziekenhuis verblijven, zijn vaker blank, gehuwd, en samenwonend met de vader van de baby. Vier variabelen blijken voorspellend voor het vroeger naar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • gemodificeerde schaal gebruikt: readiness for discharge scale, niet gevalideerd for specifieke populatie (na geboorte) • piloot testing • goed beschreven methodologie 	

<p>discharge factors</p> <p>Doel studie: demografische gegevens en 'klaar zijn voor ontslag' bestuderen in de timing voor ontslag</p>	<p>en 'klaar zijn voor ontslag' (readiness for discharge after birth scale, RDABS)) via zelfrapportage en ZH gegevens →comparatieve en correlationele analyse</p>	<p>1997</p>		<p>huis gaan na een ongecompliceerde bevalling: leeftijd, verzekeringsvoorwaarden, multipariteit en socio-economische klasse. De meeste moeders in de studie voelden zich klaar voor ontslag. Moeders die langer in het ziekenhuis verblijven voelen zich meer klaar in vergelijking met vroegers die het ziekenhuis vroeger verlaten. In tegenstelling tot deze bevindingen zijn het net de moeders die zich minder klaar voelen voor ontslag die het ziekenhuis vroeger verlaten. 'Klaar zijn voor ontslag' heeft dus geen invloed op de ontslagcriteria. Het is volgens de onderzoekers mogelijk dat vroeg ontslag ervoor zorgt dat moeders zich niet klaar voelen om het ziekenhuis te verlaten, wat de hypothese voedt dat deze groep moeders potentieel meer kwetsbaar is. De klinische beoordeling van 'klaar zijn voor ontslag', in termen van neonatale problemen, beïnvloed de LOS wel. De onderzoekers besluiten dat vroeg ontslag bedoeld is voor laag-risico moeders en hun baby's.</p> <p>Conclusie: Sociodemografische karakteristieken en 'klaar zijn voor ontslag' zijn geassocieerd met LOS LOS is een complex gegeven en wordt bepaald door zorgverlener, moeder en verzekering en vraagt om extra studie</p>	<ul style="list-style-type: none"> representatieve steekproef (heterogeen sample), wel overwegend zwarte populatie, slechts 1 setting geïncludeerd in de studie obstetrische interventies (EDA en inductie) werden niet meegenomen in de studie
<p>(Wiegers, 2006)</p> <p>Titel: Adjusting to motherhood Maternity care assistance during the postpartum period: How</p>	<p>Design:</p> <p>Methodie: systematisch onderzoek</p>	<p><u>Zorg in Nederland:</u> Kraamverzorgende komt gedurende minimaal 3 uur per dag, 7 tot 8 dagen na mekaar volgend op de geboorte of ontslag in combinatie met de vroedvrouw die op bezoek komt 4 of 5 keer gedurende deze periode.</p> <p>Van alle perinatale zorg krijgt postnatale zorg de laagste prioriteit, zowel in de praktijk als in het onderwijs en onderzoek.</p> <p>Nederlandse perinatale zorg verschilt van andere ontwikkelde landen omwille van verschillende redenen: De meeste zichtbare reden is de plaats van bevallen, 30% bevalt van de vrouwen bevalt thuis. In andere westerse landen bedraagt dit slecht 1% of minder. In de organisatie van PP zorg is er een groot verschil. De professionele postpartumzorg was ingevoerd vooral voor arme vrouwen, met als doel deze kinderen een goede start te geven opdat de kindersterfte zou dalen.</p> <p>Deel 1: Literatuurstudie (2000-2006)</p>			

<p>to help new mothers cope</p> <p><u>Doel studie:</u> Kritische bekijken van professionele postpartumzorg in het nederlandse systeem.</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. postpartumperiode Hier ligt de focus vooral op de LOS in correlatie met maternale en neonatale sterfte, heropname in het ziekenhuis, duur borstvoeding en borstvoedingscijfers en het gebruik van gezondheidszorg tijdens de eerste maanden na de bevalling. De LOS en de beschikbaarheid van de zorg na ontslag varieert sterk tussen de verschillende landen ZIE SITUERING Vb 1. USA Vb 2. UK Vb. 3: Zweden Vb. 4 Ontario 2. professionele postpartumzorg Dit is wat wij verstaan onder organisatie van postpartumzorg alle onderzoeken hebben wij ook geïnccludeerd. Conclusie hier is dat er meestal geen verschil is in klinische outcomes en dat bijkomende HB meer kosten, maar wel resulteren in hogere maternale tevredenheid. 3. kosten van postpartumzorg NIET GEÏNCLUDEERD in dit onderzoek 4. psycho-sociale effecten van postpartumzorg Dit gaat vooral over de tevredenheid en het vertrouwen in de manier waarop zij kunnen omgaan met de nieuwe situatie. Informatie en steun zorgden voor gevoelens van competentie en succes in hun nieuwe rol als moeder. Dit is geassocieerd met significant hogere tevredenheid. Indien er geïndividualiseerde professionele steun aanwezig is, kan dit leiden tot een langere duur van borstvoeding in de eerste maand PP. De nood aan rust moet een hoge prioriteit krijgen. Specifieke informatie aangaan babyzorg en zelfzorg zijn de primaire behoeften wat educatie betreft voor primaeparae. <p>Deel 2: Het systeem in Nederland Zie situering wereldwijd</p>			
<p>(Zadoroznyj, 2006)</p> <p>Titel: Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme</p>	<p><u>Design:</u> evaluatie van een programma van mothercarers kwalitatief</p> <p><u>Methode:</u> 1. Antenataal: semi-gestructureerde face-tot face interviews tijdens de prenatale consultaties 2. Postnataal: alle vrouwen die in aanmerking</p>	<p><u>Steekproef:</u> Vrouwen die wilden meewerken aan het onderzoek konden zich melden bij de onderzoekers</p> <p><u>Setting:</u>metropolitan ziekenhuis in adelaide (zo australie)</p> <p><u>Data-collectie:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Juni 2003 (antenataal) 2. April – september 2003 3. april-september 2003 4. tevredenheidsonderzoek: juni 2002 en aug 2003 (163 over een periode van 1 jaar <p>MC studeerden af in Maart 2003 – December 2003</p>	<p><u>Standaardzorg:</u>bestaand thuiszorgprogramma van vroedvrouwen die dagelijkse huisbezoek geven aan vrouwen die vroegtijdig ontslag kregen of die aan medische criteria tegemoed komen zoals complicaties</p> <p><u>Interventie:</u> Invoeren van een nieuw functie “postnale home care support worker” gebaseerd op het systeem in nederland. Lokaal wordt dit the mothercarer genoemd.</p> <p>Trainingsprogramma van 6 maand met steun van de foundation for young australians. Doel tweedelig: 1. opleiding en werk bieden voor jonge werklozen</p>	<p>OUTCOME</p> <ul style="list-style-type: none"> - kennis en attitude van vrouwen - perceptie van het programma - evaluatie van het programma - mogelijke implicaties voor borstvoeding. - overgan naar huis - suggesties voor verbetering van de dienst - tevredenheidsonderzoek - prevalentiecijfers van borstvoeding <p>RESULTATEN: Take-up was 30/% dit was tegen de verwachtingen in, hadden zich vergeleken met % in Nederland.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. perceptie prenataal: De helft van de vrouwen was niet op de hoogte, ondanks grote promotiecampagne, vrouwen die wel op de hoogte waren hadden het vernomen van de vrvr, de dokter of een MC zelf. Slechts 1 op 4 dacht dat de service goed zou zijn voor alle moeders. De meerderheid dat dat het vooral goed zou zijn voor vrouwen met weinig sociale steun, in het bijzonder voor alleenstaande vrouwen of vrouwen zonder familie. Vrouwen die veel steun hadden rond zich hadden de service 	<p>Zeer sterk onderzoek, met correcte analysemethoden Ethisch comite ok</p> <p>Relatief lage responserate voor vrouwen die de MC niet gebruikten.</p> <p>Niet gebruiken van de MC kan verklaard het “What is must be best”-principe</p>

	<p>kwamen voor de MC service maar deze niet gebruikt (respons rate: 25,8%) redenen waarom ze de MC service niet gebruikten: semi-structureerde interviews (deel face-to-face, deels telefonisch) duur van het interview 1,5 uur</p> <p>3. postnataal: alle vrouwen gebruik maakten van de MC service</p> <p>responsrate 34,6% (30 interviews die 2 uur duurden) deels FTF, deels via telefoon</p> <p>4. tevredenheidsonderzoek (responsrate 52%)</p>		<p>vrouwen uit een bepaalde regio. Deze vrouwen waren tussen de 18 en de 25 jaar.</p> <p>2. ondersteunende service voor pas bevallen vrouwen aanbieden.</p> <p>Doel was: 6 uur per dag tot 6 dagen volgend op het ontslag uit het ziekenhuis.</p> <p>Definitie vroegtijdig ontslag: verblijf tot 24 uur na de geboorte</p> <p>Vrouwen die in aanmerking kwamen voor de mothercarer MC: vrouwen die tot 48 uur na een normale bevalling of 3 dagen na een sectio verbleven in het ziekenhuis</p> <p>Taken: sociale en huishoudelijke ondersteuning: nl. Licht huishoudelijk werk, assistentie bij de zorg voor de andere kinderen, ondersteuning bij de voeding en andere zorg voor de baby en sociale en emotionele steun voor moeders zo nodig.</p> <p>De opleiding bevatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zorg voor de nieuwe moeder, - zorg voor de baby - huishoudelijk management - interpersoonlijke eigenschappen - interventieeigenschappen - familiaal geweld - tienerzwangerschappen - antidiscriminatie - beroepsveiligheid <p>Verschil met Nederland: korster opleiding (slechts 6 maand), jonge vrouwen (geen ervaring</p>	<p>niet nodig.</p> <ul style="list-style-type: none"> - primipare - vrouwen die stress hadden, - depressie of mentale gezondheidsproblemen <p>Campagne richtte zich ook naar mensen die tekort aan steun hadden.</p> <p>Verschil in LOS: vrouwen die de MC gebruikten verbleven gemiddeld 2 dagen in het ziekenhuis, terwijl vrouwen die deze zorg niet gebruikten gemiddeld 3,8 dagen verbleven in het ziekenhuis</p> <p>Vrouwen die kozen voor kortverblijf gecombineerd met een MC waren over het algemeen minder goed opgeleid, ze ondervonden meer economisch nadelen, zoals afhankelijk zijn van een uitkering (dit kan een confounding factor zijn)</p> <p>Vrouwen die kozen voor MC hadden minder sociale steun dan vrouwen die er geen beroep op deden.</p> <p>Vrouwen die er beroep op deden waren een specifieke cohorte. Deze groep ondervindt nadelen op sociale, culturele aspecten, minder middelen, ...</p> <p>Dit zijn factoren die de transitie naar het moederschap kunnen bemoeilijken. Hierbij komt nog dat ze een korter verblijf in het ziekenhuis hebben.</p> <p>Kwaliteit van zorg van MC werd gescoord door meer dan ¾ als extreem hoog. en 6,6% hoog. Open vragen werden meestal extreem positief beantwoord.</p> <p>De meest hulpvolle aspecten van de service waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hulp met de andere kinderen - het runnen van het huishouden, waardoor de moeders thuis konden rusten <p>De vrouwen gaven ook aan de door de MC er meer kans was om te binden met het kind</p> <p>Positieve invloed op de psychische gezondheid</p> <p>Algemene tevredenheid: zeer hoog:</p> <p>Belangrijkste taken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - helpen in met huishoudelijke taken (90,4%) - tijd om te rusten (76,6%) - tijd om te genieten van de baby (63%) - hulp met andere kinderen (61%) <p>vrouwen vinden ook een beter ritme in hun nieuwe rol.</p> <p>Borstvoeding</p> <p>De percentages van borstvoeding waren gelijklopen voor vrouwen die de MC service gebruikten en voor vrouwen die deze service niet</p>	
--	--	--	---	--	--

			als moeder), regio die een groot socio-economisch nadeel ondervond. hoge werkloosheid, huurhuizen, alleenstaande ouders	<p>gebruikten. Op 3 maand postpartum was de porportie in de MC groep iets hoger. Maar we moeten rekening houden met de sociale factor die als confounding factor fungeert hiervoor zou een correctie studie moeten gebeuren, maar dit vond niet plaats. (effect op BV niet duidelijk)</p> <p>Suggesties om de dienst te verbeteren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leeftijd van de MC: ze vonden het niet comfortabel dat er iemand jong het huishouden runde, terwijl ze vonden dat in hun persoonlijke situatie dit totaal probleem was. Hun MC deed het wel goed. - meer flexibiliteit in de service. <p>CONCLUSIE</p> <ul style="list-style-type: none"> - reden om geen MC te gebruiken: vinden dat ze voldoende steun hadden - onvoldoende informatie over het bestaan van het programma - vroegtijdig ontslag vindt meestal plaats bij vrouwen van een lage socio-demografische klasse. - dienst is positief voor de maternale tevredenheid maternaal welbevinden <p>vroegtijdig ontslag kan gunstige outcomes hebben, ook voor sociaal benadeelde populaties, mits een goede postnatale ondersteuning.</p>	
(Zadoroznyj, 2009) Titel: Professionals , carers or 'strangers'. Liminality and typification of postnal home care workers :	Design: Methode: Zie zadoroznyj 2009 20 vrouwen gerecruiteerd enkel aanvulling op ander onderzoek.	<p>De meeste vrouwen gaven aan dat zijn de aanvullende zorg niet nodig hadden, maar dat andere vrouwen dit welk konden nodig hebben. Ze gaven aan dat ze konden rekenen op verschillende personen voor zorg.</p> <p>Het is cultureel aanvaard dat ze kunnen rekenen op steun van familieleden. Vrouwen geven hier dan ook de voorkeur aan. De taken die de MC op zicht neemt, worden door de vrouwen, wanneer ze door familie worden utigevoerd niet beschouwd als werk.</p> <p>Ze vinden het raar dat iemand betaald wordt voor het werk te doen dat hun moeder ook kan doen.</p> <p>Het is een hele sterke culturele code dat ze de voorkeur geven aan de steun van de moeder ten opzichte van vreemden.</p> <p>Er was ambigüiteit om MC bepaalde huishoudelijke taken te laten uitvoeren. ze vonden dat dit hun verantwoordelijkheid was. Ze vinden het bijvoorbeeld raar dat iemand anders de afwas staat te doen in hun eigen huis terwijl zij neerzitten met de baby.</p> <p>Het is moeilijk om het werk van de MC te conceptualiseren.</p> <p>Vrouwen vonden het raar dat de service gratis was, terwijl ze de MC allerlei taken konden laten uitvoeren.</p> <p>Vrouwen hebben de perceptie dat de huishoudelijke taken die ze normaal voor hun rekening nemen, dat dit hun verantwoordelijkheid blijft, no matter what.</p> <p>De periode van opleiding vonden de vrouwen vrij kort, hierdoor vonden ze het moeilijk om advies van de MC te aanvaarden. Hoewel, wanneer het ging over de verzorging van de baby, vonden vrouwen normaal dat ze dit konden vragen.</p> <p>Vrouwen vonden de taken die een MC uitvoert zodanig divers dat ze liever hadden dat familie dit deed indien mogelijk.</p>	Nota: vrouwen moeten steeds de kans krijgen om zelf hun informele zorg te regelen. De mantelzorg moet ook aangemoedigd worden.		

		<p>De taken van MC komen niet overeen met wat vrouwen in Australië definiëren als cultureel normaal. Ze zijn geen familie, geen meiden, geen professionals.</p> <p>Thuis zijn Het gevoel thuis te zijn is compleet anders dan in het ziekenhuis. Thuis heb je privacy, familiale verzorging,... Dit impliceert ander machtsverhoudingen dan in het ziekenhuis. In het ziekenhuis hebben de verpleegkundigen en de artsen macht over de patienten, terwijl dit in de thuissituatie compleet omgekeerd is. Vrouwen vinden het normaal dat zorgverleners in het ziekenhuis in contact komen met lichaamsvloeistoffen zoals urine en bloedverlies. Thuis vinden vrouwen dit veel minder vanzelfsprekend (vb. bebloede lakens) Er gelden andere sociale regels thuis dan in het ziekenhuis.</p> <p>Dit maakt de plaats van de MC bijzonder moeilijk. Ze is in de thuissituatie en wordt niet aanzien als professional, noch als familie, noch als meid. Er is geen intieme band met de kraamvrouw.</p> <p>Vrouwen vonden dat gedurende 6 uur iemand in je persoonlijke ruimte hebben dat dit heel intens was. Vrouwen wilden meer controle over wanneer de MC in huis was. Ze wilden geen vreemde in hun huis.</p> <p>Verder waren MC telkens jonge vrouwen uit de regio, sommige kraamvrouwen hadden er problemen mee dat ze de MC persoonlijk kennen.</p> <p>Het is raar dat ze uitdrukken dat ze geen vreemden in hun huis willen, terwijl dat ze vroedvrouwen die ze nog nooit gezien hebben niet beschouwen als vreemden. Over het algemeen waren ze heel tevreden over de zorg door vroedvrouwen. Maar over het algemeen waren de vroedvrouwen niet beter bekend bij de vrouwen. Bijgevolg geeft het verwerven van de status van vroedvrouw meer toegang tot de persoonlijke ruimte in het huis van de vrouwen en tot de intieme ruimten van het lichaam. Dit houdt in borsten, vagina en baarmoedercontrole. Het binnendringen van de persoonlijke ruimte werd niet als probleem ervaren bij vroedvrouwen.</p> <p>Dit probleem kan voorkomen worden door een bezoek door de MC wanneer de vrouw nog in het ziekenhuis verblijft.</p> <p>Een vreemde in huis wekt een aantal emoties op zoals: zich ongemakkelijk voelen, zich oncomfortabel voelen, tot zich bedreigd en angstig voelen.</p> <p>Typiciation: Door het feit dat de kraamvrouw geen duidelijk zich heeft op de taken van de MC zal de kraamvrouw de MC sneller bestempelen als een vreemde.</p> <p>Het is geen formele of informele werkkraft, niet familiaal, niet professioneel, maar werken binnen de persoonlijke en private omgeving van de kraamvrouw.</p> <p>De aanwezigheid van familieleden kon ook voor stress zorgen. Dit ging vooral over schoonfamilie. De MC werd ook ingezet als middel om met de druk van de familie om te gaan. Ze hebben soms liever een ander vrouw rond zich die een outsider is. Dit zegt voor en gevoel van controle tov de druk van familieleden. De kraamverzorgende werd soms beschreven als een van hen, een vriendin.</p>	
(Zadoroznyj & Sutherland, 2007) Titel:	Design: kwalitatief Methode en	Standaardzorg: zie zadoroznyj 2006 Interventie: zie zadoroznyj 2006	Outcome en resultaten: Implicaties van het programma van de mothercarers De MC waren van achtergestelde achtergrond, het programma werd als extreem positief ervaren. Het was een transformatie van hun leven, een verbetering van hun zelfbeeld en een intellectuele

<p>A new postnatal home care worker: challenges for training, implementation and policy</p>	<p><u>steekproef:</u></p>	<p>Kwantitatieve data over het aantal mensen die de opleiding volgden, de afwerking van de opleiding Semigestructureerde diepteinterview over vorig leven werkgever, ervaringen, sollicitatie en opleiding en werk als mothercarers</p> <p>Bij de tweede cohort ook focusgroepen: opleidingsprogramma, organisatie en ervaring met de werkplaats, bewustzijn en verstaan van verslaggeving die ze doen en het management van de patientendossier.</p> <p>Interview met bevallen vrouwen Gebruikers en niet niet gebruikers (33 interviews met gemiddelde van 1,5uur)</p> <p>Interviews met vroedvrouwen (14) in de thuiszorg</p> <p>Focusgroep met 5 community based maternal child and health staff die contact hadden met mothercarers Child youth health (leden van deze organisatie)</p>	<p>stimulatie.</p> <p>Rest van sociale invloed van het programma niet opgenomen in deze literatuurstudie. Implicaties voor het opleidingsprogramma Gebrek aan herkenning, dit benadrukt het feit dat het belangrijk is dat er een officiële erkenning komt voor de opleiding en het beroep. DE MC vonden het pedagogische luik belangrijker dan de abstracte kennis. Het belangrijkste onderdeel vonden de MC de stages ondermeer vroedvrouwen die thuishkomen, vroedvrouwen op materniteit en de child youth health – medewerkers. Vooral voor borstvoedingsondersteuning vonden ze dit nodig (tov video en tekst) MC die op stage deze competenties hadden kunnen verwerven voelden zich competent en hadden meer vertrouwen in hun rol. Stages in kinderopvang diensten waren geen goede stageplaatsen. Binnen de opleiding van MC moet dus een intensieve, relevante en frequent stage aangeboden worden opdat ze meer praktische ervaring kunnen opdoen van prof. zorgverleners zoals vrvr of ervaren kraamverzorgsters.</p> <p>De jonge leeftijd werd als niet positief ervaren. De leeftijd bleek de beslissing om al dan niet gebruik te maken van de dienst significant te beïnvloeden. Vrouwen vonden het belangrijk dat de MC zelf kinderen had voor het vragen van advies. Er ontstond snel een band omdat het ook een jonge vrouw was. Verder was de jonge leeftijd ook een voordeel bij het zorgen voor de andere kinderen.</p> <p>Implicaties voor de vroedvrouwen Vrvr boden stages aan de MC, zelfstandige vrvr boden ook instructies en ondersteuning bij complexe situaties, verder werden de MC ook gemonitord en begeleid door de vrvr. Bij de dagelijkse bezoeken controleerde de vroedvrouw de band van de moeder met het kind en de rol van de MC. De vrvr vonden dat ze nog onvoldoende geïnformeerd waren over de basisaspecten van het MC programma. Ze wilden een duidelijk zicht op het curriculum van de MC. Vroedvrouwen wilden meer betrokken zijn bij het programma. Vroedvrouwen vonden dat ze te weinig controle hadden wanneer er iets verkeerd ging dat ze moeten kunnen ingrijpen. De dagelijkse begeleiding van de MC zorgde voor een verhoging van de werkbelasting voor vroedvrouwen. Ondanks deze bedenkingen vinden ze dat het programma moet verderlopen omdat het voordelen biedt voor vrouwen en hun kinderen.</p> <p>Verpleegkundigen die combinatie van thuiszorg en zorg in het ziekenhuis bieden waren minder positief. Ze vonden dat er een inadequate professionele socialisatie was tijdens de opleiding van 6 maand. Ze vonden ze te jong en hadden hierbij voal twijfels over BV ondersteuning. Ze vonden de grens tussen ondersteuning bieden en echt advies geven (vb. over borstvoeding) te onduidelijk. Vooral de lactatiekundigen vonden dit een probleem. Deze groep vonden dat het programma mocht worden stopgezet omdat het meer kwaad deed dan goed.</p> <p>Implicaties voor toekomstige programma</p> <ul style="list-style-type: none"> - betere opleiding - voor alle leeftijden toegankelijk
--	---------------------------	--	---

- | | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none">- grote betrokkenheid van vroedvrouwen en ander gz werker- taken en verantwoordelijkheden moeten heel duidelijk worden omschreven- er moet rekening worden gehouden met de werkbelasting voor de vroedvrouwen die aan huis komen. |
|--|--|--|---|

ALFABETISCHE LIJST VAN GEINCLUDEERDE REVIEWS

Auteurs	Titel	Methode/ Design	Onderzoeks vraag	Outcomes	Resultaten	Methodologische beperkingen
(Brown, et al., 2009)	Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants.	<p><u>Steekproef:</u> Moeders en neonaten (37-42w en $\geq 2500g$) die voldoen aan de criteria early discharge (def. vroeger dan standaardontslag)</p> <p><u>Setting:</u> very High HDI</p> <p><u>Studies:</u> 10 (n= 4489) (alle designs)</p> <p><u>Publicatiejaren:</u> 1959-2008</p>	<p>Vergelijking vroeg vs. standaardontslag :</p> <ol style="list-style-type: none"> Effect van vroeg ontslag op: (duur)heropnames, ambulante ZHbezoeken, raadpleging professionals van moeders en neonaten. Effect op moeder: vermoeidheid, depressie, fysieke gezondheid Effect op maternale en paternale angst over zorg voor baby Effect op bvproblemen en duur Effect op tegenstrijdige adviezen omtrent bv Tevredenheid over ontslagbeleid Effect op kosten postnatale zorg 	<p><u>Primaire outcomes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> heropnames neonaten (<7d en <28dPP) maternale heropnames (complicaties) depressie borstvoedingspercentages (6w, 12w, 6mnd) <p><u>secundaire outcomes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> duur heropnames neonaten totale duur hospitalisatie neonaten ambulante ZHbezoeken neonaten contact met professionelen inzake gezondheidsgerelateerde problemen neonaten duur maternale heropnames totale duur hospitalisatie moeders ambulante ZHbezoeken moeders contacten met professionelen inzake gezondheidsgerelateerde problemen 	<ul style="list-style-type: none"> Geen sign. Verschillen in neonatale en materbale heropnames (8studies) 5studies: geen sign verschil in outcome maternale depressie (of lichte voorkeur) Bvoutcomes verschillen niet sign. 	<ul style="list-style-type: none"> Variatie in def. early discharge: 12-60uur Variatie in antenatale voorbereiding en huisbezoeken PP dr Vroedvrouw Randomisatie op \neq momenten (zwangerschap —postnataal) Non-compliance with allocated treatment Grondige beschrijving metho review

				moeders 13. zelfgerapporteerde vermoeidheid en uitputting 14. zelfgerapporteerde fysieke problemen 15. zelfgerapporteerde tekort aan zelfvertrouwen omtrent de zorg vr de baby dr moeders 16. zelfgerapporteerde tekort aan zelfvertrouwen omtrent de zorg vr de baby dr vaders 17. vaders engagement in PPzorg (<1mnd en 6mnd) 18. zelfgerapporteerde voedingsproblemen (<6w) 19. zelfgerapporteerde tegenstrijdige info 20. ontevredenheid met postnatale zorg in ZH 21. ontevredenheid met lengte opname 22. ontevredenheid met PPzorg na ontslag (<1mnd en <6mnd) <i>Economische outcomes</i>		
(Elkan, et al., 2000)	The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the	<u>Steekproef:</u> n= 102 (totaal 86 programma's met huisbezoeken) <u>Setting:</u> Britse studies met	Deel 1: systematische review van de effectiviteit en kosteneffectiviteit van het Britse gezondheidszorgsysteem met huisbezoeken Deel 2: selectieve review van britse	Invloed van huisbezoeken op diverse outcomes: 1. ouders en kinderen 2. ouderen	<ul style="list-style-type: none"> • verbeteringen in ouderschap en de kwaliteit van de omgeving thuis • verbetering van gedragsproblematiek bij kinderen incl. slapen) • verbeterd intellectuele ontwikkeling • vermindering van ongewilde verwondingen • verbetering van de detectie van postnatale depressie • verbetering van de kwaliteit van sociale steun aan moeders • verbeterde borstvoedingspercentages: huisbezoeken zijn succesvol in het aanmoedigen van moeders om 	<ul style="list-style-type: none"> • pooled data- meta-analyse • methodologie uitvoerig beschreven • kwaliteit van de artikels was goed tot matig: veel methodologische problemen • publicatie-bias: niet-significante resultaten ontbreken vaak

	British literature	huisbezoeken <u>Studies:</u> RCT- non-RCT en vergelijkende voor-na studies <u>Publicatiejaren:</u> 1966-1997	studies met huisbezoeken		tenminste drie maanden borstvoeding te geven (OR 1,34). <u>Conclusie:</u> De focus van thuisinterventie programma's moet niet enkel liggen op de noden van de lagere inkomensklasse, maar moeten ze een meer universeel karakter hebben. Het detecteren van de meest kwetsbare families in de maatschappij kan enkel door universeel te gaan screenen. Dit betekent echter niet dat de screening uniform moet zijn van aard. De risico-assessment dient individueel te gebeuren door middel van huisbezoeken waarbij gebruik wordt gemaakt van interviews, observatie en checklists met risicofactoren waarbij de inhoud, duur en intensiteit van de huisbezoeken dient afgestemd te worden op de (steeds veranderende) behoeften en noden van gezinnen. De klinische ervaring van de zorgverlener is daarbij van cruciaal belang. De verwachtingen van de zorgverlener dienen ook realistisch te blijven, in die zin dat huisbezoeken slechts een beperkte impact hebben op de gezondheid en sociale outcomes. De doelstellingen moeten een brede focus hebben en gericht zijn op verschillende outcomes wil de thuisinterventie succesvol zijn.	
(Friedman & Spitzer, 2004) Titel: Discharge criteria for the term newborn	<u>Design:</u> narratieve review <u>Methode:</u>	<u>Resultaten</u> Voorwaarden voor ontslag Ontslag van de pasgeborene zou ideaal maar mogen nadat de overgang naar het leven buiten de baarmoeder volledige is <ul style="list-style-type: none"> - verandering in de cardiopulmonaire circulatie (eerste 12 tot 24 uur PP) - absorberen van de longvloeistoffen gedurende (gedurende de eerste uren na de geboorte) - overgang van een intermitterende naar een constante ademhaling (proces is onduidelijk, onregelmatig ademhalingspatroon is normaal gedurende de eerste week PP) - regulatie van de lichaamstemperatuur - hemeostase van glucose (tijdens de zwangerschap regelt de moeder dit voor de foetus) (eerste drie dagen produceert de baby ketonen, een deel van het normale proces om zich aan te passen, BV activeert deze ketogene, door de lage energetische waarde) problemen om normale glycemie te handhaven PP, kan zowel op problemen bij de moeder als bij de baby wijzen. Stresserende geboorte kan afwijkingen geven in de glycemie. - hematologische aanpassingen: lagere zuurstofdruk in de arterien intra-uterien zorgen voor een hoog aantal erythrocyten, met een hemoglobine level van 16,8g/dl, door de geboorte kan de flow van de placenta naar de baby kan de hematocriet nog stijgen. Dit kan polycythemie en hyperbilirubinemie veroorzaken. Stollingsstelsel werkt normaal gezien normaal, tenzij er een deficiënt is voor vitamine K – afhankelijke stollingsfactoren. De eerste dagen na de geboorte ondergaan de witte bloedcellen ook verandering, er is een stijging in de neutrofielen tijdens de eerste 24 uur. (is geen goede manier op te screenen voor infectie gedurende de eerste levensdagen, neutropenie is wel suggestief voor pathologie) - renale aanpassingende: in utero is de placenta verantwoordelijk voor de electrolytenhuishouding van het vruchtwater. (niet de nieren van de foetus) de renale filtratie stijgt vanaf de geboorte tot ongeveer op een leeftijd van 3 jaar. Belangrijk is dat er een urinelozing is binnen de eerste 24 uur om pathologie op te sporen. - gastro-intestinale aanpassingen: aanpassing van continue intraveneuze voeding naar intermitterende enterale voeding. Deze aanpassing activeert de gastro-intestinale motiliteit, waardoor de pasgeborene stoelgang produceert, Bijna alle neonaten produceren stoelgang binnen de 48 uur. Indien hierin een vertraging wordt vastgesteld, 				

is een onderzoek naar obstructie aangewezen.

Ontslag van de kraamvrouw

- fysiologische veranderingen
- psychosociale veranderingen
- bonding (moeder- en kind binding)
 - factoren die deze processen kunnen bemoeilijken:
 - sectio
 - primigravida
 - eerste borstvoedingservaring

Borstvoeding

- mature melk ontstaat ongeveer 5 dagen PP
- maatregelen zoals rooming in, niet scheiden na de geboorte, vroeg voeden, frequent voeden op vraag, exclusieve BV, verhogen de kans op succes.
- maternale educatie: aanleren hoe de moeder en de familie moeten zorgen voor de baby moet een proces zijn dat aanvat voor de geboorte en verder wordt gezet PP. Vogende vaardigheden moeten aangeleerd worden:
 - babybadje
 - verzorging van de navelstreng
 - temperatuurcontrole
 - kennis van veiligheid
 - signalen van neonatale ziekte

Voordelen van vroeg ontslag: (GEEN REFERENTIES IN DE TEKST)

- demedicalisatie leidt tot een positievere ervaring van het gezin
- een comfortabele, ontspannen omgeving zorgt voor een hogere kans op succes wat borstvoeding en moeder en kind binding betreft.
- indien gecombineerd met een huisbezoek door een vpk en een vroegtijdige medische follow-up, kan een vroegtijdig ontslag een meer gewenste en veilige optie zijn, vooral voor opgeleide ouders die reeds ervaring hebben met kinderen.

Volgende situaties kunnen problematische zijn voor de neonat, maar kunnen verergeren door een ontslag voor 48 uur

- missen van metabole screening. (vb. fenyketonurie wordt best getest tussen de 48 en de 72 uur)
- hyperbilirubinemie: bilirubine piek komt thuis bij ontslag op 36 uur... Het voorspellen van een significante hyperbilirubinemie is veel moeilijker bij een vroegtijdig ontslag. Visuele beoordeling van bilirubine is niet betrouwbaar. Universele bilirubinescreening voor ontslag kan zorgen voor een het identificeren van kinderen met een hoger risico op hyperbilirubinemie na ontslag. (*... er staat nog meer detailinfo in de review, maar niet relevant voor ons*)
- borstvoeding:
 - veel borstvoedingsproblemen zoals aanlegtechniek, verminderde melkproductie, pijnlijke of beschadigde tepels, doen zich meestal voor in de thuissituatie.
 - hyperbilirubinemie en deshydratatie door hypernatriëmie doen zich meer voor bij borstgevoede baby's. (bron)
 - ⇒ bij vroegtijdig ontslag is maternale educatie voor ontslag en de opvolging na ontslag cruciaal voor een succesvolle en veilige borstvoeding (geen bron)
 - Ondersteunende omgeving bij de initiatie van borstvoeding is belangrijk -> BFHI draagt hieraan bij.
 - Een bezoek (door arts, vpk of LC) in de eerste 24 tot 72 uur na ontslag kan veel borstvoedingsproblemen anticiperen of oplossen.
- congenitale afwijkingen
 - Zijn niet altijd zichtbaar bij geboorte (denk aan hartafwijkingen zoals tetralogie van fallot, transpositie van de grote vaten,...) -> nood aan SpO2 controle voor ontslag wordt onderzocht
- gezonde neonaten met risico op sepsis
 - GBS positief (risico-screning is verouderd, enkel nog screening op basis van aanwezigheid van GBS) -> heeft een directe invloed op de ideale LOS. Onset is meestal (90%) binnen de 24 uur. Initieel werd 48 u aanbevolen, maar nu blijkt dat 24 voldoende is, na adequate Intrapartum antibiotica profilaxe (IAP), indien geen IAP is

		<p>een opname van 48 uur aanbevolen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - kinderen van een moeder met een drugprobleem <p>Herkenning van abstinentiesymptomen en screening op infectieziekten (SOA's) bij opiatengebruik is een opname van minstens 48 uur nodig</p> <p>Ontslagtiming hangt af van: betrokkenheid van sociale werkers, en diensten voor bescherming van het kind.</p> <p>Verder werden de onslagcriteria van de AAP in samenwerking met de ACOG (2002) -> hiervoor hebben wij het handboek aangekocht van 2012</p>				
(Hannula, et al., 2008)	A systematic review of professional support interventions for breastfeeding.	<p><u>Steekproef:</u> Gezonde moeders en neonaten</p> <p><u>Setting:</u> very High HDI</p> <p><u>Studies:</u> 36 (n= ?) (alle designs)</p> <p><u>Publicatiejaren:</u> 2000-2006</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoe wordt BV professioneel ondersteund tijdens (a) de zwangerschap, (b) het materniteitsverblijf en (c) postnataal 2. Hoe effectief zijn deze interventies 	<p>Professionele ondersteuningsinterventies voor BV:</p> <p><u>Interventies ter promotie van BV</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BVinterventies tijdens de zwangerschap 2. Support interventies vanuit de materniteit 3. Postnatale ondersteuning <p><u>Effect van de interventies op de BVduur</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Langdurige interventies (peri-,per-, en postnataal) zijn beter dan kortdurende • Gemengde interventies zijn effectiever (verschillende methodes van educatie en ondersteuning door goed-opgeleide professionals) dan interventies die gebaseerd zijn op 1 methode • De meeste effectieve interventies zijn interactief • Postnatale interventies die effectief zijn: huisbezoeken, telefonische ondersteuning, BVcentra en peersupport • Effectieve interventies zijn: BFHI, praktische hands-off teaching, in combinatie met ondersteuning en motivatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Zowel kwant., kwal., Als mixedmethod studies geïnccludeerd • Methodologie navolgbaar • De kwaliteit van de geïnccludeerde artikels was goed tot matig • Resultaten werden niet volgens de outcomes besproken • Slechts 6j datacollectie
(McKenna, Hasson, & Keeney, 2004)	<u>Design:</u> Narratieve review	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Setting:</u> Verenigd Koninkrijk 	De rol van de Health care assistant (HCA) wordt bestudeerd in het kader van patiëntveiligheid	Er is echter geen internationale consensus betreffende de titel, rol en invulling van het beroep. Om 'verzorgende' aan te duiden, werd door de jaren heen verschillende terminologie aangewend zoals 'health care assistant', 'home care assistant', 'maternity care assistant', maar ook 'nursing assistant', 'clinical support worker', etc. Een verschil in terminologie zorgt niet alleen voor verwarring, maar stelt vragen bij de kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid. Tegenwoordig wordt meestal de term 'health care assistant' gebruikt. Verschillende termen worden gehanteerd om HCA aan te duiden	<ul style="list-style-type: none"> • narratief, beschrijving van de rollen van de HCA 	

(Renfrew, et al., 2012)	Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies.	<p><u>Steekproef:</u> Moeders die BV geven</p> <p><u>Setting:</u> very High HDI (55% van de studies) + low HDI</p> <p><u>Studies:</u> 52 (n=56000) (RCT + klinische studies)</p> <p><u>Publicatiejaren:</u> 1966-2011</p>	De effectiviteit van BVinterventies:	<p><u>Primaire outcomes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> BV stopzetten <6mnd PP Exclusieve BV stoppen <6mnd PP BV stopzetten <4-6wkn Exclusieve BV stoppen <4-6wkn <p><u>Secondary outcomes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> BV stopzetten <2-3-9-12mnd PP Exclusieve BV stopzetten <2-3-9-12 mnd PP Maternale tevredenheid met zorg Maternale tevredenheid met voedingsmethode Alle oorzaken van morbiditeit (neonataal, kinderen) 	<p>Ondersteunende BVinterventies hebben sign. effect op outcomes 1,2,3, en 4</p> <ul style="list-style-type: none"> variabele grootte van effect en niet altijd generaliseerbaar. Face-to-face support heeft groter effect dan tel. ondersteuning voor exclusieve BV Groter effect wanneer de initiële BVinterventies groot zijn Effect op outcomes 1 vooral bij subgroep met hoge BVinterventierates Effect van peersupport op BV stopzetten >4-6wkn en <6mnd Geen effecten van outcomes 7 en 8 (enkel klinische studies) 	<ul style="list-style-type: none"> Grote n, heterogeniteit van settings, interventies en standaard zorg => toch generalisatie mogelijk Metho uitvoerig beschreven Enkel klinische studies: daardoor weinig info over tevredenheid Helpt studies met slechte methodologische kwaliteit
(Yonemoto, et al., 2013)	Schedules for home visits in the early postpartum period.	<p><u>Steekproef:</u> Kraamvrouw en in vroege PP (42d) (geen risicogroepen)</p> <p><u>Setting:</u> very High HDI + low HDI</p> <p><u>Studies:</u> 12 (n=11287) (RCT + klinische studies)</p> <p><u>Publicatiejaren:</u> 1998-2012</p>	Maternale en neonatale outcomes bij verschillende huisbezoek-programma's:	<p><u>Primaire outcomes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Maternale mortaliteit (<42dPP) Neonatale mortaliteit <p><u>Secundaire outcomes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Maternale morbiditeit (<42dPP) Maternale mentale gezondheid en gerelateerde problemen na 42d PP Tevredenheid met zorg en service 42d PP Neonatale morbiditeit Voedingswijze 42d PP Onvolledige immunisatie Failure to thrive, misbruik, 	<p><u>Meer versus minder huisbezoeken (5studies)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Geen sign effect van primaire outcomes Geen sign. effect van outcome 3 en 4 (gezondheidspr) Geen sign. Scores bij 4 (mentale gezondheidspr) en 5 (lichte voorkeur voor thuis) en 6 Sign effect van outcome 7 (exclusieve bv) <p><u>Verschillende zorg modellen (3studies)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Geen sign. verschillen <p><u>Huisbezoeken versus ziekenhuisconsultaties (4studies)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Geen duidelijke resultaten <p>=> resultaten niet eenduidig, auteurs zijn wel voorstander van PP huisbezoeken</p>	<ul style="list-style-type: none"> Verschillende interventies in settings en focus op andere outcomes of niet vergelijkbare manier van meten, maken conclusies trekken moeilijk Kwaliteit niet altijd hoog van de studies => risk of bias Blinding niet altijd mogelijk/gewenst Veel uitval (50% van de studies)

				verwaarlozing, huiselijk geweld van ouders <28d PP		
(Elkan, Robinson, Williams, & Blair, 2001) Titel: Universal vs. selective services: the case of British health visiting	Design: narratieve review Methode: Toepassing van de theorie van Geoffry Rose op postnatale gezondheidszorg	Steekproef: / SETTING: / Data-collectie: /	Problemen waarmee gezondheidsmedewerkers worden geconfronteerd worden aangekaart: • depressie kindermishandeling	Moet de zorg gericht zijn op iedereen? (universeel?) of enkel op kwetsbare groepen? (selectief?)	De focus van thuisinterventie programma's moet niet enkel liggen op de noden van de lagere inkomensklasse, maar moeten ze een meer universeel karakter hebben. Het detecteren van de meest kwetsbare families in de maatschappij kan enkel door universeel te gaan screenen. Dit betekent echter niet dat de screening uniform moet zijn van aard. De risico-assessment dient individueel te gebeuren door middel van huisbezoeken waarbij gebruik wordt gemaakt van interviews, observatie en checklists met risicofactoren waarbij de inhoud, duur en intensiteit van de huisbezoeken dient afgestemd te worden op de (steeds veranderende)	narratieve review, gebaseerd op eerdere review van Elkan (2000) en de theorie van Rose

					<p>behoeften en noden van gezinnen. De klinische ervaring van de zorgverlener is daarbij van cruciaal belang. De verwachtingen van de zorgverlener dienen ook realistisch te blijven, in die zin dat huisbezoeken slechts een beperkte impact hebben op de gezondheid en sociale outcomes. De doelstellingen moeten een brede focus hebben en gericht zijn op verschillende outcomes wil de thuisinterventie succesvol zijn.</p>	
<p>(Vanhaesebroeck, Goossens, Smets, Zecic, & De Coen, 2001)</p> <p>Titel: De eerste levensdagen van de pasgeborene</p>	<p><u>Design:</u> narratieve review !</p>	<p><u>Risicogroepen bij vroegtijdig ontslag (zie ook Friedman)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gemiste metabole screening: In België is de screening naar PKU wettelijk verplicht. De meeste referentielaboratoria screenen ook naar galactosemie. Bij screening naar PKU en congenitale hypothyroïdie is de leeftijd kritisch, in tegenstelling tot galactosemie. PKU wordt bij de voldragen neonatus best niet gescreend voor de leeftijd van 48 uur. De vroegste optimale leeftijd is 48 tot 72 uur. Conclusie: bij een systematische afname in de postnatale hospitalisatieduur tot minder dan 48 uur zal de screeningsstrategie moeten herdacht worden. Een belangrijk deel - 85% van de heropname zijn door hyperbilirubinemie. (1 tot 4% van de voldragen neonaten) vraag of systematisch screenen voor hyperbilirubinemie nuttig is? Alternatief: ambulante hercontrole binnen de 48 uur na ontslag. Correcte aanlegtechniek kan zorgen voor betere productie en dus minder kans op hyperbilirubinemie. (borstvoedingsicterus). Hiervoor kan je vooral preventieve maatregelen toepassen: optimalisatie borstvoedingstechniek, geen onderbreking van borstvoeding, beter leren aanleggen, hoger aantal voedingen de eerste twee dagen, afwisselde beide borsten per voeding, geen fopspeen. Bij ontslag binen de 72 uur na geboorte, binnen de twee, tot max 3 dagen na ontslag hercontrole voor icterus. meer dan 10% van het gewicht verliezen is een alarmteken. (rekening houden met risicogroepn: maternale diabetes, icterus bij vorig kind, oost-aziatische herkosmt, milde prematuriteit (36-37w), oxicotine, cefaal gematoom of subgaleale bloeding, jongen, (inadequate) borstvoeding, gocose-6-P-dehydrogenasedeficientie, familiale hemolytische ziekte. - Niet aanleren of vroegtijdig staken van de borstvoeding. 				
<p>(Wiegers, The quality of maternity care services as experienced</p>	<p><u>Design:</u> Cross-sectioneel</p> <p><u>Methode:</u> Er werden</p>	<p><u>Steekproef:</u> Totale resposerate was 632 vrouwen hebben beide vragenlijsten ingevuld</p>	<p><u>Standaardzorg:</u></p> <p><u>Interventie:</u> Drie soorten vragen:</p> <p>Informatieve vragen: over het zorgpad van de vrouwen (wat</p>	<p>Er is een groot verschil tussen tevredenheid van zorg en kwaliteit van zorg. Er is een shift gekomen van tevredenheid van cliënten naar ervaringen van cliënten. Doel is</p>	<p><u>Resultaten:</u> Zorgpad: niet belangrijk voor ons onderzoek -> niet gerapporteerd.</p> <p><u>Ervaring:</u></p>	<p>Geen ethisch comité + gesponsord door zorgverzekeringen.</p> <p>Er waren iets meer vrouwen die thuis</p>

