Perinatale opvolging in een WGC

Voorstel tot protocol en implementatie

Katrien Duquet, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Brigitte Schoenmakers, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2017

Abstract

Perinatale opvolging in een WGC: voorstel tot protocol en implementatie

HAIO: Katrien Duquet, Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, Katholieke Universiteit Leuven
Praktijkopleider: Dr. Luigi Genevrois, WGC De Ridderbuurt

Inleiding

In 2015 werden in Vlaanderen 63877 kinderen geboren. In de meerderheid van de gevallen een heuglijke gebeurtenis maar in sommige gevallen ook een medische/en of psychosociale uitdaging. Het zorgaanbod, hoewel over het algemeen goed en kwaliteitsvol, is sterk versnipperd over de verschillende diensten. Een zorgprotocol voor perinatale opvolging, geïnspireerd op het principe 'one-stop-shop', met een complementaire rol voor en vlotte doorverwijzing tussen de verschillende disciplines, zou de zwangerschapsopvolging kunnen optimaliseren. Dit werd toegepast in de multidisciplinaire setting van wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt en het effect ervan werd onderzocht.

Onderzoeksvraag

Er werd onderzocht of de doorstroom van nieuwe zwangeren naar dit zorgprotocol lukte en of deze vrouwen erin slaagden op de vooropgestelde momenten op afspraak te komen. Na afloop van de onderzoeksperiode werd deze opvolging geëvalueerd door het zorgteam.

Methode

De patiëntenpopulatie bestond uit vrouwen, ingeschreven in WGC De Ridderbuurt, die zich tijdens de onderzoeksperiode aanmeldden met een nieuwe, laagrisico zwangerschap. De populatie hulpverleners bestond uit artsen, vroedkundigen, kinesitherapeuten en maatschappelijk assistenten in WGC De Ridderbuurt. Aan de hand van een vooraf opgestelde interne visietekst en de huidige richtlijnen inzake zwangerschapsopvolging werd een multidisciplinair protocol opgesteld. Als uitkomstmaat bekeek men hoeveel vrouwen effectief volgens het protocol werden opgevolgd en of zij erin slaagden op de vooropgestelde momenten op afspraak te komen. Het zorgteam gaf bijkomend via een online vragenlijst feedback over de vernieuwde zwangerschapsopvolging.

Resultaten

Van de doelgroep koos 85% voor gedeelde opvolging volgens het opgesteld protocol. Voor de implementatie koos slechts 53% voor gedeelde opvolging. De patiënten kwamen gemiddeld even goed op de vooropgestelde momenten op afspraak al ervoor. Voornamelijk voor prenatale kinesitherapie was de opkomst nog laag met 44% voor de implementatie en 32% erna. Na implementatie kwam een groter percentage vrouwen terecht bij de maatschappelijk assistente voor extra ondersteuning.
De vragenlijst werd door alle 21 leden van het zorgteam ingevuld. De meerderheid evalueerde het protocol als een verbetering, 2 personen hadden geen mening en niemand vond het een achteruitgang. Iedereen verkoos er in de toekomst, al dan niet mits enkele aanpassingen, mee verder te gaan.

Conclusie

Dit praktijkverbeterend project zorgde voor een toename van het aantal patiënten dat koos voor gedeelde zwangerschapsopvolging. De vrouwen kwamen ongeveer even goed op de vooropgestelde momenten op afspraak als ervoor. Bij het zorgteam was er een gevoel van kwaliteitsverbetering.