<p>by women in the Netherlands, 2009)</p> <p>Titel: The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands</p> <p>Doel studie: Kwaliteit van perinatale zorg begrijpen en verbeteren, door niet alleen informatie te gebruiken vanuit outcome-indicatoren, zoals mortaliteit en morbiditeit, maar ook informatie over de meningen en verwachtingen van vrouwen aangaande proces- en structuur indicatoren.</p>	<p>focusgroepen georganiseerd met stakeholders en er werden vragenlijsten gestuurd naar cliënten tijdens de zwangerschap en postpartum. Via de post verstuurd.</p>	<p>Setting: Nederland</p> <p>Data-collectie: in 2007 vrouwen die gingen bevallen begin april 2007 Vragenlijsten werden doorgestuurd naar vrouwen die geselecteerd waren op basis van de aanvraag voor kraamzorg. Wanneer ze antwoordden op de eerste vragenlijst kregen ze ook tijdens het PP een tweede vragenlijst doorgestuurd.</p> <p>Gesponsord door: Miletus = consortium van 4 grote verzekeringsagenschappen</p>	<p>gebeurde er)</p> <p>Ervaring Hoe hebben vrouwen dit ervaren -> deze vragen werden gebaseerd op bestaande kwaliteitsindicatoren.</p> <p>Algemene beoordeling van de ontvangen zorg</p> <p>Er werkden verschillende thema's bevroegd:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwaliteit van zorg door vrvr of HA tijdens de zwangerschap 2. kwaliteit van zorg door de gynaecoloog tijdens de zwangerschap 3. kwaliteit van de behandeling tijdens arbeid en bevalling 4. kwaliteit van de behandeling door vrvr of huisarts tijdens de postnatale zorg (chronbach's alpha van 0,89) 5. kwaliteit van behandeling door de kraamverzorgende (chronbach's alpha van 0,95) 	<p>het beoordelen van zorg vanuit het clientenperspectief</p> <p>Beoordeling van zorg: CAHPS consortium (Consumer assesement of health care providers and systems)= instrument die de ervaring van cliënten met gezondheidszorg meet en beoordeeld '90 -> NIVEL (Nederlands institute voor health survey research) opstellen van QUOTE- vragenlijsten (Quality of Care throughout patient eyes) = meningen, ideeën en wensen van cliënten over de kwaliteit van zorg werden meegenomen om de kwaliteit van zorg te beoordelen.</p> <p>Recent ontwikkeling van nieuw instrument CQI-index -> gebaseerd op CAHPS en QUOTE Hierdoor werden ervaringen en tevredenheid gecombineerd.</p>	<p>Vrouwen waren in het algemeen, onafhankelijk van de pariteit heel positief over de manier waarop ze behandeld waren.</p> <p>Voor beoordeling zie tabel hieronder</p> <p>Kwaliteit van zorg wordt hoog gescoord in Nederland maar scoort beter wanneer ze de vroedvrouw kennen die de arbeid begeleid.</p>	<p>bevielen in dit onderzoek ten opzichte van de populatie (31,3 tot van 29%)</p> <p>De meeste vrouwen beginnen met prenatale zorg door een vroedvrouwen en eindigen met postnatale zorg door de vroedvrouw.</p>
---	--	---	---	--	--	--

ALFABETISCHE LIJST VAN GEINCLUDEERDE BOEKEN

<p>(American Academy of Pediatrics and The American colleges of obstetricians and gynecologists, 2012)</p>	<p><u>Ziekenhuisontslag en educatie van de ouders</u></p> <p>Onslag van de gezonde pasgeborene <i>“The hospital stay of a mother and her newborn should be long enough to allow identification of problems and to ensure that the mother is sufficiently recovered and prepared to take care of herself and her newborn at home”</i></p> <p>De meeste cardiopulmonaire problemen die gerelateerd zijn aan de transitie van het uterine naar het extra-uterine leven, worden zichtbaar binnen de 12 uur na de geboorte. Andere problemen, zoals hyperbilirubinemie, ductusproblemen, gastro-intestinale obstructies, kunnen nood hebben aan een langere observatieperiode door een getrainde zorgverlener. Gelijktijdig aan deze problemen bij de pasgeborene bestaan er ook complicaties bij de kraamvrouw die pas na 24 uur zichtbaar worden, zoals endometritis.</p> <p>De beslissing aangaande de LOS, moet gemaakt worden op basis van de unieke karakteristieken van zowel moeder als kind. Hieronder kan worden verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gezondheid van de moeder - gezondheid en stabiliteit van de baby - de mogelijkheid en het vertrouwen van de moeder dat ze instaat is om te zorgen voor zichzelf en de neonaat - de adequaatheid van de ondersteunende systemen in de thuissituatie - de toegang tot de gepaste follow-up. <p>Deze beslissing moet genomen worden door de zorgverlener, in overleg met de familie, en mag niet gebaseerd zijn op derdebetalersregels. Een korter verblijf (minder dan 48 uur) voor een gezonde atermee pasgeborene, kan aangewezen zijn, maar is niet geschikt voor elke pasgeborene.</p> <p>Instellingen doen er goed aan hun eigen richtlijnen in verband met LOS te ontwikkelen in samenwerking tussen de ondersteunende organisaties en de professionele medewerkers van de organisatie. Deze initiatieven moeten gemonitord worden door overkoepelende instanties.</p> <p>Volgende zijn de minimumcriteria waar moet aan voldaan zijn voor een atermee gezonde pasgeborene ontslagen wordt uit het ziekenhuis na een ongecompliceerde zwangerschap, arbeid en bevalling.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vitale parameters: stabiel 12 uur voor ontslag (waaronder: ademhaling (<60/min), hartslag (100-160 sl/min), axilaire temperatuur (36,5-37,4°C) in een open bedje met gepaste kledij. - geplast en spontane stoelgang - de neonaat heeft minimaal 2 succesvolle voedingsmomenten gehad - indien FV moet het vastgesteld en gedocumenteerd in het medisch dossier zijn dat de coördinatie tussen zuigen-slikken- ademen vlot verloopt. - indien BV moet een zorgverlener met kennis van borstvoeding vastgesteld en gedocumenteerd hebben in het medisch dossier dat de neonaat goed aanhapt, slikt en voldaan is. - lichamenlijk onderzoek toont geen abnormale zaken aan die een langere LOS vereisen - indien besnijdenis: er is na 2 uur geen teken van bloeding op de plaats van besnijdenis - de klinische significantie van geelzucht, indien aanwezig voor ontslag, is vastgesteld en er is een geschikt beleid opgesteld en plannen voor follow-up zijn geconcretiseerd. - De kennis, de mogelijkheden en het vertrouwen van de moeder om adequate zorg te bieden aan haar neonaat wordt gestaafd doordat informatieoverdracht en training in volgende domeinen plaatsvond: <ul style="list-style-type: none"> • geschikte urine- en stoelgangpatroon bij de neonaat • zorg voor de navelstreng, de huid en de genitale delen, alsook het temperatuur met een thermometer • veiligheid van de baby, zoals hoe transporteren in de wagen, ideale slaaphouding, behouden van een rookvrije omgeving, in dezelfde omgeving slapen, maar geen bed delen. • handhygiëne, meer bepaald om infectie te reduceren. - een stoeltje voor de wagen, aangepast aan de leeftijd van de neonaat, conform de veiligheidsvoorschriften van Federal Motor Vehicle safety is bekomen en beschikbaar bij ontslag. - familie, of andere ondersteunende figuren, waaronder zorgverleners met kennis van zorg voor neonaten, waaronder lactatie en geelzucht zijn beschikbaar voor de moeder en de neonaat na ontslag. - instructies die gevolgd kunnen worden op het ogenblik er zich een urgentie of een complicatie zou voordoen zijn gegeven. - maternale en neonatale onderzoeken zijn geanalyseerd waaronder <ul style="list-style-type: none"> • Maternaal: syfilis, HbsAG en HIV status • indien klinisch geïndiceerd: bloedgroep (van de neonaat of vastgesteld op basis van navelstrengbloed) en directe coombs • screening testen, in overeenstemming met wat wettelijk gangbaar is.
--	--

- initiële Hep B vaccinatie werd toegediend of er werd een afspraak gemaakt voor het toedienen van de vaccinatie indien geïndiceerd door de risico-status van de neonat en in overeenstemming met het huidige vaccinatieschema
- gehoortest is uitgevoerd in overeenstemming met het ziekenhuisprotocol
- familiale, omgevings-, en sociale risicofactoren werden beoordeeld. Indien een van deze risicofactoren aanwezig zijn, moet het ontslag uitgesteld worden tot wanneer deze risicofactoren zijn opgelost of er een plan van aanpak is opgesteld om de veiligheid van de neonat te garanderen. Deze factoren kunnen zijn
 - onbehandeld middelengebruik bij de ouders of positieve toxologische urinaire tests bij de moeder
 - kindermishandeling of –verwaarlozing bij andere kinderen
 - mentale ziekte bij een van de ouders die thuis verblijft
 - tekort aan sociale steun, vooral bij alleenstaande primiparae
 - geen vaste verblijfsplaats
 - verleden van huiselijk geweld, vooral tijdens de zwangerschap
 - tienermoeder (vooral indien andere risicofactoren aanwezig)
 - barrières voor adequate follow-up vb. gebrek aan transport, telefoon, of het niet spreken van de landstaal.
- een door de arts gestuurde bron van continue medische zorg voor de kraamvrouw en haar neonat werd bepaald
- indien een neonat wordt ontslagen voor 48 uur na de bevalling, dient een afspraak te worden gemaakt die plaats vindt binnen de 48 uur na ontslag. Indien dit niet mogelijk is, moet het ontslag worden uitgesteld tot adequate nazorg is georganiseerd.

Ontslag van late preterm neonaten

Niet opgenomen

Educatie van de ouders en psychosociale factoren. (=INHOUD VAN DE EDUCATIE IN HET PP !!!)

Doordat de LOS daalt, kunnen niet alle vaardigheden aangeleerd worden tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Hierdoor ontstaat de nood aan alternatieve educatie, zoals prenatale lessen, audio-visueel materiaal, geprint materiaal, rekening houdend met de status van “health literary” en online educatieprogramma’s. Andere vormen zijn educatieve groeps- of individuele sessies tijdens het postpartum om zelfzorg te stimuleren, zoals borstzelfonderzoek, moeder-kind relaties, verzorging van de neonat, zoals badjes en voeding en groei en ontwikkeling van het kind.

Family planning technieken moeten op maat worden uitgelegd aan de kraamvrouwen.

Educatieve activiteiten moeten omvatten:

- de fysiologische veranderingen bij de neonat
 - slaappatroon
 - temperatuur
 - ademhaling
 - urineren
 - stoelgangpatroon
 - uitzicht van de huid, waaronder geelzucht.
- gedrag, temperament en neurologische ontwikkelingen van een neonat
- instructies aangaande borstvoeding

Voor het ontslag moeten vrouwen informatie krijgen over de mogelijkheden van geschikte ondersteuning wat lactatie betreft.

Kraamvrouwen moet voorbereid worden op hoe ze zich mogelijk kunnen voelen wanneer ze thuis komen, ze moet geëvalueerd worden wanneer ze samen is met haar pasgeborene om problemen te detecteren.

Ondersteuning is normaal gezien voorhanden zowel tijdens de opname, als na ontslag.

Informatie over alle mogelijke zorgverlening moet beschikbaar zijn in het ziekenhuis. Hulpverlening kan bestaan uit

- Sociale dienst aangeboden tijdens het ziekenhuisverblijf (In-patient). integraal deel van de interdisciplinaire zorg om
 - ziekenhuisdiensten en ontslagregelingen te coördineren
 - publieke en private ondersteuning te regelen
 - psychosociale steun te bieden.
- leden van de thuiszorgdienst -> beoordelen van
 - vaardigheden van de ouders
 - leefomgeving
 - de emotionele toestand van de vrouw
 - ontwikkelingstatus van het kind
- groepen die ondersteuning bieden over een bepaald onderwerp vb. borstvoeding

Wiegedood en veilige slaaphouding

- risico: slapen op de rug<op de zij<op de buik
- niet roken in het bijzijn van de baby
- geen zacht beddengoed gebruiken
- gebruik van fopspeen verkleint het risico (niet gebruiken voor leeftijd van 1 maand bij BV)
- hoewel samenslapen de borstvoeding positief beïnvloedt, blijft het een significante verhoging inhouden van risico op overlijden, door verstikking, wurging,... -> apart bed dichtbij de moeder
- cardiorespiratoire monitoring thuis blijkt geen invloed te hebben op prevalentie van wiegedood

BIJLAGE 2 KWALITEITSBEOORDELING

GEÏNCLUDEERDE ARTIKELS: ALFABETISCHE LIJST

H = high M = moderate L = low

Referentie	Titel	Checklist gebruikt CASP	classificatie	Methodologische limitaties
(Bernstein, et al., 2007)	Decision-Making for postpartum discharge of 4300 mothers and their healthy infants: the life around newborn discharge study	COHORT	M	Is goed van inhoud, ZEER grootschalig, maar sampling gebeurde door de opnamelijsten te bekijken en dan te selecteren wie voldeed aan de voorwaarden. Hoog risico voor selection bias. Verder werd de beslissing of iemand klaar was voor ontslag gemaakt op basis van de mening van de moeder, gyn en ped. Niet op basis van problemen die ontstaan in het PP of op basis van het veiligheidsgevoel van de moeder.
(Boulvain, et al., 2004)	Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial	RCT	H	Correcte uitvoering RCT (in artikel werd de zorg wel niet gespecificeerd)
(Britton, et al., 2002)	Postpartum discharge preferences of pediatricians: results from a national survey	COHORT	H	Geen ernstige methodologische limitaties
(Brumfield, et al., 1996)	24-Hour Mother-Infant Discharge With a Follow-up Home Health Visit: Results in a Selected Medicaid Population	COHORT	H	Geen methodologische opmerkingen. Gebaseerd op ontslagcriteria AAP en ACOG.
(Campbell-Voytal, et al., 2011)	Postpartum doula: Motivations and perceptions of practice	KWALITATIEF	M	Specifieke cohorte, gaat over doula's die continuïteit van de zorg kunnen bieden doorheen zwangerschap, bevalling en postpartum.
(Christie & Bunting, 2011)	The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: Cluster randomised trial	RCT	M	Geen power berekend door kleine steekproef - datacollectie d.m.v. zelfrapportage, maar grote responsrate
(Christie, et al., 2008)	An integrated mid-range theory of postpartum family	KWALITATIEF	M	Kleine steekproef, veel uitval

	development: a guide for research and practice			
(De Bruin-Kooistra, et al., 2012)	Finding the right indicators for assessing quality midwifery care	ONTWIKKELING VAN INDICATOREN (DELPHI)	H	Delphi: Systematische aanpak, goed beschreven, kwaliteitsbeoordeling met AIRE
(Dedry, 2005)	Zwanger van kraamzorg in Brussel	KWALITATIEF	L	Onderzoeksoptzet en methodologie zeer beperkt beschreven
(de Vos & Graafmans, 2007)	Indicatoren voor de kraamzorg. Ontwikkeling van indicatoren voor kraamzorginstellingen	ONTWIKKELING VAN INDICATOREN (DELPHI)	H	Delphi: Systematische aanpak, goed beschreven, kwaliteitsbeoordeling met AIRE
(Dodge, et al., 2013)	Toward population impact from home visiting	RCT	H	Grootschalige studie- goede kwaliteit
(Dodge, et al., 2013)	Randomized Controlled Trial of Universal Postnatal Nurse Home Visiting: impact of emergency care	RCT	H	Grootschalige studie- goede kwaliteit
(Dodge, et al., 2014)	Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting	RCT	H	Grootschalige studie- goede kwaliteit
(Ellberg, et al., 2008)	Maternity care options influence readmission of newborns	CROSS-SECTIONNEEL	M	Sterk onderzoek, zeer grote steekproef, maar analyse van beleid en niet van de exacte LOS. Bias beperkt door korte duur onderzoek waardoor verandering in beleid wordt geminimaliseerd. Enkel heropnames vanaf dag 4 in kaart gebracht. Eerdere opnames niet meegerekend in het onderzoek om te corrigeren voor LOS. Zorgt ervoor dat alle pathologieën voor dag vier niet worden meegenomen in het onderzoek... sterke beperking van het onderzoek. Onderzoek op basis van het beleid en niet op basis van de effectieve LOS.
(Escobar, et al., 2001)	A Randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge	RCT	H	Correcte beschrijving methodologie - Datacollectie enkel via tel. interviews (bias)
(Fenwick, et al., 2010)	Western Australian Women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital or at home	CROSS-SECTIONNEEL	H	Correcte beschrijving methodologie – toegediende zorgen niet gespecificeerd (bemoeilijkt interpretatie data)
(Flaherman, et al., 2012)	Maternal experience of interactions with providers among mothers with milk supply	KWALITATIEF	H	Methodologie goed beschreven – rekening gehouden met demografische gegevens

	concern			
(Forster, et al., 2008)	The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia	KWALITATIEF	H	brede focus, sterk uitgediepte thema's
(Gagnon, et al., 2002)	Randomized Trial of Postpartum Care After Hospital Discharge	RCT	H	Maar toegediende zorg niet gespecificeerd
(Gazmararian, et al., 1997)	Maternity experiences in a managed care organisation	CROSS-SECTIONEEL	M	methodologie zwak beschreven. Onvoldoende power voor de 50% verschil in heropname met een power van .80 kon niet worden bereikt, hiervoor was een sample van 3000 nodig geweest in alle groepen. Blijft ook zelfrapportage door vrouwen en niet gebaseerd op medische vaststellingen. cave recallbias.
(Goulet, et al., 2007)	Preparation for discharge, maternal satisfaction and newborn readmission for jaundice: comparing postpartum models of care	CASE-CONTROL	H	goed onderbouwde studie, methodologie uitvoerig beschreven, limitaties van het onderzoek en resultaten uitvoerig beargumenteerd). Wil je dit bij de kwaliteit zetten?
(Hjälmhult & Lomborg, 2012)	Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences	KWALITATIEF	H	grounded theory, tot theoretische saturatie -> 7 focusgroepen met in totaal 26 moeders !
(Johansson & E., 2004)	What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward?	KWALITATIEF	H	Duidelijk, eenvoudige maar transparante studieopzet
(Kooistra, et al., 2009)	Kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde	ONTWIKKELING VAN INDICATOREN (DELPHI)	H	Goed beschreven methodologie
(KCE, 2014)	KCE Report 232: Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care	KWALITATIEF	H	methodologie uitvoerig beschreven - alle relevante stakeholders betrokken - niet doorgegaan tot volledige datasaturatie (aantal focusgroepen werd op voorhand vastgesteld ten gevolge van budgettaire limitaties)
(Kronborg, et al., 2012)	The effect of early postpartum home visits by health visitors: a	CROSS-SECTIONEEL	H	Grote steekproef – natuurlijk experiment

	natural experiment			
(Kronborg, et al., 2007)	Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial	RCT	H	Correcte methodologie, goede beschrijving opzet en uitvoering studie
(Kuan, et al., 1999)	Health system factors contributing to breastfeeding success	PROSPECTIEVE COHORT	H	Maar geen representatieve steekproef
(Kurtz- Landy, et al., 2008)	Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey	CROSS-SECTIONNEEL	M	geen randomisatie - 55% van de ppn is immigrant (gebruiken minder zorgverlening) - het 60-uur mandaat wordt niet altijd nageleefd (slechts bij de helft van de SEDmoeders aangeboden)
(Lee, et al., 1995)	Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate	CROSS-SECTIONNEEL	H	Zeer sterk en grootschalig onderzoek. Enige bedenking bij het onderzoek is dat er vandaag betere screenings bestaat voor geelzucht zoals percutane metingen die in het onderzoek niet werden vernoemd.
(Lewallen, et al., 2006)	Breastfeeding support and early cessation	KWALITATIEF	H	wordt bestempelt als kwalitatief, maar is dit eigenlijk slechts gedeeltelijk.
(Lieu, et al., 2000)	A randomized comparison of home and clinic follow-up after early postpartum hospital discharge	RCT	M	Verschillen in zorg en zorgprofessionelen
(Madden, et al., 2004)	Length of stay policies and ascertainment of postdischarge problems in newborns	INTERRUPTED TIMES SERIES (quasi-experimentele retrospectieve studie)	H	Zeer goede studie, grootschalig, rekening houdend met confounding factors.
(Mc Keever, et al., 2002)	Home versus Hospital Breastfeeding Support for Newborns: A Randomized Controlled Trial	RCT	H	Ontslagcriteria niet duidelijk beschreven
(McComish & Visger, 2009)	Domains of postpartum doula care and maternal responsiveness and competence	KWALITATIEF	M	gaat over doula's die continuïteit van de zorg kunnen bieden doorheen zwangerschap, bevalling en postpartum.
(McDonald, et al., 2010)	Effect of an extended midwifery postnatal support programme on	RCT	M	Redenen voor geen effect: o.a. hoge BVinitiatie, standaardzorg is reeds uitgebreide zorg, geen onderscheid tussen hoogrisico- en laagrisicogroepen, ...

	the duration of breastfeeding: A randomised controlled trial			
(McLachlan, et al., 2009)	Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia	KWALITATIEF	M	Informed consent ok - Ethisch comité ok Vraag is of dit de correcte methodologie is: mensen zijn geneigd om weerstand te vertonen tegen verandering. Een betere methode zou zijn om vrouwen die met een ander zorgsysteem zijn geconfronteerd om deze percepties en meningen te vragen. Ook de outcome van de verschillende pakketten zou moeten worden in kaart gebracht, in functie van mentale en fysieke gezondheid van zowel moeder als kind.
(Meikle, et al., 1998)	Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery	COHORT	H	Confouders opgenomen (bv, consultaties, spoed, borstvoeding, demografische factoren) Geen rekening gehouden met educatie tijdens het ziekenhuis. Maar verder geen bemerkingsen. Sterk onderzoek.
(Morrell, et al., 2000)	Costs and benefits of community postnatal support workers: a randomised controlled trial	RCT	M	training postnatal support workers adequaat? Noodzakelijke outcomes geïncludeerd?
(Nielsen-Dana & Wambach, 2003)	Patient satisfaction with an early discharge home visit program	COHORT	L	zorgen door 1 advanced practice nurse - response rate 23%-methodologie niet volledig beschreven/gebrekkig
(O'Leary-Quinn, et al., 1997)	Breastfeeding Incidence After Early Discharge and Factors Influencing Breastfeeding Cessation	CASE CONTROL	L	Zeer zwak onderzoek, steekproef: convenience, slechts 101 vrouwen ondervraagd. Geen representatief bv%, geen rekening met confounding factors,...
(Paavilainen & Astedt-Kurki, 1997)	Self-reported family health and well-being after early discharge from maternity hospital: a phenomenological study	KWALITATIEF	M	Goede focus, correcte datacollectie, maar steekproef was eerder convenience, argumenten hiervoor werden gegeven. Datasaturatie werd niet besproken. Steekproef maakt dat resultaten niet generaliseerbaar zijn. Inhoud gesprekken werd niet uitgelegd (gestructureerd of niet). Het is een waardevol onderzoek vermits er zeer weinig over gekend is.
(Paul, et al., 2012)	A Randomized Trial of Single Home Nursing Visits vs Office-Based Care After Nursery/Maternity Discharge	RCT	H	Zelfrapportage (bias mogelijk)
(Razurel, et al., 2011)	Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the post partum period: a qualitative study	KWALITATIEF	H	Geen opmerkingen, correct design voor onderzoeksvraag. Opletten met generaliseren over het volledige postpartum dit is een momentopname in het postpartum, noden kunnen gedurende het postpartum variëren.
(Reever, et al., 1998)	Early postpartum discharge versus traditional length of stay:	COHORT	L	Geen correcte randomisatie: ppn mogen zelf de groep kiezen waarin ze worden ingedeeld

	Patient preferences			
(Ruchala, 2000)	Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women	CROSS- SECTIONEEL	M	Onvoldoende details over het onderzoek gerapporteerd, zoals de setting (land) waar dit onderzoek plaatsvond, alsook geen beschrijving van de standaardzorg. De relevantie van dit onderzoek wordt ook als middelmatig beschouwd. Er worden conclusies geformuleerd zonder rekening te houden met andere outcomes zoals gezondheid moeder en kind. Enge blik van de onderzoeker. Niet correcte manier van onderzoeken, hier zou een kwalitatief onderzoek beter geschikt voor zijn. Validiteit van de vragenlijsten werd maar door 1 groep nagegaan, namelijk door de vpk en het was een vergelijkende studie tussen de verpleegkundigen en de moeders.
(Sheehan, et al., 2006)	The Impact of a New Universal Postpartum Program on Breastfeeding Outcomes	COHORT	H	Secundaire analyse op een andere studie, zeer grootschalig.
(Smythe, et al., 2013)	The dwelling space of postnatal care	KWALITATIEF	H	EC ok - IC ok - Meerwaarde van de sfeer van de verzorging werd onderzocht, niet van de plaats van postpartumzorg.
(Stahelin, et al., 2013)	Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care – results from a nested case-control study	CASE-CONTROL	High	Zeer grote populatie zonder kans op selectiebias. Deze bevindingen gelden enkel voor vrouwen die zorgen kregen door een vroedvrouw. (kunnen niet veralgemeend worden) Prevalentie van mentale aandoeningen in deze studie is zeer laag in vergelijking met andere studies.
(Straczek, et al., 2008)	Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper?	COHORT	H	Het onderzoek heeft zelf heel duidelijk aan welke resultaten onderhevig zijn aan bias door te lage power van het onderzoek. Verder is de methodologie zeker aangepast aan de onderzoeksvraag. Het onderzoek is zeer waardevol en relevant.
(Thompson, et al., 2000)	Early discharge and postnatal depression: a prospective cohort study	CASE-CONTROL	L	enkel vgl tss < 5d ziekenhuisverblijf en meer. Ppn kozen zelf de lengte van het verblijf
(Van Kelst, et al., 2002)	Bevallen met kort ziekenhuisverblijf: Geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in regio Leuven	QUASI-EXPERIMENTEEL	M	Moeilijk te veralgemenen (regio Leuven- en keuze voor onderzoeksgroep werd bepaald door kraamvrouwen zelf) Kleine steekproef
(Voerman, et al., 2013)	A systematic approach towards the development of a set of	ONTWIKKELING VAN INDICATOREN (DELPHI)	H	Methodologie uitvoerig beschreven – goed uitgewerkte Delphi

	quality indicators for public reporting in community-based maternity care			
(Weiss, et al., 2004)	Length of stay after vaginal birth: sociodemographic and readiness-for- discharge factors	CROSS-SECTIONNEEL	H	gemodificeerde schaal gebruikt: readiness for discharge scale, niet gevalideerd for specifieke populatie (na geboorte)- piloot testing goed beschreven methodologie- invloed LOS op readiness for discharge niet bestudeerd representatieve steekproef (heterogeen sample), wel overwegend zwarte populatie, slechts 1 setting geïnccludeerd in de studie obstetrische interventies (EDA en inductie) werden niet meegenomen in de studie
(Wiegers, 2009)	The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands	CROSS-SECTIONNEEL	M	Gesponsord door de consortium van verzekeringen, geen ethisch comité aangevraagd. Selectie van de patiënten op basis van de aanvraag bij de verzekering. (niet verder uitgelegd) lets meer thuisbevallingen in het sample tov de populatie. Geen uitleg over hoe de vragenlijsten tot stand kwamen. Geen vergelijking met wat tevredenheid inhoudt in andere systemen, is dit hoog of laag, geen referentie voor interpretatie van de resultaten.
(Zadoroznyj, 2006)	Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme	CASE-CONTROL	H	Zeer sterk onderzoek, met correcte analysemethoden Ethisch comité ok Relatief lage responserate voor vrouwen die de MC niet gebruikten.
(Zadoroznyj, 2009)	Professionals, carers or 'strangers'? Liminality and the typification of postnatal home care workers	KWALITATIEF	H	Zeer sterk onderzoek, met correcte analysemethoden Ethisch comité ok Relatief lage responserate voor vrouwen die de MC niet gebruikten. onderzoek
(Zadoroznyj & Sutherland, 2007)	A New Postnatal Home Care Worker: Challenges for Training, Implementation and Policy	KWALITATIEF	H	Zeer sterk onderzoek, met correcte analysemethoden Ethisch comité ok

GEÏNCLUDEERDE REVIEWS: ALFABETISCHE LIJST

Referentie	Titel	Checklist gebruikt CASP	classificatie	Methodologische limitaties
(Brown, et al., 2009)	Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants	SYSTEMATISCHE REVIEW	H	Variatie in def. early discharge: 12-60uur Variatie in antenatale voorbereiding en huisbezoeken PP dr Vroedvrouw Randomisatie op ≠ momenten (zwangerschap →postnataal) Non-compliance with allocated treatment Grondige beschrijving metho review
(Elkan, et al., 2000)	The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature	SYSTEMATISCHE REVIEW	H	pooled data- meta-analyse methodologie uitvoerig beschreven kwaliteit van de artikels was goed tot matig: veel methodologische problemen publicatie-bias: niet-significante resultaten ontbreken vaak
(Elkan, et al., 2001)	Universal vs. selective services: the case of British health visiting	NARRatieve REVIEW	L	Gebaseerd op een theorie van G. Rose Herkomst literatuur?
(Friedman & Spitzer, 2004)	Discharge criteria for the term newborn	NARRatieve REVIEW	L	geen methodologie beschreven !
(Hannula, et al., 2008)	Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants.	SYSTEMATISCHE REVIEW	M	Zowel kwant., kwal., Als mixedmethod studies geïnccludeerd Methodologie navolgbaar De kwaliteit van de geïnccludeerde artikels was goed tot matig Resultaten werden niet volgens de outcomes besproken Slechts 6j datacollectie
(McKenna, et al., 2004)	Patient safety and quality of care: the role of the health care assistant	NARRatieve REVIEW	L	narratief, beschrijving van de rollen van de HCA
(Renfrew, et al., 2012)	A systematic review of professional support	SYSTEMATISCHE REVIEW	H	Grote n, heterogeniteit van settings, interventies en standaard zorg => toch generalisatie mogelijk

	interventions for breastfeeding.			Metho uitvoerig beschreven Enkel klinische studies: daardoor weinig info over tevredenheid Helpt studies met slechte methodologische kwaliteit
(Vanhaesebrouck, et al., 2001)	De eerste levensdagen van de pasgeborene	NARRATIEVE REVIEW	L	Bruikbaar, zwakke kwaliteit: geen syst review - expert opinion, geen navolgbaarheid van de methode - verouderde en beperkte literatuur
(Wiegers, 2006)	Adjusting to motherhood Maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope	NARRATIEVE REVIEW	M	Is slechts semisyst review, wel transparantie in de zoekmethode, maar geen beoordeling van kwaliteit van de geïncludeerde onderzoeken. Deel van de publicatie is expert opinion. Wel zeer relevant en veel studie die hier werden geïncludeerd zijn in onze studie geïncludeerd. Conclusie is echt de mening van de auteur.
(Yonemoto, et al., 2013)	Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies.	SYSTEMATISCHE REVIEW	H	Verschillende interventies in settings en focus op andere outcomes of niet vergelijkbare manier van meten, maken conclusies trekken moeilijk Kwaliteit niet altijd hoog van de studies => risk of bias Blinding niet altijd mogelijk/gewenst Veel uitval (50% van de studies)c

BIJLAGE 3 KWALITEITSBEOORDELING RICHTLIJNEN AGREE II

DOMEIN	1			2			3						4			5				6									
ITEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	0	15	16	17	18	19	20	21	22	23					
NICE antenatal and postnatal mental health, 2007																													
Persoon 1	6	6	7	19	4	2	7	13	7	7	3	6	4	6	7	7	47	6	7	7	20	1	5	4	1	5	6	11	
Persoon 2	7	7	7	21	5	5	7	17	7	7	6	6	4	6	7	7	50	6	6	7	19	1	7	6	6	20	6	7	13
	40	94,44		30	66,67										97	84,38	39	91,67		20	25		24	83,33					
NICE neonatal jaundice, 2010																													
Persoon 1	7	7	7	21	7	6	7	20	7	7	6	6	7	6	6	7	52	7	6	7	20	6	6	7	1	20	6	6	12
Persoon 2	7	7	5	19	7	6	6	19	7	7	6	7	7	7	6	2	49	7	6	7	20	5	7	7	1	20	6	6	12
	40	94,44		39	91,67										101	88,54	40	94,44		40	66,67		24	83,33					
NICE postnatal care, 2006																													
Persoon 1	7	7	7	21	7	6	7	20	7	7	6	6	7	6	7	7	53	7	6	7	20	4	6	7	6	23	6	6	12
Persoon 2	7	7	7	21	6	6	7	19	7	7	7	7	7	7	2	51	7	7	7	21	2	4	7	6	19	6	6	12	
	42	100		39	91,67										104	91,67	41	97,22		42	70,83		24	83,33					
WHO postnatal care, 2010																													
Persoon 1	7	7	7	21	2	7	7	16	7	7	6	7	7	7	7	7	55	6	6	5	17	6	6	6	1	19	6	7	13
Persoon 2	5	7	4	16	4	4	4	12	3	3	2	4	6	4	7	2	31	4	4	4	12	4	6	6	1	17	6	7	13
	37	86,11		28	61,11										86	72,92	29	63,89		36	58,33		26	91,67					
ABM breastfeeding, 2008																													
Persoon 1	6	7	7	20	1	1	1	3	5	7	6	1	1	1	7	1	29	6	1	7	14	1	1	1	1	4	1	1	2
Persoon 2	5	5	5	15	1	1	6	8	5	1	5	3	3	3	7	5	32	6	3	7	16	4	1	1	1	7	1	1	2
	35	80,56		11	13,89										61	46,88	30	66,67		11	6,25		4	0					
KNOV multidisciplinaire richtlijn bv, 2012																													
Persoon 1	7	7	7	21	7	7	7	21	7	7	1	6	6	6	6	5	44	7	6	7	20	1	7	2	1	11	5	5	10
Persoon 2	7	7	7	21	7	7	7	21	7	6	3	7	5	5	7	6	46	7	5	7	19	4	6	2	2	14	6	6	12
	42	100		42	100										90	77,08	39	91,67		25	35,42		22	75					
NVK richtlijn hyperbilirubinemie, 2008																													
Persoon 1	7	7	7	21	7	7	7	21	6	7	7	7	4	7	7	1	46	6	6	6	18	6	4	1	1	12	6	7	13
Persoon 2	7	7	7	21	7	4	7	18	6	4	5	7	5	6	7	1	41	5	6	5	16	6	7	1	1	15	7	7	14
	42	100		39	91,67										87	73,96	34	77,78		27	39,58		27	95,83					

BIJLAGE 4 POTENTIËLE INDICATOREN

Domein 1 Clientgerichte zorg		Bij cliëntgerichte zorg staat de zorgvrager, haar kind en haar gezin centraal. Zij bepalen samen met de zorgverleners het zorgproces. Dit zorgproces is geïndividualiseerd en op maat van de zorgvragers, waarbij het zorgaanbod afgestemd wordt op de vraag met respect voor de eigenheid en privacy van de gebruiker. Cliëntgerichtheid impliceert een hoge maatschappelijke aanvaardbaarheid die zich ondermeer vertaalt in een toegankelijke zorg.		
	STRUCTUUR	PROCES	OUTCOME	
1. Elk postnataal contact moet gebaseerd zijn op de principes van individuele zorg (19). Moeder en kind moeten centraal staan in de postnatale zorgen, en moeders moeten de mogelijkheid krijgen om keuzes te maken voor zichzelf en hun baby (17) behandeling en zorg moet rekening houden met individuele noden en voorkeuren van de moeder (16)		het aantal vrouwen waarbij de zorg werd afgestemd op de individuele zorgbehoefte (vb. dossier van aanpak bij obese vrouwen om trombo-embolie tegen te gaan, aantal huisbezoeken afstemmen op de noden en verwachtingen van de moeders en hun familie)	1. Elk postnataal contact moet gebaseerd zijn op de principes van individuele zorg (19). Moeder en kind moeten centraal staan in de postnatale zorgen, en moeders moeten de mogelijkheid krijgen om keuzes te maken voor zichzelf en hun baby (17) behandeling en zorg moet rekening houden met individuele noden en voorkeuren van de moeder (16)	
		het geïndividualiseerd postnataal zorgdossier moet gedocumenteerd en ontwikkeld worden in samenspraak met de vrouw, idealiter tijdens de zwangerschap of zo snel mogelijk na de geboorte		
2. Tijdens de zwangerschap vindt een oriëntatiegesprek plaats met de bedoeling een zorgdossier op te stellen waarbij de zorg wordt afgestemd op de zorgvraag en -behoeften van de zorgvrager en haar gezin. Tijdens het intakegesprek moet de zorgvrager geïnformeerd worden over de mogelijke diensten. (2) (3) (10)	Een schriftelijk verslag van het oriëntatiegesprek wordt in twee kopiën bijgehouden: één voor de zorgvrager en één voor de zorgverlener.	Het percentage zorgvragers waarbij een oriëntatiegesprek plaatsvond in de vorm van een huisbezoek.	2. Tijdens de zwangerschap vindt een oriëntatiegesprek plaats met de bedoeling een zorgdossier op te stellen waarbij de zorg wordt afgestemd op de zorgvraag en -behoeften van de zorgvrager en haar gezin. Tijdens het intakegesprek moet de zorgvrager geïnformeerd worden over de mogelijke diensten. (2) (3) (10)	

<p>3. Postnatale zorg heeft respect voor de eigenheid van de gebruiker en zijn/haar culturele achtergrond. (3) Zorg op maat wordt geboden aan achterstandsgroepen, kwetsbare groepen, bijvoorbeeld alleenstaande moeders, allochtonen en sociaal zwakkere gezinnen. (8)</p>	<p>Er zijn aantoonbare inspanningen in de laatste drie jaar om postnatale zorgverleners voldoende vaardig te maken en te ondersteunen om adequate kraamzorg te kunnen bieden aan gezinnen uit verschillende culturen. (3)</p>		<p>3. Postnatale zorg heeft respect voor de eigenheid van de gebruiker en zijn/haar culturele achtergrond. (3) Zorg op maat wordt geboden aan achterstandsgroepen, kwetsbare groepen, bijvoorbeeld alleenstaande moeders, allochtonen en sociaal zwakkere gezinnen. (8)</p>
	<p>Een aantoonbaar plan van aanpak over kraamzorg op maat aan achterstandsgroepen. (3)/kwetsbare groepen: alleenstaande moeders, allochtonen, sociaal zwakke gezinnen</p>		
<p>4. Het is belangrijk dat postnatale thuiszorg financieel toegankelijk is voor alle zorgvragers.</p>	<p>Bij het bepalen van de bijdragen voor postnatale thuiszorg wordt ofwel rekening gehouden met het netto gezinsinkomen en met de samenstelling van het gezin, waarbij wordt uitgegaan van de feitelijke gezinsituatie ofwel is de zorg financieel toegankelijk voor elke zorgvrager.</p>		<p>4. Het is belangrijk dat postnatale thuiszorg financieel toegankelijk is voor alle zorgvragers.</p>
<p>5. Zelfredzaamheid en mantelzorg wordt gestimuleerd (10)(19)</p>	<p>In het schriftelijk verslag van het oriëntatiegesprek wordt de beschikbare mantelzorg in kaart gebracht.</p>	<p>Moeders worden gestimuleerd zorg te dragen voor hun eigen mentale gezondheid en zelfzorg, zoals voldoende beweging te nemen, voldoende te rusten, tijdig hulp vragen in het zorgen voor de baby, te praten over eigen gevoelens.</p>	<p>5. Zelfredzaamheid en mantelzorg wordt gestimuleerd (10)(19)</p>
	<p>De proportie vrouwen bij wie bij elke postnataal contact wordt gevraagd naar de familale en sociale ondersteuning en hun copingstrategieën.</p>	<p>Het aantal moeders waarbij vermoeidheid een negatieve invloed heeft op zelfredzaamheid en zorg voor hun baby</p>	

6. Minstens jaarlijks wordt een verantwoorde gebruikerstevredenheidsmeting uitgevoerd. (10)			6. Minstens jaarlijks wordt een verantwoorde gebruikerstevredenheidsmeting uitgevoerd. (10)
7. De wet op de privacy			7. De wet op de privacy
8. Bereikbaarheid en beschikbaarheid (15) (19)		Het percentage zorgvragers dat bij de aanvang van de zorgen schriftelijke en mondelinge informatie ontving met de contactgegevens van de zorgverlener(s), met inbegrip van een 24-uurs permantie om zorgvragers van continuïteit van de zorg te verzekeren.	8. Bereikbaarheid en beschikbaarheid (15) (19)
1. Elk postnataal contact moet gebaseerd zijn op de principes van individuele zorg (19). Moeder en kind moeten centraal staan in de postnatale zorgen, en moeders moeten de mogelijkheid krijgen om keuzes te maken voor zichzelf en hun baby (17) behandeling en zorg moet rekening houden met individuele noden en voorkeuren van de moeder (16)		het aantal vrouwen waarbij de zorg werd afgestemd op de individuele zorgbehoefte (vb. dossier van aanpak bij obese vrouwen om trombo-embolie tegen te gaan, aantal huisbezoeken afstemmen op de noden en verwachtingen van de moeders en hun familie)	1. Elk postnataal contact moet gebaseerd zijn op de principes van individuele zorg (19). Moeder en kind moeten centraal staan in de postnatale zorgen, en moeders moeten de mogelijkheid krijgen om keuzes te maken voor zichzelf en hun baby (17) behandeling en zorg moet rekening houden met individuele noden en voorkeuren van de moeder (16)
		het geïndividualiseerd postnataal zorgdossier moet gedocumenteerd en ontwikkeld worden in samenspraak met de vrouw, idealiter tijdens de zwangerschap of zo snel mogelijk na de geboorte	
2. Tijdens de zwangerschap vindt een oriëntatiegesprek plaats met de bedoeling een zorgdossier op te stellen waarbij de zorg wordt afgestemd op de zorgvraag en -behoeften van de zorgvrager en haar gezin. Tijdens het intakegesprek moet de zorgvrager geïnformeerd	Een schriftelijk verslag van het oriëntatiegesprek wordt in twee kopiën bijgehouden: één voor de zorgvrager en één voor de zorgverlener.	Het percentage zorgvragers waarbij een oriëntatiegesprek plaatsvond in de vorm van een huisbezoek.	2. Tijdens de zwangerschap vindt een oriëntatiegesprek plaats met de bedoeling een zorgdossier op te stellen waarbij de zorg wordt afgestemd op de zorgvraag en -behoeften van de zorgvrager en haar gezin. Tijdens het intakegesprek moet de

worden over de mogelijke diensten. (2) (3) (10)			zorgvrager geïnformeerd worden over de mogelijke diensten. (2) (3) (10)
3. Postnatale zorg heeft respect voor de eigenheid van de gebruiker en zijn/haar culturele achtergrond. (3) Zorg op maat wordt geboden aan achterstandsgroepen, kwetsbare groepen, bijvoorbeeld alleenstaande moeders, allochtonen en sociaal zwakkere gezinnen. (8)	Er zijn aantoonbare inspanningen in de laatste drie jaar om postnatale zorgverleners voldoende vaardig te maken en te ondersteunen om adequate kraamzorg te kunnen bieden aan gezinnen uit verschillende culturen. (3)		3. Postnatale zorg heeft respect voor de eigenheid van de gebruiker en zijn/haar culturele achtergrond. (3) Zorg op maat wordt geboden aan achterstandsgroepen, kwetsbare groepen, bijvoorbeeld alleenstaande moeders, allochtonen en sociaal zwakkere gezinnen. (8)
	Een aantoonbaar plan van aanpak over kraamzorg op maat aan achterstandsgroepen. (3)/kwetsbare groepen: alleenstaande moeders, allochtonen, sociaal zwakke gezinnen		
4. Het is belangrijk dat postnatale thuiszorg financieel toegankelijk is voor alle zorgvragers.	Bij het bepalen van de bijdragen voor postnatale thuiszorg wordt ofwel rekening gehouden met het netto gezinsinkomen en met de samenstelling van het gezin, waarbij wordt uitgegaan van de feitelijke gezinsituatie ofwel is de zorg financieel toegankelijk voor elke zorgvrager.		4. Het is belangrijk dat postnatale thuiszorg financieel toegankelijk is voor alle zorgvragers.