E-mail: duquet.katrien@gmail.com

Inhoudstafel

Abstract 0
Inleiding 3
Methoden 4
Onderzoekspopulatie 4
Design: opstellen en implementeren protocol 5
Uitkomstmaten 5
Medicolegaal en ethisch aspect 6
Resultaten 6
Perinatale opvolging 6
Evaluatie door zorgteam 9
Discussie 10
Perinatale opvolging 10
Evaluatie zorgteam 12
Suggesties voor de toekomst 12
Besluit 14
Referenties 15
Dankwoord 16
Bijlagen 17
Bijlage 1: Toelichting bij protocol 17
Bijlage 2: Protocolschema zwangerschapsopvolging 18
Bijlage 3: Patiënteninfo zwangerschapsopvolging 24
Bijlage 4: Draaiboek huisarts 26
Bijlage 5: Draaiboek vroedvrouw 30
Bijlage 6: Draaiboek verpleging 35
Bijlage 7: Afspraken PAREL 36
Bijlage 8: Draaiboek maatschappelijk werk 37
Bijlage 9: Advies Ethische Commissie 39

Inleiding

In 2015 werden in Vlaanderen 63877 kinderen geboren[1]. (1) In de meerderheid van de gevallen een heuglijke gebeurtenis, maar in sommige gevallen ook een medische en/of psychosociale uitdaging. Hoewel een zwangerschap niet gemedicaliseerd moet worden, is een degelijke opvolging noodzakelijk om medische en/of psychosociale problemen te voorkomen of vroegtijdig op te sporen. Mede in kader van de recente maatregelen in verband met verkorte ligduur na bevalling[2] wordt het belangrijker deze opvolging prenataal goed te organiseren zodat we postpartaal niet voor verrassingen komen te staan. (2) De eerste lijn speelt hierin dan ook meer dan ooit een zeer belangrijke rol en is goed geplaatst voor de perinatale begeleiding van een laagrisicozwangerschap[3]. (5)

Waar de medische opvolging van de zwangerschap in België over het algemeen goed en kwaliteitsvol verloopt, is het zorgaanbod ook sterk versnipperd over verschillende organisaties en diensten.[4] De zorgafspraken voor een gedeelde opvolging tussen gynaecoloog en huisarts of vroedvrouw zijn weliswaar redelijk goed gemaakt. (5,7) Er ontbreken echter disciplines in deze zorgafspraken en ook de onderlinge verwijzing tussen huisarts en vroedvrouw ontbreekt.

De gemiddeld sociaal-economische achterstand in de patiëntenpopulatie van de wijkgezondheidscentra (oa. WGC De Ridderbuurt waar dit onderzoek doorgaat) brengt bijkomende uitdagingen met zich mee. Inzetten op een verbetering van educatie over de lichamelijke veranderingen tijdens de zwangerschap en de sociale formaliteiten en voordelen is dan ook van het grootste belang.

In navolging van enkele andere Leuvense praktijken[5] en in anticipatie op de verkorte ligduur na bevalling werd er dan ook besloten vroedvrouwen in te schakelen in de perinatale opvolging. Een deel van de zorg van de huisarts wordt hierbij gedelegeerd aan de vroedvrouw[6]. Zij consulteren in

[1] Geboorte van een kind, levend of dood, van >=500g of van >=22w bij onbekend geboortegewicht

[2] Voorstel van minister van volksgezondheid Maggie De Block in het Federaal regeerakkoord uit 2014. Waar in buurlanden de gemiddelde ligduur na bevalling 3 dagen is, is dit voor Belgische vrouwen gemiddeld 4,6 dagen. In Leuven loopt hieromtrent momenteel ook het pilootproject Kort in Kraamkliniek (KIK).

[3] Een laagrisicoprofiel, of normale zwangerschap, kan worden gedefinieerd als de afwezigheid van elk identificeerbaar risico dat bijkomende zorg of maatregelen noodzaakt. Het IMA (Intermutualistisch Agentschap) gebruikt hiervoor leeftijdscriteria, jonger dan 16 en ouder dan 40 jaar, het genieten van verhoogde tegemoetkoming en geneesmiddelenconsumptie die kan wijzen op een co-morbiditeit. In 2005 bedroeg het aantal zwangerschappen met een verhoogd risico in Vlaanderen 16%, in 2010 15,5%. (3,4)

[4] De Koning Boudewijnstichting stelt in een rapport uit 2013: “De perinatale zorg bestaat uit ‘eilandjes van goede praktijk’.“ (6)

[5] In kader van het VRINDSCHAP project zijn 2 huisartspraktijken in Leuven, de Universitaire Groepspraktijk en Brugberg, een structurele interne samenwerking aangegaan met vroedvrouwenpraktijk De Bakermat. De mate van zorgsubstitutie is hier weliswaar beperkter, de huisartsen zien de patiënten nog viermaal na de vaststelling van de zwangerschap.

[6] WGC De Ridderbuurt ontwikkelde in het verleden al verschillende therapeutische en diagnostische protocollen, waarbij mogelijke taken van de arts aan andere disciplines werden gedelegeerd. Deze zorgsubstitutie zorgde oa voor goede resultaten bij de opvolging van diabetici, GMD+ consulten en bij het

het WGC en maken gebruik van de derdebetalersregeling om laagdrempeligheid te garanderen. Ze detecteren kwetsbare moeders en verwijzen naar een maatschappelijk assistente voor extra ondersteuning en eventuele PAREL[7] coaching.

Dit zorgverleningsproces is geïnspireerd op het principe 'one-stop-shop'.[8] Volgens dit principe kan ook het zwangerschapszorgpad aangepast worden met een complementaire rol voor gynaecoloog, huisarts, vroedvrouw, maatschappelijk werker en kinesitherapeut en een doorgedreven multidisciplinaire samenwerking.

Volgende onderzoeksvragen werden hier gesteld:

- Lukt de doorstroom van nieuwe zwangeren in WGC De Ridderbuurt naar het opgesteld zorgprotocol en slagen de vrouwen erin op de vooropgestelde momenten op afspraak te komen?
- Hoe wordt dit protocol geëvalueerd door het zorgteam[9] van WGC De Ridderbuurt?

Methoden

Onderzoekspopulatie

De patiëntenpopulatie bestond uit de vrouwen, ingeschreven in WGC De Ridderbuurt, die zich tijdens de onderzoeksperiode aanmeldden met een nieuwe, laagrisico[10] zwangerschap. Niet-ingeschreven zwangeren die op eenmalig dringend consult kwamen, werden geëxcludeerd. Ook patiënten die al zwanger waren voor de start van het onderzoek werden geëxcludeerd.

De populatie hulpverleners bestond uit de artsen, vroedkundigen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en maatschappelijke assistenten uit WGC De Ridderbuurt die het protocol mee tot uitvoering brachten.

---

anticonceptiebeleid. Hier waren de artsen en verpleging waren over het algemeen tevreden en haalden voldoening uit hun nieuwe of aangepaste taken. (8,9)

[7] PAREL (Perinataal Aanbod Regio Leuven): Leuvense hulpverlening bij zwangerschap en vroeg ouderschap, extra ondersteuning voor (kwetsbare) zwangeren. 'Kwetsbare zwangeren' worden bij voorkeur aangemeld in het PAREL project, om meer intensief en aanklampend begeleid te worden. WGC De Ridderbuurt heeft een engagement aangegaan om te voorzien in een interne PAREL coach. Meer info op www.pareleuven.be .

[8] De Koning Boudewijnstichting stelt, in haar rapport uit 2013 inzake perinatale zorgen voor kwetsbare gezinnen, dat dit laagdrempeligheid en vlotte(re) doorverwijzing garandeert. Bovendien creëert het een dynamiek die kan leiden tot nieuwe samenwerkingsinitiatieven. (6)

[9] In casu: huisarts, vroedvrouw, verpleegkundige, maatschappelijk werker en kinesitherapeut

[10] Gezien het protocol tot specifiek doel had de opvolging van de 'kwetsbare zwangere' te verbeteren en het hoge percentage patiënten met een verhoogde tegemoetkoming in WGC De Ridderbuurt, werden deze zwangeren, in tegenstelling tot door het IMA, niet beschouwd als hoog risico.