Domein 2 Moeder	Onder het domein moeder wordt verstaan: de lichamelijke gezondheid en psychisch welbevinden van de moeder, het ondersteunen van de moeder bij de persoonlijke basiszorg en het empoweren van de moeder. Bij de psychische begeleiding wordt extra aandacht geschonken aan de normale psychologische evolutie zoals de moeder-kind binding en de babyblues. Bij het bewaken van zowel de lichamelijke als psychische gezondheid van de moeder staat vroegsignalering en monitoring centraal.		
	STRUCTUUR	PROCES	OUTCOME
<p>Mentale gezondheid: Moeders ervaren emotionele veranderingen in het onmiddellijke postpartum die normaal gezien van zelf voorbij gaan binnen de 10 tot 14 dagen na de geboorte. Moeders die zich nog steeds neerslachtig, angstig voelen of meer negatieve gedachten hebben of een gebrek aan interesse hebben in hun baby 10 tot 14 dagen na de geboorte hebben een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen. Bij deze vrouwen moet het mentaal welbevinden worden beoordeeld. De relatie tussen moeder en baby heeft een significante impact op de sociale en emotionele ontwikkeling van de baby. Anderzijds zijn de mogelijkheden van de moeder om een verzorgde relatie tot stand te brengen afhankelijk van haar emotioneel welbevinden. Het regelmatig beoordelen van het welzijn van moeders en de impact daarvan op de hechting kan ertoe leiden dat problemen vroeger gedetecteerd worden. (15)(16)(2)(6)(9)(19) emotioneel welzijn = gelukkig zijn, zelfverzekerd en niet angstig of depressief. (15)</p> <p>Moeder-kind binding = betreft de vorming van een veilige band tussen moeder en baby(15) babyblues is: voorbeelden van babyblues zijn huilen, angstig en neerslaching,...</p> <p>voor vrouwen met mogelijke mentale gezondheidsproblemen kunnen gezondheidsmedewerkers zelfrapporteringsvragenlijsten gebruiken zoals de EPDS (edinburgh postnatal depression scale), de HADS (hospital anxiety and depression scale of de PHQ-9 (patient health questionnaire -9) voor de</p>	<p>Het zorgdossier bevat een verslag van de algemene, familiale, verloskundige en psychische anamnese.</p>	<p>Bij het eerste postnataal contact wordt een psychische anamnese afgenomen.</p>	<p>Mentale gezondheid: Moeders ervaren emotionele veranderingen in het onmiddellijke postpartum die normaal gezien van zelf voorbij gaan binnen de 10 tot 14 dagen na de geboorte. Moeders die zich nog steeds neerslachtig, angstig voelen of meer negatieve gedachten hebben of een gebrek aan interesse hebben in hun baby 10 tot 14 dagen na de geboorte hebben een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen. Bij deze vrouwen moet het mentaal welbevinden worden beoordeeld. De relatie tussen moeder en baby heeft een significante impact op de sociale en emotionele ontwikkeling van de baby. Anderzijds zijn de mogelijkheden van de moeder om een verzorgde relatie tot stand te brengen afhankelijk van haar emotioneel welbevinden. Het regelmatig beoordelen van het welzijn van moeders en de impact daarvan op de hechting kan ertoe leiden dat problemen vroeger gedetecteerd worden. (15)(16)(2)(6)(9)(19) emotioneel welzijn = gelukkig zijn, zelfverzekerd en niet angstig of depressief. (15)</p> <p>Moeder-kind binding = betreft de vorming van een veilige band tussen moeder en baby(15) babyblues is: voorbeelden van babyblues zijn huilen, angstig en neerslaching,...</p> <p>voor vrouwen met mogelijke mentale</p>

beoordeling.(15)			gezondheidsproblemen kunnen gezondheidsmedewerkers zelfrapporteringsvragenlijsten gebruiken zoals de EPDS (edinburgh postnatal depression scale), de HADS (hospital anxiety and depression scale of de PHQ-9 (patient health questionnaire -9) voor de beoordeling.(15)
	Er is een protocol aanwezig voor het evalueren van de emotionele toestand van de kraamvrouw.	De proportie vrouwen die de kans kreeg om over de geboorte-ervaring te praten en vragen te stellen over de gekregen zorg tijdens de bevalling	
	Er is een bewijs van lokale afspraken dat het emotioneel welbevinden en de moeder-kindbinding wordt beoordeeld.	De proportie moeders bij wie het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind binding wordt beoordeeld bij elk postnataal contact.	
	Er is een bewijs van lokale afspraken over hoe wordt omgegaan met vrouwen die symptomen van babyblues vertonen 10 tot 14 dagen na de bevalling.	De proportie moeders waarvan babyblues die niet vanzelf overging binnen de 10 tot 14 dagen na de geboorte,bij wie de mentale gezondheid werd beoordeeld.	
		De proportie moeders die werd aangemoedigd om te praten over (de veranderingen van) hun emotionele toestand en afwijkende gedragingen.	
		De proportie moeders bij wie slaap en rust werd gemeten op dat 2 en 5 postpartum.	

		De proportie moeders bij wie het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind binding wordt beoordeeld bij elk postnataal contact.	
		De proportie moeders bij wie het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind-binding wordt beoordeeld tijdens het postnataal contact van 5 tot 7 dagen na de geboorte.	
		De proportie moeders bij wie het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind-binding wordt beoordeeld tijdens het postnataal contact van 10-14 dagen na de geboorte.	
		De proportie moeders bij wie het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind-binding wordt beoordeeld tijdens het postnataal contact van 6 tot 8 weken na de geboorte.	
<p>Fysiek gezondheid: Tijdens de eerste uren, dagen en weken volgend op de bevalling hebben vrouwen een verhoogd risico voor ernstige gezondheidsproblemen. Deze kunnen leiden tot maternale dood of ernstige morbiditeit. Door vrouwen te voorzien van informatie over symptomen en tekens kan dit ervoor zorgen dat ze aangezet zijn om onmiddellijk medische hulp te zoeken. Urgente medische zorg heeft de potentie om onnodige morbiditeit en mortaliteit te voorkomen.(15)(19)(6)</p>	<p>Er is een protocol aanwezig voor het observeren van mogelijke infecties bij de kraamvrouw en de verslaggeving hiervan in het zorgdossier</p>	<p>De proportie vrouwen met een diastolische bloeddruk hoger dan 90mmHG, waarbij binnen de 4 uur een hercontrole plaatsvond.</p>	<p>Fysiek gezondheid: Tijdens de eerste uren, dagen en weken volgend op de bevalling hebben vrouwen een verhoogd risico voor ernstige gezondheidsproblemen. Deze kunnen leiden tot maternale dood of ernstige morbiditeit. Door vrouwen te voorzien van informatie over symptomen en tekens kan dit ervoor zorgen dat ze aangezet zijn om onmiddellijk medische hulp te zoeken. Urgente medische zorg heeft de potentie om onnodige morbiditeit en mortaliteit te voorkomen.(15)(19)(6)</p>

	<p>Bij elk postnataal contact tijdens de eerste 7 dagen na de geboorte worden volgende punten bevraagd en genoteerd te worden in het zorgdossier: perineum - bloedverlies - hoofdpijn - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - kortademigheid of borstpijn - algemeen welzijn - vermoeidheid - ontlasting - hemorroïden - griepachtige symptomen - pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten</p>	<p>De proportie vrouwen die bij hercontrole van diastolische bloeddruk die opnieuw hoger is dan 90 mmHg of ernstige of persistente hoofdpijn, die werd doorverwezen naar een arts.</p>	
	<p>Volgende punten dienen geobserveerd/geëvalueerd te worden op indicatie en genoteerd te worden in het zorgdossier: perineum- baarmoederinvolutie - lochia-temperatuur van de moeder- pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - problemen met mictie of stoelgang.</p>	<p>De proportie moeders die tijdens het kraambed aangemoedigd worden om te mobiliseren.</p>	
	<p>Twee tot zes weken postpartum dient het opnemen van de seksuele activiteit en eventuele dyspareunie bevraagd te worden</p>	<p>De proportie vrouwen met kortademigheid of borstpijn, pijn, roodheid of zwelling aan de kuit die werd doorverwezen naar een arts.</p>	
		<p>De proportie Rhesus D negatieve moeders die binnen de 72 uur volgende op de geboorte van een Rhesus D positieve baby, anti-D-immunoglobulines toegediend kregen.</p>	
		<p>De proportie vrouwen die binnen de 6 uur niet konden plassen waarbij maatregelen werden ondernomen om de mictie te bevorderen.</p>	

Domein 3 Baby	Onder het domein baby wordt verstaan: de lichamelijke gezondheid en psychisch welbevinden van de baby het ondersteunen van de moeder bij de persoonlijke basiszorg en het empoweren van de moeder. Bij het bewaken van zowel de lichamelijke als psychische gezondheid van de baby staat vroegsignalering en monitoring centraal.		
	STRUCTUUR	PROCES	OUTCOME
Fysieke onderzoeken: Baby's kunnen binnen de eerste uren, dagen en weken volgend op de geboorte, ernstige gezondheidsproblemen ervaren die kunnen leiden tot ernstige ziekten of in zeldzame gevallen de dood.(15)(19)(14)(21)(12)	Er is bewijs van lokale afspraken die ervoor zorgen dat baby's een afspraak krijgen voor een volledig onderzoek binnen de 72 uur na de geboorte en rond 6 tot 8 weken (ten laatste 10 weken) postnataal.	Tijdens het onderzoek binnen de 72 uur na de geboorte en op 6 tot 8 weken postnataal worden de controles uitgevoerd en genoteerd in het dossier zoals beschreven in de NICE richtlijn postnatal care. (19)	De proportie baby's met een serumbilirubinewaarde hoger dan 340 µmol/L. (waarde afkomstig (14)(12) reden hiervoor is (a) het doen dalen van de bilirubinewaarden, (b)duur van de hyperbilirubinemie doen dalen (c) het verbeteren van neurologische outcome.
	Er is een zorgprotocol aanwezig voor a) de signalering en behandeling van ondervoeding van de pasgeborene en de verslaggeving hiervan, b) voor volledig onderzoek van de pasgeborene binnen de 72 uur na de geboorte en op 6 tot 8 weken postnataal c)met afspraken over het signaleren, evalueren en documenteren van icterus bij de baby en bevat afspraken over doorverwijzing van de baby.	De proportie baby's die a) een volledig onderzoek (anamnese en fysiek onderzoek) krijgt binnen de 72 uur na de geboorte en b) een volledig onderzoek (anamnese, fysiek onderzoek, neonatale ontwikkeling en aanbieden van de eerste vaccinaties aanbevolen door het Vlaams agentschap zorg en gezondheid) op 6 tot 8 weken postnataal (ten laatste 10 weken) door een geaccrediteerde arts.	De gewichtsevolutie van de baby gemeten tussen het geboortegewicht, het gewicht op dag 3 en het gewicht op dag 5. (expertise onderzoekers)
	Het zorgdossier bevat een verslag van de algemene, familiale, verloskundige anamnese en het verloop van de neonatale ontwikkeling.	De proportie baby's die de neonatale screening op metabole aandoeningen heeft gekregen en genoteerd in het zorgdossier volgens de bepalingen van het Vlaams agentschap zorg en gezondheid. (tussen 72 uur na de geboorte niet later dan 120 uur na	

	de geboorte)	
	De proportie baby's waarbij een gehoortest werd afgenomen en werd genoteerd in het zorgdossier binnen de 6 weken postnataal.	
	De proportie baby's bij wie icterus minimum één keer per dag werd gecontroleerd (visuele beoordeling) gedurende de eerste 72 uur.	
	De proportie baby's waarbij icterus werd vastgesteld (visuele beoordeling) of bij twijfel binnen de 24 uur na de geboorte die doorverwezen zijn naar een geaccrediteerde arts.	
	De proportie baby's bij wie icterus werd vastgesteld (visuele beoordeling) of bij twijfel na 24 uur na de geboorte en de levensdagen bij wie een transcutane bilirubinemeting werd uitgevoerd.	
	De proportie baby's ouder dan 24 uur met een bilirubinewaarde (bepaald aan de hand van een transcutane bilirubinemeting), die de referentiewaarden overschrijdt, die een bloedafname voor serumbilirubine-bepaling kregen. Deze referentiewaarden zijn afhankelijk de postnatale leeftijd.	

	De proportie baby's die de grenswaarden voor serumbilirubine overschreden die doorverwezen werden naar een arts en fototherapie hebben gekregen. Deze referentiewaarden zijn afhankelijk de postnatale leeftijd.	
	De proportie baby's die minstens gewogen werd dag 3, dag 5 op de leeftijd van 1 en 2 maand.	
	Volgende controles dienen te gebeuren op indicatie: wegen (behalve op dag 3, dag 5, 1 maand en 2 maand), lichaamstemperatuur, mictie en ontlasting, navelstrengstomp.	
	De proportie baby's die geen meconium- of urinelozing heeft gehad binnen de 24 en die werd doorverwezen naar een arts.	
	De proportie baby's die vitamine K profylaxe heeft gekregen volgens de richtlijnen van de fabrikant.	

Domein 4 Gezin	Onder domein GEZIN wordt de integratie van het kind in het gezin verstaan. Er is specifieke aandacht voor de screening van verwaarlozing en misbruik binnen het gezin. Er wordt gestreefd naar een gezond gezinsklimaat, zo staat het monitoren en bewerkstelligen van een vlot verloop van de huishoudelijke taken, de verzorging en de opvang van de andere huisgenoten en de huishoudelijke en persoonlijke hygiëne van het gezin centraal.		
	STRUCTUUR	PROCES	OUTCOME
1. screening van verwaarlozing en misbruik binnen het gezin	Aanwezigheid van een protocol voor interdisciplinaire samenwerking tussen de betrokken postnatale zorgverleners bij vermoeden van verwaarlozing of misbruik binnen het gezin, of bij een gebrekkige integratie van het kind in het gezin. Dit protocol bevat afspraken over doorverwijzing naar de bevoegde instanties.	Tijdens elk postnataal contact wordt de organisatie van de huishoudelijke taken bevestigd en gedocumenteerd.	
2. gezond gezinsklimaat	Aanwezigheid van een protocol voor het monitoren en promoten van de huishoudelijke en persoonlijke hygiëne en de opvang en verzorging van de andere huisgenoten.	Tijdens elk postnataal contact wordt de organisatie van de opvang, verzorging en persoonlijke hygiëne van de alle huisgenoten bevestigd en gedocumenteerd.	De proportie moeders of primaire verzorgers die naar eigen zeggen vonden dat de huishoudelijke taken vlot zijn verlopen tijdens de eerste 6 tot 8 weken postnataal
		De proportie ouders of primaire verzorgers waarbij bij elke postnataal contact de integratie van het kind binnen het gezin werd beoordeeld.	De proportie moeders of primaire verzorgers die aangeven dat de verzorging en de opvang van de andere huisgenoten vlot is verlopen tijdens de eerste 6 tot 8 weken postnataal.
		De proportie ouders of primaire verzorgers waarbij een probleem met de integratie van het kind binnen het gezin werd vastgesteld die doorverwezen werden naar	

		de bevoegde instanties	
--	--	------------------------	--

Domein 5 Patiënteneducatie	Hieronder wordt verstaan dat de zelfredzaamheid van ouders wordt bevorderd door coaching en begeleiding te bieden, voorlichting, advies en instructie te geven. Zo worden ouders en/ of primaire verzorgers gecoacht in de vaardigheden die nodig zijn om de verzorging en de veiligheid van de baby te kunnen garanderen. Tijdens de postnatale periode moet informatie worden gegeven aan moeders en/ of primaire verzorgers met de bedoeling om levensbedreigende situaties te leren onderkennen en adequaat te kunnen reageren. Verder wordt gezondheidsgedrag bevorderd..		
	STRUCTUUR	PROCES	OUTCOME
ALGEMEEN (19)	Er is een protocol aanwezig met betrekking tot patiënteneducatie. Dit protocol omvat afspraken over timing, inhoud, het documenteren en verantwoordelijke zorgverlener. Volgende onderwerpen komen aan bod in het protocol: a) De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij moeder b) De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij kind c) het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal) d) de algemene hygiëne en verzorging van de baby e) veiligheid het creëren van een veilig omgeving met inbegrip van veilig slapen) f) informatie over borst- en/ of flesvoeding g) de voeding en beweging van de moeder h) heropname van sekuele activiteiten en anticonceptie.		De tevredenheid van moeders en/ of primaire verzorgers over de patiënteneducatie aangaande a) De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij moeder b) De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij kind c) het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal) d) de algemene hygiëne en verzorging van de baby e) veiligheid het creëren van een veilig omgeving met inbegrip van veilig slapen) f) informatie over borst- en/ of flesvoeding g) de voeding en beweging van de moeder h) heropname van sekuele activiteiten en anticonceptie.
		Proportie moeders die binnen de 24 uur na de bevalling mondeling en schriftelijk geadviseerd worden over het fysiologisch herstelproces van de moeder en over levensbedreigende symptomen, tekens of condities en die medische urgentie vereisen.	De incidentie van potentieel vermijdbare maternale mortaliteit en morbiditeit.

		De proportie moeders en/ of primaire verzorgers waarbij in het zorgdossier werd opgenomen dat de patiënteneducatie aangaande a) De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij moeder b) De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij kind c) het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal) d) de algemene hygiëne en verzorging van de baby e) veiligheid het creëren van een veilig omgeving met inbegrip van veilig slapen) f) informatie over borst- en/ of flesvoeding g) de voeding en beweging van de moeder h) heropname van sekuele activiteiten en anticonceptie, werd gegeven.	De moeders en/ of primaire verzorgers vinden dat gekregen informatie aangepast is aan hun communicatiemogelijken en taal,
		Er is bewijs van schriftelijke, accurate en evidence based informatie over a) De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij moeder b) De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij kind c) het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal) d) de algemene hygiëne en verzorging van de baby e) veiligheid het creëren van een veilig omgeving met inbegrip van veilig slapen) f) informatie over borst- en/ of flesvoeding g) de voeding en beweging van de moeder h) heropname van sekuele activiteiten en anticonceptie.	Moeders en primaire verzorgers voelen zich voldoende geïnformeerd over a) De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij moeder b) De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij kind c) het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal) d) de algemene hygiëne en verzorging van de baby e) veiligheid het creëren van een veilig omgeving met inbegrip van veilig slapen) f) informatie over borst- en/ of flesvoeding g) de voeding en beweging van de moeder h) heropname van sekuele activiteiten en anticonceptie.
1. Moeder	Bewijs van lokale afspraken die ervoor zorgen dat vrouwen binnen de 24 uur na de bevalling geadviseerd worden over het fysiologisch herstelproces van de moeder en over levensbedreigende symptomen, tekens of condities en die medische		De tevredenheid van moeders met a) de inhoud van postpartumzorg b) de organisatie van postpartumzorg

	urgentie vereisen.		
	Bewijs van lokale afspraken die ervoor zorgen dat het BMI van vrouwen bepaald en beoordeeld wordt bij de controle op 6 tot 8 weken postpartum.	de proportie vrouwen waarbij het BMI wordt bepaald op de 6 tot 8 weken postpartumcontrole	
	Bewijs van lokale afspraken die ervoor zorgen dat vrouwen met een BMI van 30 of meer tijdens de 6 tot 8 weken postpartumcontrole een doorverwijzing krijgen voor advies over gezond eten en bewegen.	de proportie vrouwen met een BMI van 30 of hoger op 6 tot 8 weken postnataal die een doorverwijzing, voor advies aangaande gezond eten en bewegen a) aangeboden krijgen en b) accepteren.	
	Bewijs van lokale afspraken die ervoor zorgen dat de lokale zorgverleners de telefoonnummers van gespecialiseerd personeel in gezond eten en fysieke activiteit hebben		
2. Baby	er is bewijs van lokale afspraken die ervoor zorgen dat moeders en primaire verzorgers van baby's binnen de 24 uur volgend op de geboorte worden geïnformeerd over symptomen en tekens van levensbedreigende condities die medische urgentie vereisen.	De proportie moeders die binnen de 3 dagen na de geboorte een kindboekje hebben ontvangen dat de baby volgt tot de leeftijd van 5 jaar.	
	Bewijs van lokale afspraken die verzekeren dat de informatie over veilig slapen wordt besproken met vrouwen, hun partner of de primaire verzorger bij elk postnataal	de proportie moeders en primaire verzorgers die van baby's binnen de 24 uur volgend op de geboorte worden geïnformeerd over symptomen en tekens van levensbedreigende condities die	incidentie van potentieel vermijdbare neonatale morbiditeit en mortaliteit

	contact	medische urgentie vereisen	
		De proportie vrouwen, hun partner of de primaire verzorger van pasgeborenen bij wie veilig slapen wordt besproken binnen de 24 uur na de geboorte	De incidentie van wiegendood
		De proportie vrouwen, hun partner of de primaire verzorger van pasgeborenen bij wie veiligheidsonderwerpen zoals veilig slapen, het gebruik van veiligheidmateriaal wordt besproken bij elk postnataal contact	De kennis van vrouwen en primaire verzorgers over veilig slapen
		De proportie vrouwen, hun partner of de primaire verzorger van pasgeborenen bij wie veilig slapen wordt besproken bij a) een postnataal contact 10 tot 14 dagen na de geboorte (bij overdracht van vroedvrouw naar de gezondheidszorg) b) op 6 tot 8 weken postnataal	
		De proportie vrouwen, hun partner of de primaire verzorger van pasgeborenen bij wie veilig slapen wordt besproken op 6 tot 8 weken postnataal	

Domein 6 Voeding	Voeding neemt een centrale plaats in binnen het postpartum. Een goede voedingstoestand van de baby doet het risico op levensbedreigende aandoeningen dalen. Postpartumzorg stimuleert het geven van borstvoeding en geeft ondersteuning wanneer door omstandigheden flesvoeding wordt gegeven aan de baby.		
	STRUCTUUR	PROCES	OUTCOME
1. Borstvoeding: Borstvoeding draagt bij tot de gezondheid van zowel de moeder als het kind zowel op korte als lange termijn. Moeders en anderen die kiezen om borstvoeding te geven moeten zich bewust zijn van deze voordelen. En moeten ondersteund worden door een dienst die EB werkt en dat een extern gecontroleerd programma gebruikt. Het geven van borstvoedingsondersteuning moet gecoördineerd worden overheen verschillende sectoren. (15)(19)(13)	er is bewijs van lokale afspraken tussen alle postnatale zorgverleners over borstvoedingsondersteuning gegeven door zorgverleners die een , gestructureerd, evidence based en extern geëvalueerd programma gebruikt, met als minimumstandaard het Baby Friendly Initiative	de proportie moeders die borstvoedingsondersteuning vanaf het eerste voedingsmoment ontvangt van zorgverleners die een geëvalueerd, gestructureerd programma gebruikt met als minimumstandaard het Baby Friendly Initiative	De proportie moeders die start met borstvoeding
	er is bewijs van lokale afspraken die ervoor zorgen dat moeders en primaire verzorgers van baby's binnen de 24 uur volgend op de geboorte worden geïnformeerd over de voordelen van borstvoeding en van colostrum, het tijdstip van het eerste voedingsmoment.	de proportie moeders die vroegtijdig stopt met borstvoeding (vroegtijdig stoppen met borstvoeding is vroeger stoppen dan de moeder zelf gepland had)	De proportie van borstvoeding bij ontslag vanuit het ziekenhuis, op a) 5 tot 7 dagen, b) op 10 tot 15 dagen c) op 6 tot 8 weken en op 16 weken d) 6 maand
	Er is een lactatiekundige beschikbaar voor elke zorgverlener en/ of moeder	De proportie vrouwen, hun partner of de primaire verzorger van pasgeborenen bij wie geïnformeerd werd over de voordelen van borstvoeding en van colostrum, het tijdstip van het eerste voedingsmoment, en het aanleggen (positie, aanhappen, een effectieve voeding te bekomen en pijnlijke tepels te vermijden) binnen de 24 uur na	De proportie van exclusief borstvoeding bij ontslag vanuit het ziekenhuis, op a) 5 tot 7 dagen, b) op 10 tot 15 dagen c) op 6 tot 8 weken en op 16 weken d) 6 maand

		de geboorte	
		het borstvoedingsverloop moet geëvalueerd en gedocumenteerd worden in het postnataal zorgdossier bij elk contact.	het aantal borstvoedende moeders met een borstontsteking waarbij de borstvoeding niet onderbroken werd.
		De proportie moeders die borstvoeding geven die advies kregen over het (manueel) afkolven van colostrum of moedermelk, het correct bewaren en manipuleren ervan.	de proportie baby's die bijvoeding krijgt tussen dag 0 en dag 7
		Bij elk postnataal contact moet de ervaring van een moeder die borstvoeding geeft besproken worden om te kunnen inschatten of het borstvoedingsverloop effectief is en de nood aan extra ondersteuning te kunnen identificeren.	het aantal borstvoedende moeders waarvan de baby geel ziet waarbij de borstvoeding niet onderbroken werd.
		De proportie vrouwen waarbij werd vastgesteld dat er nood is aan extra ondersteuning, waarbij effectief extra ondersteuning hebben gekregen. (Borstvoedingsondersteuning houdt in dat alle borstvoedingsondersteuners moeten aangepaste training ondergaan en beoordeeld worden op hun competenties voor deze rol (=alle betaalde en vrijwillige medewerkers van alle sectoren zoals ziekenhuis, kind en gezin, eerstelijns, een peersupport,...))	de tevredenheid van vrouwen met betrekking tot borstvoedingsondersteuning

		De proportie vrouwen die informatie ontving over positie, aanhappen, melkinname door de baby, stuwring, problemen bij het aanleggen, kolven en kolfmethoden, opbouwen en op peil houden van melkproductie.	
2. Flesvoeding: Baby's die volledig of gedeeltelijk kunstvoeding krijgen kunnen infecties en ziektes krijgen als de kunstvoeding niet veilig is klaargemaakt. In een klein percentage van deze baby's kan dit ernstig en levensbedreigend zijn, waardoor een ziekenhuisopname vereist is. De moeder en primaire verzorger hebben nood aan consistente, EB informatie over hoe flessen en toebehoren moeten gesteriliseerd worden en over hoe ze op een veilige manier voeding moeten bereiden. (15)	Er is bewijs van lokale afspraken die ervoor zorgen dat informatie over kunstvoeding wordt besproken met moeder en primaire verzorgers van baby's die kunstvoeding krijgen	De proportie moeders en primaire verzorgers van baby's die kunstvoeding krijgen bij wie de informatie waaronder ook een demonstratie over kunstvoeding werd gegeven.	% ziekenhuisopnames van kunstvoedingsgerelateerde condities
			de kennis van moeders en primaire verzorgers waarvan de baby kunstvoeding krijgt over hoe flessen en toebehoren moeten gesteriliseerd worden en hoe kunstvoeding veilig wordt klaargemaakt
			de tevredenheid van moeders en primaire verzorgers, van wie de baby kunstvoeding krijgt met kunstvoedingsondersteuning

Domein 7 Organisatie van zorg	Postnatale zorg is een verderzetting van de zorg gegeven tijdens zwangerschap, arbeid en bevalling. Het plannen en regelmatig her-evalueren van inhoud en timing van zorg voor individuele vrouwen en hun baby's, en hierover te communiceren aan de hand van een gedocumenteerd zorgdossier, verbetert de continuïteit van zorg. Continuïteit van zorg bevat 2 elementen, namelijk de continuïteit van zorgverlening en zorgorganisatie. Om dit te bewerkstelligen is een uitgeschreven beleidsvisie en -plan onontbeerlijk. Inter- en multidisciplinaire samenwerking zijn voorwaarden om continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Het evalueren en bijsturen van de zorg en het zorgen voor een aangepaste opleiding en accreditering van de zorgverleners verhoogt de kwaliteit van zorg.		
	STRUCTUUR	PROCES	OUTCOME
zorgdossier (15) (19)	bewijs van lokale afspraken die verzekeren dat het geïndividualiseerd zorgdossier van moeder en baby wordt gedocumenteerd en geëvalueerd bij elk postnataal contact.	Een schriftelijk verslag van het oriëntatiegesprek wordt in twee kopieën bijgehouden: één voor de zorgvrager en één voor de zorgverlener.	
		De proportie moeders en hun baby's die een geïndividualiseerd en gedocumenteerd zorgdossier hebben dat bij elk postnataal contact geëvalueerd wordt.	
		Bij elke postnataal contact wordt het geïndividualiseerd zorgdossier van de moeder en baby gedocumenteerd en geëvalueerd.	
		Het zorgdossier moet uitvoerig zijn en minimaal volgende aspecten bevatten*	
	Elke postnatale zorgverlener kan aantonen dat zij/hij voldoet aan regelmatige bijscholing, vastgelegd door een wettelijke procedure, aangepast aan zijn/haar vooropleiding.		

opleiding/accreditering/bijscholing	alle zorgverleners moeten zich bewust zijn van tekens en symptomen van maternale gezondheidsproblemen die kunnen ervaren worden in de eerste weken en maanden na de geboorte.		
	huiselijk geweld zorgverleners moeten zich bewust zijn van de risico's, tekens en symptomen van huiselijk geweld en kindermisbruik en beschikken over de contactgegevens voor advies en management (volgens het departement gezondheidszorg.)		
	Er is een schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem (procedure voor het implementeren van kwaliteitsverbetering).	De proportie zorgvragers bij wie de zorg is geëvalueerd tijdens de kraamperiode en zo nodig bijgestuurd.	
Evaluatie en bijsturen van zorg	Aanwezigheid van een procedure voor het afhandelen van klachten.	het percentage beschikbare zorginhoudelijke protocollen waarvan minder dan 1 jaar geleden (opnieuw) is vastgesteld dat ze gebaseerd zijn op de nieuwste zorginhoudelijk kennis en inzichten.	
	Er is bewijs van lokale afspraken over de opvolging en doorverwijzing van moeder en kind.	Het eerste postnataal contact vindt plaats binnen de eerste 24 uur na de bevalling (ongeacht de lokatie) Een postnataal contact is een geplande postnatale afspraak die kan plaatsvinden bij moeder thuis of een andere setting zoals een huisartsenpraktijk of een consultatiebureau.	De proportie moeders die op 6 tot 8 weken postpartum aangeeft geen tegenstrijdig informatie te hebben ontvangen van de postnatale zorgverleners.
organisatie van zorg (15) (19) (17) (12)		De proportie moeders die gedurende de eerste 48 uur opgevolgd worden door een gekwalificeerd zorgverlener.	De tevredenheid met de continuïteit van de postpartumzorg

		De proportie moeders die borstvoeding geeft op het einde van de eerste week postpartum een huisbezoek krijgt om voedingsproblemen te detecteren.	De tevredenheid met de organisatie van de postpartumzorg
		De proportie moeders en/ of baby's die gedurende de eerste 6 tot 8 weken postpartum een zorgcoördinator heeft voor postnatale zorg.	de tevredenheid met de inhoud van de postpartumzorg
	6 tot 8 weken postnataal moet de zorgcoördinator er zich van verzekeren dat het fysieke, emotionele en sociaal welbevinden van de moeder is geëvalueerd. Screening en medische achtergrond moeten hierbij meegenomen worden.	de proportie moeders en/ of baby's die op 6 tot 8 weken postnataal een postnataal contact heeft met de zorgcoördinator.	
		De proportie moeders die minder dan 48 uur in het ziekenhuis verbleven na de bevalling die binnen de 48 thuis opgevolgd worden door een gekwalificeerd zorgverlener.	
	Bewijs van lokale protocollen voor de overdracht van zorg tussen klinische sectoren en zorgverleners en er is een procedure voor herziening.	De proportie moeders en/ of baby's die een zorgcoördinator had tijdens het postpartum.	
inter- en multidisciplinaire samenwerking (12)	De zorgcoördinator is een gekwalificeerd zorgverlener en heeft volgende taken: coördineren van de postpartumzorg, oriëntatiegesprek tijdens de zwangerschap, de eindverantwoordelijkheid voor het zorgbeleid, het afsluitend contact op 6 tot 8 weken zwangerschap, waken over de toepassing van een gestructureerd borstvoedingsprogramma en de lokale protocollen en afspraken.		

Het zorgdossier bevat:

1. Gegevens over de zorgverleners

- de contactgegevens van de zorgverlener(s), met inbegrip van een 24-uurs permantie

2. Gegeven over de moeder

- verslag van de algemene, verloskundige, familiale en psychische anamnese

- de observaties van mogelijke infecties bij elk postnataal contact

- bij elk postnataal contact

o worden volgende zaken bevroegd

- perineum
- bloedverlies
- hoofdpijn
- pijn, roodheid of zwelling aan de kuit
- kortademigheid of borstpijn
- algemeen welzijn
- vermoeidheid
- ontlasting
- hemorroïden
- griepachtige symptomen
- pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten

o gegevens over borstvoedingsverloop

- volgende observaties op indicatie

o perineum

o baarmoederinvolutie

o lochia

o temperatuur van de moeder

o pijn, roodheid of zwelling aan de kuit

o problemen met mictie of stoelgang

- uitgevoerde onderzoeken en doorverwijzingen

- slaap en rust op dag 2 en dag 5

- 5 tot 7 dagen

o het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind-binding

o borstvoedingsverloop

- 6 tot 8 weken postpartum

o BMI

o het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind-binding

Volgende informatie/educatie werd gegeven

- advies binnen de 24 uur over

o het fysiologisch herstelproces van de moeder (zowel lichamelijk als mentaal)

o levensbedreigende symptomen, tekens of condities van moeder en kind die medische urgentie vereisen.

o de voordelen van borstvoeding en van colostrum, het tijdstip van het eerste voedingsmoment, en het aanleggen (positie, aanhappen, een effectieve voeding te bekomen en pijnlijke tepels te vermijden)

- advies bij elk postnataal contact

o veiligheid het creëren van een veilig omgeving met inbegrip van veilig slapen

- op 10 tot 14 dagen en op 6 tot 8 weken postnataal

o veilig slapen

- advies en (schriftelijke) informatie gegeven over

o de algemene hygiëne en verzorging van de baby (M-S)

o informatie over borst- en/ of flesvoeding (M-S)

o heropname van seksuele activiteiten en anticonceptie (M-S)

o (manueel) afkolven van colostrum of moedermelk, het correct bewaren en manipuleren ervan (M)

o over positie, aanhappen, melkinname door de baby, stuwung, problemen bij het aanleggen, kolven en kolfmethoden, opbouwen en op peil houden van melkproductie. (M)

o baby's die kunstvoeding over kunstvoeding (+ demonstratie) (M)

3. Baby

- verslag van de algemene, familiale, verloskundige anamnese en het verloop van de neonatale ontwikkeling.

- meconium en urinelozing binnen de eerste 24 uur.

- dagelijkse observatie

o van icterus (visuele beoordeling) gedurende de eerste 4 dagen

o borstvoedingsverloop (eerste 5 dagen)

- gewicht op dag 3, dag 5 en op 1 en 2 maand

- volgende observaties op indicatie

o wegen (behalve op dag 3, dag 5, 1 maand en 2 maand),

o lichaamstemperatuur,

o mictie en ontlasting,

o navelstrengstomp

- de resultaten van het onderzoek voor 72 uur en op 6 tot 8 weken (fysieke en neonatale ontwikkeling)

- de neonatale screening

- vitamine K profylaxe

- uitgevoerde onderzoeken en doorverwijzingen

4. Gezin

- organisatie van huishoudelijke taken bij elke postnataal contact

- de organisatie van de opvang, verzorging en persoonlijke hygiëne van de alle huisgenoten bij elke postnataal contact

- de integratie van het kind in het gezin bij elke postnataal contact

- doorverwijzing naar instanties

o (manueel) afkolven van colostrum of moedermelk, het correct bewaren en manipuleren ervan (M)

o over positie, aanhappen, melkinname door de baby, stuwung, problemen bij het aanleggen, kolven en kolfmethoden, opbouwen en op peil houden van melkproductie. (M)

o baby's die kunstvoeding over kunstvoeding (+ demonstratie) (M)

LEGENDE LITERATUUR: BIJLAGE 4 POTENTIËLE INDICATOREN

INDICATOREN UIT LITERATUUR

(De Bruin-Kooistra, et al., 2012) (1)

(de Vos & Graafmans, 2007) (2)

(Zorginstituut Nederland, 2012) (3)

(Kooistra, et al., 2009) (5)

(Voerman, et al., 2013) (6)

AANBEVELINGEN UIT LITERATUUR

(Dedry, 2005) (8)

(Van Kelst, et al., 2002) (9)

AANBEVELINGEN UIT BELEIDSDOCUMENTEN

(CC Zorgadviseurs, 2008) (7)

(Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (10)

(Vlaams Agentschap zorg en gezondheid, afdeling preventie eerstelijns en thuiszorg, 2012) (21)

Belgische grondwet (23)

AANBEVELINGEN UIT RICHTLIJNEN

(NVK, 2008) (12)

(KNOV, 2012) (13)

(NICE, 2010) (14)

(NICE, 2013) (15)

(NICE, 2007) (16)

(WHO, 2010) (17)

AAP (18)

(NICE, 2006) (19)

(BFI, 2013) (20)

BIJLAGE 5 CONCEPTINDICATOREN

DOMEIN 1 | CLIENTGERICHTE ZORG

AFBAKENING DOMEIN

Bij cliëntgerichte zorg staan de zorgvrager, haar kind en haar gezin centraal. Zij bepalen samen met de zorgverleners het zorgproces. Dit zorgproces is geïndividualiseerd en op maat van de moeders, waarbij het zorgaanbod afgestemd wordt op de vraag met respect voor de eigenheid en privacy van de gebruiker. Cliëntgerichtheid impliceert een hoge maatschappelijke aanvaardbaarheid die zich onder meer vertaalt in een toegankelijke zorg.

ONDERWERP 1

Elk postnataal contact moet gebaseerd zijn op de principes van individuele zorg (NICE, 2006). Moeder en kind moeten centraal staan in de postnatale zorgen, en moeders moeten de mogelijkheid krijgen om keuzes te maken voor zichzelf en hun baby (WHO, 2010). Behandeling en zorg moet rekening houden met individuele noden en voorkeuren van de moeder (NICE, 2007). Tijdens de zwangerschap vindt een oriëntatiegesprek plaats met de bedoeling een zorgdossier op te stellen waarbij de zorg wordt afgestemd op de zorgvraag en -behoeften van de zorgvrager en haar gezin. Dit zorgdossier wordt geïntegreerd in het elektronisch moederschapsdossier, dat deel uitmaakt van het Globaal Medisch Dossier (GMD) (kce, 2014). Tijdens dit oriëntatiegesprek moet de zorgvrager geïnformeerd worden over de mogelijke diensten (de Vos & Graafmans, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012) (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007).

Indicator 1

DEFINITIE	De proportie geïndividualiseerde postnatale zorgdossiers die thuis ontwikkeld en gedocumenteerd werd in samenspraak met de toekomstige moeder tijdens de zwangerschap
TOELICHTING	<p>In het kader van de continuïteit van zorg en het afstemmen van de zorg op de zorgbehoefte kan het oriënterend gesprek tijdens de zwangerschap leiden tot een kwalitatief betere zorg. Door het oriëntatiegesprek thuis te laten doorgaan, krijgt de zorgcoördinator zicht op de familiale context en kunnen mogelijke problemen in het kraambed reeds gedetecteerd worden, vb. partnergeweld, verwaarlozing, financiële moeilijkheden...</p> <p>Volgens de nieuwe aanbevelingen van het KCE moet het zorgdossier een planning bevatten, met ten minste de volgende elementen:</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>“het verwachte verloop van het postpartum met de voorkeuren van de ouders i.v.m. een kort of klassiek ziekenhuisverblijf(...)</i>- <i>de contactgegevens van de leden van het perinatale zorgnetwerk: de perinatale zorgcoördinator, de kraamkliniek, de vroedvrouw die de kraamzorg thuis geeft, de kraamhulp, de huisarts enz.;</i>- <i>de personen die moeten op de hoogte worden gebracht van het ontslag uit de kraamkliniek;</i>

	- <i>of er al dan niet kraamhulp moet worden voorzien en een eerste inschatting van de behoeften.</i> " (KCE, 2014)
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006), literatuur (KCE, 2014), indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007) en een beleidsdocument (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007)
TELLER	Het aantal geïndividualiseerde postnatale zorgdossiers dat ontwikkeld en gedocumenteerd werd in samenspraak met de vrouw tijdens de zwangerschap of zo snel mogelijk na de geboorte
NOEMER	Totaal aantal toekomstige moeders

ONDERWERP 2

Postnatale zorg heeft respect voor de eigenheid van de gebruiker en zijn/haar culturele achtergrond. (Zorginstituut Nederland, 2012) Zorg op maat wordt geboden aan achterstandsgroepen, kwetsbare groepen, bijvoorbeeld alleenstaande moeders, allochtonen en sociaal zwakkere gezinnen (Dedry, 2005).

Indicator 2

DEFINITIE	Er zijn aantoonbare inspanningen in de laatste drie jaar om postnatale zorgverleners voldoende vaardig te maken en te ondersteunen om adequate postnatale zorg te kunnen bieden aan gezinnen uit verschillende culturen.
TOELICHTING	Allochtone gezinnen hebben nood aan extra ondersteuning. Zij behoren tot de kwetsbare groepen tijdens de perinatale zorgperiode.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren (Zorginstituut Nederland, 2012) en literatuur (Dedry, 2005) (Kurtz- Landy, Sword, & Ciliska, 2008)

Indicator 3

DEFINITIE	Er is een aantoonbaar plan van aanpak over kraamzorg op maat van achterstandsgroepen en kwetsbare groepen: alleenstaande moeders, allochtonen, lage sociaal economische status (werkloosheid, laag educatieniveau, financiële
-----------	---

	beperkingen...), ...
TOELICHTING	Kwetsbare gezinnen hebben nood aan extra ondersteuning en opvolging, vooral wat sociale steun, taalproblematiek en mobiliteit betreft. Zorgverleners zijn ongerust over het gebrek aan opvolging van deze groep moeders en kinderen.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren (Zorginstituut Nederland, 2012) en literatuur (Dedry, 2005), (KCE, 2014) (Kurtz- Landy, Sword, & Ciliska, 2008) (Stahelin, Kurth, Schindler, Schmid, & Stutz, Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care – results from a nested case-control study, 2013)

ONDERWERP 3

Het is belangrijk dat postnatale thuiszorg financieel toegankelijk is voor alle moeders (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012).

Indicator 4

DEFINITIE	Het percentage moeders dat de postnatale thuiszorg als financieel toegankelijk percipieert.
TOELICHTING	Zorg moet betaalbaar zijn voor elk gezin (art. 23 van de grondwet). Gelijke zorg is een recht voor elke moeder en baby. Er dienen inspanningen te worden geleverd om de postnatale zorg toegankelijk te maken voor iedereen, ook gezinnen met financiële beperkingen.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit indicatoren (Zorginstituut Nederland, 2012) en uit beleidsdocumenten (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2014)
TELLER	Het percentage moeders dat de postnatale thuiszorg als financieel toegankelijk percipieert.
NOEMER	Het totaal aantal moeders

ONDERWERP 4

Zelfredzaamheid en mantelzorg wordt gestimuleerd (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (NICE, 2013) (NICE, 2006)

Indicator 5

DEFINITIE	Het percentage moeders waarvan de beschikbare mantelzorg in kaart wordt gebracht.
TOELICHTING	Moeders hebben nood aan emotionele en praktische ondersteuning vanuit de eigen omgeving (partner, familie, ...). Door het ondersteunend netwerk van mantelzorg in kaart te brengen, kan hiermee rekening gehouden worden bij het plannen van de zorg. Een verslag van de beschikbare mantelzorg wordt idealiter in het Elektronisch Moederschapsdossier opgenomen.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006), een standaard (NICE, 2013), een beleidsdocument (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) en literatuur (Christie, Poulton, & Bunting, An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice, 2008) (KCE, 2014) (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women, 2011) (Zadoroznyj, Professionals, carers or 'strangers'? Liminality and the typification of postnatal home care workers, 2009) (Zadoroznyj, Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme, 2006)
TELLER	Het aantal moeders waarbij de beschikbare mantelzorg in kaart werd gebracht.
NOEMER	Het totaal aantal moeders.

ONDERWERP 5

De tevredenheid van de moeders is een belangrijke outcome indicator. Aan alle moeders moet een gebruikerstevredenheidsenquête worden aangeboden (KCE, 2014), (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007).