Design: opstellen en implementeren protocol

Visietekst

Voorafgaand aan het onderzoek en het uitwerken van het protocol werd een visietekst over de perinatale zorgen in het WGC opgesteld. Hiermee werd uiteraard rekening gehouden bij het opstellen van het protocol. De werkpunten en vragen die hierin door het zorgteam naar voren kwam waren:

- Onduidelijkheid over gelijklopen medische opvolging en registratie bij verschillende artsen
- Grote tijdsinvestering van artsen voor verpleegkundige taken
- Beperkte kennis over formaliteiten en sociale voordelen door patiënten (zwangerschapsverlof, geboortepremie, kinderopvang, …)
- Niet structurele inschakeling van kinesitherapeuten bij zwangerschapsvoorbereiding
- Verpleging en kinesistherapeuten die geconfronteerd worden met veel praktische zwangerschapsgerelateerde vragen van patiënten

Deze werkpunten kwamen meer tot uiting bij patiënten zonder duidelijke vaste arts tijdens de zwangerschap, wat het belang hiervan in de verf stelde.

Opstellen en implementeren protocol

Het protocol werd opgesteld aan de hand van de huidige richtlijnen inzake zwangerschapsopvolging en de reeds werkzame protocollen in andere praktijken en wijkgezondheidscentra. (5,7,11)

Met behulp van hyperlinks en een draaiboek voor elk discipline op elk moment van de zwangerschap werd de nadruk gelegd op de vlotte doorverwijzing tussen de verschillende disciplines. (zie bijlage 1-8) De specifieke noden[11] van de patiëntenpopulatie van het WGC werden in rekening gebracht en er werd overlegd met de verloskundige diensten van de plaatselijke ziekenhuizen.

Het protocol werd eerst voorgelegd aan de perinatale werkgroep van het wijkgezondheidscentrum[12]. Op basis van hun opmerkingen gebeurden bijsturingen waar nodig. Vervolgens werd het voorgesteld aan het ganse multidisciplinair zorgteam van WGC De Ridderbuurt alvorens van start te gaan.

Uitkomstmaten

Er werd een audit op het EMD uitgevoerd binnen het tijdsvenster van 1 maart tot 31 december 2016. Hiermee werd gezocht naar nieuwe zwangeren die effectief werden opgevolgd volgens het protocol. Er werd nagegaan of deze zwangeren de gemaakte afspraken naleefden.

Dit werd getoetst aan een audit binnen een tijdsvenster voor invoering van het protocol, van 1 maart tem 31 december 2015.

Aan het einde van de onderzoeksperiode kregen de zorgverleners een vragenlijst met meerkeuzevragen. Hiermee werd de tevredenheid nagegaan[13] en de wens om ermee verder te gaan. Per vraag werd er ruimte voor feedback en/of suggesties voorzien in vrije tekst.

[11] De patiëntenpopulatie van WGC De Ridderbuurt bestaat voor een groot deel uit kansengroepen. In 2015 genoot 53% van de ingeschreven patiënten een voorkeursstatuut van het RIZIV. (10)

[12] Interne werkgroep om de perinatale zorg te optimaliseren waarin er vertegenwoordiging is van 2 artsen, een verpleegkundige, een maatschappelijk assistente, een kinesitherapeut en de 2 vroedvrouwen

Medicolegaal en ethisch aspect

De studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven. Er werd geen geïnformeerde toestemming ondertekend aangezien de interventie een voorzetting was van de standaardbehandeling. De data van de patiënten werden vertrouwelijk verwerkt.

Resultaten

Perinatale opvolging

Gedurende de onderzoeksperiode van 10 maanden werden in 2016 58 zwangerschappen vastgesteld, in 2015 waren dit er 75. (tabel 1) Respectievelijk werden er hier 16 en 39 zwangerschappen van beëindigd, per arte provocatus of spontaan. Zwangeren met een verhoogd risico, respectievelijk 6 en 2 patiënten, stroomden niet in in het protocol voor gedeelde opvolging. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was zowel tijdens de onderzoeksperiode in 2016 als in 2015 30 jaar.