Indicator 6

DEFINITIE	Het percentage moeders bij wie een gebruikerstevredenheidsmeting wordt uitgevoerd aan de hand van een gevalideerd instrument.
TOELICHTING	Het is belangrijk dat de tevredenheid van zorg continu wordt geëvalueerd aan de hand van een instrument dat getest en geschikt bevonden werd.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een beleidsdocument (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) en literatuur (KCE, 2014)
TELLER	Het aantal moeders bij wie een gebruikerstevredenheidsmeting wordt uitgevoerd aan de hand van een gevalideerd instrument.
NOEMER	Het totaal aantal moeders

Indicator 7

DEFINITIE	De tevredenheid van vrouwen met betrekking tot postnatale zorg
TOELICHTING	<p>Een tevredenheidsmeting moet volgende elementen bevatten:</p> <ol style="list-style-type: none">1. de organisatie van postpartumzorg2. de continuïteit van de postpartumzorg3. de inhoud van postpartumzorg4. inspraak in het zorgproces.5. de mate van zorgafstemming op de behoefte6. borstvoedingsondersteuning en/ of kunstvoedingsondersteuning7. patiënteneducatie<ul style="list-style-type: none">❖ De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij moeder❖ De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij kind❖ het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal)❖ de algemene hygiëne en verzorging van de baby (met inbegrip van de fysiologische veranderingen)❖ veiligheid het creëren van een veilig omgeving met inbegrip van veilig slapen)❖ informatie over borst- en/ of flesvoeding❖ de voeding en beweging van de moeder

	❖ heropname van seksuele activiteiten en anticonceptie.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT) uit een standaard (NICE, 2013) en evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006), (WHO, 2010), indicatoren (Zorginstituut Nederland, 2012), en literatuur (AAP, 2012) (Dedry, 2005), (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallen met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002) (Forster, McLachlan, Rauner, Yelland, Gold, & Rayner, The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in victoria, Australia, 2008) (Hjälmhult & Lomborg, Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers'experiences, 2012) (Johansson & E., What type of information do parents need after being discharged directly from the dilivery ward?, 2004) (Ruchala, Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women, 2000) (Paavilainen & Astedt-Kurki, Self-reported family health and well-being after early discharge from maternity hospital: a phenomenological study, 1997) (Wiegers, Adjusting to motherhood Maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope, 2006)

ONDERWERP 6

De wet op de privacy (de Vos & Graafmans, 2007) (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2014).

Indicator 8

DEFINITIE	Het percentage moeders dat aangeeft dat hun privacy werd gerespecteerd.
TOELICHTING	Elke zorgvrager heeft recht op privacy (art. 22 van de grondwet).
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007) en beleidsdocumenten (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2014)
TELLER	Het aantal moeders dat aangeeft dat hun privacy werd gerespecteerd.
NOEMER	Het totaal aantal moeders

ONDERWERP 7

Bereikbaarheid en beschikbaarheid (NICE, 2013) (NICE, 2006).

Indicator 9

DEFINITIE	Het percentage moeders dat bij de aanvang van de zorgen schriftelijke en mondelinge informatie ontving met de contactgegevens van de zorgverlener(s), met inbegrip van een 24-uurs permanentie.
TOELICHTING	Continuïteit van zorg (en dus ook de bereikbaarheid van zorgverleners) is een belangrijk aspect van de kwaliteit van de zorg.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006)
TELLER	Het aantal moeders dat bij de aanvang van de zorgen schriftelijke en mondelinge informatie ontving met de contactgegevens van de zorgverlener(s), met inbegrip van een 24-uurs permanentie.
NOEMER	Het totaal aantal moeders

Indicator 10

DEFINITIE	Het percentage moeders dat aangeeft dat ze 24/24 tijdens de zorgen op de hoogte was van de manier waarop ze de zorgverlener(s), urgente medische hulp en borstvoedingsbegeleiding kon bereiken.
TOELICHTING	Continuïteit van zorg is een belangrijk aspect van de kwaliteit van de zorg. Om continuïteit van zorg te kunnen verzekeren, moeten zorgverleners ten allen tijde niet alleen bereikbaar, maar ook beschikbaar zijn
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006) (Fenwick, Butt, Dhaliwal, Hauck, & Schmied, Western Australian Women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital or at home, 2010)
TELLER	Het aantal moeders dat aangeeft dat ze tijdens de zorgen 24/24 op de hoogte waren van de manier waarop ze de zorgverlener(s), urgente medische hulp en borstvoedingsbegeleiding konden bereiken.

DOMEIN 2 | MOEDER

AFBAKENING DOMEIN

Het domein 'moeder' bestaat uit twee luiken: mentale en fysieke gezondheid:

Moeders ervaren emotionele veranderingen in het onmiddellijke postpartum die normaal gezien vanzelf voorbij gaan binnen de 10 tot 14 dagen na de geboorte. Moeders die zich na deze tijd nog steeds neerslachtig, angstig voelen of meer negatieve gedachten hebben of een gebrek aan interesse hebben in hun baby hebben een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen. Bij deze vrouwen moet het mentaal welbevinden worden beoordeeld. De relatie tussen moeder en baby heeft een significante impact op de sociale en emotionele ontwikkeling van de baby. Anderzijds zijn de mogelijkheden van de moeder om een verzorgende relatie tot stand te brengen afhankelijk van haar emotioneel welbevinden. Het regelmatig beoordelen van het welzijn van moeders en de impact daarvan op de hechting kan ertoe leiden dat problemen vroeger gedetecteerd worden. (NICE, 2013) (NICE, 2007) (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegers, & Braspenning, 2013) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallende met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002) (NICE, 2006)

Tijdens de eerste uren, dagen en weken volgend op de bevalling hebben kraamvrouwen een verhoogd risico op ernstige gezondheidsproblemen. Deze kunnen leiden tot maternale dood of ernstige morbiditeit. Door kraamvrouwen te voorzien van informatie over symptomen en tekens kan dit ervoor zorgen dat ze aangezet zijn om tijdig medische hulp te zoeken. Urgente medische zorg heeft de potentie om onnodige morbiditeit en mortaliteit te voorkomen. (NICE, 2013) (NICE, 2006) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegers, & Braspenning, 2013) (de Vos & Graafmans, 2007) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallende met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002)

Terminologie:

Emotioneel welzijn = gelukkig zijn, zelfverzekerd en niet angstig of depressief (NICE, 2013)

Moeder-kind binding = betreft de vorming van een veilige band tussen moeder en baby (NICE, 2013)

Baby blues = voorbijgaande periode (meestal binnen 1 week) van angst, stemmingswisselingen en neerslachtigheid (NICE, 2006)

ONDERWERP 1

Mentale gezondheid

Indicator 11

DEFINITIE	Het zorgdossier bevat een verslag van de algemene, familiale, verloskundige en psychische anamnese
TOELICHTING	Een uitgebreide anamnese (voorgeschiedenis) geeft zorgverleners de mogelijkheid de zorg beter af te stemmen op de behoeften en de zorg beter te

	plannen.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006) en een standaard (NICE, 2013) (NICE, 2007)

Indicator 12

DEFINITIE	De incidentie van postnatale mentale gezondheidsproblemen
TOELICHTING	Adequate postnatale zorg kan leiden tot een verlaging van de incidentie van postnatale mentale gezondheidsproblemen en van problemen met moeder-kind binding. Postnatale mentale gezondheidsproblemen zijn baby blues, postpartumdepressie, postpartumpsychose, angst en andere aandoeningen (Stahelin, Kurth, Schindler, Schmid, & Stutz, Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care – results from a nested case-control study, 2013).
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit een standaard (NICE, 2013) en evidentie uit een richtlijn (NICE, 2007)

Indicator 13

DEFINITIE	Er is een protocol aanwezig voor het evalueren van de emotionele toestand van de kraamvrouw.
TOELICHTING	Bij elk postnataal contact dient de emotionele toestand van de moeder met inbegrip van de moeder-kindbinding beoordeeld worden. Moeders die zich nog steeds neerslachtig, angstig voelen of meer negatieve gedachten hebben 10 tot 14 dagen na de geboorte hebben een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen. Bijgevolg moeten afspraken over de opvolging, doorverwijzing en behandeling van mentale gezondheidsproblemen deel uitmaken van dit protocol.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegers, & Braspenning, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006) en literatuur (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevalen met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis

en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002) en een standaard (NICE, 2013)

Indicator 14

DEFINITIE	Vermoeidheid gemeten bij kraamvrouwen gedurende de eerste 6 tot 8 weken postpartum.
TOELICHTING	Vermoeidheid, voldoende slaap en rust zijn een van de belangrijkste uitdagingen in de postpartumperiode die kunnen leiden tot stress.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE) evidentie uit literatuur (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallen met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002), (Christie, Poulton, & Bunting, An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice, 2008) (Hjälmhult & Lomborg, Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers'experiences, 2012) (Smythe, Payne, Wilson, & Wynyard, The dwelling space of postnatal care, 2013) (Staehelin, Kurth, Schindler, Schmid, & Stutz, Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care – results from a nested case-control study, 2013) en een standaard (NICE, 2013)

ONDERWERP 2

Fysieke gezondheid

Indicator 15

DEFINITIE	Er is een zorgprotocol waarin staat dat bij elk postnataal contact met de moeder tijdens de eerste 7 dagen na de bevalling volgende punten worden bevraagd en genoteerd worden in het zorgdossier: perineum - bloedverlies - hoofdpijn - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - kortademigheid of borstpijn - algemeen welzijn - vermoeidheid - ontlasting - hemorroïden - griepachtige symptomen - pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten
TOELICHTING	Tijdens de eerste uren, dagen en weken op de bevalling hebben kraamvrouwen een verhoogd risico op ernstige gezondheidsproblemen. Deze kunnen leiden tot maternale dood of ernstige morbiditeit (ziektcijfer). Door hogergenoemde kritieke punten te gaan bevragen, kunnen mogelijke problemen tijdig worden gedetecteerd en behandeld. Volgens de NICE-richtlijn (2006) is het niet nodig

	deze controles zelf uit te voeren, maar slechts op indicatie, en volstaat het bevragen ervan bij de moeder.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006) en een standaard (NICE, 2013) en indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007)

Indicator 16

DEFINITIE	Er is een zorgprotocol waarin staat dat volgende punten dienen geobserveerd/geëvalueerd te worden op indicatie en genoteerd in het zorgdossier: perineum- baarmoederinvolutie - lochia-temperatuur van de moeder- pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - problemen met mictie of stoelgang.
TOELICHTING	Tijdens de eerste uren, dagen en weken na de bevalling hebben vrouwen een verhoogd risico op ernstige gezondheidsproblemen. Deze kunnen leiden tot maternale dood of ernstige morbiditeit (ziektcijfer). Door deze kritieke punten te gaan observeren/ evalueren op indicatie kunnen mogelijke problemen tijdig worden gedetecteerd en behandeld.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit richtlijnen (NICE, 2006) (WHO, 2010) en een standaard (NICE, 2013)

Indicator 17

DEFINITIE	De proportie Rhesus D negatieve moeders die binnen de 72 uur volgende op de geboorte van een Rhesus D positieve baby, anti-D-immunoglobulines toegediend kregen.
TOELICHTING	Het is belangrijk ter bescherming van een volgende zwangerschap dat Rhesus D negatieve moeders tijdig anti-D-immunoglobulines toegediend krijgen.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006)
TELLER	Het aantal Rhesus D negatieve moeders dat binnen de 72 uur volgende op de geboorte van een Rhesus D positieve baby, anti-D-immunoglobulines toegediend kregen.

NOEMER	Het totaal aantal Rhesus D negatieve moeders
--------	--

Indicator 18

DEFINITIE	De proportie kraamvrouwen die tijdens de zwangerschap seronegatief bleek voor rubella (rode hond) en die voor de 8 ^{ste} week postpartum een MMR vaccinatie ontvingen.
TOELICHTING	Het MMR vaccin is een vaccin tegen Mazelen, Bof en Rode hond. Het doormaken van Rubella tijdens de zwangerschap kan resulteren in ernstige aangeboren afwijkingen of overlijden van de baby.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006)
TELLER	Het totaal aantal kraamvrouwen dat tijdens de zwangerschap seronegatief bleken voor rubella en die voor de 8 ^{ste} week postpartum een MMR vaccinatie ontvingen.
NOEMER	Totaal aantal kraamvrouwen dat tijdens de zwangerschap seronegatief bleken voor rubella

Indicator 19

DEFINITIE	De incidentie van potentieel vermijdbare maternale mortaliteit en morbiditeit.
TOELICHTING	Het uiteindelijke doel van postpartumzorg is o.a. het vermijden van mortaliteit (sterftecijfer) en van morbiditeit (ziektecijfer) van kraamvrouwen. KCE (2014) stelt dat er uniforme procedures moeten komen voor de registratie van heropnames van pasgeborenen en hun moeders.
TYPE	outcome
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit een standaard (NICE, 2013) en evidentie uit een richtlijn (NICE, 2007) en literatuur (KCE, 2014)

DOMEIN 3 | BABY

AFBAKENING DOMEIN

Onder het domein baby wordt verstaan: de lichamelijke gezondheid van de baby. Bij het bewaken van de lichamelijke gezondheid van de baby staat vroeg-signalering en monitoring centraal.

Baby's kunnen binnen de eerste uren, dagen en weken volgend op de geboorte, ernstige gezondheidsproblemen ervaren die kunnen leiden tot ernstige ziekte of in zeldzame gevallen de dood. (NICE, 2013) (NICE, 2006) (NVK, 2008) (KNOV, 2012) (NICE, 2010) (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegiers, & Braspenning, 2013) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallen met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002)

Indicator 20

DEFINITIE	De proportie neonaten met een serumbilirubinewaarde hoger dan 340 µmol/L
TOELICHTING	Er is evidentie dat 340µmol/L een voorspellende waarde heeft voor de (neurologische) outcome van de neonaat. Vanaf deze waarde is er een verhoogd risico op het ontwikkelen van kernicterus. (NVK, 2008) (NICE, 2010) Omrekenfactor: 1mg/dl correspondeert met 17,1µmol/L
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit richtlijnen (NVK, 2008) (NICE, 2010)
TELLER	Het aantal neonaten met een serumbilirubinewaarde hoger dan 340 µmol/L
NOEMER	Het totaal aantal neonaten

Indicator 21

DEFINITIE	De proportie neonaten bij wie icterus minimum één keer per dag werd gecontroleerd (visuele beoordeling) gedurende de eerste 72 uur.
TOELICHTING	Visuele beoordeling is een goede manier om geelzucht bij baby's te screenen, maar het wordt afgeraden om op basis hiervan een diagnose te stellen.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit richtlijnen (NVK, 2008) (NICE, 2010) (NICE, 2006) en literatuur (Friedman & Spitzer, 2004) (Straczek, Vieux, Hubert, Miton, & Hascoet, Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ?, 2008) (Vanhaesebrouck, Goossens, Smets, Zecic, & De Coen, De eerste levensdagen van de pasgeborene, 2001) (Madden, Soumerai, Lieu, Mandl,

	Zhang, & Degnan, Length of stay policies and ascertainment of postdischarge problems in newborns, 2004)
TELLER	Het aantal neonaten bij wie icterus minimum één keer per dag werd gecontroleerd (visuele beoordeling) gedurende de eerste 72 uur.
NOEMER	Het totaal aantal neonaten

Indicator 22

DEFINITIE	Er is een zorgprotocol aanwezig voor a) de signalering en behandeling van ondervoeding van de neonaat en de verslaggeving hiervan b) volledig onderzoek van de neonaat binnen de 72 uur na de geboorte en op 6 tot 8 weken postnataal c) het signaleren, evalueren, behandelen en documenteren van icterus bij de neonaat d) afspraken over doorverwijzing. e) observatie, rapportering en doorverwijzing van mictie en ontlasting eerste 24 uur postnataal.
TOELICHTING	Het werken met zorgprotocollen draagt bij tot de kwaliteit en uniform zijn van de zorg.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007) en richtlijnen (NVK, 2008) (NICE, 2010) (NICE, 2006) en de standaard (NICE, 2013)

Indicator 23

DEFINITIE	De proportie neonaten die a) een volledig onderzoek (anamnese en fysiek onderzoek) krijgt binnen de 72 uur na de geboorte b) een volledig onderzoek (anamnese, fysiek onderzoek, neonatale ontwikkeling en aanbieden van de eerste vaccinaties aanbevolen door het Vlaams agentschap zorg en gezondheid) krijgt op 6 tot 8 weken postnataal (ten laatste 10 weken) door een geaccrediteerde arts.
TOELICHTING	HET ONDERZOEK VOLGENS DE NICE RICHTLIJN POSTNATAL CARE (2006) HOUDT VOLGENDE ZAKEN IN:

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnese <ul style="list-style-type: none"> ○ familiaal ○ maternaal ○ prenataal ○ perinataal ○ foetaal ○ neonataal (geboortegewicht en hoofdomtrek) ○ of de baby meconium of urinelozing heeft gehad en bij een jongen moet ook de straal van de urinelozing zijn beschreven. ▪ fysiek onderzoek <ul style="list-style-type: none"> ○ voorkomen: kleur, ademhaling, gedrag, activiteit, houding ○ hoofd (incl. fontanellen): gezicht, neus, mond, verhemelte, oren, nek, algemene symmetrie van het hoofd, gezichtskenmerken, hoofdomtrek ○ ogen: troebele ogen en rode oog reflex nagaan met een oftalmoscoop. ○ nek en clavicula ○ ledematen: handen, voeten, vingers (proportie en symmetrie) ○ hart: positie, hartslag, ritme en geluid, ruis en femoraal slagvolume ○ longen: inspanning, frequentie en geluid ○ buik: vorm, palpatie om organomegalie te identificeren en de conditie van de navelstreng ○ genitaliën en anus: compleetheid en doorgankelijkheid en indaling testes ○ ruggengraat: inspectie en palpatie van de beenstructuur en de intactheid van de huid ○ huid: kleur, textuur en geboortevlekken of uitslag ○ centraal zenuwstelsel: tonus, gedrag, bewegingen en houding; voer de reflexen uit alleen bij bezorgdheid ○ heupen: symmetrie van de ledematen en van de huidplooiën (maneuver van Barlow en Ortolani) ○ huilen: noteer geluid ○ gewicht: meet en zet uit op gewichtscurve
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006)
TELLER	<p>Het aantal neonaten dat</p> <p>a) een volledig onderzoek (anamnese en fysiek onderzoek) krijgt binnen de 72 uur na de geboorte</p> <p>b) een volledig onderzoek (anamnese, fysiek onderzoek, neonatale ontwikkeling en aanbieden van de eerste vaccinaties aanbevolen door het Vlaams agentschap zorg en gezondheid) krijgt op 6 tot 8 weken postnataal (ten laatste 10 weken) door een geaccrediteerde arts.</p>
NOEMER	Het totaal aantal neonaten

Indicator 24

DEFINITIE	<p>De proportie neonaten gewogen op</p> <ul style="list-style-type: none"> a) dag 3 b) dag 5 c) 1 maand d) 6 tot 8 weken
TOELICHTING	<p><i>De gewichtsevolutie tijdens de eerste levensweek is zelden een reden tot bezorgdheid, anderzijds is er weinig evidentie over de optimale frequentie van wegen van de neonat.</i></p> <p><u>Nadelen routinematig dagelijks wegen:</u> <i>‘Voorkomen van meetfouten (vb. door mictie of ontlasting), routinematig wegen is geassocieerd met angst bij de ouders, routinematig dagelijks wegen kan een nadelige invloed hebben op het geven van exclusieve borstvoeding (NICE, 2006)’.</i></p> <p><u>Voordelen routinematig dagelijks wegen:</u> <i>Het is een manier om zeldzame aandoeningen te detecteren zoals hypertone dehydratatie (stille ondervoeding) (2,5/10.000 geboortes).</i></p>
TYPE	proces
EVIDENTIE	<p>Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit literatuur (Vanhaesebrouck, Goossens, Smets, Zecic, & De Coen, De eerste levensdagen van de pasgeborene, 2001) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallen met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002) (Ahmed & Sands, 2010)</p>
TELLER	<p>Het aantal neonaten die gewogen werden op</p> <ul style="list-style-type: none"> e) dag 3 f) dag 5 g) 1 maand h) 6 tot 8 weken
NOEMER	Het totaal aantal neonaten

Indicator 25

DEFINITIE	De proportie neonaten met een gewichtsverlies van 10% of meer op dag 3 en dag 5.
TOELICHTING	Een gewichtsverlies van 10% of meer is een alarmteken.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit literatuur (Vanhaesebrouck, Goossens, Smets, Zecic, & De Coen, De eerste levensdagen van de pasgeborene, 2001)
TELLER	Het aantal neonaten met een gewichtsverlies van 10% of meer, gemeten op dag 3 en dag 5.
NOEMER	Het totaal aantal neonaten

Indicator 26

DEFINITIE	Het zorgdossier bevat een verslag van de algemene, familiale, verloskundige anamnese en het verloop van de neonatale ontwikkeling.
TOELICHTING	Een uitgebreide anamnese laat toe de zorg beter te plannen rekening houdend met individuele noden en behoeften. Zo kan er rekening worden gehouden met verschillen in de behoefte aan zorg (vb. multipara en primipara)
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit een standaard (NICE, 2013), een richtlijn (NICE, 2006) en literatuur (KCE, 2014) (Christie, Poulton, & Bunting, An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice, 2008) (McLachlan, Gold, Forster, Yelland, Rayner, & Rayner, Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia, 2009)

Indicator 27

DEFINITIE	De proportie neonaten die een neonatale screening op metabole aandoeningen heeft gekregen en genoteerd in het zorgdossier volgens de bepalingen van het Vlaams agentschap zorg en gezondheid.
TOELICHTING	Opvolging van de noodzakelijke neonatale screening is belangrijk voor de verdere gezondheid van de pasgeborene en zorgt ervoor dat zorg kan geëvalueerd worden en zo nodig bijgestuurd. Metabole screening moet

	plaatsvinden tussen 72 uur na de geboorte niet later dan 120 uur na de geboorte).
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit een beleidsdocument (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012) en literatuur (KCE, 2014) (Friedman & Spitzer, 2004) (Straczek, Vieux, Hubert, Miton, & Hascoet, Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ?, 2008) <i>CAVE ! hier werd het draaiboek van de Vlaamse overheid verkozen als referentiepunt, boven internationale richtlijnen en literatuur zoals de NICE (2010) (Friedman & Spitzer, 2004) (Vanhaesebrouck, Goossens, Smets, Zecic, & De Coen, De eerste levensdagen van de pasgeborene, 2001). NICE adviseert dat de screening plaatsvindt tussen dag 5 en 8 (en baseert zich hiervoor op het nationaal beleid in de UK), anderen stellen dat de screening voor fenyktonurie (en congenitale hypothyroïdie) optimaal gebeurt tussen 48 en 72u. Wij opteren voor het Vlaamse beleid, vermits dit beter is afgestemd op de Vlaamse organisatie van perinatale zorg.</i>
TELLER	Het aantal neonaten dat de neonatale screening op metabole aandoeningen heeft gekregen en genoteerd in het zorgdossier volgens de bepalingen van het Vlaams agentschap zorg en gezondheid. (tussen 72 uur na de geboorte niet later dan 120 uur na de geboorte)
NOEMER	Het totaal aantal neonaten

Indicator 28

DEFINITIE	De proportie neonaten bij wie een gehoortest wordt afgenomen en genoteerd in het zorgdossier binnen de 6 weken postnataal.
TOELICHTING	De gehoorscreening is belangrijk voor de verdere gezondheid van de pasgeborene.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006) en literatuur (KCE, 2014)
TELLER	Het aantal neonaten bij wie een gehoortest werd afgenomen en genoteerd in het zorgdossier binnen de 6 weken postnataal.
NOEMER	Het totaal aantal neonaten

Indicator 29

DEFINITIE	De proportie neonaten die vitamine K profylaxe heeft gekregen volgens de richtlijnen van de fabrikant.
TOELICHTING	Correcte administratie van vit K profylaxe voorkomt onnodige bloedingen bij de pasgeborene.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006)
TELLER	Het aantal neonaten dat vitamine K profylaxe heeft gekregen volgens de richtlijnen van de fabrikant.
NOEMER	Het totaal aantal neonaten

Indicator 30

DEFINITIE	De incidentie van potentieel vermijdbare neonatale mortaliteit en morbiditeit.
TOELICHTING	Het uiteindelijke doel van de zorg is o.a. neonatale mortaliteit (sterftecijfer) en morbiditeit (ziektiecijfer) te vermijden. Dit kan o.a. worden gemeten a.h.v. het aantal neonatale heropnames tussen ontslag en 6-8 weken postpartum. Het KCE (2014) stelt dat er uniforme procedures moeten komen voor de registratie van heropnames van pasgeborenen en hun moeders.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006), evidentie uit een richtlijn (NICE, 2007), literatuur (Meikle, Lyons, Hulac, & Orleans, Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery, 1998) (Sheehan, Watt, Kruege, & Sword, The Impact of a New Universal Postpartum Program on Breastfeeding Outcomes, 2006) (KCE, 2014) (Wiegers, Adjusting to motherhood Maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope, 2006) (Ellberg, Högberg, Bundman, Källén, Hakansson, & Lindh, 2008) (Lee, Periman, Ballantyne, Elliott, & To, Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate, 1995) (Madden, Soumerai, Lieu, Mandl, Zhang, & Degnan, Length of stay policies and ascertainment of postdischarge problems in newborns, 2004) (Dodge, Goodman, Murphy, O'Donnell, Sato, & Guptill, Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting, 2014) (Dodge, Goodman, Murphy, O'Donnell, & Sato, Toward population impact from home visiting, 2013) en een beleidsdocument (Belgische Senaat, 26 juni 2013)

Indicator 31

DEFINITIE	De proportie neonaten, met een moeder die positief HbsAg is, die binnen de 24 uur na de geboorte gevaccineerd wordt voor Hepatitis B en hepatitis B immunoglobulines toegediend krijgen.
TOELICHTING	Het toedienen van een Hep B vaccin in combinatie met Hep B immunoglobulines zullen in 85 tot 95% van de gevallen een HBV-infectie kunnen voorkomen. Het KCE beveelt aan dat de opsporing van Hepatitis B gebeurt voor of aan het begin van de zwangerschap om een effectieve opvolging van de pasgeborene met een besmette moeder mogelijk te maken.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit een beleidsdocument (KCE, 2004) en literatuur (AAP, 2012)

Indicator 32

DEFINITIE	De incidentie van wiegendood
TOELICHTING	Het aantal gevallen van wiegendood in een bepaalde periode.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit een standaard (NICE, 2013) en evidentie uit indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012) en een richtlijn (NICE, 2006)

DOMEIN 4 | GEZIN

AFBAKENING DOMEIN

Vanaf de geboorte van een kind, vindt een integratie van de pasgeborene plaats in het gezin. Het kind wordt opgenomen in het gezin en verwerft zijn/haar plaats binnen de bestaande gezinsstructuur. Het unieke karakter van elk gezin vormt de basis voor de ontwikkeling van een eigen identiteit. Een goede integratie binnen het gezin draagt bij tot de ontwikkeling en de veiligheid van het kind. Er is specifieke aandacht voor de screening van verwaarlozing en misbruik binnen het gezin. Er wordt gestreefd naar een gezond gezinsklimaat, zo staat het monitoren en bewerkstelligen van een vlot verloop van de huishoudelijke taken, de verzorging en de opvang van de andere huisgenoten en de huishoudelijke en persoonlijke hygiëne van het gezin centraal.

ONDERWERP 1

Screening van verwaarlozing en misbruik binnen het gezin

Indicator 33

DEFINITIE	Er is een protocol voor multidisciplinaire samenwerking tussen de betrokken postnatale zorgverleners bij vermoeden van verwaarlozing of misbruik binnen het gezin, of bij een gebrekkige integratie van het kind in het gezin. Dit protocol bevat afspraken over doorverwijzing naar de bevoegde instanties.
TOELICHTING	Tijdige onderkenning van verwaarlozing of misbruik binnen het gezin, of van een gebrekkige integratie van het kind in het gezin is belangrijk om de veiligheid en positieve ontwikkeling van elk kind te kunnen bevorderen.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit indicatoren (De Bruin-Kooistra, Amelinck-Verburg, Buitendijk, & G., Finding the right indicators for assessing quality midwifery care, 2012) (Zorginstituut Nederland, 2012) (Kooistra, et al., 2009) en een richtlijn (NICE, 2006)

Indicator 34

DEFINITIE	De proportie moeders of primaire verzorgers die naar eigen zeggen vond dat de huishoudelijke taken en de verzorging en de opvang van de andere huisgenoten vlot zijn verlopen tijdens de eerste 6 tot 8 weken postnataal
TOELICHTING	Een goede huishoudelijke en persoonlijke ondersteuning in het zorgen voor zichzelf, haar baby en haar gezin helpt een moeder sneller op de been na de bevalling. Pas bevallen moeders geven aan dat de eerste weken met een kersverse baby vermoeiend en chaotisch verlopen. Deze ondersteuning kan zowel door mantelzorg als door kraamverzorgenden worden geboden.

TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegers, & Braspenning, 2013) en literatuur (Zadoroznyj, 2009) (Christie, Poulton, & Bunting, An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice, 2008)
TELLER	Het aantal moeders of primaire verzorgers dat naar eigen zeggen vond dat de huishoudelijke taken en de verzorging en de opvang van de andere huisgenoten vlot zijn verlopen tijdens de eerste 6 tot 8 weken postnataal
NOEMER	Het totaal aantal moeders of primaire verzorgers

DOMEIN 5 | PATIËNTEN-EDUCATIE

AFBAKENING DOMEIN

Hieronder wordt verstaan dat de zelfredzaamheid van ouders wordt bevorderd door hen coaching en begeleiding te bieden, voorlichting, advies en instructie te geven. Zo worden ouders en/ of primaire verzorgers gecoacht in de vaardigheden die nodig zijn om de verzorging en de veiligheid van de baby te kunnen garanderen. Tijdens de postnatale periode moet informatie worden gegeven aan moeders en/ of primaire verzorgers met de bedoeling om levensbedreigende situaties te leren onderkennen en adequaat te kunnen reageren. Verder wordt gezondheidsgedrag bevorderd. (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegers, & Braspenning, 2013) (Zorginstituut Nederland, 2012) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallen met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002) (NICE, 2013) (NICE, 2010) (WHO, 2010) (NICE, 2006)

Indicator 35

DEFINITIE	Er is een protocol aanwezig met betrekking tot patiënten-educatie. Dit protocol omvat afspraken over timing, inhoud, het documenteren en verantwoordelijke zorgverlener. Volgende onderwerpen komen aan bod in het protocol: a) de symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij moeder b) de symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij kind c) het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal) d) de algemene hygiëne en verzorging van de baby (met inbegrip van de fysiologische veranderingen) e) het creëren van een veilige omgeving met inbegrip van veilig slapen f) informatie over borst- en/ of flesvoeding g) de voeding en beweging van de moeder h) heropname van seksuele activiteiten en anticonceptie (2 tot 6 weken postpartum).
TOELICHTING	Correcte informatie op het juiste moment is belangrijk om moeders en primaire verzorgers te empoweren. Bovendien maakt voorlichting volgens de NICE richtlijn (2006) een belangrijk deel uit van de zorg.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007), richtlijnen (NICE, 2010) (NICE, 2006) (WHO, 2010), een standaard (NICE, 2013) en literatuur (AAP, 2012) (Friedman & Spitzer, 2004) (Johansson & E., What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward?, 2004) (Ruchala, Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women, 2000)

Indicator 36

DEFINITIE	De proportie moeders en/ of primaire verzorgers die binnen de 24 uur na de bevalling mondeling en schriftelijk geadviseerd worden over <ul style="list-style-type: none"> a) het fysiologisch herstelproces van de moeder en b) levensbedreigende symptomen, tekens of condities van moeder en baby, die medische urgentie vereisen c) voordelen van borstvoeding en van colostrum en het tijdstip van het eerste voedingsmoment.
TOELICHTING	Deze indicator is gericht op het voorkomen van vermijdbare maternale en neonatale morbiditeit (ziektcijfer) en mortaliteit (sterftcijfer). Borstvoeding moet gezien worden als de 1 ^{ste} keuze voeding en dient gepromoot te worden gezien de vele (gezondheids-) voordelen die ermee gepaard gaan.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013), richtlijnen (NICE, 2006), (NICE, 2010) en literatuur (Friedman & Spitzer, 2004) (Johansson & E., What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward?, 2004) (Ruchala, Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women, 2000)
TELLER	Het aantal moeders en/ of primaire verzorgers dat binnen de 24 uur na de bevalling mondeling en schriftelijk geadviseerd wordt over <ul style="list-style-type: none"> a) het fysiologisch herstelproces van de moeder en b) levensbedreigende symptomen, tekens of condities van moeder en baby, die medische urgentie vereisen c) de voordelen van borstvoeding en van colostrum en het tijdstip van het eerste voedingsmoment.
NOEMER	Het totaal aantal moeders en/ of primaire verzorgers

Indicator 37

DEFINITIE	Er is bewijs van lokale afspraken over <ul style="list-style-type: none"> a) het bepalen van het BMI van de kraamvrouw op 6 tot 8 weken postpartum b) doorverwijzing voor advies over gezond eten en bewegen van vrouwen met een BMI van 30 of meer
TOELICHTING	Een BMI van 30 of meer kan aanleiding geven tot gezondheidsproblemen. Zwangerschap heeft een invloed op het gewicht, daarom is het tijdig onderkennen van overgewicht belangrijk. Tijdens de perinatale periode komen vrouwen in aanraking met zorgverleners wat een mogelijkheid creëert om actie te ondernemen.

TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006)

Indicator 38

DEFINITIE	De proportie vrouwen, hun partner of de primaire verzorger van pasgeborenen bij wie veilig slapen wordt besproken a) binnen de 24 uur b) 10 tot 14 dagen na de geboorte b) op 6 tot 8 weken postnataal
TOELICHTING	Slaaphygiëne is belangrijk in de preventie van wiegendood.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012), een standaard (NICE, 2013), richtlijnen (NICE, 2006) en literatuur (AAP, 2012) (Johansson & E., What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward?, 2004) (Ruchala, Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women, 2000)
TELLER	Het aantal vrouwen, hun partner of de primaire verzorger van pasgeborenen bij wie veilig slapen werd besproken a) binnen de 24 uur b) 10 tot 14 dagen na de geboorte b) op 6 tot 8 weken postnataal
NOEMER	Het totaal aantal vrouwen, hun partner of de primaire verzorger van pasgeborenen

Indicator 39

DEFINITIE	De proportie lacterende moeders die informatie ontving over borstvoeding. De minimale inhoud hiervan is: positie, aanhappen, melkinname door de baby, stuwring, problemen bij het aanleggen, kolven en kolfmethoden waaronder manueel afkolven, opbouwen en op peil houden van melkproductie, en bewaren en manipuleren van moedermelk.
TOELICHTING	Informereren is een belangrijk aspect van borstvoedingsondersteuning. De derde vuistregel van de WHO en UNICEF stelt dat alle vrouwen voorgelicht moeten

	worden over de voordelen en de praktijk van borstvoeding. Verder zegt de vijfde vuistregel dat aan vrouwen uitgelegd wordt hoe ze hun baby aan moeten leggen en hoe zij de melkproductie in stand kunnen houden, zelfs als de baby van de moeder gescheiden moet worden.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en richtlijnen (KNOV, 2012) (NICE, 2006), (BFI, 2013) en literatuur (Friedman & Spitzer, 2004) (Johansson & E., What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward?, 2004) (Ruchala, Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women, 2000)
TELLER	Het aantal lacterende moeders dat informatie ontving over borstvoeding.
NOEMER	Het totaal aantal lacterende moeders

Indicator 40

DEFINITIE	De proportie moeders en primaire verzorgers van baby's die kunstvoeding krijgen en die informatie kregen over kunstvoeding met inbegrip van een demonstratie.
TOELICHTING	Informatie van over kunstvoeding dient enkel gegeven te worden aan vrouwen die flesvoeding geven of die de intentie hebben om flesvoeding te geven. Baby's die volledig of gedeeltelijk kunstvoeding krijgen kunnen infecties en ziektes krijgen als de kunstvoeding niet veilig is klaargemaakt. Bij een klein percentage van deze baby's kan dit ernstig en levensbedreigend zijn, waardoor een ziekenhuisopname vereist is. De moeder en primaire verzorger hebben nood aan consistente, evidence based informatie over hoe flessen en toebehoren moeten gesteriliseerd worden en over hoe ze op een veilige manier voeding moeten bereiden.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006)
TELLER	Het aantal moeders en primaire verzorgers van baby's die kunstvoeding krijgen die informatie kregen over kunstvoeding met inbegrip van een demonstratie.
NOEMER	Het totaal moeders en primaire verzorgers van baby's die kunstvoeding krijgen.

DOMEIN 6 | BORSTVOEDING

AFBAKENING DOMEIN

Voeding neemt een centrale plaats in binnen het postpartum. Een goede voedingstoestand van de baby doet het risico op levensbedreigende aandoeningen dalen. Postpartumzorg stimuleert het geven van borstvoeding en geeft ondersteuning wanneer door omstandigheden flesvoeding wordt gegeven aan de baby. Borstvoeding draagt bij tot de gezondheid van zowel de moeder als het kind zowel op korte als lange termijn. Moeders en anderen die kiezen om borstvoeding te geven, moeten zich bewust zijn van deze voordelen. Ze moeten ondersteund worden door een dienst die evidence based werkt en dat een extern gecontroleerd programma gebruikt. Het geven van borstvoedingsondersteuning moet gecoördineerd worden overheen verschillende sectoren. (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegiers, & Braspenning, 2013) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevalen met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002) (NICE, 2013) (NICE, 2006) (KNOV, 2012)

Alle zorgverleners die borstvoedingsondersteuning bieden, moeten aangepaste training ondergaan en beoordeeld worden op hun competenties voor deze rol (=alle betaalde en vrijwillige medewerkers van alle sectoren zoals ziekenhuis, kind en gezin, eerstelijns zorgverleners en peersupport,...) (NICE, 2013)

Indicator 41

DEFINITIE	De proportie lacterende moeders die borstvoedingsondersteuning vanaf het eerste voedingsmoment ontvangt van zorgverleners die een geëvalueerd, gestructureerd programma gebruiken met als minimumstandaard het Baby Friendly Initiative (BFI)
TOELICHTING	<p>Tien Vuistregels voor het welslagen van de borstvoeding</p> <p>Alle instellingen voor moeder- en kindzorg dienen er zorg voor te dragen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. dat zij een beleid ten aanzien van borstvoeding op papier hebben, dat standaard bekend gemaakt wordt aan alle betrokken medewerkers.2. dat alle betrokken medewerkers de nodige opleiding en vaardigheden aanleren, die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van dat beleid.3. dat alle zwangere vrouwen voorgelicht worden over de voordelen en de praktijk van de borstvoeding.4. dat de baby onmiddellijk na de geboorte gedurende minimum een uur huid op huid contact met de moeder wordt gelegd . Moedig de moeders aan om hongersignalen van hun baby te herkennen en bied hulp aan indien nodig.5. dat aan vrouwen uitgelegd wordt hoe ze hun baby moeten aanleggen en hoe zij de melkproductie in stand kunnen houden, zelfs als de baby van de moeder gescheiden moet worden.6. dat pasgeborenen geen andere voeding dan borstvoeding krijgen, noch extra vocht, tenzij op medische indicatie.7. dat moeder en kind dag en nacht bij elkaar op een kamer mogen blijven ('rooming-in').8. dat borstvoeding op verzoek van het kind wordt nagestreefd.9. dat aan pasgeborenen die borstvoeding krijgen geen speen of fopspeen gegeven wordt.

	<p>10. dat er borstvoedingsbegeleidingsgroepen (moedergroepen) gevormd kunnen worden en dat vrouwen bij het beëindigen van de zorg naar deze groepen verwezen worden.</p> <p><i>Verklaring van WHO/UNICEF (1989, Nederlandse uitgave 1991, herziene druk 1997): “Bescherming, bevordering en ondersteuning van borstvoeding: de bijzondere rol van de gezondheidszorg” Bijgewerkt met de BFHI-richtlijnen voor de integrale gezondheidszorg, januari 2006</i></p>
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007), een standaard (NICE, 2013), richtlijnen (NICE, 2006) (KNOV, 2012) (BFI, 2013) en literatuur (Kronborg, Vaeth, & I., The effect op early postpartum home visits by health visitors: a natural experiment, 2012) (Friedman & Spitzer, 2004) (Flaherman, Hicks, Cbana, & Lee, Maternal experience of interactions with providers among mothers with milk supply concern, 2012) (Lewallen, Flowers, Powell, Zickefoose, Wall, & Price, Breastfeeding support and early cessation, 2006) (Hannula, Kaunonen, & Tarkka, 2008) (Renfrew, McComick, Wade, Quinn, & Dowswell, 2012)
TELLER	Het aantal lacterende moeders dat borstvoedingsondersteuning vanaf het eerste voedingsmoment ontving van zorgverleners die een geëvalueerd, gestructureerd programma gebruiken met als minimumstandaard het Baby Friendly Initiative (BFI)
NOEMER	Het totaal aantal lacterende moeders

Indicator 42

DEFINITIE	De proportie moeders die vroegtijdig stopt met borstvoeding
TOELICHTING	Vroegtijdig stoppen met borstvoeding wordt gedefinieerd als “vroeger stoppen dan de moeder zelf gepland had”
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit een standaard (NICE, 2013) en evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006) en literatuur (Kuan, Britto, Decolongon, Schoetter, Atherton, & Kotagal, Health system factors contributing to breastfeeding success, 1999)
TELLER	Het aantal moeders dat vroegtijdig stopt met borstvoeding
NOEMER	Het totaal aantal lacterende moeders

Indicator 43

DEFINITIE	Het borstvoedingspercentage a) bij ontslag vanuit het ziekenhuis, b) 5 tot 7 dagen, c) op 10 tot 15 dagen d) op 6 tot 8 weken en op 16 weken d) 6 maand
TOELICHTING	Het stoppen met borstvoeding geeft een indicatie over de kwaliteit van de borstvoedingsondersteuning. Het moment waarop de peiling gebeurt, is gekozen met het oog op mogelijkheid vergelijkende studies op internationaal niveau te kunnen voeren, vermits de richtlijn van de NICE dit ook aanbeveelt.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006)

Indicator 44

DEFINITIE	Het percentage exclusieve borstvoeding a) bij ontslag vanuit het ziekenhuis, b) 5 tot 7 dagen, c) op 10 tot 15 dagen d) op 6 tot 8 weken en op 16 weken e) 6 maand
TOELICHTING	De WHO adviseert om 6 maanden exclusief borstvoeding te geven. Het moment waarop de peiling gebeurt, is gekozen met het oog op mogelijkheid vergelijkende studies op internationaal niveau te kunnen voeren, vermits de richtlijn van de NICE dit ook aanbeveelt. Vuistregel 6 van de WHO en UNICEF stelt dat alle instellingen voor moeder- en kindzorg er zorg dienen voor te dragen dat pasgeborenen geen andere voeding dan borstvoeding krijgen, noch extra vocht, tenzij op medische indicatie.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en richtlijnen (NICE, 2006) (WHO, 2010), (BFI, 2013)

Indicator 45

DEFINITIE	Inzet van een lactatiekundige, indien van toepassing, is standaard opgenomen in de zorgverlening
TOELICHTING	In Nederlandse indicatoren wordt aanbevolen om lactatiekundigen standaard in te zetten bij de zorg. Hiervoor werden ook indicaties gedefinieerd. In de internationale literatuur en in de richtlijnen werd hiervoor geen sluitend bewijs teruggevonden.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit indicatoren voor kraamzorg (de Vos & Graafmans, 2007) en evidentie uit indicatoren (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegers, & Braspenning, 2013) en een richtlijn (KNOV, 2012)

DOMEIN 7 | CONTINUÏTEIT VAN ZORG

AFBAKENING DOMEIN

Postnatale zorg is een verderzetting van de zorg gegeven tijdens zwangerschap, arbeid en bevalling. Het plannen en regelmatig her-evalueren van inhoud en timing van zorg voor individuele vrouwen en hun baby's, en hierover communiceren aan de hand van een gedocumenteerd zorgdossier, verbetert de continuïteit van zorg. Continuïteit van zorg bevat 2 elementen, namelijk de continuïteit van zorgverlening en zorgorganisatie. Om dit te bewerkstelligen is een uitgeschreven beleidsvisie en -plan onontbeerlijk. Inter- en multidisciplinaire samenwerking zijn voorwaarden om continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Het evalueren en bijsturen van de zorg en het zorgen voor een aangepaste opleiding en accreditering van de zorgverleners verhoogt de kwaliteit van zorg.