Van de zwangere vrouwen met een laag risico koos er 32% meer voor gedeelde opvolging met het WGC na invoering van het protocol. Na implementatie van het protocol koos 85%(34/40) hiervoor , waar dit bij de controlegroep slechts 53%(16/30) was. In absolute aantallen kozen evenveel vrouwen voor exclusieve opvolging in het ziekenhuis, procentueel was deze groep iets groter in 2015. Minder vrouwen kozen voor gedeelde opvolging met een externe vroedvrouw na invoering van het protocol.

In de ziekenhuiskeuze zagen we dat tijdens de onderzoeksperiode in 2016 ‘slechts’ 48% (19/40) voor UZ Leuven koos waar dit in 2015 67% (20/30) was.

[13] Er werd gevraagd naar de subjectieve ‘verbetering’ van zorg en het voldoende wegwerken van eerdere werkpunten (vooropgesteld in de visietekst).

Tabel 1. Vastgestelde zwangerschappen

	2015	2016
Gemiddelde leeftijd	30	30
Aantal vastgestelde zwangerschappen	75	58
Aantal beëindigd	39	16
- **Abortus provocatus**	22	7
- **miskraam**	17	9
Hoogrisico	6[14]	2[15]
Laagrisico	30	40
Gedeelde opvolging met WGC	16 (53%)	34 (85%)
Gedeelde opvolging met externe vroedvrouw	9 (30%)	3 (7,5%)
Opvolging exclusief in ziekenhuis	3 (10%)	3 (7,5%)
Geëxcludeerd	2[16]	0
Ziekenhuis van opvolging (laagrisico)		
UZ Leuven	20 (67%)	19 (48%)
Heilig Hart Leuven	8 (27%)	20 (50%)
Ander	1 (3%)	1 (2%)
Ongekend	1 (3%)	0

We kijken hier verder naar de patiënten met een laagrisico zwangerschap die kozen voor gedeelde opvolging met het wijkgezondheidscentrum. (tabel 2)

Patiënten kwamen gemiddeld ongeveer even goed op de vooropgestelde momenten op consultatie, respectievelijk 83% en 84%. Bij het consult op 37 weken in het WGC was de opkomst eerder laag in beide groepen, 55% en 53%. Veel vrouwen bleken hier al een afspraak bij de gynaecoloog te hebben. De opkomst voor prenatale kinesitherapie was zowel in de periode in 2016 als 2015 (te) laag. Er was hier nog een afname van 12% na invoering van het protocol, de opkomst was hier respectievelijk 32%(6/19) en 44%(7/16).

Een groter percentage vrouwen, 59%(19/34) in de interventiegroep tegenover 19%(3/16) in de controlegroep, kwam terecht bij de maatschappelijk assistente voor extra ondersteuning, zowel voor een éénmalig consult als voor PARELcoaching. Minder vrouwen kwamen bij een externe PARELcoach.

We zagen hier dat zowel tijdens de periode in 2016 als 2015 één patiënt geen vaste huisarts (in het WGC) had, respectievelijk 97 %(33/34) en 94%(15/16) had dit wel.

[14] Redenen van verhoogd risico waren hier: VG postpartumcardiomyopathie, VG eclampsie, VG cerclage, myomateuze uterus en congenitale defecten in VG, epilepsie en VG HELPP

[15] Het betrof hier een HIV patiënte en een vrouw met voorgeschiedenis van preëclampsie met tevens een zware sociale problematiek.

[16] Eén patiënt werd geëxcludeerd omdat zij helemaal op het einde van de auditperiode in 2015 zwanger werd en haar opvolging quasi volledig verliep volgens het nieuwe protocol. De andere patiënt schreef zich slechts 2 maanden voor partus in in het WGC. Enkel het bevallingsverslag was van haar terug te vinden in het dossier.