ONDERWERP 1

Organisatie van zorg (De Bruin-Kooistra, Amelinck-Verburg, Buitendijk, & G., Finding the right indicators for assessing quality midwifery care, 2012) (de Vos & Graafmans, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012) (Kooistra, et al., 2009) (Dedry, 2005) (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (NVK, 2008) (NICE, 2013) (NICE, 2006) (WHO, 2010)

Indicator 46

DEFINITIE	Het eerste postnataal contact vindt plaats binnen de eerste 24 uur na de bevalling
TOELICHTING	Een postnataal contact is een geplande postnatale afspraak bij een gekwalificeerd zorgverlener die kan plaatsvinden bij moeder thuis of een andere setting zoals een huisartsenpraktijk of een consultatiebureau. Een postnataal contact kan voor de moeder, voor het kind of voor moeder en kind.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006)

Indicator 47

DEFINITIE	De proportie moeders die minder dan 72 uur in het ziekenhuis verbleven na de bevalling en die binnen de 24 na ontslag thuis opgevolgd werden door een gekwalificeerd zorgverlener.
TOELICHTING	Volgens richtlijnen van WHO is de aanbeveling dat vrouwen ontslagen binnen de 48 uur, binnen de 24 tot 48 uur na ontslag een contact moeten hebben met een gekwalificeerd zorgverlener. AAP (2012) stelt dat een neonaat ontslagen uit het ziekenhuis binnen de 48u na de geboorte binnen de 48u moet gezien worden. Het recente kwalitatief onderzoek van het KCE (2014) concludeert dat “ <i>In het</i>

	<i>geval van een ontslag op dag 3 of eerder de postnatale follow-up moet bestaan uit tenminste 1 huisbezoek door een vroedvrouw binnen de 24u na ontslag</i> ”. Met deze indicator wordt de aanbeveling van het KCE opgevolgd. Dit onderzoek werd gevoerd in de populatie waarvoor deze kwaliteitsindicatoren werden ontwikkeld en kreeg bijgevolg de voorkeur van de onderzoekers.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit richtlijnen (WHO, 2010) en literatuur (AAP, 2012) (KCE, 2014)
TELLER	Het aantal moeders dat minder dan 48 uur in het ziekenhuis verbleef na de bevalling die binnen de 24 tot 48 thuis opgevolgd werd door een gekwalificeerd zorgverlener.
NOEMER	Het totaal aantal moeders die minder dan 48 uur in het ziekenhuis verbleef na de bevalling.

Indicator 48

DEFINITIE	De proportie baby's, die minder dan 72 uur na de geboorte in het ziekenhuis verbleef of die bij ontslag geen pediatriesch consult kreeg, die na ontslag en binnen de 10 dagen postpartum door een pediater werd onderzocht.
TOELICHTING	In een Franse studie naar voorspellende factoren voor pathologie tussen ontslag en 10 dagen postpartum werd vastgesteld dat na icterus de meest voorkomende pathologie tussen dag 2 en dag 10 van cardiovasculaire aard zijn. De diagnose aan de hand van het horen van een soufflé werd niet vastgesteld tijdens het eerste onderzoek op de eerste dag maar werd wel gehoord na 72 uur bij het ontslagonderzoek. Meestal ging het over een ventrikel septumdefect. (Straczek, Vieux, Hubert, Miton, & Hascoet, Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ?, 2008) Bijgevolg dient als ontslagvoorwaarde te worden gesteld dat baby's die ontslagen worden na 72 uur bij ontslag door een pediater zijn onderzocht, indien aan deze ontslagvoorwaarde niet voldaan is, moet een afspraak worden gemaakt voor een pediatriesch consult binnen de 10 dagen postpartum. Bij ontslag van de pasgeborenen voor 72 uur postpartum dient een afspraak te zijn vastgelegd voor een pediatriesch consult.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit literatuur (Straczek, Vieux, Hubert, Miton, & Hascoet, Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ?, 2008) (KCE, 2014)

TELLER	Het aantal baby's dat minder dan 72 uur na de geboorte in het ziekenhuis verbleef of dat bij ontslag geen pediatriesch consult kreeg, na ontslag en binnen de 10 dagen postpartum door een pediater werd onderzocht.
NOEMER	Het totaal aantal baby's dat minder dan 72 uur na de geboorte in het ziekenhuis verbleef of dat bij ontslag geen pediatriesch consult kreeg.

Indicator 49

DEFINITIE	De proportie moeders die op 6 tot 8 weken postpartum aangeeft geen tegenstrijdige informatie te hebben ontvangen van de postnatale zorgverleners.
TOELICHTING	Tegenstrijdige informatie wordt door moeders en primaire verzorgers als erg storend ervaren.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit literatuur (KCE, 2014) (Christie, Poulton, & Bunting, An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice, 2008) (Fenwick, Butt, Dhaliwal, Hauck, & Schmied, Western Australian Women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital or at home, 2010)
TELLER	Het aantal moeders dat op 6 tot 8 weken postpartum aangeeft geen tegenstrijdige informatie te hebben ontvangen van de postnatale zorgverleners.
NOEMER	Het totaal aantal moeders

ONDERWERP 2

Inter- en multidisciplinaire samenwerking (De Bruin-Kooistra, Amelinck-Verburg, Buitendijk, & G., Finding the right indicators for assessing quality midwifery care, 2012), (Kooistra, et al., 2009), (NVK, 2008), (WHO, 2010), (NICE, 2006).

Indicator 50

DEFINITIE	Er is bewijs van lokale protocollen voor de overdracht van zorg tussen klinische sectoren en zorgverleners en er is een procedure voor herziening.
TOELICHTING	Duidelijke schriftelijke afspraken bevorderen de samenwerking en communicatie tussen zorgverleners
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren (Kooistra, et al., 2009)

	(De Bruin-Kooistra, Amelinck-Verburg, Buitendijk, & G., Finding the right indicators for assessing quality midwifery care, 2012) en richtlijnen (NVK, 2008) (WHO, 2010) (NICE, 2006), een standaard (NICE, 2013) en literatuur (KCE, 2014)
--	--

Indicator 51

DEFINITIE	De proportie moeders en/ of baby's die een zorgcoördinator had tijdens het postpartum.
TOELICHTING	De zorgcoördinator is een gekwalificeerd zorgverlener en heeft volgende taken: coördineren van de postpartumzorg, garanderen van de continuïteit van zorg op cruciale momenten waaronder het ontslagmoment uit de kraamkliniek, het oriëntatiegesprek voeren tijdens de zwangerschap, dragen van de eindverantwoordelijkheid voor het zorgbeleid bij een fysiologisch evolutie, het afsluitend contact op 6 tot 8 weken postpartum, waken over de toepassing van een gestructureerd borstvoedingsprogramma en over de lokale protocollen en afspraken. De taak van de perinatale zorgcoördinator kan volgens het KCE opgenomen worden door een vroedvrouw, gynaecoloog of een huisarts die actief is in de postnatale zorg.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006) en literatuur (KCE, 2014)
TELLER	Het aantal moeders en/ of baby's dat een zorgcoördinator had tijdens het postpartum
NOEMER	Het totaal aantal moeders en/ of baby's

ONDERWERP 3

Zorgdossier (NICE, 2013) (NICE, 2006)

Indicator 52

DEFINITIE	De proportie moeders wiens zorgverlener deel uitmaakt van het multidisciplinair perinataal netwerk rond elke (toekomstige) moeder en kind, en toegang heeft tot het Elektronisch Moederschapsdossier (EMD) dat deel uitmaakt van het Globaal Medisch Dossier.
TOELICHTING	Door te werken met een EMD zal de continuïteit van zorg versterkt worden door optimalisatie van de multidisciplinaire samenwerking.

TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit literatuur (KCE, 2014)
TELLER	Het aantal moeders wiens zorgverleners, die deel uitmaken van het multidisciplinair perinataal netwerk rond elke (toekomstige) moeder en kind, toegang heeft tot het Elektronisch Moederschapdossier (EMD)
NOEMER	Totaal aantal moeders

Indicator 53

DEFINITIE	De proportie baby's die binnen de 3 dagen na de geboorte over een opvolgdossier (geboorte tot leeftijd van 5 jaar) beschikt, dat toegankelijk is voor alle perinatale zorgverleners.
TOELICHTING	Dit is idealiter een elektronisch kinddossier dat deel uitmaakt van het Globaal Medisch Dossier. Hiervoor heeft een kind echter een rijksregisternummer nodig vanaf de geboorte. In afwachting van deze praktische beperking kan ook met een papieren dossier worden gewerkt, dat bijgehouden wordt door de moeder en door haar ter beschikking wordt gesteld aan de perinatale zorgverleners. (Naar analogie met het 'kindboekje' van Kind en Gezin.)
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006) en uit literatuur (KCE, 2014).
TELLER	Het aantal baby's dat binnen de 3 dagen na de geboorte over een opvolgdossier (geboorte tot leeftijd van 5 jaar) beschikken, dat toegankelijk is voor alle perinatale zorgverleners.
NOEMER	Het totaal aantal baby's.

Indicator 54

DEFINITIE	De proportie moeders en hun baby's die een geïndividualiseerd en gedocumenteerd zorgdossier hebben dat bij elk postnataal contact geëvalueerd wordt.
TOELICHTING	Het zorgdossier moet uitvoerig zijn en minimaal volgende aspecten bevatten: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verslag van het oriëntatiegesprek (zie indicator 1) 2. Gegevens over de zorgverleners

- de contactgegevens van de zorgverlener(s), met inbegrip van een 24-uurs permanentie
 - o perinatale zorgcoördinator
 - o de kraamkliniek
 - o de vroedvrouw
 - o kraamhulp
 - o ...
- 3. Gegevens over de moeder
 - verslag van de algemene, verloskundige, familiale en psychische anamnese
 - bij elk postnataal contact
 - o worden volgende zaken bevraagd
 - perineum
 - bloedverlies
 - hoofdpijn
 - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit
 - kortademigheid of borstpijn
 - algemeen welzijn
 - vermoeidheid
 - ontlasting
 - hemorrhoiden
 - griepachtige symptomen
 - pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten
 - rust en slaap
 - o gegevens over borstvoedingsverloop
 - o het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind binding wordt beoordeeld
 - volgende observaties op indicatie
 - o perineum
 - o baarmoederinvolutie
 - o lochia
 - o temperatuur van de moeder
 - o pijn, roodheid of zwelling aan de kuit
 - o problemen met mictie of stoelgang
 - uitgevoerde onderzoeken en doorverwijzingen
 - 5 tot 7 dagen
 - o het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind-binding
 - o borstvoedingsverloop
 - 10 tot 14 dagen
 - o het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind-binding
 - 6 tot 8 weken postpartum
 - o BMI
 - o het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind-binding

Volgende informatie/educatie werd gegeven

- o advies binnen de 24 uur over
 - o het fysiologisch herstelproces van de moeder (zowel lichamelijk als mentaal)
 - o levensbedreigende symptomen, tekens of condities van moeder en kind die medische urgentie vereisen.
 - o de voordelen van borstvoeding en van colostrum, het tijdstip van het eerste voedingsmoment, en het aanleggen (positie, aanhappen, een effectieve voeding te bekomen en pijnlijke tepels te vermijden)
 - o voeding en beweging van de moeder
- o advies bij elk postnataal contact
 - o veiligheid en het creëren van een veilige omgeving met inbegrip van veilig slapen

	<ul style="list-style-type: none"> ○ op 10 tot 14 dagen en op 6 tot 8 weken postnataal <ul style="list-style-type: none"> ○ veilig slapen ○ advies en (schriftelijke) informatie gegeven over <ul style="list-style-type: none"> ○ de algemene hygiëne en verzorging van de baby met inbegrip van fysiologische verandering (M-S) ○ informatie over borst- en/ of flesvoeding (M-S) ○ heropname van seksuele activiteiten en anticonceptie (M-S) ○ (manueel) afkolven van colostrum of moedermelk, het correct bewaren en manipuleren ervan (M) ○ over positie, aanhappen, melkinname door de baby, stuwingsproblemen bij het aanleggen, kolven en kolfmethoden, opbouwen en op peil houden van melkproductie. (M) ○ baby's die kunstvoeding over kunstvoeding (+ demonstratie) (M) <p>4. Baby</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ verslag van de algemene, familiale, verloskundige anamnese en het verloop van de neonatale ontwikkeling. ○ meconium en urinelozing binnen de eerste 24 uur. ○ dagelijkse observatie <ul style="list-style-type: none"> ○ van icterus (visuele beoordeling) gedurende de eerste 4 dagen ○ borstvoedingsverloop (eerste 5 dagen) ○ gewicht op dag 3, dag 5 en op 1 en 2 maand ○ volgende observaties op indicatie <ul style="list-style-type: none"> ○ wegen (behalve op dag 3, dag 5, 1 maand en 2 maand), ○ lichaamstemperatuur, ○ mictie en ontlasting, ○ navelstrengstomp ○ de resultaten van het onderzoek voor 72 uur en op 6 tot 8 weken (fysieke en neonatale ontwikkeling) ○ de neonatale screening ○ vitamine K profylaxe ○ uitgevoerde onderzoeken en doorverwijzingen <p>5. Gezin</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ organisatie van huishoudelijke taken bij elke postnataal contact ○ de organisatie van de opvang, verzorging en persoonlijke hygiëne van de alle huisgenoten bij elke postnataal contact ○ de integratie van het kind in het gezin bij elke postnataal contact <p>6. Afspraken en doorverwijzingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - doorverwijzing naar instanties - geplande afspraken <ul style="list-style-type: none"> ○ het pediatriesch consult ○ kind en gezin ○ postpartumonderzoek moeder op 6 tot 8 weken
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit een standaard (NICE, 2013) en evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006) en literatuur (KCE, 2014) (Christie, Poulton, & Bunting, An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice, 2008)
TELLER	Het aantal postnatale contacten waarbinnen het geïndividualiseerd zorgdossier van moeder en baby wordt geëvalueerd en gedocumenteerd.

NOEMER	Het totaal aantal postnatale contacten
--------	--

ONDERWERP 4

opleiding/accreditering/bijsholing (Zorginstituut Nederland, 2012) (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007).

Indicator 55

DEFINITIE	Elke postnatale zorgverlener kan aantonen dat zij/hij voldoet aan regelmatige bijscholing, vastgelegd door een wettelijke procedure of aangepast aan zijn/haar vooropleiding.
TOELICHTING	Accreditatie van zorgverleners maakt deel uit van een kwaliteitsbeleid. Voor artsen en vroedvrouwen werd deze accreditering wettelijk vastgelegd. Voor kraamverzorgenden is dit echter nog niet het geval.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit indicatoren (Zorginstituut Nederland, 2012) en een beleidsdocument (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007)

ONDERWERP 5

Evaluatie en bijsturen van zorg (de Vos & Graafmans, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012).

Indicator 56

DEFINITIE	Er is een schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem
TOELICHTING	Dit is een procedure voor het implementeren van kwaliteitsverbetering en situeert zich op instellingsniveau.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit indicatoren voor kraamzorg (de Vos & Graafmans, 2007), en evidentie uit indicatoren (Zorginstituut Nederland, 2012) en literatuur (KCE, 2014)

Indicator 57

DEFINITIE	Aanwezigheid van een procedure voor het afhandelen van klachten.
TOELICHTING	Een klachtenprocedure ontbreekt momenteel in de postnatale zorg. Voor klachten over artsen kan men zich richten tot de Orde van Geneesheren, echter

	voor vroedvrouwen en kraamverzorgende bestaat geen dergelijke instantie. Bij grotere instellingen kan men zich richten tot de ombudsdienst. De klachtenbehandeling is niet wettelijk vastgelegd.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit indicatoren voor kraamzorg (de Vos & Graafmans, 2007)

Indicator 58

DEFINITIE	Het percentage beschikbare zorginhoudelijke protocollen waarvan minder dan 1 jaar geleden (opnieuw) is vastgesteld dat ze gebaseerd zijn op de nieuwste zorginhoudelijke kennis en inzichten.
TOELICHTING	Deze protocollen moeten accuraat zijn en evidence based informatie bevatten. Er is een procedure voor herziening aanwezig.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit indicatoren voor kraamzorg (Zorginstituut Nederland, 2012) en evidentie uit literatuur (KCE, 2014)

BIJLAGE 6A AANVRAAG ETHISCH COMITÉ
KATRIEN HELSLOOT



24-09-2014

Ethisch Comité
UZ Gent – 1K4
De Pintelaan 185
9000 GENT

MASTERPROEF: De ontwikkeling van een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg in de thuissituatie

Geachte,

Bijgevoegd vindt u voor beoordeling door het Ethisch Comité

Aantal exemplaren

- | | |
|--|---|
| • Begeleidend schrijven dd. 03/09/2014 | 1 |
| • Adviesaanvraagformulier dd. XX/09/2014 | 1 |
| • Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer dd. 03/09/2014 – versie 1 | 1 |
| • informatie voor de deelnemer | 1 |
| • Vragenlijst | 1 |
| • CV werkstudent | 1 |

Documenten ontvangen door:

Mevrouw(handtekening)

Datum

Prof. Dr. K. Roelens



FACULTEIT GENEESKUNDE EN
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

24-09-2014

Ethisch Comité
UZ Gent – 1K4
De Pintelaan 185
9000 GENT

MASTERPROEF: De ontwikkeling van een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande
kraamzorg in de thuissituatie

Geachte,

Bijgevoegd vindt u voor beoordeling door het Ethisch Comité

	Aantal exemplaren
• Begeleidend schrijven dd. 03/09/2014	1
• Adviesaanvraagformulier dd. XX/09/2014	1
• Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer dd. 03/09/2014 – versie 1	1
• informatie voor de deelnemer	1
• Vragenlijst	1
• CV werkstudent	1

Documenten ontvangen door:

Mevrouw(handtekening)

Datum

Prof. Dr. K. Roelens



24-09-2014

Ethisch Comité
UZ Gent – 1K4
De Pintelaan 185
9000 GENT

MASTERPROEF: De ontwikkeling van een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg in de thuissituatie

Geachte voorzitter,

Met dit begeleidend schrijven wensen we een aanvraag ethisch comité in te dienen in het kader van een Delphi-onderzoek voor een duo-masterproef. Het betreft een masterproef naar de ontwikkeling van een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg in de thuissituatie. Deze masterproef wordt geschreven onder de supervisie van Prof. Dr. Kristien Roelens en maakt deel uit van de masteropleiding verpleegkunde en vroedkunde.

Bijgevoegd vindt u voor beoordeling door het Ethisch Comité

	Aantal exemplaren
• Begeleidend schrijven dd. 03/09/2014	1
• Adviesaanvraagformulier dd. 03/09/2014	1
• Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer dd. 03/09/2014 – versie 1	1
• informatie voor de deelnemer	1
• Vragenlijst	1
• CV werkstudent	1

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

Prof. Dr. K. Roelens



ETHISCH COMITE

Universitair Ziekenhuis

De Pintelaan 185

9000 Gent

ethisch.comite@UGent.be

tel. +32 9 332 33 36 - +32 9 332 26 88 - +32 9 332 6854

fax +32 9 332 49 62



Document D (scripties of Z-lijn)

**VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN
prospectief observationeel ONDERZOEKSPROJECT OP
GEZONDHEIDSGEGEVENS voor het maken van een scripties of Z-lijn
(enkel verzameling van patiëntengegevens, vragenlijsten en interviews)**

1. TITEL VAN DE SCRIPTIE : DE ONTWIKKELING VAN EEN VLAAMS MODEL VAN KWALITATIEF HOOGSTAANDE KRAAMZORG IN DE THUISITUATIE.

2. ONDERZOEK IN FUNCTIE VAN:

- BACHELOR SCRIPTIE
- NAAM STUDENT(EN):
 - OPLEIDING:
 - NAAM HOGESCHOOL:
 - EMAIL STUDENT:
 - TEL. STUDENT:
- MASTERSCRIPTIES OF Z-LIJN
- NAAM STUDENT(EN): KATRIEN HELSLOOT
 - OPLEIDING: MASTER VERPLEEG- EN VROEDKUNDE
 - NAAM FACULTEIT: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
 - EMAIL STUDENT: KATRIEN.HELSTOOT@UGENT.BE
 - TEL. STUDENT: 0488 37 40 20

3. GEGEVENS VAN DE HOOFDONDERZOEKER (PROMOTOR)[de eerste onderzoeker moet een persoon zijn die vast verbonden is aan de dienst UZ (geen ASO) of universiteit]

- NAAM: PROF. DR. KRISTIEN ROELENS
- FUNCTIE: KLINIEKHOOFD – GYNAECOLOOG VROUWENKLINIEK UZ GENT
- UZ DIENST : URO-GYNAECOLOGIE OF FACULTEIT/VAKGROEP:
- TELEFOONNUMMER:09/332 37 82
- FAX:
- E-MAIL: KRISTIEN.ROELENS@UGENT.BE
- NAAM UZ DIENSTHOOFD: DR. S. WEYERS OF NAAM VAKGROEPVOORZITTER:

4. GEGEVENS VAN DE MEDEWERKER(S) AAN HET ONDERZOEK

- NAAM: AN-SOFIE VAN PARYS
- FUNCTIE: WETENSCHAPPELIJK MEDEWERKER ICRH - DOCTORAALSTUDENT
- UZ DIENST : OF FACULTEIT/VAKGROEP: GENEESKUNDE GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, WERKGROEP URO-GYNAECOLOGIE
- TELEFOONNUMMER: 09/332 53 72
- FAX:
- E-MAIL: ANSOFIE.VANPARYS@UGENT.BE
- NAAM UZ DIENSTHOOFD: PROF. DR. P. HOEBEKE

OF NAAM VAKGROEPVOORZITTER

5. GEGEVENS VAN DE PROMOTOR + AFFILIATIE:

- NAAM: SASKIA VAN BESAUW
- FUNCTIE: PROJECTMEDEWERKER EXPERTISECENTRUM KRAAMZORG, DE KRAAMVOGEL VZW
- UZ DIENST :
OF FACULTEIT/VAKGROEP:
- TELEFOONNUMMER: 03/ 238 11 00
- FAX:
- E-MAIL: KRAAMVOGEL@SKYNET.BE
- NAAM UZ DIENSTHOOFD:
OF NAAM VAKGROEPVOORZITTER

6. SOORT ONDERZOEK

VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVENS ZIJN (= GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)

GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR HOOFDONDERZOEKER PERSOONLIJK BEHANDELD

GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN OP DE DIENST VAN DE HOOFDONDERZOEKER MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE

VRAGENLIJSTEN (GELIEVE DEZE EVENEENS VOOR TE LEGGEN AAN HET EC)

INTERVIEW (GELIEVE DE VRAGEN EVENEENS VOOR TE LEGGEN AAN HET EC)

7. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET ONDERZOEKSPROJECT (MINIMUM 30 ZINNEN/EEN HALVE PAGINA) VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

DEZE DUO-MASTERPROEF BEOOGT EEN ANTWOORD TE BIJEN EN OP DE VRAAG WAT KWALITATIEF HOOGSTAANDE KRAAMZORG INHOUDT IN DE THUISITUATIE. HIERVOOR WILLEN WE EEN **DELPHI-ONDERZOEK** VOEREN TENEINDE DE KWALITEITSINDICATOREN VOOR KRAAMZORG TE KUNNEN DEFINIËREN. DE DELPHI-PROCEDURE IS EEN ONDERZOEKSMETHODE WAARBIJ DE EXPERT-OPINION VAN EEN AANTAL EXPERTEN WORDT GEVRAAGD TEN AANZIEN VAN EEN ONDERWERP WAAR GEEN CONSENSUS OVER BESTAAT, IN DIT GEVAL 'DE KWALITEITSINDICATOREN WAARAAN KRAAMZORG IN DE THUISITUATIE DIENT TE BEANTWOORDEN'. DOOR DE ANTWOORDEN AAN DE ANDERE EXPERTS (ANONIEM) TERUG TE KOPPELEN, WORDT IN EEN AANTAL RONDEN GEPROBEERD TOT CONSENSUS TE KOMEN.

HET ONDERZOEK BESTAAT UIT DRIE FASEN:

IN EEN **EERSTE FASE** WORDEN VOORLOPIGE KWALITEITSINDICATOREN GEDEFINIËRD AAN DE HAND VAN DE RESULTATEN VAN EEN LITERATUURSTUDIE (1), BESTAANDE RAPPORTEN VAN KWALITEITSINDICATOREN IN DE KRAAMZORG EN BEROEPSPROFIELEN VAN (KRAAM)VERZORGENDEN EN VROEDVROUWEN (2) EN NA OVERLEG MET DE WERKGROEP (3). DE WERKGROEP BESTAAT UIT BEIDE STUDENTEN, DE PROMOTOR EN CO-PROMOTOREN. IN EEN **TWEDE FASE** WORDEN DE POTENTIËLE KWALITEITSINDICATOREN GEËVALUEERD DOOR DE TWEË STUDENTEN. DIT ZAL RESULTEREN IN CONCEPT-KWALITEITSINDICATOREN. IN EEN **DERDE FASE** ZULLEN DE CONCEPTINDICATOREN IN EEN DELPHI-PROCEDURE VOORGELEGD WORDEN AAN EEN EXPERTEN-PANTEL IN MINIMUM TWEE VRAAGRONDES TOT CONSENSUS BEREIKT WORDT.

HET EXPERTEN-PANTEL ZAL BESTAAN UIT:

- 10 EXPERTEN ACTIEF BINNEN DE KRAAMZORG, NL. 3 KRAAMVERZORGENDEN, 4 COÛRDINATOREN/ KWALITEITSVERANTWOORDELIJKEN/ BELEIDSMAKERS VAN

- KRAAMZORG, EN 3 LEDEN VAN DE EXPERTISECENTRA KRAAMZORG.
- 10 VROEDVROUWEN WAARVAN 3 VROEDVROUWEN WERKZAAM IN HET ZIEKENHUIS, 3 ZELFSTANDIGE VROEDVROUWEN, 3 VROEDVROUWEN WERKZAAM IN EEN KRAAMCENTRUM EN 1 VERTEGENWOORDIGER VAN DE VLAAMSE ORGANISATIE VAN VROEDVROUWEN (VLOV).
- 10 ARTSEN WAARONDER 4 GYNAECOLOGEN, 4 PEDIATERS/ NEONATOLOGEN EN 2 HUISARTSEN.

VOOR DE PRAKTISCHE UITWERKING VAN DE DELPHI-PROCEDURE ZAL GEBRUIK GEMAAKT WORDEN VAN EEN ONLINE TOOL.

8. GEGEVENS OVER

- VOLWASSENEN IN STAAT TOESTEMMING TE GEVEN
 VOLWASSENEN NIET IN STAAT TOT TOESTEMMING
 MINDERJARIGEN
 STUDIE IN URGENTIESITUATIE

9. GEGEVENS OVER

- GEZONDEN
 ZIEKEN
 LIJDEND AAN:
 PERSONEEL, STUDENTEN
 NADER OMSCHRIJVEN:
 GESLACHT
 MAN
 VROUW

10. HOE WORDEN DEZE DEELNEMERS GERECRUTEERD?

11. DE RECRUTERING VAN HET EXPERTEN-PANEL GEBEURT OP BASIS VAN CONSENSUS BINNEN DE WERKGROEP, NAMELIJK DE STUDENTEN EN DE PROMOTOREN. ZIJ WORDT GESELECTEERD OP BASIS VAN EXPERTISE IN HET GEBIED VAN KRAAMZORG EN ZULLEN BENADERD WORDEN VIA TELEFOON OF EMAIL.

12. TOTAAL AANTAL DEELNEMERS IN DE STUDIE IN BELGIE?

- IN HET UZ GENT: 0
 ANDERE LOKATIE: BIJ BENADERING 30

13. PERIODE VAN HET ONDERZOEK (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

VANAF GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ TOT EN MET JANUARI 2015

14. WORDT DIT ONDERZOEKSPROJECT FINANCIËEL ONDERSTEUND DOOR DE INDUSTRIE?

NEEN

JA:

INDUSTRIE

FARMACEUTISCHE

NAAM:

ANDERE:

15. WIE IS DE OPDRACHTGEVER?

UZ GENT
ANDERE

UGENT

16. VERZEKERING:

DOOR WELKE VERZEKERINGSPOLIS BENT U GEDEKT?
(WANNEER HET GEEN VERZEKERING IS AFGESLOTEN DOOR HET UZ/UGENT
GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN)

UZ GENT NO FAULT

17. HET ONDERZOEK IS MONOCENTRISCH:

JA

NEEN

WELKE CENTRA NEMEN NOG HIERAAN
DEEL? NAAM, ADRES, TEL., FAX EN E-
MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ
DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK
+ NAAM VAN DE LOKALE
ONDERZOEKER:

**18. WORDT VOOR DIT ONDERZOEK EEN INFORMED CONSENT GEVRAAGD AAN DE
PATIËNT VOOR INZAGE VAN DOSSIER, AFNEMEN VRAGENLIJSTEN/INTERVIEW
(STEEDS HET IC TER GOEDKEURING AAN HET EC VOORLEGGEN)**

JA

NEEN (ARGUMENTEREN WAAROM NIET)

INDIEN NEEN, ZAL DIT DOOR HET ETHISCH COMITÉ BESPROKEN WORDEN EN
ZO DIT AANVAARBAAR GEACHT WORDT, ZAL AAN DE ONDERZOEKERS
GEVRAAGD WORDEN DE INFORMATIE- EN WAARSCHUWINGSNOTA OVER DE
VERWERKING VAN INFORMATIE VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK TE
ONDERTEKENEN.

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN
VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE
HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE
WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

DE HOOFDONDERZOEKER

HET U.Z. DIENSTHOOFD OF
DE VAKGROEPVOORZITTER
(VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM : PROF. DR. KRISTIEN ROELENS
HANDTEKENING :

DATUM :
NAAM : PROF. DR. S. WEYERS
HANDTEKENING :

PROMOTOR VAN DE SCRIPTIE
(ZO VERSCHILLEND VAN DE HOOFDONDERZOEKER)

DATUM:
NAAM + AFFILIATIE:
HANDTEKENING:

NAAM STUDENT

DATUM :
NAAM: KATRIEN HELSLOOT
HANDTEKENING:



ETHISCH COMITE

Universitair Ziekenhuis

De Pintelaan 185

9000 Gent

ethisch.comite@UGent.be

tel. +32 9 332 33 36 - +32 9 332 26 88 - +32 9 332 6854

fax +32 9 332 49 62



INDE EN
HAPPEN

Informatie voor de deelnemer (experten-panel):

Project: MASTERPROEF: DE ONTWIKKELING VAN EEN VLAAMS MODEL VAN KWALITATIEF HOOGSTAANDE KRAAMZORG IN DE THUISITUATIE

Beschrijving en doel van het project.

De vrouwenkliniek van het UZ Gent voert een onderzoek uit naar de ontwikkeling van een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg in de thuissituatie door het gaan definiëren van kwaliteitsindicatoren voor de kraamzorg.

Een Delphi-procedure is een onderzoeksmethode waarbij de mening van een aantal experts wordt gevraagd ten aanzien van een onderwerp waar geen consensus over bestaat, in dit geval 'De kwaliteitsindicatoren waaraan kraamzorg in de thuissituatie dient te beantwoorden'. Door de antwoorden aan de andere experts (anoniem) terug te koppelen, wordt in een aantal rondes (2à3) geprobeerd tot consensus te komen. Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel uit te maken van een experten-panel om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal per vraagronde ongeveer een half uur van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Kristien Roelens van de Vrouwenkliniek UZ Gent.

• ***Toestemming en weigering***

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.

U kunt weigeren de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven zonder dat dit op enigerlei wijze invloed heeft.

Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Deze studie wordt gevoerd op vraag van de Expertisecentra Kraamzorg. De kwaliteitsindicatoren die resulteren uit het Delphi-onderzoek zullen als basis dienen voor het uitschrijven van de basiscompetenties voor de kraamverzorgende, wat zal resulteren in het uitwerken van het beroepsprofiel van de Vlaamse kraamverzorgende.

- ***Kosten***

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

- ***Vertrouwelijkheid***

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zal uw mening als expert geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

- ***Verzekering:***

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studie.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam onderzoekers:

Naam deelnemer experten-

panel:

Datum:

Handtekening

Datum:

Handtekening



Geachte heer, mevrouw,

Project: deelname experten-panel Delphi-onderzoek

Titel: DE ONTWIKKELING VAN EEN VLAAMS MODEL VAN KWALITATIEF HOOGSTAANDE KRAAMZORG IN DE THUISITUATIE

Beschrijving project: Deze duo-masterproef is een initiatief van de Vlaamse Expertisecentra kraamzorg en komt tot stand onder de supervisie van Prof. Dr. K. Roelens. Als studenten van de masteropleiding verpleegkunde en vroedkunde hebben wij in het kader van onze masterproef u geselecteerd als expert in de kraamzorg. Het experten-panel zal bestaan uit gynaecologen, pediaters, huisartsen, vroedvrouwen, kraamverzorgenden en coördinatoren/ kwaliteitsverantwoordelijken/ beleidsmakers van kraamzorg.

Inleiding: Er is een wereldwijde tendens naar bevalling met kort ziekenhuisverblijf. In Vlaanderen neemt de gemiddelde verblijfsduur van patiënten na niet-gecompliceerde vaginale bevalling jaarlijks af, meer bepaald van 4,94 dagen in 2000 naar een gemiddelde verblijfsduur van 4,14 in 2009. Deze daling in het aantal ligdagen gaat gepaard met een hogere nood aan postnatale zorg in de thuissituatie van kraamvrouwen. In Vlaanderen kan postnatale thuiszorg in twee takken worden onderverdeeld: de medische zorgen (verricht door de vroedvrouw en/ of huisarts) en de niet-medische kraamzorg (verricht door de kraamverzorgende). Door gebrek aan een wettelijk kader voor kraamzorg in Vlaanderen, is het beroep van kraamverzorgende tot nog toe noch erkend, noch gereguleerd. Dit betekent dat thuiszorgorganisaties die kraamzorg aanbieden zelf voorzien in een opleiding, met uiteenlopende graad van kwaliteit, en de invulling van het beroep zelf bepalen. Bijgevolg is het aangewezen dat er een duidelijke en eenduidige functieomschrijving wordt opgesteld van deze beroepsgroep voor Vlaanderen in het algemeen. Het optimaliseren van kraamzorg is van groot belang voor het verhogen van de kwaliteit van postpartumzorg in Vlaanderen.

Doelstellingen: Deze duo-masterproef beoogt een antwoord te bieden op de vraag wat kwalitatief hoogstaande kraamzorg inhoudt in de thuissituatie (1) en de nodige basiscompetenties van de Vlaamse kraamverzorgende (2) te definiëren.

Vragenlijst eerste Delphi-vraagronde

Inleiding

Deze vragenlijst dient als instrument om een aantal potentiële kwaliteitsindicatoren voor postnatale zorg in de thuissituatie te beoordelen. De lijst potentiële indicatoren kwam tot stand door middel van een uitgebreide literatuurstudie, het bestuderen van beleidsdocumenten, richtlijnen e.a. en de inbreng van de werkgroep (de studenten, de promotor en co-promotoren).

Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare items die verwijzen naar structuren, processen en uitkomsten van zorg (Campbell, Braspenning, Hutchinson, & Marshall, 2003) Ze geven een eerste signaal over de kwaliteit van de zorg en zijn een hulpmiddel bij de kwaliteitsverbetering. (Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, 2009)

Als expert op het gebied van postnatale zorg wordt aan u (en andere experten) gevraagd om individueel de vragenlijst in te vullen en iedere indicator te beoordelen op zijn relatie met kwaliteit van de zorgverlening en haalbaarheid van registratie.

Ongeveer 2 weken na de eerste vraagronde, volgt een tweede ronde. Hierin ontvangt u de resultaatsanalyse van de eerste vraagronde met inzicht in de eigen- en mediaanscores en aangevuld met feedback uit de eerste vraagronde. Deze tweede vraagronde bevroegt die indicatoren waarover geen consensus werd bereikt en brengt eventuele nieuwe indicatoren aan. U heeft de mogelijkheid uw mening te herzien en zo nodig van feedback te voorzien.

Instructies voor het invullen van de vragenlijst

Het is belangrijk dat u de instructies grondig leest teneinde de vragenlijst vlot te kunnen invullen.

- ***Opbouw en inhoud van de vragenlijst***

Per vraag krijgt u een potentiële indicator voorgelegd voorzien van een korte toelichting met betrekking tot de opbouw van de indicator, het gebruik in de praktijk en de registratie. U krijgt per indicator steeds de gelegenheid om uw score met opmerkingen of vragen te onderbouwen, alsook de gelegenheid suggesties voor nieuwe indicatoren te doen.

De indicatoren zijn ingedeeld naargelang de zorgdomeinen waarbinnen de zorg tijdens het postpartum zich situeert:

- Domein 1: Cliëntgerichte zorg
- Domein 2: Moeder: lichamelijke gezondheid, psychisch welbevinden, veiligheid en vroegsignalering
- Domein 3: Neonaat: lichamelijke gezondheid, psychisch welbevinden, veiligheid en vroegsignalering
- Domein 4: Gezin: integratie van het kind in het gezin en verzorging en opvang huisgenoten
- Domein 5: Huishoudelijke ondersteuning
- Domein 6: Patiënteneducatie

- Domein 7: Voeding neonat
- Domein 8: Organisatie van de zorg
- Domein 9: Veiligheid

- **Criteria voor de beoordeling**

U wordt gevraagd elke indicator te beoordelen op de volgende twee criteria:

- **Relatie tot kwaliteit:** de mate waarin de indicator in aanmerking komt om de kwaliteit van de postnatale zorg in de thuissituatie te meten, m.a.w. is de indicator relevant voor de klinische praktijk; Indien de postnatale zorg hoger scoort op deze indicator, resulteert dit dan ook in kwalitatievere zorg.

- **Haalbaarheid:** de mate waarin de gegevens beschikbaar zijn of gemakkelijk te verzamelen zijn door de zorgverlener of -instelling in een bepaalde periode (bijvoorbeeld: een jaar), met andere woorden is de indicator meetbaar; daarnaast is de informatie betrouwbaar.

- **Antwoordcategorieën**

De vragenlijst bestaat voornamelijk uit gesloten vragen. U wordt gevraagd de indicatoren te scoren aan de hand van een 9-punten schaal gaande van 1 (helemaal niet mee eens) tot 9 (helemaal mee eens).

	Helemaal niet mee eens Helemaal mee eens								
Relatie met kwaliteit	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Haalbaarheid	1	2	3	4	5	6	7	8	9

- **Toelichting**

Elke indicator is voorzien van een korte toelichting over de achtergrond van de indicator. Daarnaast is er steeds ruimte voorzien om opmerkingen te formuleren. Deze worden naar de tweede vraagronde toe meegenomen. Op het einde van de vragenlijst krijgt u de gelegenheid om eventuele gemiste indicatoren aan te geven die volgens u van belang zijn voor de postnatale zorg in de thuissituatie in Vlaanderen.

- **Voorbeeld**

Indicator 1: Er is een cliënttevredenheidsmeting door middel van een evaluatieformulier.

Definitie indicator	Het percentage cliënten waarvan een tevredenheidsformulier ontvangen is.
---------------------	--

Waarom indicator	De postnatale thuiszorg wordt aangeboden met relatief weinig controle van de organiserende instantie, of door zelfstandige (para)medici. Om de geleverde kwaliteit van de zorg in kaart te brengen kunnen evaluatieformulieren gebruikt worden en dit ter verbetering van de zorg.
Beschrijving	Bij het intakegesprek wordt een evaluatieformulier overhandigd aan de individuele cliënt. Bij het afsluiten van de postpartumzorg wordt de cliënt hiernaar gevraagd.
Teller	Aantal cliënten waarvan een evaluatieformulier is ontvangen
Noemer	Totaal aantal cliënten in de zorgverlening
Exclusie	
Type indicator	procesindicator
Toelichting	
Zorgdomein	Cliëntgerichtheid – Organisatie van zorg

CV Katrien Helsloot

Persoonlijke gegevens

Naam	Helsloot
Voornaam	Katrien An (Kaat)
Adres	Langestraat 34, 9790 Elsegem
GSM	0488 37 40 20
E-mail	katrien.helsloot@ugent.be
Geboortedatum	11 04 1978
Geboorteplaats	Waregem

Studies

Middelbare school	Koninklijk Atheneum III, Gent Economie-Moderne Talen, diploma behaald in juni 1996
Universitair onderwijs	Universiteit Gent Psychologie, kandidaat in de psychologie, diploma behaald in juni 1998
Hoger onderwijs	Artevelde Hogeschool, Gent Vroedkunde, diploma behaald in juni 2003 Scriptie: 'Mannen bevallen ook!'
Universitair onderwijs	Master in de verpleegkunde en vroedkunde Gestart in september 2011, reeds 102 studiepunten behaald van de 120 (Masterproef nog af te werken, verdediging is voorzien januari 2015)

Werkervaring

Verloskundige praktijk 'de Linde', Spijkenisse, Nederland

Periode: nov 2003 – nov 2008

Functieomschrijving: Eerstelijns verloskundige samen met 2 collega's begeleidde ik de zwangerschap, bevalling en kraamperiode van +/- 400 vrouwen per jaar. Wij werkten zelfstandig en in goede samenwerking met de tweede lijn en deden zowel thuisbevallingen (+/- 70%) als ziekenhuisbevallingen. Daarnaast namen we ook medische bevallingen voor onze rekening onder de begeleiding van de gynaecoloog. Ik heb een ruime ervaring met pre- en postnatale zorg, miskraambegeleiding en verlies in de zwangerschap. Bovendien werd in de praktijk bijzondere aandacht geschonken aan de borstvoeding. Op het moment van mijn terugkeer naar Vlaanderen, waren we actief bezig met het behalen van het borstvoedingscertificaat.

Solidariteit voor het gezin

Periode: dec 2008

Functieomschrijving: thuisverpleegkundige regio Kortrijk

Az Oudenaarde

Periode: jan 2009 – feb 2012

Functieomschrijving: 1 jaar verpleegkundige op afdeling Heelkunde en 4 maanden mobiele equipe (geriatrie, orthopedie, revalidatie, dagziekenhuis), daarna vroedvrouw op materniteit en verloskamer

KATHO kortrijk (nu: Vives Katholieke Hogeschool)

Periode: feb 2012 – aug 2013

Functieomschrijving: praktijklector vroedkunde

- Docent in het 3de jaar vroedkunde regulier onderwijs en 4de jaar afstandsonderwijs (vervangingsopdracht).
Vak 'Oefeningen verloskundige zorg' .
- Stagebegeleiding 1ste – 2de – 3de jaar vroedkunde
In Vlaanderen 1ste en 2de lijn en Nederland 1ste lijn

**BIJLAGE 6B AANVRAAG ETHISCH COMITÉ MIEKE
WALRAEVENS**



23-09-2014

Ethisch Comité
UZ Gent – 1K4
De Pintelaan 185
9000 GENT

MASTERPROEF: De ontwikkeling van een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg in de thuissituatie

Geachte,

Bijgevoegd vindt u voor beoordeling door het Ethisch Comité

Aantal exemplaren

- | | |
|---|---|
| • Begeleidend schrijven dd. 03/09/2014 | 1 |
| • Adviesaanvraagformulier dd. XX/09/2014 | 1 |
| • Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer
dd. 03/09/2014 – versie 1 | 1 |
| • informatie voor de deelnemer | 1 |
| • Vragenlijst | 1 |
| • CV werkstudent | 1 |

Documenten ontvangen door:

Mevrouw(handtekening)

Datum

Prof. Dr. Kristien Roelens



23-09-2014

Ethisch Comité
UZ Gent – 1K4
De Pintelaan 185
9000 GENT

MASTERPROEF: De ontwikkeling van een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg in de thuissituatie

Geachte voorzitter,

Met dit begeleidend schrijven wensen we een aanvraag ethisch comité in te dienen in het kader van een Delphi-onderzoek voor een duo-masterproef. Het betreft een masterproef naar de ontwikkeling van een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg in de thuissituatie. Deze masterproef wordt geschreven onder de supervisie van Prof. Dr. Kristien Roelens en maakt deel uit van de masteropleiding verpleegkunde en vroedkunde.

Bijgevoegd vindt u voor beoordeling door het Ethisch Comité

	Aantal exemplaren
• Begeleidend schrijven dd. 03/09/2014	1
• Adviesaanvraagformulier dd. 03/09/2014	1
• Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer dd. 03/09/2014 – versie 1	1
• informatie voor de deelnemer	1
• Vragenlijst	1
• CV werkstudent	1

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

Prof. Dr. K. Roelens



ETHISCH COMITE

**Universitair Ziekenhuis
De Pintelaan 185
9000 Gent**

ethisch.comite@UGent.be

tel. +32 9 332 33 36 - +32 9 332 26 88 - +32 9 332 6854

fax +32 9 332 49 62



Document D (scripties of Z-lijn)

**VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN
prospectief observationeel ONDERZOEKSPROJECT OP
GEZONDHEIDSGEGEVENS voor het maken van een scripties of Z-lijn
(enkel verzameling van patiëntengegevens, vragenlijsten en interviews)**

19. TITEL VAN DE SCRIPTIE : DE ONTWIKKELING VAN EEN VLAAMS MODEL VAN KWALITATIEF HOOGSTAANDE KRAAMZORG IN DE THUISITUATIE.