Tabel 2. Laagrisico zwangeren met gedeelde opvolging met WGC

N= aantal zwangeren dat op afspraak verwacht werd (ingeschreven en zwangerschap tot daar gevorderd)[17]

	2015[18]	N	2016[19]	N
Vaste arts	15 (94%)	16	33 (97%)	34
7 weken WGC		16		34
arts	13 (81%)		32 (94%)	
verpleging	13 (81%)		29 (85%)	
vroedvrouw	nvt		30 (88%)	
Maatschappelijk werk	3 (19%)	16	19 (59%)	34
Parel extern	5 (31%)		1 (3%)	
Parel intern	Nvt		7 (21%)	
12 weken gynaecoloog	14 (88%)	16	29 (100%)	29
16 weken WGC arts/vroedvrouw	16 (100%)	16	27 (93%)[20]	29
20 weken gynaecoloog	16 (100%)	16	24 (100%)	24
24 weken WGC		16		22
verpleging	15 (94%)		19 (86%)	
arts/vroedvrouw	14 (88%)		20 (91%)	
30 weken WGC kinesitherapeut	7 (44%)	16	6 (32%)	19
32 weken gynaecoloog	15(94%)	16	18 (100%)	18
35 weken WGC arts/vroedvrouw	13 (81%)	16	12 (93%)	13[21]
37 weken WGC		15[22]		11[23]
verpleging	Nvt		3 (27%)	
arts	8 (53%)		6 (55%)	
38+ weken gynaecoloog	15 (100%)	15	11 (100%)	11[24]
Postpartum WGC vroedvrouw	nvt	16	9 (100%)	9
Gemiddelde (zonder maatschappelijk werk)[25]	**84%**		**83%**	

[17] De onderzoeksperiode liep slechts 10 maanden en liep af op 31 december 2016. Vandaar dat er naarmate de zwangerschapsduur vordert, steeds minder vrouwen zijn die tot hier gevorderd zijn in de zwangerschap . Het aantal vrouwen dat verwacht werd op afspraak te komen, loopt dus af naarmate de zwangerschapsduur toeneemt.

[18] Eén patiënte wist pas dat ze zwanger was op 16 weken.

[19] Eén patiënte stroomde pas in vanaf 16W. Zij wist voordien niet dat gedeelde opvolging mogelijk was.

[20] Eén patiënte was voor langere periode in het buitenland en zou daar haar opvolgingsafspraken doen. Van de andere patiënte is de reden niet gekend waarom ze niet op deze afspraak kwam.

[21] Een aantal patiënten werd aan het einde van de zwangerschap intensiever in het ziekenhuis opgevolgd omwille van medische redenen (olygohydramnion, HELLP, IUGR). Het percentage werd hier dan ook berekend zonder deze patiënten in de noemer.

[22] Eén patiënte kreeg een electieve sectio op 36 weken.

[23] Zie voetnoot 21

[24] Zie voetnoot 21

[25] Het gemiddelde percentage van opkomst werd berekend zonder maatschappelijk werk. Hoewel getracht werd zoveel mogelijk patiënten naar de sociaal assistent te laten gaan, hadden sommige patiënten ook voldoende aan de informatie door de vroedvrouw. Het was vooral de bedoeling de patiënten extra ondersteuning nodig hadden, dit ook effectief te bieden.

Evaluatie door zorgteam

Het zorgteam evalueerde het protocol via een online vragenlijst. De vragenlijst werd door alle 21 leden van het team ingevuld. Dit bestond uit 8 huisartsen, 5 kinesitherapeuten, 2 vroedvrouwen, 2 maatschappelijk werkers, 4 verpleegkundigen.

Voor bijna alle zorgverleners voldeed het opgesteld protocol voldoende aan de verwachtingen. Eén persoon had geen mening omdat hij nog niet in aanraking was gekomen met het protocol.

De meerderheid vond het huidig protocol een vooruitgang tegenover de samenwerking ervoor. Hier hadden twee personen geen mening omdat ze er nog onvoldoende mee in aanraking waren gekomen. Niemand vond het protocol een achteruitgang. In vrije tekst noteerden enkele zorgverleners dat het huidig protocol een veel duidelijker beeld schept over de zwangerschapsopvolging.