20. ONDERZOEK IN FUNCTIE VAN:

- BACHELOR SCRIPTIE
- NAAM STUDENT(EN):
 - OPLEIDING:
 - NAAM HOGESCHOOL:
 - EMAIL STUDENT:
 - TEL. STUDENT:
- MASTERSCRIPTIES OF Z-LIJN
- NAAM STUDENT(EN): MIEKE WALRAEVENS
 - OPLEIDING: MASTER VERPLEEG- EN VROEDKUNDE
 - NAAM FACULTEIT: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
 - EMAIL STUDENT: MIEKE.WALRAEVENS@UGENT.BE
 - TEL. STUDENT: 0474 01 42 43

21. GEGEVENS VAN DE HOOFDONDERZOEKER (PROMOTOR)[de eerste onderzoeker moet een persoon zijn die vast verbonden is aan de dienst UZ (geen ASO) of universiteit]

- NAAM: PROF. DR. KRISTIEN ROELENS
- FUNCTIE: KLINIEKHOOFD – GYNAECOLOOG VROUWENKLINIEK UZ GENT
- UZ DIENST : URO-GYNAECOLOGIE OF FACULTEIT/VAKGROEP:
- TELEFOONNUMMER:09/332 37 82
- FAX:
- E-MAIL: KRISTIEN.ROELENS@UGENT.BE
- NAAM UZ DIENSTHOOFD: DR. S. WEYERS OF NAAM VAKGROEPVOORZITTER:

22. GEGEVENS VAN DE MEDEWERKER(S) AAN HET ONDERZOEK

- NAAM: AN-SOFIE VAN PARYS
- FUNCTIE: WETENSCHAPPELIJK MEDEWERKER ICRH - DOCTORAALSTUDENT
- UZ DIENST : OF FACULTEIT/VAKGROEP: GENEESKUNDE GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, WERKGROEP URO-GYNAECOLOGIE
- TELEFOONNUMMER: 09/332 53 72
- FAX:
- E-MAIL: ANSOFIE.VANPARYS@UGENT.BE
- NAAM UZ DIENSTHOOFD: PROF. DR. P. HOEBEKE OF NAAM VAKGROEPVOORZITTER

23. GEGEVENS VAN DE PROMOTOR + AFFILIATIE:

- NAAM: SASKIA VAN BESAUW
- FUNCTIE: PROJECTMEDEWERKER EXPERTISECENTRUM KRAAMZORG, DE KRAAMVOGEL VZW
- UZ DIENST :
OF FACULTEIT/VAKGROEP:
- TELEFOONNUMMER: 03/ 238 11 00
- FAX:
- E-MAIL: KRAAMVOGEL@SKYNET.BE
- NAAM UZ DIENSTHOOFD:
OF NAAM VAKGROEPVOORZITTER

24. SOORT ONDERZOEK

VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVENS ZIJN (= GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)

GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR HOOFDONDERZOEKER PERSOONLIJK BEHANDELD

GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN OP DE DIENST VAN DE HOOFDONDERZOEKER MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE

VRAGENLIJSTEN (GELIEVE DEZE EVENEENS VOOR TE LEGGEN AAN HET EC)

INTERVIEW (GELIEVE DE VRAGEN EVENEENS VOOR TE LEGGEN AAN HET EC)

25. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET ONDERZOEKSPROJECT (MINIMUM 30 ZINNEN/EEN HALVE PAGINA) VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

DEZE DUO-MASTERPROEF BEOOGT EEN ANTWOORD TE BIJEN OP DE VRAAG WAT KWALITATIEF HOOGSTAANDE KRAAMZORG INHOUDT IN DE THUISITUATIE. HIERVOOR WILLEN WE EEN **DELPHI-ONDERZOEK** VOEREN TENEINDE DE KWALITEITSINDICATOREN VOOR KRAAMZORG TE KUNNEN DEFINIËREN. DE DELPHI-PROCEDURE IS EEN ONDERZOEKSMETHODE WAARBIJ DE EXPERT-OPINION VAN EEN AANTAL EXPERTEN WORDT GEVRAAGD TEN AANZIEN VAN EEN ONDERWERP WAAR GEEN CONSENSUS OVER BESTAAT, IN DIT GEVAL 'DE KWALITEITSINDICATOREN WAARAAN KRAAMZORG IN DE THUISITUATIE DIENT TE BEANTWOORDEN'. DOOR DE ANTWOORDEN AAN DE ANDERE EXPERTS (ANONIEM) TERUG TE KOPPELEN, WORDT IN EEN AANTAL RONDEN GEPROBEERD TOT CONSENSUS TE KOMEN.

HET ONDERZOEK BESTAAT UIT DRIE FASEN:

IN EEN **EERSTE FASE** WORDEN VOORLOPIGE KWALITEITSINDICATOREN GEDEFINIEERD AAN DE HAND VAN DE RESULTATEN VAN EEN LITERATUURSTUDIE (1), BESTAANDE RAPPORTEN VAN KWALITEITSINDICATOREN IN DE KRAAMZORG EN BEROEPSPROFIELEN VAN (KRAAM)VERZORGENDEN EN VROEDVROUWEN (2) EN NA OVERLEG MET DE WERKGROEP (3). DE WERKGROEP BESTAAT UIT BEIDE STUDENTEN, DE PROMOTOR EN CO-PROMOTOREN. IN EEN **TWEDE FASE** WORDEN DE POTENTIËLE KWALITEITSINDICATOREN GEËVALUEERD DOOR DE TWEE STUDENTEN. DIT ZAL RESULTEREN IN CONCEPT-KWALITEITSINDICATOREN. IN EEN **DERDE FASE** ZULLEN DE CONCEPTINDICATOREN IN EEN DELPHI-PROCEDURE VOORGELEGD WORDEN AAN EEN EXPERTEN-PANEL IN MINIMUM TWEE VRAAGRONDES TOT CONSENSUS BEREIKT WORDT.

HET EXPERTEN-PANEL ZAL BESTAAN UIT:

- 10 EXPERTEN ACTIEF BINNEN DE KRAAMZORG, NL. 3 KRAAMVERZORGENDEN, 4 COÛRDINATOREN/ KWALITEITSVERANTWOORDELIJKEN/ BELEIDSMAKERS VAN KRAAMZORG, EN 3 LEDEN VAN DE EXPERTISECENTRA KRAAMZORG.

- 10 VROEDVROUWEN WAARVAN 3 VROEDVROUWEN WERKZAAM IN HET ZIEKENHUIS, 3 ZELFSTANDIGE VROEDVROUWEN, 3 VROEDVROUWEN WERKZAAM IN EEN KRAAMCENTRUM EN 1 VERTEGENWOORDIGER VAN DE VLAAMSE ORGANISATIE VAN VROEDVROUWEN (VLOV).
- 10 ARTSEN WAARONDER 4 GYNAECOLOGEN, 4 PEDIATERS/ NEONATOLOGEN EN 2 HUISARTSEN.

VOOR DE PRAKTISCHE UITWERKING VAN DE DELPHI-PROCEDURE ZAL GEBRUIK GEMAAKT WORDEN VAN EEN ONLINE TOOL.

26. GEGEVENS OVER

- VOLWASSENEN IN STAAT TOESTEMMING TE GEVEN
 VOLWASSENEN NIET IN STAAT TOT TOESTEMMING
 MINDERJARIGEN
 STUDIE IN URGENTIESITUATIE

27. GEGEVENS OVER

- GEZONDEN
 ZIEKEN
 LIJDEND AAN:
 PERSONEEL, STUDENTEN
 NADER OMSCHRIJVEN:
 GESLACHT
 MAN
 VROUW

28. HOE WORDEN DEZE DEELNEMERS GERECRUTEERD?

29. DE RECRUTERING VAN HET EXPERTEN-PANEL GEBEURT OP BASIS VAN CONSENSUS BINNEN DE WERKGROEP, NAMELIJK DE STUDENTEN EN DE PROMOTOREN. ZIJ WORDT GESELECTEERD OP BASIS VAN EXPERTISE IN HET GEBIED VAN KRAAMZORG EN ZULLEN BENADERD WORDEN VIA TELEFOON OF EMAIL.

30. TOTAAL AANTAL DEELNEMERS IN DE STUDIE IN BELGIE?

- IN HET UZ GENT: 0
 ANDERE LOKATIE: BIJ BENADERING 30

31. PERIODE VAN HET ONDERZOEK (BEGIN- EN EIINDDATUM MAAND/JAAR)

VANAF GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ TOT EN MET JANUARI 2015

32. WORDT DIT ONDERZOEKSPROJECT FINANCIËEL ONDERSTEUND DOOR DE INDUSTRIE?

NEEN

JA:

INDUSTRIE

FARMACEUTISCHE

NAAM:

ANDERE:

33. WIE IS DE OPDRACHTGEVER?

UZ GENT
ANDERE

UGENT

34. VERZEKERING:

DOOR WELKE VERZEKERINGSPOLIS BENT U GEDEKT?
(WANNEER HET GEEN VERZEKERING IS AFGESLOTEN DOOR HET UZ/UGENT
GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN)

UZ GENT No FAULT

35. HET ONDERZOEK IS MONOCENTRISCH:

JA

NEEN

WELKE CENTRA NEMEN NOG HIERAAN
DEEL? NAAM, ADRES, TEL., FAX EN E-
MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ
DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK
+ NAAM VAN DE LOKALE
ONDERZOEKER:

**36. WORDT VOOR DIT ONDERZOEK EEN INFORMED CONSENT GEVRAAGD AAN DE
PATIËNT VOOR INZAGE VAN DOSSIER, AFNEMEN VRAGENLIJSTEN/INTERVIEW
(STEEDS HET IC TER GOEDKEURING AAN HET EC VOORLEGGEN)**

JA

NEEN (ARGUMENTEREN WAAROM NIET)

INDIEN NEEN, ZAL DIT DOOR HET ETHISCH COMITÉ BESPROKEN WORDEN EN
ZO DIT AANVAARBAAR GEACHT WORDT, ZAL AAN DE ONDERZOEKERS
GEVRAAGD WORDEN DE INFORMATIE- EN WAARSCHUWINGSNOTA OVER DE
VERWERKING VAN INFORMATIE VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK TE
ONDERTEKENEN.

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN
VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE
HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE
WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

DE HOOFDONDERZOEKER

HET U.Z. DIENSTHOOFD OF
DE VAKGROEPVOORZITTER
(VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM : PROF. DR. KRISTIEN ROELENS
HANDTEKENING :

DATUM :
NAAM : PROF. DR. S. WEYERS
HANDTEKENING :

PROMOTOR VAN DE SCRIPTIE
(ZO VERSCHILLEND VAN DE HOOFDONDERZOEKER)

DATUM:
NAAM + AFFILIATIE:
HANDTEKENING:

NAAM STUDENT

DATUM :
NAAM: MIEKE WALRAEVENS
HANDTEKENING:



ETHISCH COMITE

Universitair Ziekenhuis

De Pintelaan 185

9000 Gent

ethisch.comite@UGent.be

tel. +32 9 332 33 36 - +32 9 332 26 88 - +32 9 332 6854

fax +32 9 332 49 62



INDE EN
HAPPEN

Informatie voor de deelnemer (experten-panel):

Project: MASTERPROEF: DE ONTWIKKELING VAN EEN VLAAMS MODEL VAN KWALITATIEF HOOGSTAANDE KRAAMZORG IN DE THUISITUATIE

Beschrijving en doel van het project.

De vrouwenkliniek van het UZ Gent voert een onderzoek uit naar de ontwikkeling van een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg in de thuissituatie door het gaan definiëren van kwaliteitsindicatoren voor de kraamzorg.

Een Delphi-procedure is een onderzoeksmethode waarbij de mening van een aantal experts wordt gevraagd ten aanzien van een onderwerp waar geen consensus over bestaat, in dit geval 'De kwaliteitsindicatoren waaraan kraamzorg in de thuissituatie dient te beantwoorden'. Door de antwoorden aan de andere experts (anoniem) terug te koppelen, wordt in een aantal rondes (2à3) geprobeerd tot consensus te komen. Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel uit te maken van een experten-panel om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal per vraagronde ongeveer een half uur van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Kristien Roelens van de Vrouwenkliniek UZ Gent.

• ***Toestemming en weigering***

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.

U kunt weigeren de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven zonder dat dit op enigerlei wijze invloed heeft.

Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Deze studie wordt gevoerd op vraag van de Expertisecentra Kraamzorg. De kwaliteitsindicatoren die resulteren uit het Delphi-onderzoek zullen als basis dienen voor het uitschrijven van de basiscompetenties voor de kraamverzorgende, wat zal resulteren in het uitwerken van het beroepsprofiel van de Vlaamse kraamverzorgende.

- ***Kosten***

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

- ***Vertrouwelijkheid***

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zal uw mening als expert geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

- ***Verzekering:***

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studie.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is. De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam onderzoekers:
panel:

Naam deelnemer experten-

Datum:

Datum:

Handtekening

Handtekening



Geachte heer, mevrouw,

Project: deelname experten-panel Delphi-onderzoek

Titel: DE ONTWIKKELING VAN EEN VLAAMS MODEL VAN KWALITATIEF HOOGSTAANDE KRAAMZORG IN DE THUISITUATIE

Beschrijving project: Deze duo-masterproef is een initiatief van de Vlaamse Expertisecentra kraamzorg en komt tot stand onder de supervisie van Prof. Dr. K. Roelens. Als studenten van de masteropleiding verpleegkunde en vroedkunde hebben wij in het kader van onze masterproef u geselecteerd als expert in de kraamzorg. Het experten-panel zal bestaan uit gynaecologen, pediaters, huisartsen, vroedvrouwen, kraamverzorgenden en coördinatoren/ kwaliteitsverantwoordelijken/ beleidsmakers van kraamzorg.

Inleiding: Er is een wereldwijde tendens naar bevalling met kort ziekenhuisverblijf. In Vlaanderen neemt de gemiddelde verblijfsduur van patiënten na niet-gecompliceerde vaginale bevalling jaarlijks af, meer bepaald van 4,94 dagen in 2000 naar een gemiddelde verblijfsduur van 4,14 in 2009. Deze daling in het aantal ligdagen gaat gepaard met een hogere nood aan postnatale zorg in de thuissituatie van kraamvrouwen. In Vlaanderen kan postnatale thuiszorg in twee takken worden onderverdeeld: de medische zorgen (verricht door de vroedvrouw en/ of huisarts) en de niet-medische kraamzorg (verricht door de kraamverzorgende). Door gebrek aan een wettelijk kader voor kraamzorg in Vlaanderen, is het beroep van kraamverzorgende tot nog toe noch erkend, noch gereguleerd. Dit betekent dat thuiszorgorganisaties die kraamzorg aanbieden zelf voorzien in een opleiding, met uiteenlopende graad van kwaliteit, en de invulling van het beroep zelf bepalen. Bijgevolg is het aangewezen dat er een duidelijke en eenduidige functieomschrijving wordt opgesteld van deze beroepsgroep voor Vlaanderen in het algemeen. Het optimaliseren van kraamzorg is van groot belang voor het verhogen van de kwaliteit van postpartumzorg in Vlaanderen.

Doelstellingen: Deze duo-masterproef beoogt een antwoord te bieden op de vraag wat kwalitatief hoogstaande kraamzorg inhoudt in de thuissituatie (1) en de nodige basiscompetenties van de Vlaamse kraamverzorgende (2) te definiëren.

Onderzoeksoepzet: Om deze doelstellingen te bereiken willen wij een Delphi-onderzoek uitvoeren. Een Delphi-onderzoek is een onderzoeksmethode waarbij de mening van een aantal experts wordt gevraagd ten aanzien van een onderwerp waar geen consensus over bestaat, in dit geval 'De kwaliteitsindicatoren waaraan kraamzorg in de thuissituatie dient te beantwoorden'. Door de antwoorden aan de andere experts (anoniem) terug te koppelen, wordt in een aantal vraagrondes (2 à 3) geprobeerd tot consensus te komen.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om aan dit project mee te werken. Uw deelname aan dit onderzoek zou een grote meerwaarde betekenen.

Praktische informatie: Dit zal per vraagronde ongeveer een half uur van uw tijd in beslag nemen. U krijgt per vraagronde een aantal items voorgelegd per mail waarvan we vragen of deze wel/niet relevant zijn. De vraagrondes vinden dit najaar van oktober t.e.m. december plaats. Na afloop van het onderzoek kunt u inzage krijgen in de masterproef.

Meerwaarde van dit project: Het resultaat van deze masterproef zal door de Vlaamse Expertisecentra Kraamzorg gebruikt worden om met beleidsmakers in dialoog te gaan om het beroep van kraamverzorgende ook in Vlaanderen van een wettelijk kader te voorzien met als uiteindelijk doel de kwaliteit van kraamzorg in Vlaanderen te verhogen.

Is uw interesse in dit project gewekt? Dan vragen we u vriendelijk om uw deelname te bevestigen. Indien u vragen heeft, kunt u ons contacteren.

Hoogachtend,

Mieke Walraevens en Katrien Helsloot



contactgegevens:

mieke.walraevens@ugent.be
katrien.helsloot@ugent.be

Vragenlijst eerste Delphi-vraagronde

Inleiding

Deze vragenlijst dient als instrument om een aantal potentiële kwaliteitsindicatoren voor postnatale zorg in de thuissituatie te beoordelen. De lijst potentiële indicatoren kwam tot stand door middel van een uitgebreide literatuurstudie, het bestuderen van beleidsdocumenten, richtlijnen e.a. en de inbreng van de werkgroep (de studenten, de promotor en co-promotoren).

Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare items die verwijzen naar structuren, processen en uitkomsten van zorg (Campbell, Braspenning, Hutchinson, & Marshall, 2003) Ze geven een eerste signaal over de kwaliteit van de zorg en zijn een hulpmiddel bij de kwaliteitsverbetering. (Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, 2009)

Als expert op het gebied van postnatale zorg wordt aan u (en andere experts) gevraagd om individueel de vragenlijst in te vullen en iedere indicator te beoordelen op zijn relatie met kwaliteit van de zorgverlening en haalbaarheid van registratie.

Ongeveer 2 weken na de eerste vraagronde, volgt een tweede ronde. Hierin ontvangt u de resultaatsanalyse van de eerste vraagronde met inzicht in de eigen- en mediaanscores en aangevuld met feedback uit de eerste vraagronde. Deze tweede vraagronde bevraagt die indicatoren waarover geen consensus werd bereikt en brengt eventuele nieuwe indicatoren aan. U heeft de mogelijkheid uw mening te herzien en zo nodig van feedback te voorzien.

Instructies voor het invullen van de vragenlijst

Het is belangrijk dat u de instructies grondig leest teneinde de vragenlijst vlot te kunnen invullen.

- ***Opbouw en inhoud van de vragenlijst***

Per vraag krijgt u een potentiële indicator voorgelegd voorzien van een korte toelichting met betrekking tot de opbouw van de indicator, het gebruik in de praktijk en de registratie. U krijgt per indicator steeds de gelegenheid om uw score met opmerkingen of vragen te onderbouwen, alsook de gelegenheid suggesties voor nieuwe indicatoren te doen.

De indicatoren zijn ingedeeld naargelang de zorgdomeinen waarbinnen de zorg tijdens het postpartum zich situeert:

- Domein 1: Cliëntgerichte zorg
- Domein 2: Moeder: lichamelijke gezondheid, psychisch welbevinden, veiligheid en vroegsignalering
- Domein 3: Neonaat: lichamelijke gezondheid, psychisch welbevinden, veiligheid en vroegsignalering
- Domein 4: Gezin: integratie van het kind in het gezin en verzorging en opvang huisgenoten
- Domein 5: Huishoudelijke ondersteuning

- Domein 6: Patiënteneducatie
- Domein 7: Voeding neonaat
- Domein 8: Organisatie van de zorg
- Domein 9: Veiligheid

- ***Criteria voor de beoordeling***

U wordt gevraagd elke indicator te beoordelen op de volgende twee criteria:

- **Relatie tot kwaliteit:** de mate waarin de indicator in aanmerking komt om de kwaliteit van

de postnatale zorg in de thuissituatie te meten, m.a.w. is de indicator relevant voor de klinische praktijk. Indien de postnatale zorg hoger scoort op deze indicator, resulteert dit dan ook in kwalitatievere zorg.

- **Haalbaarheid:** de mate waarin de gegevens beschikbaar zijn of gemakkelijk te verzamelen zijn door de zorgverlener of -instelling in een bepaalde periode (bijvoorbeeld: een jaar), met andere woorden is de indicator meetbaar ; daarnaast is de informatie betrouwbaar.

- ***Antwoordcategorieën***

De vragenlijst bestaat voornamelijk uit gesloten vragen. U wordt gevraagd de indicatoren te scoren aan de hand van een 9-punten schaal gaande van 1 (helemaal niet mee eens) tot 9 (helemaal mee eens).

	Helemaal niet mee eens Helemaal mee eens								
Relatie met kwaliteit	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Haalbaarheid	1	2	3	4	5	6	7	8	9

- ***Toelichting***

Elke indicator is voorzien van een korte toelichting over de achtergrond van de indicator. Daarnaast is er steeds ruimte voorzien om opmerkingen te formuleren. Deze worden naar de tweede vraagronde toe meegenomen. Op het einde van de vragenlijst krijgt u de gelegenheid om eventuele gemiste indicatoren aan te geven die volgens u van belang zijn voor de postnatale zorg in de thuissituatie in Vlaanderen.

- **Voorbeeld**

Indicator 1: Er is een cliënttevredenheidsmeting door middel van een evaluatieformulier.

Definitie indicator	Het percentage cliënten waarvan een tevredenheidsformulier ontvangen is.
Waarom indicator	De postnatale thuiszorg wordt aangeboden met relatief weinig controle van de organiserende instantie, of door zelfstandige (para)medici. Om de geleverde kwaliteit van de zorg in kaart te brengen kunnen evaluatieformulieren gebruikt worden en dit ter verbetering van de zorg.
Beschrijving	Bij het intakegesprek wordt een evaluatieformulier overhandigd aan de individuele cliënt. Bij het afsluiten van de postpartumzorg wordt de cliënt hiernaar gevraagd.
Teller	Aantal cliënten waarvan een evaluatieformulier is ontvangen
Noemer	Totaal aantal cliënten in de zorgverlening
Exclusie	
Type indicator	procesindicator
Toelichting	
Zorgdomein	Cliëntgerichtheid – Organisatie van zorg

CV Mieke Walraevens

- **Persoonlijke gegevens**

Naam Walraevens
 Voornaam Mieke
 Adres Verrebeke 8, 9660 Brakel
 Telefoon 055 60 46 60
 GSM 0474 01 42 43
 E-mail mieke@surdiacourt.be

Geboortedatum 22 07 1981
 Geboorteplaats Oudenaarde

- **Studies**

Humaniora Sint-Catharinacollege Geraardsbergen
 Wetenschappen-Wiskunde
 Graad : voldoening

Hogere studies KLBO Gent
1999-2000 Eerste jaar kleuterleidster, Graad : voldoening

Arteveldehogeschool Gent
2000-2001 Eerste jaar **vroedkunde** onderscheiding
2001-2002 Tweede jaar **vroedkunde** onderscheiding

2002-2003 Derde jaar **vroedkunde** onderscheiding
klasverantwoordelijke
lid opleidingsstudentenraad
scriptie: Hoe bevalt het bij de vroedvrouw?
(Scriptie werd bekroond met 2 prijzen)

Postgraduaat Lactatiekunde 2008 – 2009, Getuigschrift behaald.

Master Verpleeg- en vroedkunde
2011-2013: schakeljaar: geslaagd
2013-2014: masterjaar (lopende)

- **Werkervaring**

Juli – augustus 2003 : Materniteit A.Z. Glorieux Ronse

Vanaf september 2003 tot februari 2007 : Materniteit/Verloskwartier ASZ campus
Geraardsbergen

Vanaf augustus 2007 – januari 2010: Babykriebels: eerstelijns vroedkunde
Mede organisator van de babybeurs te Ronse (2008)
(zoeken van sponsors, administratie, organisatie van bijscholing met accreditatie voor
artsen en vroedvrouwen)

januari 2008 – December 2011: Zelfstandig vroedvrouw in bijberoep en lid van de 10de
maand

Vanaf januari 2010 tot september 2013: Stagebegeleider en praktijklector Vroedkunde
Katho Kortrijk - Organisatie van opleidingsdagen voor afgestudeerden

Vanaf september 2013: Voltijds student Ugent

BIJLAGE 7 INSTRUCTIES VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

INSTRUCTIES VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

OPBOUW EN INHOUD VAN DE VRAGENLIJST

Per vraag krijgt u een potentiële indicator voorgelegd voorzien van een definitie, het type indicator (structuur-proces-outcome), een toelichting, de evidentie en ev. een teller en noemer voor de registratie ervan in de praktijk. De indicatoren zijn ingedeeld naargelang de zorgdomeinen waarbinnen de zorg tijdens het postpartum zich situeert:

- Domein 1: Cliëntgerichte zorg
- Domein 2: Moeder
- Domein 3: Baby
- Domein 4: Gezin
- Domein 5: Patiënteneducatie
- Domein 6: Borstvoeding
- Domein 7: Continuïteit van de zorg

CRITERIA VOOR DE BEOORDELING

U wordt gevraagd elke indicator te beoordelen op de volgende twee criteria:

criterium 1: validiteit en betrouwbaarheid

- Is de indicator relevant voor de praktijk en meet de indicator wat hij moet meten? M.a.w. indien zorg beter scoort op de indicator, resulteert dit dan ook in kwalitatievere zorg.
- Is de indicator betrouwbaar? M.a.w. geven twee metingen na mekaar dezelfde waarde.
- Is de gevoeligheid van de indicator hoog genoeg. M.a.w. is de indicator in staat veranderingen in de kwaliteit van de zorg op te merken?

criterium 2: haalbaarheid en aanvaardbaar

- De mate waarin de gegevens beschikbaar zijn of gemakkelijk te verzamelen zijn door de zorgverlener of -instelling in een bepaalde periode (bijvoorbeeld: een jaar), met andere woorden is de indicator meetbaar;
- Is de indicator aanvaardbaar voor zowel de zorgverlener als cliënt bij gebruik in de praktijk.

ANTWOORDCATEGORIEËN

De vragenlijst bestaat voornamelijk uit gesloten vragen. U wordt gevraagd de indicatoren te scoren aan de hand van een 9-punten schaal gaande van 1 (helemaal niet mee eens) tot 9 (helemaal mee eens). Valt de indicator buiten uw domein van expertise dan kan u 'geen antwoord' aanvinken.

	HELEMAAL NIET MEE EENS					HELEMAAL				GEEN
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ANTWOORD
VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
HAALBAARHEID EN AANVAARDBAARHEID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

U krijgt per indicator steeds de gelegenheid om uw score met opmerkingen of vragen te onderbouwen, alsook de gelegenheid suggesties voor nieuwe indicatoren te doen.

VOORBEELD

Indicator 9

INDICATOR	Het percentage zorgvragers die de postnatale thuiszorg als financieel toegankelijk percipieert.
TYPE	Outcome
TOELICHTING	Zorg moet betaalbaar zijn voor elk gezin (art. 23 van de grondwet). Gelijke zorg is een recht voor elke moeder en baby. Er dienen inspanningen te worden geleverd om de postnatale zorg toegankelijk te maken voor iedereen, ook gezinnen met financiële beperkingen.
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit indicatoren (Zorginstituut Nederland, 2012) en uit beleidsdocumenten (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2014)
TELLER	Het percentage zorgvragers dat de postnatale thuiszorg als financieel toegankelijk percipieert.
NOEMER	Het totaal aantal zorgvragers

hoe kwam de indicator tot stand en welke evidentie berust op deze

structuur: organisatorische aspecten van zorg
proces: daadwerkelijk geleverde zorg
Outcome: uiteindelijke doel van de zorg

Maakt registratie mogelijk in de praktijk

BIJLAGE 8 VRAGENLIJST ALGEMENE KARAKTERISTIEKEN EXPERTEN

- Wat is uw beroep?
 - a. gynaecoloog
 - b. pediater/ neonatoloog
 - c. huisarts
 - d. vroedvrouw
 - e. kraamverzorgende
 - f. coördinator van kraamzorg
 - g. andere:
- Aantal jaren ervaring?
 - a. <5j
 - b. 5-10j
 - c. >10j
- aantal jaren ervaring in Postnatale zorg?
 - a. <5j
 - b. 5-10j
 - c. >10j
- Waar bent u werkzaam?
 - a. zelfstandige praktijk
 - b. ziekenhuis
 - c. ziekenhuis én zelfstandige praktijk
 - d. thuiszorginstelling
 - e. andere:
- Bent u lactatiekundige?
 - a. ja
 - b. nee

BIJLAGE 9 VOORBEELD ONLINE TOOL

Een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg

Beste expert,

U staat op het punt om kwaliteitsindicatoren voor de kraamzorg in Vlaanderen te helpen ontwikkelen.

Deze vragenlijst bestaat uit 58 indicatoren die moeten beoordeeld worden op 2 criteria.

Gelieve uw tijd te nemen en de vragenlijst in zijn geheel te doorlopen.

Wij danken u voor uw deelname!

Er zijn 130 vragen in deze enquête.

[Laad onvoltooide enquêtes](#)

[Volgende](#)

[Stoppen, verwijder alle ingevulde antwoorden](#)

Deze enquête is nu niet actief. Uw antwoorden kunnen niet worden opgeslagen.

Een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg

0% 100%

Toestemmingsformulier

*

Informatie voor de deelnemer

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.

U kunt weigeren de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven zonder dat dit op enigerlei wijze invloed heeft.

Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Deze studie wordt gevoerd op vraag van de Expertisecentra Kraamzorg. De kwaliteitsindicatoren die resulteren uit het Delphi-onderzoek zullen als basis dienen voor het ontwikkelen van een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zal uw mening als expert geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studie.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben.

Ik heb het toestemmingsformulier gelezen en akkoord verklaard

Een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg

0% 100%

Algemene vragen

Bij de start van deze vragenlijst wilden we graag uw beroep en ervaring in de kraamzorg in kaart brengen.

* Wat is uw opleiding?

**Dit is een verplichte vraag. Kies minimaal een item.
Indien u 'Andere:' kiest, licht deze keuze dan toe in het bijbehorende tekstvak.**

- gynaecoloog
- pediater/ neonatoloog
- huisarts
- vroedvrouw
- kraamverzorgende
- Andere:

* Welke functie oefent u momenteel uit?

**Dit is een verplichte vraag. Kies minimaal een item.
Indien u 'Andere:' kiest, licht deze keuze dan toe in het bijbehorende tekstvak.**

- gynaecoloog
- pediater / neonatoloog
- huisarts
- vroedvrouw
- kraamverzorgende
- Andere:

* Hoeveel jaar ervaring heeft u?

Dit is een verplichte vraag. Kies minimaal een item.

- minder dan 5 jaar
- tussen 5 en 10 jaar
- meer dan 10 jaar

* Hoeveel jaar ervaring heeft u in de postnatale zorg?

Dit is een verplichte vraag. Kies minimaal een item.

- minder dan 5 jaar
- tussen 5 en 10 jaar
- meer dan 10 jaar

*** Waar bent u momenteel werkzaam?**

**Dit is een verplichte vraag. Kies minimaal een item.
Indien u 'Andere:' kiest, licht deze keuze dan toe in het bijbehorende tekstvak.**

- Ziekenhuis
- zelfstandige praktijk
- ziekenhuis én zelfstandige praktijk
- thuiszorginstelling
- Andere:

*** Bent u lactatiekundige?**

Dit is een verplichte vraag.

- Ja Nee

Een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande kraamzorg

0% 100%

Domein 1 Cliëntgerichtheid

Bij cliëntgerichte zorg staat de zorgvrager, haar kind en haar gezin centraal. Zij bepalen samen met de zorgverleners het zorgproces. Dit zorgproces is geïndividualiseerd en op maat van de moeders, waarbij het zorgaanbod afgestemd wordt op de vraag met respect voor de eigenheid en privacy van de gebruiker. Cliëntgerichtheid impliceert een hoge maatschappelijke aanvaardbaarheid die zich onder meer vertaalt in een toegankelijke zorg. Elk postnataal contact moet gebaseerd zijn op de principes van individuele zorg (NICE, 2006). Moeder en kind moeten centraal staan in de postnatale zorgen, en moeders moeten de mogelijkheid krijgen om keuzes te maken voor zichzelf en hun baby (WHO, 2010). Behandeling en zorg moet rekening houden met individuele noden en voorkeuren van de moeder (NICE, 2007) Tijdens de zwangerschap vindt een oriëntatiegesprek plaats met de bedoeling een zorgdossier op te stellen waarbij de zorg wordt afgestemd op de zorgvraag en -behoeften van de zorgvrager en haar gezin. Dit zorgdossier wordt geïntegreerd in het elektronisch moederschapdossier, dat deel uitmaakt van het Globaal Medisch Dossier (GMD) (kce, 2014). Tijdens dit oriëntatiegesprek moet de zorgvrager geïnformeerd worden over de mogelijke diensten. (de Vos & Graafmans, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012) (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007)

Postnatale zorg heeft respect voor de eigenheid van de gebruiker en zijn/haar culturele achtergrond. (Zorginstituut Nederland, 2012)

Zorg op maat wordt geboden aan achterstandsgroepen, kwetsbare groepen, bijvoorbeeld alleenstaande moeders, allochtonen en sociaal zwakkere gezinnen. (Dedry, 2005)

Het is belangrijk dat postnatale thuiszorg financieel toegankelijk is voor alle moeders (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012)

Zelfredzaamheid en mantelzorg wordt gestimuleerd (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (NICE, 2013) (NICE, 2006)

De tevredenheid van de moeders is een belangrijke outcome indicator. Aan alle moeders moet een gebruikerstevredenheidsenquête worden aangeboden. (KCE, 2014), (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (de Vos & Graafmans, 2007) (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007). (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2014)

*

Indicator 1

De proportie geïndividualiseerde postnatale zorgdossiers die thuis ontwikkeld en gedocumenteerd werd in samenspraak met de toekomstige moeder tijdens de zwangerschap

Toelichting

In het kader van de continuïteit van zorg en het afstemmen van de zorg op de zorgbehoefte kan het oriënterend gesprek tijdens de zwangerschap leiden tot een kwalitatief betere zorg. Door het oriëntatiegesprek thuis te laten doorgaan, krijgt de zorgcoördinator zicht op de familiale context en kunnen mogelijke problemen in het kraambed reeds gedetecteerd worden, vb. partnergeweld, verwaarlozing, financiële moeilijkheden...

Volgens de nieuwe aanbevelingen van het KCE moet het zorgdossier een planning bevatten, met ten minste de volgende elementen:

"het verwachte verloop van het postpartum met de voorkeuren van de ouders i.v.m. een kort of klassiek ziekenhuisverblijf,(...) de contactgegevens van de leden van het perinatale zorgnetwerk: de perinatale zorgcoördinator, de kraamkliniek, de vroedvrouw die de kraamzorg thuis geeft, de kraamhulp, de huisarts enz.; de personen die moeten worden op de hoogte gebracht van het ontslag uit de kraamkliniek;; of er kraamhulp moet worden voorzien en een eerste inschatting van de behoeften." (KCE, 2014)

Type

Proces

Evidentie

Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006), literatuur (KCE, 2014), indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007) en een beleidsdocument (Famiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007)

Teller

Het aantal geïndividualiseerde postnatale zorgdossiers dat ontwikkeld en gedocumenteerd werd in samenspraak met de vrouw tijdens de zwangerschap of zo snel mogelijk na de geboorte

Noemer

Totaal aantal toekomstige moeders

	Helemaal niet mee eens 1	2	3	4	5	6	7	8	Helemaal mee eens 9	Geen antwoord
Validiteit en betrouwbaarheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haalbaarheid en aanvaardbaarheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Criterium 1: validiteit en betrouwbaarheid

- *Is de indicator relevant voor de praktijk en meet de indicator wat hij moet meten? M.a.w. indien zorg beter scoort op de indicator, resulteert dit dan ook in kwalitatievere zorg.*
- *Is de indicator betrouwbaar? M.a.w. geven twee metingen na mekaar dezelfde waarde.*
- *Is de gevoeligheid van de indicator hoog genoeg. M.a.w. is de indicator in staat veranderingen in de kwaliteit van de zorg op te merken?*

Criterium 2: haalbaarheid en aanvaardbaar

- *De mate waarin de gegevens beschikbaar zijn of gemakkelijk te verzamelen zijn door de zorgverlener of -instelling in een bepaalde periode (bijvoorbeeld: een jaar), met andere woorden is de indicator meetbaar;*
- *Is de indicator aanvaardbaar voor zowel de zorgverlener als cliënt bij gebruik in de praktijk.*
- *Hiervoor werd gebruik gemaakt van een 9-punten Likertschaal (1 helemaal niet mee eens – 9 helemaal mee eens). Uit een review van Boulkedid et al (2011) blijkt dit de beste keuze te zijn bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de zorg.*

Heeft u nog opmerkingen op deze indicator?

*

Indicator 2

Er zijn aantoonbare inspanningen in de laatste drie jaar om postnatale zorgverleners voldoende vaardig te maken en te ondersteunen om adequate postnatale zorg te kunnen bieden aan gezinnen uit verschillende culturen.

Toelichting

Allochtone gezinnen hebben nood aan extra ondersteuning. Zij behoren tot de kwetsbare groepen tijdens de perinatale zorgperiode.

Type

(...)

	eens 1								eens 9	antwoord
Validiteit en betrouwbaarheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haalbaarheid en aanvaardbaarheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



criterium 1: validiteit en betrouwbaarheid

- *Is de indicator relevant voor de praktijk en meet de indicator wat hij moet meten? M.a.w. indien zorg beter scoort op de indicator, resulteert dit dan ook in kwalitatievere zorg.*
- *Is de indicator betrouwbaar? M.a.w. geven twee metingen na mekaar dezelfde waarde.*
- *Is de gevoeligheid van de indicator hoog genoeg. M.a.w. is de indicator in staat veranderingen in de kwaliteit van de zorg op te merken?*

criterium 2: haalbaarheid en aanvaardbaar

- *De mate waarin de gegevens beschikbaar zijn of gemakkelijk te verzamelen zijn door de zorgverlener of -instelling in een bepaalde periode (bijvoorbeeld: een jaar), met andere woorden is de indicator meetbaar;.*
- *Is de indicator aanvaardbaar voor zowel de zorgverlener als cliënt bij gebruik in de praktijk.*
- *Hiervoor werd gebruik gemaakt van een 9-punten Likertschaal (1 helemaal niet mee eens – 9 helemaal mee eens). Uit een review van Boulkedid et al (2011) blijkt dit de beste keuze te zijn bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de zorg.*

Heeft u nog opmerkingen op deze indicator?

U ben aan het einde gekomen van het eerste domein Cliëntgerichte zorg. Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen op de indicatoren van dit domein?

(...)

Wij danken u voor uw deelname aan dit onderzoek!
In de week van 8 december krijgt u een 2de (kortere) vragenlijst
toegestuurd. U krijgt daarbij de resultaten van de 1ste ronde en u
wordt gevraagd om die indicatoren waarover geen consensus werd
bereikt opnieuw te beoordelen.

Vergeet zeker niet op bewaren te klikken voor u afsluit !

Wij danken u alvast voor uw bijdrage!

Mieke Walraevens en Katrien Helsloot

Niet bewaard

Uw antwoorden zijn niet bewaard. Deze enquête is nog niet actief.

BIJLAGE 10 VERWERKING EERSTE DELPHI-RONDE

DOMEIN 1 | CLIENTGERICHTE ZORG

AFBAKENING DOMEIN

Bij cliëntgerichte zorg staan de zorgvrager, haar kind en haar gezin centraal. Zij bepalen samen met de zorgverleners het zorgproces. Dit zorgproces is geïndividualiseerd en op maat van de moeders, waarbij het zorgaanbod afgestemd wordt op de vraag met respect voor de eigenheid en privacy van de gebruiker. Cliëntgerichtheid impliceert een hoge maatschappelijke aanvaardbaarheid die zich onder meer vertaalt in een toegankelijke zorg.

ONDERWERP 1

Elk postnataal contact moet gebaseerd zijn op de principes van individuele zorg (NICE, 2006). Moeder en kind moeten centraal staan in de postnatale zorgen, en moeders moeten de mogelijkheid krijgen om keuzes te maken voor zichzelf en hun baby (WHO, 2010). Behandeling en zorg moet rekening houden met individuele noden en voorkeuren van de moeder (NICE, 2007). Tijdens de zwangerschap vindt een oriëntatiegesprek plaats met de bedoeling een zorgdossier op te stellen waarbij de zorg wordt afgestemd op de zorgvraag en -behoeften van de zorgvrager en haar gezin. Dit zorgdossier wordt geïntegreerd in het elektronisch moederschapsdossier, dat deel uitmaakt van het Globaal Medisch Dossier (GMD) (kce, 2014). Tijdens dit oriëntatiegesprek moet de zorgvrager geïnformeerd worden over de mogelijke diensten (de Vos & Graafmans, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012) (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007).

Indicator 1

DEFINITIE	De proportie moeders bij wie een postnataal zorgplan reeds in de zwangerschap werd uitgewerkt. Dit zorgplan wordt in samenspraak met de toekomstige moeder ontwikkeld.
TOELICHTING	<p>In het kader van de continuïteit van zorg en het afstemmen van de zorg op de zorgbehoefte kan het oriënterend gesprek tijdens de zwangerschap leiden tot een kwalitatief betere zorg. Door het oriëntatiegesprek thuis te laten doorgaan, krijgt de zorgcoördinator zicht op de familiale context en kunnen mogelijke problemen in het kraambed reeds gedetecteerd worden, vb. partnergeweld, verwaarlozing, financiële moeilijkheden...</p> <p>Volgens de nieuwe aanbevelingen van het KCE moet het zorgdossier een planning bevatten, met ten minste de volgende elementen:</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>“het verwachte verloop van het postpartum met de voorkeuren van de ouders i.v.m. een kort of klassiek ziekenhuisverblijf,(...)”</i>- <i>de contactgegevens van de leden van het perinatale zorgnetwerk: de perinatale zorgcoördinator, de kraamkliniek, de vroedvrouw die de kraamzorg thuis geeft, de kraamhulp, de huisarts enz.;</i>- <i>de personen die moeten op de hoogte worden gebracht van het ontslag uit de kraamkliniek;</i>- <i>of er al dan niet kraamhulp moet worden voorzien en een eerste inschatting van de behoeften.”</i> (KCE, 2014)
TYPE	Proces

EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006), literatuur (KCE, 2014), indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007) en een beleidsdocument (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007)
TELLER	De proportie moeders bij wie een postnataal zorgplan reeds in de zwangerschap werd uitgewerkt en dat in samenspraak met de toekomstige moeder werd ontwikkeld.
NOEMER	Totaal aantal moeders

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	7	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	76,67	60,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	16,67	30,00
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	0,00	3,33
% dat geen antwoord gaf	6,67	6,67
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Dit hoeft niet per se thuis ontwikkeld te worden.		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
Er werd gekozen om het zorgdossier hier te vervangen door zorgplan. Dit kan zowel medisch als niet-medische postnatale zorg inhouden. Het KCE stelt in hun aanbeveling enkel dat er reeds wordt nagedacht over postnatale zorg in de zwangerschap, maar dit zou ook kunnen tijdens de consultatie.		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

ONDERWERP 2

Postnatale zorg heeft respect voor de eigenheid van de gebruiker en zijn/haar culturele achtergrond. (Zorginstituut Nederland, 2012) Zorg op maat wordt geboden aan achterstandsgroepen, kwetsbare groepen, bijvoorbeeld alleenstaande moeders, allochtonen en sociaal zwakkere gezinnen (Dedry, 2005).

Indicator 2

DEFINITIE	Er zijn aantoonbare inspanningen in de laatste drie jaar om postnatale zorgverleners voldoende vaardig te maken en te ondersteunen om adequate postnatale zorg te kunnen bieden aan kwetsbare gezinnen.
-----------	---

TOELICHTING	Kwetsbare gezinnen hebben nood aan extra ondersteuning tijdens de postnatale periode
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren (Zorginstituut Nederland, 2012) en literatuur (Dedry, 2005) (Kurtz- Landy, Sword, & Ciliska, 2008)

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	7	6
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	53,33	43,33
% dat 4,5 of 6 antwoordde	40,00	50,00
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	3,33	3,33
% dat geen antwoord gaf	3,33	3,33

OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN

Allochtone gezinnen zijn niet per se kwetsbare gezinnen. De term “allochtoon” heeft een negatieve bijklank. Het allochtoon zijn heeft geen invloed, het is de taalbarrière die een probleem vormt. Vaak laten allochtone gezinnen zich liever ondersteunen door familie.

OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS

De term “allochtonen” werd uit de toelichting verwijderd. Er wordt enkel nog gesproken over kwetsbare gezinnen. De indicator werd de klemtoon van “verschillende culturen” gewijzigd in kwetsbare gezinnen.

**Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.*

Indicator 3

DEFINITIE	Er is een aantoonbaar plan van aanpak over kraamzorg op maat van achterstandsgroepen en kwetsbare groepen: alleenstaande moeders, lage sociaal economische status (werkloosheid, laag educatieniveau, financiële beperkingen)
TOELICHTING	Kwetsbare gezinnen hebben nood aan extra ondersteuning en opvolging, vooral wat sociale steun, taalproblematiek en mobiliteit betreft. Zorgverleners zijn ongerust over het gebrek aan opvolging van deze groep moeders en kinderen.

TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren (Zorginstituut Nederland, 2012) en literatuur (Dedry, 2005), (KCE, 2014) (Kurtz- Landy, Sword, & Ciliska, 2008) (Stahelin, Kurth, Schindler, Schmid, & Stutz, Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care – results from a nested case-control study, 2013)

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	7	6
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	60,00	43,33
% dat 4,5 of 6 antwoordde	36,67	53,33
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	0,00	0,00
% dat geen antwoord gaf	3,33	3,33
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Er moet een duidelijke definiëring zijn van wat “kwetsbare gezinnen” inhoudt. Het is een uitdaging om deze groepen te kunnen bereiken.		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
Zelfde opmerking als vorige indicator “kwetsbare gezinnen”.		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

ONDERWERP 4

Zelfredzaamheid en mantelzorg wordt gestimuleerd (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (NICE, 2013) (NICE, 2006)

Indicator 5

DEFINITIE	Het percentage moeders waarvan de beschikbare mantelzorg in kaart wordt gebracht.
TOELICHTING	Moeders hebben nood aan emotionele en praktische ondersteuning vanuit de eigen omgeving (partner, familie, ...). Door het ondersteunend netwerk van mantelzorg in kaart te brengen, kan hiermee rekening gehouden worden bij het plannen van de zorg. Een verslag van de beschikbare mantelzorg wordt idealiter in het Elektronisch Moederschapsdossier opgenomen.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006), een standaard (NICE, 2013), een beleidsdocument (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) en literatuur (Christie, Poulton, & Bunting, An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice, 2008) (KCE, 2014) (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women, 2011) (Zadoroznyj, Professionals, carers or 'strangers'? Liminality and the typification of postnatal home care workers, 2009) (Zadoroznyj, Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme, 2006)
TELLER	Het aantal moeders waarbij de beschikbare mantelzorg in kaart werd gebracht.
NOEMER	Het totaal aantal moeders.

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	7,5	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	63,33	53,33
% dat 4,5 of 6 antwoordde	20,00	23,33
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	13,33	20,00
% dat geen antwoord gaf	3,33	3,33

OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN

Het is vooral belangrijk bij zwangere vrouwen die de taal niet spreken. Familieleden kunnen als tolk fungeren.
"ik denk dat dit niet altijd zal meten wat het moet meten. Uit de praktijk kan ik ervaren dat mensen die er alleen voor

staan, dit vaak niet zeggen, ook al vraag je hier naar. Ze lijken zich te schamen en zullen niet snel toegeven dat ze weinig mantelzorg hebben. Dus als je dit louter bevraagt (en niet controleert), is dit niet betrouwbaar en niet gevoelig. Het is dus wel belangrijk, maar moeilijk om in alle situaties om te zetten in praktijk, denk ik.”
Mantelzorgers leveren niet altijd een positieve bijdrage aan de zorg. Met deze indicator breng je de kwaliteit van mantelzorg niet in kaart. (tegenstrijdige en verkeerde informatie of de zorgverlener verhinderen in zijn of haar werk)

OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS

**Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.*

ONDERWERP 5

De tevredenheid van de moeders is een belangrijke outcome indicator. Aan alle moeders moet een gebruikerstevredenheidsenquête worden aangeboden (KCE, 2014), (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007).

Indicator 6

DEFINITIE	Het percentage moeders bij wie een gebruikerstevredenheidsmeting wordt uitgevoerd aan de hand van een gevalideerd instrument.
TOELICHTING	Het is belangrijk dat de tevredenheid van zorg continu wordt geëvalueerd aan de hand van een instrument dat getest en geschikt bevonden werd.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een beleidsdocument (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) en literatuur (KCE, 2014)
TELLER	Het aantal moeders bij wie een gebruikerstevredenheidsmeting wordt uitgevoerd aan de hand van een gevalideerd instrument.
NOEMER	Het totaal aantal moeders

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	7	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	70,00	70,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	20,00	16,67
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	3,33	6,67
% dat geen antwoord gaf	6,67	6,67

OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN

Tevredenheid van zorg zegt weinig over de kwaliteit van zorg.
De representativiteit is belangrijker dan het aantal gebruikers dat bevroegd wordt.

OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS

Het klopt dat er een groot verschil is tussen tevredenheid van zorg en kwaliteit van zorg.
In de nieuwe manieren om kwaliteit van zorg te beoordelen maakt tevredenheid van zorg deel uit van de evaluatie.
Bijgevolg maakt een gebruikerstevredenheidsmeting deel uit van het evalueren van de kwaliteit van zorg. (Wiegers, The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands, 2009)
Deze tevredenheid dient continu te worden gemeten en wordt dus niet bepaald op basis van een steekproef.

**Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.*

Indicator 7

DEFINITIE	De tevredenheid van vrouwen met betrekking tot postnatale zorg
TOELICHTING	<p>Een tevredenheidsmeting moet volgende elementen bevatten:</p> <ol style="list-style-type: none">5. de organisatie van postpartumzorg6. de continuïteit van de postpartumzorg7. de inhoud van postpartumzorg8. inspraak in het zorgproces.8. de mate van zorgafstemming op de behoefte9. borstvoedingsondersteuning en/ of kunstvoedingsondersteuning10. patiënten-educatie<ul style="list-style-type: none">❖ De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij moeder❖ De symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij kind❖ het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal)❖ de algemene hygiëne en verzorging van de baby (met inbegrip van de fysiologische veranderingen en de ontwikkeling van de baby)❖ veiligheid het creëren van een veilig omgeving met inbegrip van veilig slapen)❖ informatie over borst- en/ of flesvoeding❖ de voeding en beweging van de moeder❖ heropname van seksuele activiteiten en anticonceptie.❖ de transitie naar het ouderschap
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT) uit een standaard (NICE, 2013) en evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006), (WHO, 2010), indicatoren (Zorginstituut Nederland, 2012), en literatuur (AAP, 2012) (Dedry, 2005), (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallende met kort

ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002) (Forster, Mclachlan, Rauner, Yelland, Gold, & Rayner, The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in victoria, Australia, 2008) (Hjälmhult & Lomborg, Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers'experiences, 2012) (Johansson & E., What type of information do parents need after being discharged directly from the dilivery ward?, 2004) (Ruchala, Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women, 2000) (Paavilainen & Astedt-Kurki, Self-reported family health and well-being after early discharge from maternity hospital: a phenomenological study, 1997) (Wiegers, Adjusting to motherhood Maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope, 2006)

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	7,5	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	83,33	73,33
% dat 4,5 of 6 antwoordde	10,00	20,00
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	0,00	0,00
% dat geen antwoord gaf	6,67	6,67
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Bij 'patiënteneducatie' ontbreekt: de transitie naar het ouderschap, namelijk de normale ontwikkeling van de baby, verwachtingen en gevoelens van ouders met betrekking tot het nieuwe ouderschap.		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
In de toelichting werd aan “ontwikkeling van de baby” en “transitie naar het ouderschap” toegevoegd.		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

ONDERWERP 7

Bereikbaarheid en beschikbaarheid (NICE, 2013) (NICE, 2006).

Indicator 9

DEFINITIE	Het percentage moeders dat bij de aanvang van de zorgen schriftelijke en mondelinge informatie ontving met de contactgegevens van de zorgverlener(s), met inbegrip van een 24-uurs permanentie.
-----------	---

TOELICHTING	Continuïteit van zorg (en dus ook de bereikbaarheid van zorgverleners) is een belangrijk aspect van de kwaliteit van de zorg.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006)
TELLER	Het aantal moeders dat bij de aanvang van de zorgen schriftelijke en mondelinge informatie ontving met de contactgegevens van de zorgverlener(s), met inbegrip van een 24-uurs permanentie.
NOEMER	Het totaal aantal moeders

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	86,67	80,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	10,00	13,33
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	3,33	6,67
% dat geen antwoord gaf	0,00	0,00
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
<p><i>“24-uurs permanentie zorg ervoor dat de zorg toegankelijk en veiliger wordt voor ouders”</i></p> <p><i>“24-uurs permanentie lijkt mij niet haalbaar voor zorgverleners. Problemen 's nachts zijn voor spoedafdeling en huisarts van wacht”</i></p> <p><i>“Continuïteit van zorg is niet gelijk aan bereikbaarheid van zorgverlener.”</i></p>		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
De bereikbaarheid van zorgverlener is een onderdeel van continuïteit van zorg (en niet per se van zorgverlener).		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

Indicator 10

DEFINITIE	Het percentage moeders dat aangeeft dat ze 24/24 tijdens de zorgen op de hoogte was van de manier waarop ze de zorgverlener(s), urgente medische hulp en borstvoedingsbegeleiding kon bereiken.
-----------	---

TOELICHTING	Continuïteit van zorg is een belangrijk aspect van de kwaliteit van de zorg. Om continuïteit van zorg te kunnen verzekeren, moeten zorgverleners ten allen tijde niet alleen bereikbaar, maar ook beschikbaar zijn	
TYPE	Outcome	
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006) (Fenwick, Butt, Dhaliwal, Hauck, & Schmied, Western Australian Women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital or at home, 2010)	
TELLER	Het aantal moeders dat aangeeft dat ze tijdens de zorgen 24/24 op de hoogte waren van de manier waarop ze de zorgverlener(s), urgente medische hulp en borstvoedingsbegeleiding konden bereiken.	
NOEMER	Het totaal aantal moeders	
ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7,75
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	80,00	63,33
% dat 4,5 of 6 antwoordde	10,00	26,67
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	3,33	3,33
% dat geen antwoord gaf	6,67	6,67
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Urgente medische hulp is in Vlaanderen genoeg voorhanden. De drie thema's die bevroegd worden moeten los van mekaar worden gezien.		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
In Vlaanderen wordt verondersteld dat urgente medische hulp (ambulance en spoeddienst) ten allen tijde bereikbaar is. Hierdoor werd "urgente medische hulp" uit de indicator verwijderd. De indicator richt zich nu voornamelijk op de beschikbaarheid van de zorgverlener(s) en borstvoedingsbegeleiding. Er wordt bewust niets vermeld over de continuïteit van zorgverlener (≠ continuïteit van zorg). Een wachtsysteem kan een antwoord bieden op organisatorische problemen.		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

DOMEIN 2 | MOEDER

AFBAKENING DOMEIN

Het domein 'moeder' bestaat uit twee luiken: mentale en fysieke gezondheid:

Moeders ervaren emotionele veranderingen in het onmiddellijke postpartum die normaal gezien vanzelf voorbij gaan binnen de 10 tot 14 dagen na de geboorte. Moeders die zich na deze tijd nog steeds neerslachtig, angstig voelen of meer negatieve gedachten hebben of een gebrek aan interesse hebben in hun baby hebben een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen. Bij deze vrouwen moet het mentaal welbevinden worden beoordeeld. De relatie tussen moeder en baby heeft een significante impact op de sociale en emotionele ontwikkeling van de baby. Anderzijds zijn de mogelijkheden van de moeder om een verzorgende relatie tot stand te brengen afhankelijk van haar emotioneel welbevinden. Het regelmatig beoordelen van het welzijn van moeders en de impact daarvan op de hechting kan ertoe leiden dat problemen vroeger gedetecteerd worden. (NICE, 2013) (NICE, 2007) (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wieggers, & Braspenning, 2013) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallende met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002) (NICE, 2006)

Tijdens de eerste uren, dagen en weken volgend op de bevalling hebben kraamvrouwen een verhoogd risico op ernstige gezondheidsproblemen. Deze kunnen leiden tot maternale dood of ernstige morbiditeit. Door kraamvrouwen te voorzien van informatie over symptomen en tekens kan dit ervoor zorgen dat ze aangezet zijn om tijdig medische hulp te zoeken. Urgente medische zorg heeft de potentie om onnodige morbiditeit en mortaliteit te voorkomen. (NICE, 2013) (NICE, 2006) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wieggers, & Braspenning, 2013) (de Vos & Graafmans, 2007) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallende met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002)

Terminologie:

Emotioneel welzijn = gelukkig zijn, zelfverzekerd en niet angstig of depressief (NICE, 2013)

Moeder-kind binding = betreft de vorming van een veilige band tussen moeder en baby (NICE, 2013)

Baby blues = voorbijgaande periode (meestal binnen 1 week) van angst, stemmingswisselingen en neerslachtigheid (NICE, 2006)

ONDERWERP 1

Mentale gezondheid

Indicator 12

DEFINITIE	De incidentie van postnatale mentale gezondheidsproblemen
TOELICHTING	Adequate postnatale zorg kan leiden tot een verlaging van de incidentie van postnatale mentale gezondheidsproblemen en van problemen met moeder-kind binding. Postnatale mentale gezondheidsproblemen zijn baby blues, postpartumdepressie, postpartumpsychose, angst en andere aandoeningen (Stahelin, Kurth, Schindler, Schmid, & Stutz, Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care – results from a nested case-control study, 2013).

TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit een standaard (NICE, 2013) en evidentie uit een richtlijn (NICE, 2007)

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	86,67	66,67
% dat 4,5 of 6 antwoordde	10,00	30,00
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	0,00	0,00
% dat geen antwoord gaf	3,33	3,33

OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN

In de diagnose van mentale problemen is de continuïteit van zorgverlener belangrijk. Het is een relevante indicator maar moeilijk te meten en interpreteren.

OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS

Het meten van mentale gezondheidsproblemen kan aan de hand van een schaal zoals de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Het aantal mentale gezondheidsproblemen zegt iets over het aantal gediagnosticeerde problemen, maar niets over de verdere behandeling. Als de incidentie van mentale gezondheidsproblemen stijgt, verwijst dit dan naar een minder goede begeleiding of net een betere diagnosestelling?

**Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.*

Indicator 13

DEFINITIE	Er is een protocol aanwezig voor het evalueren en opvolgen van de emotionele toestand van de kraamvrouw.
TOELICHTING	Bij elk postnataal contact dient de emotionele toestand van de moeder met inbegrip van de moeder-kindbinding beoordeeld worden. Moeders die zich nog steeds neerslachtig, angstig voelen of meer negatieve gedachten hebben 10 tot 14 dagen na de geboorte, hebben een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen. Bijgevolg moeten afspraken over de opvolging, doorverwijzing en behandeling van mentale gezondheidsproblemen deel uitmaken van dit protocol.

TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegers, & Braspenning, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006) en literatuur (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallen met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002) en een standaard (NICE, 2013)

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	7,5	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	70,00	63,33
% dat 4,5 of 6 antwoordde	20,00	23,33
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	6,67	10,00
% dat geen antwoord gaf	3,33	3,33

OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN

Men verwacht van een ervaren arts of vroedvrouw dat hij /zij in een gepersonaliseerd gesprek peilt naar de gemoedstoestand van de kraamvrouw. Heeft het protocol betrekking op het evalueren van de emotionele toestand van moeder of betrekking op wat de zorgverlener moet doen indien er klachten zijn? 10 tot 14 dagen lijken kort om door te verwijzen. Emotionele toestand mag niet op formele wijzen worden bevraagd.

OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS

In de indicator werd “opvolgen” toegevoegd.

**Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.*

Indicator 14

DEFINITIE	Vermoeidheid gemeten bij kraamvrouwen gedurende de eerste 6 tot 8 weken postpartum.
TOELICHTING	Vermoeidheid, voldoende slaap en rust zijn een van de belangrijkste uitdagingen in de postpartumperiode die kunnen leiden tot stress.

TYPE	Outcome																		
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE) evidentie uit literatuur (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallende met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002), (Christie, Poulton, & Bunting, An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice, 2008) (Hjälmhult & Lomborg, Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers'experiences, 2012) (Smythe, Payne, Wilson, & Wynyard, The dwelling space of postnatal care, 2013) (Staehelin, Kurth, Schindler, Schmid, & Stutz, Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care – results from a nested case-control study, 2013) en een standaard (NICE, 2013)																		
ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CRITERIUM 1</th> <th>CRITERIUM 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mediaan*</td> <td>8</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>% dat 7, 8 of 9 antwoordde</td> <td>66,67</td> <td>60,00</td> </tr> <tr> <td>% dat 4,5 of 6 antwoordde</td> <td>20,00</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td>% dat 1, 2 of 3 antwoordde</td> <td>10,00</td> <td>6,67</td> </tr> <tr> <td>% dat geen antwoord gaf</td> <td>3,33</td> <td>3,33</td> </tr> </tbody> </table>		CRITERIUM 1	CRITERIUM 2	Mediaan*	8	7	% dat 7, 8 of 9 antwoordde	66,67	60,00	% dat 4,5 of 6 antwoordde	20,00	30,00	% dat 1, 2 of 3 antwoordde	10,00	6,67	% dat geen antwoord gaf	3,33	3,33
	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2																	
Mediaan*	8	7																	
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	66,67	60,00																	
% dat 4,5 of 6 antwoordde	20,00	30,00																	
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	10,00	6,67																	
% dat geen antwoord gaf	3,33	3,33																	
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN																			
<p><i>“belangrijke indicator, maar niet gevoelig: het is niet omdat dit zou worden gemeten, dat de kwaliteit van de zorg daardoor zou stijgen. Er moet actie worden ondernomen: meer kraamzorg, meer mantelzorg, oplossingen voor slaapprobleem,...”</i></p> <p>Het beoordelen van vermoeidheid hoeft niet via een meetinstrument. Er aandacht voor hebben is voldoende.</p>																			
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS																			
<p>Deze indicator meet de vermoeidheid en niet of de vermoeidheid al dan niet wordt beoordeeld. Bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg kan de vermoeidheid gemeten worden aan de hand van een schaal. Dit impliceert echter niet dat de beoordeling door de zorgverleners hoeft te gebeuren aan de hand van een schaal bij elk postnataal contact.</p>																			
<p><i>*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.</i></p>																			

DOMEIN 3 | BABY

AFBAKENING DOMEIN

Onder het domein baby wordt verstaan: de lichamelijke gezondheid van de baby. Bij het bewaken van de lichamelijke gezondheid van de baby staat vroeg-signalering en monitoring centraal.

Baby's kunnen binnen de eerste uren, dagen en weken volgend op de geboorte, ernstige gezondheidsproblemen ervaren die kunnen leiden tot ernstige ziekte of in zeldzame gevallen de dood. (NICE, 2013) (NICE, 2006) (NVK, 2008) (KNOV, 2012) (NICE, 2010) (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegers, & Braspenning, 2013) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallende met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002)

Indicator 24

DEFINITIE	De proportie neonaten minstens gewogen op <ul style="list-style-type: none">a) dag 3b) dag 5c) dag 10 tot 14d) 1 maande) 6 tot 8 weken
TOELICHTING	<p><i>De gewichtsevolutie tijdens de eerste levensweek is zelden een reden tot bezorgdheid, anderzijds is er weinig evidentie over de optimale frequentie van wegen van de neonat.</i></p> <p><u>Nadelen routinematig dagelijks wegen:</u> <i>'Voorkomen van meefouten (vb. door mictie of ontlasting), routinematig wegen is geassocieerd met angst bij de ouders, routinematig dagelijks wegen kan een nadelige invloed hebben op het geven van exclusieve borstvoeding (NICE, 2006)'.</i></p> <p><u>Voordelen routinematig dagelijks wegen:</u> <i>Het is een manier om zeldzame aandoeningen te detecteren zoals hypertone dehydratie (stille ondervoeding) (2,5/10.000 geboortes).</i></p>
TYPE	proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit literatuur (Vanhaesebrouck, Goossens, Smets, Zecic, & De Coen, De eerste levensdagen van de pasgeborene, 2001) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallende met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002) (Ahmed & Sands, 2010)
TELLER	Het aantal neonaten die gewogen werden op <ul style="list-style-type: none">a) dag 3

	b) dag 5 c) dag 10 tot 14 d) 1 maand e) 6 tot 8 weken
NOEMER	Het totaal aantal neonaten

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	70,00	60,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	10,00	20,00
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	13,33	10,00
% dat geen antwoord gaf	6,67	10,00

OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN

“inderdaad interessant om de baby niet dagelijks te wegen, maar als je bepaalt hoeveel neonaten werden gewogen op D3 en D5, weet je nog altijd niet hoeveel neonaten ook op de andere dagen werden gewogen... + als een baby niet goed bijkomt op D5, weet je niets als je verder niet weegt, D10-14 is bv ook een belangrijke dag om te wegen.”

Dagelijks wegen is niet nodig. (3 experten)

Het dagelijks wegen is noodzakelijk tot het geboortegewicht is bereikt.

OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS

Er is weinig tot geen evidentie over de frequentie van het wegen van een neonaat. Bijgevolg is de aanpassing van deze indicator volledig gebaseerd op de mening van de experten.

Aan de indicator werd “10 tot 14 dagen” bijgevoegd, op dit moment kan meteen ook gecontroleerd worden of de baby zijn/haar geboortegewicht terug heeft.

Aan de indicator werd het woord “minstens” toegevoegd. Verdere weegmomenten kunnen op indicatie plaatsvinden.

**Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.*

Indicator 26

DEFINITIE	Het medisch zorgdossier bevat een verslag van de algemene, familiale, verloskundige anamnese en het verloop van de neonatale ontwikkeling.
TOELICHTING	Een uitgebreide anamnese laat toe de zorg beter te plannen rekening houdend met individuele noden en behoeften. Zo kan er rekening worden gehouden met verschillen in de behoefte aan zorg (vb. multipara en primipara)
TYPE	Structuur

EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit een standaard (NICE, 2013), een richtlijn (NICE, 2006) en literatuur (KCE, 2014) (Christie, Poulton, & Bunting, An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice, 2008) (McLachlan, Gold, Forster, Yelland, Rayner, & Rayner, Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia, 2009)
-----------	--

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	76,67	73,33
% dat 4,5 of 6 antwoordde	10,00	6,67
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	3,33	10,00
% dat geen antwoord gaf	10,00	10,00
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Duidelijke anamnese nodig, relevante indicator. Het moet gaan over het (para) medisch zorgdossier.		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
De term 'medisch' werd toegevoegd aan de indicator; het is de bedoeling dat enkel medische zorgverleners het zorgdossier kunnen inkijken.		
<i>*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.</i>		

Indicator 30

DEFINITIE	De incidentie van potentieel vermijdbare neonatale mortaliteit en morbiditeit.
TOELICHTING	Het uiteindelijke doel van de zorg is o.a. neonatale mortaliteit (sterftcijfer) en morbiditeit (ziektcijfer) te vermijden. Dit kan o.a. worden gemeten a.h.v. het aantal neonatale heropnames tussen ontslag en 6-8 weken postpartum. Het KCE (2014) stelt dat er uniforme procedures moeten komen voor de registratie van heropnames van pasgeborenen en hun moeders.
TYPE	Outcome

EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006), evidentie uit een richtlijn (NICE, 2007), literatuur (Meikle, Lyons, Hulac, & Orleans, Rehospitalizations and outpatient contacts of mothers and neonates after hospital discharge after vaginal delivery, 1998) (Sheehan, Watt, Kruege, & Sword, The Impact of a New Universal Postpartum Program on Breastfeeding Outcomes, 2006) (KCE, 2014) (Wiegers, Adjusting to motherhood Maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope, 2006) (Ellberg, Högberg, Bundman, Källén, Hakansson, & Lindh, 2008) (Lee, Periman, Ballantyne, Elliott, & To, Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate, 1995) (Madden, Soumerai, Lieu, Mandl, Zhang, & Degnan, Length of stay policies and ascertainment of postdischarge problems in newborns, 2004) (Dodge, Goodman, Murphy, O'Donnell, Sato, & Guptill, Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting, 2014) (Dodge, Goodman, Murphy, O'Donnell, & Sato, Toward population impact from home visiting, 2013) en een beleidsdocument (Belgische Senaat, 26 juni 2013)
-----------	--

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	73,33	70,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	3,33	6,67
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	10,00	10,00
% dat geen antwoord gaf	13,33	13,33

OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN

“Niet alle heropnames waren 'vermijdbare' morbiditeit. Een heropname mag niet gezien worden als een falen van de thuiszorg. Integendeel, als de thuiszorg de moeder en/ of het kind tijdig laat heropnemen of tijdig doorverwijst dan is dit een goed teken van kwalitatieve zorg. Anderzijds als er teveel heropnames zijn voor vermijdbare morbiditeit moet men gaan kijken of de ontslagcriteria wel correct zijn.”

“Geen betrouwbare indicator voor kwaliteit van kraamzorg aangezien ook lichamelijke problemen.” “(Aangeboren) oorzaak kunnen zijn.”

“Potentieel vermijdbaar betekent?”

OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS

Deze indicator werd voor moeder en baby gelijkaardig opgesteld. Bij moeder werd deze indicator aanvaard. Voor baby echter niet.

**Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.*

Indicator 32

DEFINITIE	De incidentie van wiegendood
TOELICHTING	Het aantal gevallen van wiegendood in een bepaalde periode.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit een standaard (NICE, 2013) en evidentie uit indicatoren (de Vos & Graafmans, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012) en een richtlijn (NICE, 2006)

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	60,00	56,67
% dat 4,5 of 6 antwoordde	13,33	20,00
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	6,67	3,33
% dat geen antwoord gaf	20,00	20,00

OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN

“Ik heb mijn twijfels over deze indicator op vlak van validiteit. Want wat is de oorzaak van de wiegendood? Heeft dit altijd iets te maken met de kwaliteit van de zorg? (...). De oorzaak van wiegendood kan ook buiten de kwaliteit van de zorg te zoeken zijn. (...) Is dit dan een goede indicator?”

“Info over voorkomen van wiegendood is belangrijk maar incidentie is hiervoor geen juiste indicator (14 gevallen op jaarbasis)”

OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS

Het aantal gevallen van wiegendood is op dit ogenblik laag in Vlaanderen. Het is echter de preventie die er mede voor zorgt dat dit percentage de afgelopen jaren zo sterk daalde. Dit maakt dus deel uit van de kwaliteit van zorg. Een verandering in preventie kan invloed hebben op deze outcome-indicator.



**Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.*

DOMEIN 4 | GEZIN

AFBAKENING DOMEIN

Vanaf de geboorte van een kind, vindt een integratie van de pasgeborene plaats in het gezin. Het kind wordt opgenomen in het gezin en verwerft zijn/haar plaats binnen de bestaande gezinsstructuur. Het unieke karakter van elk gezin vormt de basis voor de ontwikkeling van een eigen identiteit. Een goede integratie binnen het gezin draagt bij tot de ontwikkeling en de veiligheid van het kind. Er is specifieke aandacht voor de screening van verwaarlozing en misbruik binnen het gezin. Er wordt gestreefd naar een gezond gezinsklimaat, zo staat het monitoren en bewerkstelligen van een vlot verloop van de huishoudelijke taken, de verzorging en de opvang van de andere huisgenoten en de huishoudelijke en persoonlijke hygiëne van het gezin centraal.

ONDERWERP 1

Screening van verwaarlozing en misbruik binnen het gezin

Indicator 33

DEFINITIE	Er is een protocol voor multidisciplinaire samenwerking tussen de betrokken postnatale zorgverleners bij vermoeden van verwaarlozing of misbruik binnen het gezin, of bij een gebrekkige integratie van het kind in het gezin. Dit protocol bevat afspraken over doorverwijzing naar de bevoegde instanties.
TOELICHTING	Tijdige onderkenning van verwaarlozing of misbruik binnen het gezin, of van een gebrekkige integratie van het kind in het gezin is belangrijk om de veiligheid en positieve ontwikkeling van elk kind te kunnen bevorderen.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit indicatoren (De Bruin-Kooistra, Amelinck-Verburg, Buitendijk, & G., Finding the right indicators for assessing quality midwifery care, 2012) (Zorginstituut Nederland, 2012) (Kooistra, et al., 2009) en een richtlijn (NICE, 2006)

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	6
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	73,33	46,67
% dat 4,5 of 6 antwoordde	20,00	46,67
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	3,33	3,33
% dat geen antwoord gaf	3,33	3,33

OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN

Gegevens zijn niet altijd bekend en moeilijk te achterhalen.
Het zegt niet over de kwaliteit van een protocol of het correct gebruik.

OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS

De kwaliteit van het protocol wordt in een andere indicator beoordeeld.

**Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.*

DOMEIN 5 | PATIËNTEN-EDUCATIE

AFBAKENING DOMEIN

Hieronder wordt verstaan dat de zelfredzaamheid van ouders wordt bevorderd door hen coaching en begeleiding te bieden, voorlichting, advies en instructie te geven. Zo worden ouders en/ of primaire verzorgers gecoacht in de vaardigheden die nodig zijn om de verzorging en de veiligheid van de baby te kunnen garanderen. Tijdens de postnatale periode moet informatie worden gegeven aan moeders en/ of primaire verzorgers met de bedoeling om levensbedreigende situaties te leren onderkennen en adequaat te kunnen reageren. Verder wordt gezondheidsgedrag bevorderd. (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegers, & Braspenning, 2013) (Zorginstituut Nederland, 2012) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevallen met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002) (NICE, 2013) (NICE, 2010) (WHO, 2010) (NICE, 2006)

Indicator 36

DEFINITIE	De proportie moeders en/ of primaire verzorgers die naar eigen zeggen binnen de 24 uur na de bevalling mondeling en schriftelijk geadviseerd werd over <ul style="list-style-type: none">d) het fysiologisch herstelproces van de moeder ene) levensbedreigende symptomen, tekens of condities van moeder en baby, die medische urgentie vereisenf) voordelen van borstvoeding en van colostrum en het tijdstip van het eerste voedingsmoment.
TOELICHTING	Deze indicator is gericht op het voorkomen van vermijdbare maternale en neonatale morbiditeit (ziektecijfer) en mortaliteit (sterftecijfer). Borstvoeding moet gezien worden als de 1 ^{ste} keuze voeding en dient gepromoot te worden gezien de vele (gezondheids-) voordelen die ermee gepaard gaan.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013), richtlijnen (NICE, 2006), (NICE, 2010) en literatuur (Friedman & Spitzer, 2004) (Johansson & E., What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward?, 2004) (Ruchala, Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women, 2000)
TELLER	Het aantal moeders en/ of primaire verzorgers dat naar eigen zeggen binnen de 24 uur na de bevalling mondeling en schriftelijk geadviseerd wordt over <ul style="list-style-type: none">d) het fysiologisch herstelproces van de moeder ene) levensbedreigende symptomen, tekens of condities van moeder en baby, die medische urgentie vereisenf) de voordelen van borstvoeding en van colostrum en het tijdstip van het eerste voedingsmoment.

NOEMER	Het totaal aantal moeders en/ of primaire verzorgers	
ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	76,67	63,33
% dat 4,5 of 6 antwoordde	13,33	23,33
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	3,33	6,67
% dat geen antwoord gaf	6,67	6,67
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Het is belangrijk dat dit gebeurt, maar is moeilijk op te volgen te te meten.		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
Aan de indicator werd “naar eigen zeggen” toegevoegd.		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

DEFINITIE	Er is bewijs van lokale afspraken over c) het bepalen van het BMI van de kraamvrouw op 6 tot 8 weken postpartum d) doorverwijzing voor advies over gezond eten en bewegen van vrouwen met een BMI van 30 of meer
TOELICHTING	Een BMI van 30 of meer kan aanleiding geven tot gezondheidsproblemen. Zwangerschap heeft een invloed op het gewicht, daarom is het tijdig onderkennen van overgewicht belangrijk. Tijdens de perinatale periode komen vrouwen in aanraking met zorgverleners wat een mogelijkheid creëert om actie te ondernemen.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en een richtlijn (NICE, 2006)

Indicator 37

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
----------------------------------	-------------	-------------

Mediaan*	7	6
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	50,00	40,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	30,00	33,33
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	6,67	13,33
% dat geen antwoord gaf	13,33	13,33
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Overgewicht moet reeds voor de zwangerschap worden aangepakt Hoe wordt bewijs van lokale afspraken gemeten?		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
/		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

DOMEIN 6 | BORSTVOEDING

AFBAKENING DOMEIN

Voeding neemt een centrale plaats in binnen het postpartum. Een goede voedingstoestand van de baby doet het risico op levensbedreigende aandoeningen dalen. Postpartumzorg stimuleert het geven van borstvoeding en geeft ondersteuning wanneer door omstandigheden flesvoeding wordt gegeven aan de baby. Borstvoeding draagt bij tot de gezondheid van zowel de moeder als het kind zowel op korte als lange termijn. Moeders en anderen die kiezen om borstvoeding te geven, moeten zich bewust zijn van deze voordelen. Ze moeten ondersteund worden door een dienst die evidence based werkt en dat een extern gecontroleerd programma gebruikt. Het geven van borstvoedingsondersteuning moet gecoördineerd worden overheen verschillende sectoren. (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegiers, & Braspenning, 2013) (Van Kelst, Spitz, & Sermeus, Bevalen met kort ziekenhuisverblijf: geïntegreerde samenwerking tussen kraamzorg aan huis en ziekenhuis in de regio Leuven., 2002) (NICE, 2013) (NICE, 2006) (KNOV, 2012)

Alle zorgverleners die borstvoedingsondersteuning bieden, moeten aangepaste training ondergaan en beoordeeld worden op hun competenties voor deze rol (=alle betaalde en vrijwillige medewerkers van alle sectoren zoals ziekenhuis, kind en gezin, eerstelijns zorgverleners en peersupport,...) (NICE, 2013)

DEFINITIE	De incidentie van vroegtijdig stoppen met borstvoeding en de reden(en) hiervoor.
TOELICHTING	Vroegtijdig stoppen met borstvoeding wordt gedefinieerd als “vroeger stoppen dan de moeder zelf gepland had”
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013), een richtlijn (NICE, 2006) en literatuur (Kuan, Britto, Decolongon, Schoetter, Atherton, & Kotagal, Health system factors contributing to breastfeeding success, 1999)

Indicator 42

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	7	6
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	50,00	40,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	30,00	33,33
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	6,67	13,33

% dat geen antwoord gaf	13,33	13,33
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Reden van vroegtijdig stoppen met borstvoeding is belangrijker dan de incidentie ervan. (4 experten)		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
De indicator werd aangepast aan bovenstaande opmerkingen.		
<i>*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.</i>		

DEFINITIE	Het percentage exclusieve borstvoeding a) bij ontslag vanuit het ziekenhuis, b) 5 tot 7 dagen, c) op 10 tot 15 dagen d) op 6 tot 8 weken en op 16 weken d) 6 maand
TOELICHTING	De WHO adviseert om 6 maanden exclusief borstvoeding te geven. Het moment waarop de peiling gebeurt, is gekozen met het oog op mogelijkheid vergelijkende studies op internationaal niveau te kunnen voeren, vermits de richtlijn van de NICE dit ook aanbeveelt. Vuistregel 6 van de WHO en UNICEF stelt dat alle instellingen voor moeder- en kindzorg er zorg dienen voor te dragen dat pasgeborenen geen andere voeding dan borstvoeding krijgen, noch extra vocht, tenzij op medische indicatie.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een standaard (NICE, 2013) en richtlijnen (NICE, 2006) (WHO, 2010), (BFI, 2013)

Indicator 44

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	7	6
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	50,00	40,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	30,00	33,33

% dat 1, 2 of 3 antwoordde	6,67	13,33
% dat geen antwoord gaf	13,33	13,33
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Reden van vroegtijdig stoppen met borstvoeding is belangrijker dan de incidentie ervan. (4 experten)		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
De indicator werd aangepast aan bovenstaande opmerkingen.		
<i>*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.</i>		

DEFINITIE	Inzet van lactatiekundigen, voor specifieke indicaties, is opgenomen in het borstvoedingsbeleid.
TOELICHTING	In Nederlandse indicatoren wordt aanbevolen om lactatiekundigen standaard in te zetten bij de zorg. Hiervoor werden ook indicaties gedefinieerd. In de internationale literatuur en in de richtlijnen werd hiervoor geen sluitend bewijs teruggevonden. Met "opgenomen in de zorgverlening" wordt bedoeld dat elke moeder en/ of zorgverlener beroep kan doen op de ondersteuning en/ of advies van de lactatiekundige. Niet elke lacterende moeder heeft bijgevolg contact met een lactatiekundige in het postpartum. De organisatie hiervan wordt opgenomen in het beleid van de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de borstvoedingsbegeleiding.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren voor kraamzorg (de Vos & Graafmans, 2007) (Voerman, Calsbeek, Maassen, Wiegers, & Braspenning, 2013) en een richtlijn (KNOV, 2012)

Indicator 45

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	6	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	46,67	50,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	30,00	26,67

% dat 1, 2 of 3 antwoordde	20,00	16,67
% dat geen antwoord gaf	3,33	6,67

OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN

Het is onduidelijk of dat er bij elk gezin een lactatiekundige moet komen of dat er bij elke organisatie een lactatiekundige moet beschikbaar zijn. Ik verkies het tweede.

Vroedvrouwen kunnen borstvoeding begeleiden zonder lactatiekundige te zijn.

OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS

De indicator en de toelichting werd aangepast aan de opmerkingen van de experten.

**Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.*

DOMEIN 7 | CONTINUÏTEIT VAN ZORG

AFBAKENING DOMEIN

Postnatale zorg is een verderzetting van de zorg gegeven tijdens zwangerschap, arbeid en bevalling. Het plannen en regelmatig her-evalueren van inhoud en timing van zorg voor individuele vrouwen en hun baby's, en hierover communiceren aan de hand van een gedocumenteerd zorgdossier, verbetert de continuïteit van zorg. Continuïteit van zorg bevat 2 elementen, namelijk de continuïteit van zorgverlening en zorgorganisatie. Om dit te bewerkstelligen is een uitgeschreven beleidsvisie en -plan onontbeerlijk. Inter- en multidisciplinaire samenwerking zijn voorwaarden om continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Het evalueren en bijsturen van de zorg en het zorgen voor een aangepaste opleiding en accreditering van de zorgverleners verhoogt de kwaliteit van zorg.

ONDERWERP 1

Organisatie van zorg (De Bruin-Kooistra, Amelinck-Verburg, Buitendijk, & G., Finding the right indicators for assessing quality midwifery care, 2012) (de Vos & Graafmans, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012) (Kooistra, et al., 2009) (Dedry, 2005) (Familiezorg, West-Vlaanderen vzw, 2007) (NVK, 2008) (NICE, 2013) (NICE, 2006) (WHO, 2010)

Indicator 48

DEFINITIE	De proportie baby's, die minder dan 72 uur na de geboorte in het ziekenhuis verbleef of die bij ontslag geen pediatriesch consult kreeg, die na ontslag en binnen de 10 dagen postpartum door een pediater of een huisarts werd onderzocht.
TOELICHTING	In een Franse studie naar voorspellende factoren voor pathologie tussen ontslag en 10 dagen postpartum werd vastgesteld dat na icterus de meest voorkomende pathologie tussen dag 2 en dag 10 van cardiovasculaire aard zijn. De diagnose aan de hand van het horen van een hartgeruis werd niet vastgesteld tijdens het eerste onderzoek op de eerste dag maar werd wel gehoord na 72 uur bij het ontslagonderzoek. Meestal ging het over een ventrikel septumdefect. (Straczek, Vieux, Hubert, Mítón, & Hascoet, Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ?, 2008) Bijgevolg dient als ontslagvoorwaarde te worden gesteld dat baby's die ontslagen worden na 72 uur bij ontslag door een pediater zijn onderzocht, indien aan deze ontslagvoorwaarde niet voldaan is, moet een afspraak worden gemaakt voor een pediatriesch consult binnen de 10 dagen postpartum. Bij ontslag van de pasgeborene voor 72 uur postpartum dient een afspraak te zijn vastgelegd voor een pediatriesch consult.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit literatuur (Straczek, Vieux, Hubert, Mítón, & Hascoet, Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ?, 2008) (KCE, 2014)
TELLER	Het aantal baby's dat minder dan 72 uur na de geboorte in het ziekenhuis verbleef of dat bij ontslag geen pediatriesch consult kreeg, na ontslag en binnen de 10 dagen postpartum

	door een pediater werd onderzocht.
NOEMER	Het totaal aantal baby's dat minder dan 72 uur na de geboorte in het ziekenhuis verbleef of dat bij ontslag geen pediatrisch consult kreeg.

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	7	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	63,33	60,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	10,00	16,67
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	13,33	10,00
% dat geen antwoord gaf	13,33	13,33
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Dit kan ook door de huisarts (7 experten) <i>"10 dagen postpartum lijkt ons vrij laattijdig"</i>		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
De huisarts werd toegevoegd aan de indicator. Bij de ontslagcriteria van de AAP (2012), wordt het onderzoek door de pediater in het ziekenhuis als criterium genoemd. Er wordt bijgevolg van uit gegaan dat de neonaat voor ontslag werd onderzocht door een arts.		
<i>*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.</i>		

Indicator 49

DEFINITIE	De proportie moeders die op 6 tot 8 weken postpartum aangeeft geen tegenstrijdige informatie te hebben ontvangen van de postnatale zorgverleners.
TOELICHTING	Tegenstrijdige informatie wordt door moeders en primaire verzorgers als erg storend ervaren.
TYPE	Outcome
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit literatuur (KCE, 2014) (Christie, Poulton, & Bunting, An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice, 2008) (Fenwick, Butt, Dhaliwal, Hauck, & Schmied, Western Australian Women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal

	care in hospital or at home, 2010)
TELLER	Het aantal moeders dat op 6 tot 8 weken postpartum aangeeft geen tegenstrijdige informatie te hebben ontvangen van de postnatale zorgverleners.
NOEMER	Het totaal aantal moeders

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	7,5	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	70,00	56,67
% dat 4,5 of 6 antwoordde	20,00	26,67
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	3,33	10,00
% dat geen antwoord gaf	6,67	6,67
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Veel moeders krijgen tegenstrijdige informatie. Continuïteit van zorgverlener is belangrijk. Niet realistisch om te meten, beïnvloedbaar door verschillende factoren.		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
/		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

ONDERWERP 2

Inter- en multidisciplinaire samenwerking (De Bruin-Kooistra, Amelinck-Verburg, Buitendijk, & G., Finding the right indicators for assessing quality midwifery care, 2012), (Kooistra, et al., 2009), (NVK, 2008), (WHO, 2010), (NICE, 2006).

Indicator 51

DEFINITIE	De proportie moeders en/ of baby's die een zorgcoördinator had tijdens het postpartum.
TOELICHTING	De zorgcoördinator is een gekwalificeerd zorgverlener en heeft volgende taken: coördineren van de postpartumzorg, garanderen van de continuïteit van zorg op cruciale momenten waaronder het ontslagmoment uit de kraamkliniek, het oriëntatiegesprek voeren tijdens de zwangerschap, dragen van de eindverantwoordelijkheid voor het zorgbeleid bij een fysiologisch evolutie, het afsluitend contact op 6 tot 8 weken postpartum, waken over

	de toepassing van een gestructureerd borstvoedingsprogramma en over de lokale protocollen en afspraken. De taak van de perinatale zorgcoördinator kan volgens het KCE opgenomen worden door een vroedvrouw, gynaecoloog of een huisarts die actief is in de postnatale zorg.
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006) en literatuur (KCE, 2014)
TELLER	Het aantal moeders en/ of baby's dat een zorgcoördinator had tijdens het postpartum
NOEMER	Het totaal aantal moeders en/ of baby's

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	60,00	60,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	16,67	16,67
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	6,67	6,67
% dat geen antwoord gaf	16,67	16,67
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN “als criterium is dit prima”		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

ONDERWERP 3

Zorgdossier (NICE, 2013) (NICE, 2006)

Indicator 52

DEFINITIE	De proportie moeders wiens zorgverlener deel uitmaakt van het multidisciplinair perinataal netwerk rond elke (toekomstige) moeder en kind, en toegang heeft tot het Elektronisch Moederschapsdossier (EMD) dat deel uitmaakt van het Globaal Medisch Dossier.
TOELICHTING	Door te werken met een EMD zal de continuïteit van zorg versterkt worden door

	optimalisatie van de multidisciplinaire samenwerking.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Zelf ontwikkelde indicator (CREATE): evidentie uit literatuur (KCE, 2014)
TELLER	Het aantal moeders wiens zorgverleners, die deel uitmaken van het multidisciplinair perinataal netwerk rond elke (toekomstige) moeder en kind, toegang heeft tot het Elektronisch Moederschapsdossier (EMD)
NOEMER	Totaal aantal moeders

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	6
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	60,00	40,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	23,33	33,33
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	3,33	13,33
% dat geen antwoord gaf	13,33	13,33
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
<p><i>“in praktijk nog nooit gehoord van EMD!! is wel heel belangrijk en zou kwaliteit enorm verhogen”</i> <i>“vraag is of en in welke mate alle betrokken zorgverleners (volledig) toegang dienen te hebben tot EMD”</i></p>		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
<p>Op dit ogenblik bestaat er nog geen EMD. In het regeerakkoord van de Regering “Michel” staat vermeld: <i>“tegen het einde van de legislatuur wordt de verplichting om een elektronisch patiëntendossier bij te houden op alle niveaus van de zorgverlening ingevoerd”</i></p>		
<p><i>*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.</i></p>		

Indicator 53

DEFINITIE	De proportie baby's die binnen de 3 dagen na de geboorte over een opvolgdossier (geboorte tot leeftijd van 5 jaar) beschikt, dat toegankelijk is voor alle perinatale zorgverleners.
-----------	--

TOELICHTING	Dit is idealiter een elektronisch kinddossier dat deel uitmaakt van het Globaal Medisch Dossier. Hiervoor heeft een kind echter een rijksregisternummer nodig vanaf de geboorte. In afwachting van deze praktische beperking kan ook met een papieren dossier worden gewerkt, dat bijgehouden wordt door de moeder en door haar ter beschikking wordt gesteld aan de perinatale zorgverleners. (Naar analogie met het ‘kindboekje’ van Kind en Gezin.)
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006) en uit literatuur (KCE, 2014).
TELLER	Het aantal baby’s dat binnen de 3 dagen na de geboorte over een opvolgdossier (geboorte tot leeftijd van 5 jaar) beschikken, dat toegankelijk is voor alle perinatale zorgverleners.
NOEMER	Het totaal aantal baby’s.

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	66,67	56,67
% dat 4,5 of 6 antwoordde	20,00	26,67
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	3,33	6,67
% dat geen antwoord gaf	10,00	10,00
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
<i>“Ziekenhuizen blijven hier ernstig in gebreke, zulke dossiers worden niet doorgegeven naar opvolgende zorgverlener”</i>		
<i>“Is het echt nodig dat dit dossier binnen de 3 d gestart wordt?”</i>		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
/		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

Indicator 54

DEFINITIE	De proportie moeders en hun baby’s die een geïndividualiseerd en gedocumenteerd zorgdossier hebben dat bij elk postnataal contact geëvalueerd wordt.
TOELICHTING	Het zorgdossier moet uitvoerig zijn en minimaal volgende aspecten bevatten:

7. Verslag van het oriëntatiegesprek (zie indicator 1)
8. Gegevens over de zorgverleners
 - de contactgegevens van de zorgverlener(s), met inbegrip van een 24-uurs permanentie
 - o perinatale zorgcoördinator
 - o de kraamkliniek
 - o de vroedvrouw
 - o kraamhulp
 - o ...
9. Gegevens over de moeder
 - verslag van de algemene, verloskundige, familiale en psychische anamnese
 - bij elk postnataal contact
 - o worden volgende zaken bevroegd
 - perineum
 - bloedverlies
 - hoofdpijn
 - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit
 - kortademigheid of borstpijn
 - algemeen welzijn
 - vermoeidheid
 - ontlasting
 - hemorroïden
 - mictie
 - griepachtige symptomen
 - pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten
 - rust en slaap
 - o gegevens over borstvoedingsverloop
 - o het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind binding wordt beoordeeld
 - volgende observaties op indicatie
 - o perineum
 - o baarmoederinvolutie
 - o lochia
 - o temperatuur van de moeder
 - o bloeddruk van de moeder
 - o pijn, roodheid of zwelling aan de kuit
 - o problemen met mictie of stoelgang
 - uitgevoerde onderzoeken en doorverwijzingen
 - 5 tot 7 dagen
 - o het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind-binding
 - o borstvoedingsverloop
 - 10 tot 14 dagen
 - o het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind-binding
 - 6 tot 8 weken postpartum
 - o BMI
 - o het emotioneel welbevinden met inbegrip van de moeder-kind-binding

Volgende informatie/educatie werd gegeven

- o advies binnen de 24 uur over
 - o het fysiologisch herstelproces van de moeder (zowel lichamelijk als mentaal)
 - o levensbedreigende symptomen, tekens of condities van moeder en kind die medische urgentie vereisen.
 - o de voordelen van borstvoeding en van colostrum, het tijdstip van het eerste voedingsmoment, en het aanleggen (positie, aanhappen, een effectieve voeding te bekomen en pijnlijke tepels te vermijden)
 - o voeding en beweging van de moeder
- o advies bij elk postnataal contact
 - o veiligheid en het creëren van een veilige omgeving met inbegrip van veilig slapen

	<ul style="list-style-type: none"> ○ op 10 tot 14 dagen en op 6 tot 8 weken postnataal <ul style="list-style-type: none"> ○ veilig slapen ○ advies en (schriftelijke) informatie gegeven over <ul style="list-style-type: none"> ○ de algemene hygiëne en verzorging van de baby met inbegrip van fysiologische verandering (M-S) ○ informatie over borst- en/ of flesvoeding (M-S) ○ heropname van seksuele activiteiten en anticonceptie (M-S) ○ (manueel) afkolven van colostrum of moedermelk, het correct bewaren en manipuleren ervan (M) ○ over positie, aanhappen, melkinname door de baby, stuwing, problemen bij het aanleggen, kolven en kolfmethoden, opbouwen en op peil houden van melkproductie. (M) ○ baby's die kunstvoeding over kunstvoeding (+ demonstratie) (M) <p>10. Baby</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ verslag van de algemene, familiale, verloskundige anamnese en het verloop van de neonatale ontwikkeling. ○ meconium en urinelozing binnen de eerste 24 uur. ○ dagelijkse observatie <ul style="list-style-type: none"> ○ van icterus (visuele beoordeling) gedurende de eerste 4 dagen ○ borstvoedingsverloop (eerste 5 dagen) ○ gewicht op dag 3, dag 5, 10 tot 14 dagen, 1 en 2 maand ○ volgende observaties op indicatie <ul style="list-style-type: none"> ○ wegen (behalve op dag 3, dag 5, 10 tot 14 dagen, 1 maand en 2 maand), ○ lichaamstemperatuur, ○ mictie en ontlasting, ○ navelstrengstomp ○ de resultaten van het onderzoek voor 72 uur en op 6 tot 8 weken (fysieke en neonatale ontwikkeling) ○ de neonatale screening ○ vitamine K profylaxe ○ uitgevoerde onderzoeken en doorverwijzingen <p>11. Gezin</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ organisatie van huishoudelijke taken bij elke postnataal contact ○ de organisatie van de opvang, verzorging en persoonlijke hygiëne van de alle huisgenoten bij elke postnataal contact ○ de integratie van het kind in het gezin bij elke postnataal contact <p>12. Afspraken en doorverwijzingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - doorverwijzing naar instanties - geplande afspraken <ul style="list-style-type: none"> ○ het pediatrisch consult ○ kind en gezin ○ postpartumonderzoek moeder op 6 tot 8 weken
TYPE	Proces
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit een standaard (NICE, 2013) en evidentie uit een richtlijn (NICE, 2006) en literatuur (KCE, 2014) (Christie, Poulton, & Bunting, An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice, 2008)
TELLER	Het aantal postnatale contacten waarbinnen het geïndividualiseerd zorgdossier van moeder en baby wordt geëvalueerd en gedocumenteerd.
NOEMER	Het totaal aantal postnatale contacten

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	76,67	60,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	10,00	23,33
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	3,33	6,67
% dat geen antwoord gaf	10,00	10,00
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Wie kan dit dossier allemaal inkijken?		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
In de toelichting werden volgende zaken aangepast:		
<ul style="list-style-type: none"> - bij elk postnataal contact wordt “mictie” bevraagd (indicator 15 werd in de vorige ronde aanvaard. Hierin werd vermeld welke punten moeten bevraagd worden tijdens de eerste 7 dagen na de bevalling. Er werd door de experts echter wel de opmerking gemaakt dat “mictie” ontbrak.) - bij observatie op indicatie werd “bloeddruk” toegevoegd. (opmerking van de onderzoekers) <ul style="list-style-type: none"> - bij baby werd er een weegmoment toegevoegd: dag 10 tot 14. 		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

ONDERWERP 5

Evaluatie en bijsturen van zorg (de Vos & Graafmans, 2007) (Zorginstituut Nederland, 2012).

Indicator 56

DEFINITIE	Er is een schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem
TOELICHTING	Dit is een procedure voor het implementeren van kwaliteitsverbetering en situeert zich op instellingsniveau.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit indicatoren voor kraamzorg (de Vos & Graafmans, 2007), en evidentie uit indicatoren (Zorginstituut Nederland, 2012) en literatuur (KCE, 2014)

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	53,33	53,33
% dat 4,5 of 6 antwoordde	20,00	20,00
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	0,00	0,00
% dat geen antwoord gaf	26,67	26,67
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Te vaag		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
Elke zorgverlener en instelling moet waken over de kwaliteit van de zorg.		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

Indicator 57

DEFINITIE	Aanwezigheid van een procedure voor het afhandelen van klachten.
TOELICHTING	Een klachtenprocedure ontbreekt momenteel in de postnatale zorg. Voor klachten over artsen kan men zich richten tot de Orde van Geneesheren, echter voor vroedvrouwen en

	kraamverzorgende bestaat geen dergelijke instantie. Bij grotere instellingen kan men zich richten tot de ombudsdienst. De klachtenbehandeling is niet wettelijk vastgelegd.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Bestaande indicator (ADOPT) uit indicatoren voor kraamzorg (de Vos & Graafmans, 2007)

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	8	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	63,33	60,00
% dat 4,5 of 6 antwoordde	20,00	23,33
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	6,67	6,67
% dat geen antwoord gaf	10,00	10,00
OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN		
Procedure binnen de instelling van de experten werden beschreven in de opmerkingen.		
OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS		
/		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

Indicator 58

DEFINITIE	Er is een procedure voor herziening van alle beschikbare zorginhoudelijke richtlijnen en protocollen.
TOELICHTING	Deze protocollen moeten accuraat zijn en evidence based informatie bevatten. Er is een procedure voor herziening aanwezig.
TYPE	Structuur
EVIDENTIE	Aangepaste indicator (ADAPT): evidentie uit indicatoren voor kraamzorg (Zorginstituut Nederland, 2012) en literatuur (KCE, 2014)

ANTWOORDEN EXPERTEN EERSTE RONDE	CRITERIUM 1	CRITERIUM 2
Mediaan*	7,5	7
% dat 7, 8 of 9 antwoordde	53,33	46,67
% dat 4,5 of 6 antwoordde	16,67	13,33
% dat 1, 2 of 3 antwoordde	3,33	13,33
% dat geen antwoord gaf	26,67	26,67
<i>OPMERKINGEN VAN DE EXPERTEN</i>		
Een jaar is te kort.		
<i>OPMERKINGEN VAN DE ONDERZOEKERS</i>		
De indicator werd aangepast aan de opmerking.		
*Mediaan: Het middelste getal als het de getallen op volgorde van klein naar groot zet. Je kan dus zeggen dat 50% van de antwoorden boven de mediaan en 50% van de antwoorden onder de mediaan liggen.		

BIJLAGE 11 RESULTATEN DELPHI-ONDERZOEK

🔗 Indicator en/of toelichting werden aangepast - ⓘ Indicator werd onveranderd aangeboden, voorzien van extra motivering - ✓ indicator aanvaard - ✗ indicator na tweede ronde niet aanvaard

M Mediaan – HT % antwoorden in hoogste tertiel – LT % antwoorden in laagste tertiel

EERSTE DELPHI RONDE						TWEDE DELPHI RONDE						
nr	Indicator	soort	Criterium 1	Criterium 2	Conclusie	Indicator	soort	Criterium 1	Criterium 2	Conclusie		
DOEIN 1 CLIENTGERICHTHEID												
1	De proportie geïndividualiseerde postnatale zorgdossiers die thuis ontwikkeld en gedocumenteerd werd in samenspraak met de toekomstige moeder tijdens de zwangerschap	P	M	7	7	🔗	De proportie moeders bij wie een postnataal zorgplan reeds in de zwangerschap werd uitgewerkt. Dit zorgplan wordt in samenspraak met de toekomstige moeder ontwikkeld.	P	M	8	7	✗
			HT	76,67	60,00				HT	81,82	68,18	
			LT	0,00	3,33				LT	0,00	4,55	
2	Er zijn aantoonbare inspanningen in de laatste drie jaar om postnatale zorgverleners voldoende vaardig te maken en te ondersteunen om adequate postnatale zorg te kunnen bieden aan gezinnen uit verschillende culturen	S	M	7	6	🔗	Er zijn aantoonbare inspanningen in de laatste drie jaar om postnatale zorgverleners voldoende vaardig te maken en te ondersteunen om adequate postnatale zorg te kunnen bieden aan kwetsbare gezinnen	S	M	7	7	✗
			HT	53,33	43,33				HT	59,09	54,55	
			LT	3,33	3,33				LT	0,00	0,00	
3	Er is een aantoonbaar plan van aanpak over kraamzorg op maat van achterstandsgroepen en kwetsbare groepen: alleenstaande moeders, allochtonen, lage sociaal economische status (werkloosheid, laag educatieniveau, financiële beperkingen...), ...	S	M	7	6	🔗	Er is een aantoonbaar plan van aanpak over kraamzorg op maat van achterstandsgroepen en kwetsbare groepen: alleenstaande moeders, lage sociaal economische status (werkloosheid, laag educatieniveau, financiële beperkingen)	S	M	7	7	✗
			HT	60,00	43,33				HT	68,18	54,55	
			LT	0,00	0,00				LT	0,00	4,55	
4	Het percentage moeders dat de postnatale thuiszorg als financieel toegankelijk percipieert.	O	M	8	8	✓			M	8	8	
			HT	76,67	76,67				HT	76,67	76,67	
			LT	0,00	3,33				LT	0,00	3,33	
5	Het percentage moeders waarvan de beschikbare mantelzorg in kaart wordt gebracht.	S	M	7	7	ⓘ		S	M	6,5	6	✗
			HT	63,33	53,33				HT	50,00	45,45	
			LT	13,33	20,00				LT	4,55	0,00	
6	Het percentage moeders bij wie een gebruikerstevredenheidsmeting wordt uitgevoerd aan de hand van een gevalideerd instrument.	P	M	7	7	ⓘ		P	M	7	7	✗
			HT	70,00	70,00				HT	77,27	77,27	
			LT	3,33	6,67				LT	0,00	0,00	
7	De tevredenheid van vrouwen met betrekking tot	O	M	7,5	7	🔗	Enkel toelichting aangepast	O	M	8	7	✗

	postnatale zorg		HT	83,33	73,33				HT	90,91	81,82		
			LT	0,00	0,00				LT	0,00	0,00		
8	Het percentage moeders dat aangeeft dat hun privacy werd gerespecteerd.	P	M	8	8	✓							
			HT	73,33	76,67								
			LT	0,00	3,33								
9	Het percentage moeders dat bij de aanvang van de zorgen schriftelijke en mondelinge informatie ontving met de contactgegevens van de zorgverlener(s), met inbegrip van een 24-uurs permanentie.	P	M	8	7	ⓘ			P	M	8	8	✓
			HT	86,67	80,00					HT	86,36	81,82	
			LT	3,33	6,67					LT	0,00	0,00	
10	Het percentage moeders dat aangeeft dat ze 24/24 tijdens de zorgen op de hoogte was van de manier waarop ze de zorgverlener(s), urgente medische hulp en borstvoedingsbegeleiding kon bereiken.	O	M	8	7,5	✍	Het percentage moeders dat aangeeft dat ze tijdens de zorgen op de hoogte was van de manier waarop ze de zorgverlener(s), waaronder borstvoedingsbegeleiding ten allen tijde konden bereiken.		O	M	8	7	✗
			HT	80,00	63,33					HT	77,27	68,18	
			LT	3,33	3,33					LT	4,55	13,64	
DOMEIN 2 MOEDER													
11	Het zorgdossier bevat een verslag van de algemene, familiale, verloskundige en psychische anamnese	P	M	8	8	✓							
			HT	76,67	80,00								
			LT	3,33	3,33								
12	De incidentie van postnatale mentale gezondheidsproblemen	O	M	8	7	ⓘ			O	M	7,5	7	✗
			HT	86,67	66,67					HT	77,27	54,55	
			LT	0,00	0,00					LT	4,55	4,55	
13	Er is een protocol aanwezig voor het evalueren van de emotionele toestand van de kraamvrouw.	S	M	8	7	✍	Er is een protocol aanwezig voor het evalueren en opvolgen van de emotionele toestand van de kraamvrouw.		S	M	8	7	✗
			HT	70,00	63,33					HT	86,36	72,73	
			LT	6,67	10,00					LT	4,55	4,55	
14	Vermoeidheid gemeten bij kraamvrouwen gedurende de eerste 6 tot 8 weken postpartum.	O	M	8	7	ⓘ			O	M	7	7	✗
			HT	66,67	60,00					HT	63,64	54,55	
			LT	10,00	6,67					LT	4,55	4,55	
15	Er is een zorgprotocol waarin staat dat bij elk postnataal contact met de moeder tijdens de eerste 7 dagen na de bevalling volgende punten worden bevraagd en genoteerd worden in het zorgdossier: perineum - bloedverlies - hoofdpijn - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - kortademigheid of borstpijn - algemeen welzijn - vermoeidheid - ontlasting - hemorrhoiden - griepachtige symptomen - pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten	S	M	8	8	✓	<i>Aan deze indicator werd "mictie" toegevoegd.</i> Er is een zorgprotocol waarin staat dat bij elk postnataal contact met de moeder tijdens de eerste 7 dagen na de bevalling volgende punten worden bevraagd en genoteerd worden in het zorgdossier: perineum - bloedverlies - hoofdpijn - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - kortademigheid of borstpijn - algemeen welzijn - vermoeidheid - ontlasting - mictie - hemorrhoiden - griepachtige symptomen - pijn,						
			HT	83,33	73,33								
			LT	0,00	3,33								

							gevoeligheid en roodheid aan de borsten
16	Er is een zorgprotocol waarin staat dat volgende punten dienen geobserveerd/geëvalueerd te worden op indicatie en genoteerd in het zorgdossier: perineum- baarmoederinvolutie - lochia-temperatuur van de moeder- pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - problemen met mictie of stoelgang.	S	M HT LT	8 83,33 0,00	8 76,67 0,00	✓	<i>Aan deze indicator werd "het meten van bloeddruk" toegevoegd.</i> Er is een zorgprotocol waarin staat dat volgende punten dienen geobserveerd/geëvalueerd te worden op indicatie en genoteerd in het zorgdossier: perineum- baarmoederinvolutie - lochia-temperatuur en bloeddruk van de moeder- pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - problemen met mictie of stoelgang.
17	De proportie Rhesus D negatieve moeders die binnen de 72 uur volgende op de geboorte van een Rhesus D positieve baby, anti-D-immunoglobulines toegediend kregen.	P	M HT LT	9 80,00 3,33	9 83,33 3,33	✓	
18	De proportie kraamvrouwen die tijdens de zwangerschap seronegatief bleek voor rubella (rode hond) en die voor de 8 ^{ste} week postpartum een MMR vaccinatie ontvingen.	P	M HT LT	8 70,00 6,67	8 73,33 6,67	✓	
19	De incidentie van potentieel vermijdbare maternale mortaliteit en morbiditeit.	O	M HT LT	8 80,00 0,00	8 80,00 0,00	✓	
DOMEIN 2 BABY							
20	De proportie neonaten met een serumbilirubinewaarde hoger dan 340 µmol/L	O	M HT LT	8 70,00 0,00	8 66,67 0,00	✓	
21	De proportie neonaten bij wie icterus minimum één keer per dag werd gecontroleerd (visuele beoordeling) gedurende de eerste 72 uur.	P	M HT LT	8 63,33 3,33	8 66,67 3,33	✓	
22	Er is een zorgprotocol aanwezig voor a) de signalering en behandeling van ondervoeding van de neonaat en de verslaggeving hiervan b) volledig onderzoek van de neonaat binnen de 72 uur na de geboorte en op 6 tot 8 weken postnataal	S	M HT	8 83,33	8 80,00	✓	

	fabrikant.		LT	10,00	6,67									
30	De incidentie van potentieel vermijdbare neonatale mortaliteit en morbiditeit.	O	M	8	7	①		O	M	7	7	X		
			HT	73,33	70,00				HT	63,64	59,09			
			LT	10,00	10,00				LT	9,09	9,09			
31	De proportie neonaten, met een moeder die positief HbsAg is, die binnen de 24 uur na de geboorte gevaccineerd wordt voor Hepatitis B en hepatitis B immunoglobulines toegediend krijgen.	O	M	8	8	✓								
			HT	66,67	66,67									
			LT	0,00	0,00									
32	De incidentie van wiegendood	O	M	8	7	①		O	M	7	6	X		
			HT	60,00	56,67				HT	50,00	45,45			
			LT	6,67	3,33				LT	9,09	9,09			
DOMEIN 4 GEZIN														
33	Er is een protocol voor multidisciplinaire samenwerking tussen de betrokken postnatale zorgverleners bij vermoeden van verwaarlozing of misbruik binnen het gezin, of bij een gebrekkige integratie van het kind in het gezin. Dit protocol bevat afspraken over doorverwijzing naar de bevoegde instanties.	S	8	6	8	①		S	M	7	6,5	X		
			73,33	46,67	73,33				HT	77,27	50,00			
			3,33	3,33	3,33				LT	0,00	0,00			
34	De proportie moeders of primaire verzorgers die naar eigen zeggen vond dat de huishoudelijke taken en de verzorging en de opvang van de andere huisgenoten vlot zijn verlopen tijdens de eerste 6 tot 8 weken postnataal .	O	M	8	8	✓								
			HT	73,33	76,67									
			LT	3,33	3,33									
DOMEIN 5 PATIËNTEN-EDUCATIE														
35	Er is een protocol aanwezig met betrekking tot patiënteneducatie. Dit protocol omvat afspraken over timing, inhoud, het documenteren en verantwoordelijke zorgverlener. Volgende onderwerpen komen aan bod in het protocol:	S	8	8	8	✓								

	<p>a) de symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij moeder</p> <p>b) de symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij kind</p> <p>c) het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal)</p> <p>d) de algemene hygiëne en verzorging van de baby (met inbegrip van de fysiologische veranderingen)</p> <p>e) het creëren van een veilige omgeving met inbegrip van veilig slapen</p> <p>f) informatie over borst- en/of flesvoeding</p> <p>g) de voeding en beweging van de moeder</p> <p>h) heropname van seksuele activiteiten en anticonceptie (2 tot 6 weken postpartum).</p>		80,00	70,00	80,00														
			0,00	0,00	0,00														
36	De proportie moeders en/of primaire verzorgers die binnen de 24 uur na de bevalling mondeling en schriftelijk geadviseerd worden over a) het fysiologisch herstelproces van de moeder en b) levensbedreigende symptomen, tekens of condities van moeder en baby, die medische urgentie vereisen voordelen van borstvoeding en van colostrum en het tijdstip van het eerste voedingsmoment.	P	M	8	7														
			HT	76,67	63,33	✍													
			LT	3,33	6,67														
37	Er is bewijs van lokale afspraken over het bepalen van het BMI van de kraamvrouw op 6 tot 8 weken postpartum doorverwijzing voor advies over gezond eten en bewegen van vrouwen met een BMI van 30 of meer	S	M	7	6														
			HT	50,00	40,00	①													
			LT	6,67	13,33														
38	De proportie vrouwen, hun partner of de primaire verzorger van pasgeborenen bij wie veilig slapen wordt besproken a) binnen de 24 uur b) 10 tot 14 dagen na de geboorte c) op 6 tot 8 weken postnataal	P	M	8	8														
			HT	73,33	70,00	✓													
			LT	0,00	3,33														

39	De proportie lacterende moeders die informatie ontving over borstvoeding. De minimale inhoud hiervan is: positie, aanhappen, melkinname door de baby, stuwring, problemen bij het aanleggen, kolven en kolmethoden waaronder manueel afkolven, opbouwen en op peil houden van melkproductie, en bewaren en manipuleren van moedermelk	P	M	8	8	✓										
			HT	83,33	83,33											
			LT	3,33	3,33											
40	De proportie moeders en primaire verzorgers van baby's die kunstvoeding krijgen en die informatie kregen over kunstvoeding met inbegrip van een demonstratie.	P	M	8	8	✓										
			HT	80,00	76,67											
			LT	3,33	3,33											
DOMEIN 6 BORSTVOEDING																
41	De proportie lacterende moeders die borstvoedingsondersteuning vanaf het eerste voedingsmoment ontvangt van zorgverleners die een geëvalueerd, gestructureerd programma gebruiken met als minimumstandaard het Baby Friendly Initiative (BFI)	P	M	8	8	✓										
			HT	80,00	76,67											
			LT	6,67	10,00											
42	De proportie moeders die vroegtijdig stopt met borstvoeding	O	M	7	7	✎					De incidentie van vroegtijdig stoppen met borstvoeding en de reden(en) hiervoor.	O	M	7	7	✗
			HT	70,00	60,00								HT	72,73	59,09	
			LT	3,33	10,00								LT	9,09	18,18	
43	Het borstvoedingspercentage a) bij ontslag vanuit het ziekenhuis, b) 5 tot 7 dagen, c) op 10 tot 15 dagen d) op 6 tot 8 weken en op 16 weken e) 6 maand	O	M	8	8	✓										
			HT	86,67	66,67											
			LT	0,00	0,00											
44	Het percentage exclusieve borstvoeding a) bij ontslag vanuit het ziekenhuis, b) 5 tot 7 dagen, c) op 10 tot 15 dagen d) op 6 tot 8 weken en op 16 weken e) 6 maand	O	M	8	7	ⓘ						O	M	7	7	✗
			HT	76,67	60,00								HT	77,27	54,55	
			LT	0,00	6,67								LT	9,09	9,09	
45	Inzet van een lactatiekundige, indien van toepassing, is standaard opgenomen in de zorgverlening	S	M	6	7	✎	Inzet van lactatiekundigen, voor specifieke indicaties, is opgenomen in het borstvoedingsbeleid.	S	M	7	6	✗				
			HT	46,67	50,00				HT	59,09	40,91					
			LT	20,00	16,67				LT	0,00	0,00					
DOMEIN 7 CONTINUÏTEIT VAN ZORG																

46	Het eerste postnataal contact vindt plaats binnen de eerste 24 uur na de bevalling	P	M	9	8	✓											
			HT	80,00	73,33												
			LT	3,33	3,33												
47	De proportie moeders die minder dan 72 uur in het ziekenhuis verbleven na de bevalling en die binnen de 24 na ontslag thuis opgevolgd werden door een gekwalificeerd zorgverlener.	P	M	9	9	✓											
			HT	93,33	86,67												
			LT	0,00	0,00												
48	De proportie baby's, die minder dan 72 uur na de geboorte in het ziekenhuis verbleef of die bij ontslag geen pediatriesch consult kreeg, die na ontslag en binnen de 10 dagen postpartum door een pediater werd onderzocht.	P	M	7	7	✍	De proportie baby's, die minder dan 72 uur na de geboorte in het ziekenhuis verbleef of die bij ontslag geen pediatriesch consult kreeg, die na ontslag en binnen de 10 dagen postpartum door een pediater of een huisarts werd onderzocht.	P	M	7	7	✗					
			HT	63,33	60,00												
			LT	13,33	10,00												
49	De proportie moeders die op 6 tot 8 weken postpartum aangeeft geen tegenstrijdige informatie te hebben ontvangen van de postnatale zorgverleners.	P	M	7,5	7	①		O	M	7	6	✗					
			HT	70,00	56,67												
			LT	3,33	10,00												
50	Er is bewijs van lokale protocollen voor de overdracht van zorg tussen klinische sectoren en zorgverleners en er is een procedure voor herziening.	S	M	8	8	✓											
			HT	80,00	70,00												
			LT	3,33	6,67												
51	De proportie moeders en/of baby's die een zorgcoördinator had tijdens het postpartum.	P	M	8	7	①							P	M	7	7	✗
			HT	60,00	60,00												
			LT	6,67	6,67												
52	De proportie moeders wiens zorgverlener deel uitmaakt van het multidisciplinair perinataal netwerk rond elke (toekomstige) moeder en kind, en toegang heeft tot het Elektronisch Moederschapsdossier (EMD) dat deel uitmaakt van het Globaal Medisch Dossier.	S	M	8	6	①		S	M	7	6,5	✗					
			HT	60,00	40,00												
			LT	3,33	13,33												
53	De proportie baby's die binnen de 3 dagen na de geboorte over een opvolgdossier (geboorte tot leeftijd van 5 jaar) beschikt, dat toegankelijk is voor alle perinatale zorgverleners.	P	M	8	7	①		P	M	8	6	✗					
			HT	66,67	56,67												
			LT	3,33	6,67												
54	De proportie moeders en hun baby's die een geïndividualiseerd en gedocumenteerd zorgdossier hebben dat bij elk postnataal contact geëvalueerd wordt.	P	M	8	7	✍	Enkel toelichting aangepast	P	M	8	7	✗					
			HT	76,67	60,00												
			LT	3,33	6,67												
55	Elke postnatale zorgverlener kan aantonen dat	S	M	8	8	✓											

	zij/hij voldoet aan regelmatige bijscholing, vastgelegd door een wettelijke procedure of aangepast aan zijn/haar vooropleiding.		HT	80,00	80,00							
			LT	6,67	3,33							
56	Er is een schriftelijk vastgelegd kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem	S	M	8	7	ⓘ		S	M	7,5	7	✗
			HT	53,33	53,33			S	HT	68,18	59,09	
			LT	0,00	0,00			S	LT	0,00	0,00	
57	Aanwezigheid van een procedure voor het afhandelen van klachten.	S	M	8	7	ⓘ		S	M	7	7	✗
			HT	63,33	60,00			S	HT	72,73	59,09	
			LT	6,67	6,67			S	LT	4,55	4,55	
58	Het percentage beschikbare zorginhoudelijke protocollen waarvan minder dan 1 jaar geleden (opnieuw) is vastgesteld dat ze gebaseerd zijn op de nieuwste zorginhoudelijke kennis en inzichten.	P	M	7,5	7	✍	Er is een procedure voor herziening van alle beschikbare zorginhoudelijke richtlijnen en protocollen.	S	M	7	7	✗
			HT	53,33	46,67			S	HT	77,27	63,64	
			LT	3,33	13,33			S	LT	0,00	0,00	

BIJLAGE 12 OPMERKINGEN EXPERTEN TWEEDE DELPHI-RONDE

INDICATOR 1	<p><i>“In mijn praktijk doe ik dit reeds bij elke zwangere: samen overlopen hoe ze haar kraambed wenst, plus info huisarts, kraamhulp, algemene organisatie etc. Ook haar contextuele situatie wordt in het dossier vermeld.”</i></p> <p><i>“moeilijk haalbaar tijdens huisbezoeken, en het is niet omdat zoiets wordt opgesteld, de kwaliteit zal verbeteren.”</i></p>
INDICATOR 2	<p><i>“‘Aantoonbare inspanningen’ is zeer vaag en erg ruim.”</i></p> <p><i>“drempelvrees blijft een reëel probleem voor kwetsbare gezinnen.”</i></p> <p><i>“onduidelijk hoe indicator kan gemeten worden.” (2x)</i></p>
INDICATOR 3	<p><i>“Wat wordt bedoeld met ‘kraamzorg’? Is dat de medische opvolging of de ‘kraamhulp’ of een combinatie van beide?”</i></p>
INDICATOR 5	<p><i>“Mantelzorgers zijn zeer belangrijk als ondersteuning wat betreft de praktische organisatie van het jonge gezin . Al is het maar om eens te koken, een wasje te doen of op de oudere kinderen te passen.”</i></p> <p><i>“mantelzorg is moeilijk in kaart te brengen. aanwezigheid van mantelzorg draagt niet altijd bij tot verhogen van de kwaliteit van kraamzorg.”</i></p> <p><i>“opnieuw erg moeilijk te meten”</i></p>
INDICATOR 6	<p><i>“Tevredenheid is inderdaad niet gelijk aan kwaliteit, toch is het een indicator voor het soort zorg dat je verleend hebt én vertelt het iets over de relatie tussen de cliënt en hulpverlener (moeder en vroedvrouw in dit geval)We vragen niet genoeg naar hoe ze onze zorg ‘ervaren’ hebben (feedback over onze zorg), dus zou goed zijn dit in de toekomst standaard te doen.”</i></p>
INDICATOR 9	<p><i>“Ook al is de 24 uren permanentie niet haalbaar voor zorgverleners, dan nog is het belangrijk dat de patiënt weet dat hij bij ernstige problemen contact opneemt met de huisarts van wacht of de spoedafdeling.”</i></p> <p><i>“24uurs permanentie is wel haalbaar als je in een goede praktijk werkt, dit vinden wij zelf ook belangrijk om te kunnen garanderen! geeft de mensen zelf ook een veiliger gevoel.”</i></p>
INDICATOR 10	<p><i>“24 uren beschikbaarheid voor borstvoedingsproblemen vind ik totaal niet nodig gezien de werkdruk bij zelfstandige vroedvrouwen, is de nacht er om te slapen of om een bevalling te begeleiden. Borstvoedingsproblemen kunnen overdag behandeld worden.”</i></p> <p><i>“Ik denk dat het niet altijd haalbaar is om 24u bereikbaar te zijn, maar dat de zorgverlener wel moet doorverwijzen waar de zorgvragen terecht kan voor vragen indien zijzelf niet bereikbaar is...”</i></p>
INDICATOR 12	<p><i>“De incidentie van mentale problemen zegt niks over de kwaliteit van zorg ! Mentale problemen kunnen een zeer lange ontstaansgeschiedenis en achterliggende psychosociale problematiek hebben. Indien de vroedvrouw mentale problemen vastgesteld, heeft ze inderdaad goed aan ‘diagnosestelling’ gedaan. (ik zou eerder spreken over: goed opgemerkt- de diagnosestelling vind ik eerder het domein van artsen of gespecialiseerde psychologen.”</i></p> <p><i>“Kind en Gezin gaat nu ook starten met systematisch bevragen van het psychisch welbevinden adhv de 3 vragen uit de NICE-guidelines.”</i></p>

	<p>gezien de beperkte tijdsperiode van kraamzorg tot 6-8 weken na de bevalling is deze indicator moeilijk mee te nemen aangezien postpartumdepressie ook na aantal maanden pas kan optreden.</p> <p>“Jullie geven bij opmerkingen zelf ook aan dat het niet duidelijk is of stijging van incidentie te wijten is aan minder goede begeleiding. De indicator meet dan misschien wel wat er verwacht wordt, maar is daarom in de praktijk misschien minder bruikbaar aangezien andere factoren de indicator kunnen beïnvloeden.”</p> <p>Ik vraag me dan wel af of er bij vermoeden tot mentale gezondheidsproblemen niet vaker op zoek gegaan wordt naar postnatale hulpverlening, waardoor het percentage moeders met mentale problemen juist hoger ligt bij de groep moeders die postnatale zorgen krijgt...</p>
INDICATOR 13	<p>“Sommige vrouwen zijn langer dan 14 dagen neerslachtig of depri ma daarom is er nog ni direct spraken van verdere opvolging...wij houden dit in de gaten!”</p> <p>“nood aan een duidelijk en gevalideerd protocol.”</p>
INDICATOR 14	<p>“wij zorgen ervoor dat de moeders knn uitrusten en bijslapen!”</p> <p>“niet 'meten' eerder bevragen en erover praten.”</p> <p>“blijven investeren in betere en financiële haalbare moederschapsrust; België voldoet niet aan de Europese aanbevelingen .”</p>
INDICATOR 24	<p>“dagelijks wegen hoeft niet tenzij het een prematuur is of de baby moeilijk bijkomt...”</p> <p>“het is niet omdat de vroedvrouw de baby wel of niet weegt, dat ze kwalitatievere zorg verleent. er zijn ook andere indicatoren om te zien of baby in goede voedingstoestand verkeerd. gewichtscontrole moet op eigen verantwoordelijkheid van de vroedvrouw gebeuren en op gepaste momenten, niet op vanbuiten af opgelegde momenten.(bv rekening houden met baby die slaapt, indien gewicht dag ervoor goed was.”</p> <p>“basisvorming met meer nadruk op de fysiologie van het gewicht en dit volgens de voeding van de neonaat!</p> <p>“</p> <p>“lijkt me niet goed om specifiek die dagen te gebruiken. Geen evidentie voor. Meten op 1 maand lijkt me niet nodig en gebeurt ook op kind en gezin. Dag 3 en 5 : moet er dan altijd een vroedvrouw thuis meten ?”</p>
INDICATOR 32	<p>“de regels van kind en gezin hieromtrent worden sterk overdreven en ze gn de moeders ongerust maken ipv gerust te stellen!!!! Gewoon gezond verstand gebruiken!”</p> <p>“wiegedood ligt niet aan de kwaliteit van zorg, wel aan de mate waarin preventie gegeven is.”</p> <p>“de incidentie van wiegedood is niet enkel afhankelijk van de kwaliteit van de zorgverlening postnataal. De postnatale zorgverlening draagt er uiteraard toe bij maar de preventie loopt over de hele babytijd.”</p> <p>“Wegens het lage cijfer van wiegedood stel ik me vragen bij de gevoeligheid van deze indicator. Daarbij denk ik dat het belangrijker is na te gaan in welke mate de hulpverlener op de hoogte is van de preventieve maatregelen, en in welke mate dit besproken wordt met het gezin...”</p>
INDICATOR 36	<p>“Bv mag gepromoot worden maar de keuze ligt nog steeds bij de moeder en moet ook gerespecteerd worden!!”</p> <p>“naar eigen zeggen' van de moeder is inderdaad moeilijk te achterhalen...checklijstje erbij en afvinken dan ? moeders vlak na bevalling onthouden niet goed...”</p>
INDICATOR 37	<p>“een zwaarlijvige vrouw zou voor de zwangerschap overtollige kilos moeten kwijt raken om nadien een "gezonde" zwangerschap te hbb.”</p> <p>“in zwangerschap of pp over gezonde voeding spreken is belangrijk. BMI meten hoeft niet bij iedereen, eventueel enkel in geval van duidelijk overgewicht”</p> <p>“maatschappelijk probleem en financieel want voor dietiste geen terugbetaling”</p>

INDICATOR 42	<p><i>“er is altijd een rede waarom mama's stoppen met de BV en dit is hun keuze en moet ook weer gerespecteerd worden!”</i></p> <p><i>“moeder kan véél uiteenlopende redenen hebben om te stoppen, los van de kwaliteit van je zorg. Moeder begeleiden in dat proces is belangrijker dan de cijfers, wie is nu gestopt en wie niet en waarom...”</i></p> <p><i>“In welke mate is dit goed te meten. Als de moeder van plan was 2 jaar te voeden en ze toch stopt op 5 maanden, is dat dan 'vroegtijdig stoppen' en wie zal dit meten? Vroegtijdig stoppen is een zeer rekbaar begrip.”</i></p> <p><i>“hoe wordt reden van stoppen geëvalueerd in de indicator?”</i></p>
INDICATOR 44	<p><i>“teveel moeders stoppen te snel in de kliniek omdat ze er ni genoeg van afweten.”</i></p> <p><i>“Eenduidigheid nodig in registratie. Wat is bijvoorbeeld "exclusief?” is dit ook indien er ooit een flesje KV gegeven werd?”</i></p> <p><i>“vergelijking tussen de outcome van indicator 43 en 44 kan ook belangrijk beeld geven!”</i></p>
INDICATOR 45	<p><i>“vroedvrouwen kunnen prima borstvoedingen begeleiden. Lactatiekundige moet beschikbaar zijn indien gewone zorg er niet uit geraakt. Bedoelen jullie dat in elke sit. lactatiekundige ingezet moet worden ? niet akkoord dan”</i></p> <p><i>“Ook wij als kraamhulp worden steeds opgeleid om de moeders te helpen met de Bv!”</i></p> <p><i>“Zoals ik reeds eerder opmerkte moet dat geen 'lactatiekundige' zijn maar een zorgverlener die ervaren en bekwaam is in borstvoedingsbegeleiding. Lactatiekundigen moeten de zorgverleners omkaderen maar niet de zorg zelf doen. Lactatiekundige is ook nog geen erkend beroep. Welke criteria stelt men hiervoor. Iemand die een postgraduaat lactatiekunde gevolgd heeft maar zich in 10 jaar niet bijgeschoold heeft, kan zich nog steeds lactatiekundige noemen. Lactatiekundige IBCLC is een internationale standaard voor lactatiekundigen. Lactatiekundigen die IBCLC zijn moeten elke 5 jaar opnieuw certificeren.”</i></p> <p><i>“ook als kraamverzorgende kan je de mama ondersteunen in de borstvoeding, en na een jarenlange ervaring weet je ook wel hoe `borstvoeding` werkt.”</i></p> <p><i>“basisopleiding vroedvrouw en geneesheer gaat teweinig in op borstvoeding.Lactatiekunde is een specialisatie met internationale erkenning maar jammer genoeg niet erkend in Belgie!!!!”</i></p> <p><i>“ik heb het gevoel dat lactatiekundigen vaak ook geen antwoord weten op complexe situaties”</i></p> <p><i>“Een lactatiekundige moet beschikbaar zijn indien het borstvoedingsprobleem van die aard is dat de vroedvrouw het zelf niet kan oplossen of aanpakken. Dit kan ook een samenwerkingsverband zijn met een zelfstandige lactatiekundige en het hoeft niet altijd een doorverwijzing te zijn. De vroedvrouw kan ook zelf te rade gaan bij de lactatiekundige zonder de vrouw door te verwijzen. Dit is afhankelijk van de situatie natuurlijk.”</i></p>
INDICATOR 48	<p><i>“elke baby wordt onderzocht door een pediater voor die het zh verlaat!!”</i></p>
INDICATOR 49	<p><i>“geen tegenstrijdige info betekent dat er beter afgestemd is...wel zeer moeilijk realiseerbaar in de praktijk vrees ik.”</i></p> <p><i>“vele geven info aan de hand van hun eigen ervaringen en die is heel verschillend! Jonge mensen hebben nog niet de ervaring van iemand die al vele jaren in het `vak` staat.Is hun advies daarom `niet goed`.Nee, maar het word niet zo goed opgevolgd.”</i></p> <p><i>“consultatiemomenten in Belgie zijn kort, vaak wordt er geen tijd genomen om deze zaken te bespreken.Doorverwijzing naar vroedvrouw wordt nog te vaak als concurrentie gezien! “</i></p>
INDICATOR 51	<p><i>“akkoord indien deze coördinator de vroedvrouw zelf mag zijn. weer een nieuwe hulpverlener hiervoor lijkt me niet aangewezen. weet niet of huisarts of gyn.hier tijd voor hebben/kunnen maken.”</i></p> <p><i>“Zou een goede indicator kunnen zijn, al veronderstel ik dat de cijfers heel erg laag liggen, ik denk dat er</i></p>

	<i>nog maar zeeeeer weinig mensen een zorgcoördinator hebben, en dan komt de betrouwbaarheid in gedrang. Al zou het idealiter wel zo moeten zijn.</i>
INDICATOR 52	<i>“Haalbaarheid voorlopig moeilijk vermits het er nog niet is maar toch de wens is van zeer veel zorgverleners. Dit is een probleem waarop we botsen in elk multidisciplinair overleg.” “als kraamverzorgende zullen wij daar spijtig genoeg geen inzicht in krijgen” “haalbaar en betaalbaar EMD ten kosten van de hulpverlener of aangeboden door de overheid 'regering Michel'.” “Zou idealiter zou moeten zijn, maar zal voor vroedvrouwen nog enige tijd duren denk ik...”</i>
INDICATOR 53	<i>“kindboekje werkt prima (alleen vult niet iedereen het in)” “Ja, het is nodig dat dit binnen de 3d gestart wordt voor goede follow-up thuis!” “inderdaad, maar al te vaak zijn er buiten de geboortegegevens geen verdere gegevens meegegeven met de ouders, maar ook vroedvrouwen houden maar al te vaak hun gegevens zelf bij” “extra administratie-uniformiteit dient nagestreefd te worden. één identiek systeem”</i>
INDICATOR 54	<i>“een goede anamnese en zelfde persoon die de nazorg verricht geeft een vlottere zorg waarbij niet alle punten dienen overlopen te worden.” “enkel voor vroedvrouwen relevant, niet voor kraamzorg”</i>
INDICATOR 56	<i>“Het kwaliteitssysteem mag niet beperkt worden per instelling maar moet instellingsoverschrijdend zijn. De multidisciplinaire samenwerken, de manier waarop de samenwerking tussen eerste en tweede lijn georganiseerd wordt maakt daar ook deel van uit.”</i>
INDICATOR 57	<i>“ook wij als kraamzorg worden in elk gezin geevalueerd en bij klachten kun ze contact opnemen met den bureau!”</i>