De meerderheid van het zorgteam koos ervoor het protocol in de toekomst onveranderd verder te gebruiken. Vier personen suggereerden enkele aanpassingen.
De voornaamste opmerkingen die genoteerd werden door het zorgteam waren:

- Nood aan het luik perinatale kinesitherapie nog verder uit te werken en aan te vullen, in wisselwerking met bestaande workshops in vroedvrouwenpraktijk.
- Eén persoon (van de verpleging) gaf aan dat er nog iets extra ingebouwd zou moeten worden om postpartum ongewenste zwangerschappen te voorkomen. Zij vroeg nog meer focus op anticonceptie.
- Het positieve effect van het werken op één plaats kwam naar voor.
- Eén persoon (arts) gaf als opmerking dat het overzichtsschema voor patiënten soms moeilijk terug te vinden was. Anderen gaven dan weer aan dat alles het erg duidelijk en makkelijk terug te vinden was.

Twee personen hadden geen mening omdat ze omdat ze niet of onvoldoende met het protocol in contact waren gekomen.[26]

[26] De personen die 'geen mening' hadden bij bepaalde vragen omdat ze onvoldoende met het protocol in aanraking waren gekomen, waren telkens kinesitherapeuten.

Discussie

We bekeken in dit praktijkverbeterend onderzoeksproject het effect van de implementatie van een aangepast zwangerschapsprotocol met een complementaire rol voor gynaecoloog, huisarts, vroedvrouw, maatschappelijk werker en kinesitherapeut en een doorgedreven multidisciplinaire samenwerking. Er was een stijging van het aantal zwangeren dat koos voor gedeelde opvolging. De vrouwen kwamen ongeveer even goed op de vooropgestelde op afspraken als voordien. Het protocol werd positief geëvalueerd door het zorgteam van WGC De Ridderbuurt.

Perinatale opvolging

We zagen een toename van 32% van de groep die koos voor gedeelde zwangerschapsopvolging met het WGC, 85% van de doelgroep koos hiervoor. De doorstroom van nieuwe zwangeren naar het opgesteld protocol lijkt dan ook vrij vlot te gaan. Het percentage vrouwen dat koos voor gedeelde opvolging lijkt hoger te liggen dan gemiddeld.[27]

De vrouwen kwamen over het algemeen vrij goed op afspraak de vooropgestelde momenten. Gemiddeld gezien was de opkomst 83%, wat vergelijkbaar was met de voormeting. Daar we terugvinden in de literatuur dat toegang en toeleiding tot prenatale zorg moeilijker blijken voor kwetsbare zwangeren[28], zouden we kunnen stellen dat dit percentage een relatief succes is.

Nog te weinig patiënten komen terecht bij de kinesitherapeut voor prenatale kinesitherapie. Dit percentage was zelfs lager bij de nameting, 32% versus 44%. Dit deel van het protocol was niet goed uitgewerkt door beperkte aanwezigheid van de verantwoordelijke kinesitherapeut. Het plan is dit in de toekomst verder uit te werken, in wisselwerking met en complementair aan de beschikbare perinatale workshops. Als we dit percentage echter vergelijken met het gemiddeld gebruik van prenatale kinesitherapie in Vlaanderen zien we dat dit cijfer nog behoorlijk is. Volgens cijfers van het IMA raadpleegde 28,4% van de zwangere vrouwen in 2010 de kinesitherapeut waarvan 18% voor perinatale kinesitherapie en 13,7% voor algemene kinesitherapie. (3) De opkomst voor postnatale kinesitherapie kon niet geëvalueerd worden aangezien het onderzoek hier niet lang genoeg voor liep.

De opkomst voor de geplande consultatie op 37 weken bij de arts was zowel bij de voor- als de nameting laag. Vaak was de reden dat vrouwen al een afspraak hadden in het ziekenhuis bij de gynaecoloog. Dit dient verder afgestemd te worden met de regionale ziekenhuizen, aangezien het niet overeenstemt met de afspraken in het regionaal zorgpad. Bij de vrouwen die wel kwamen op 37 weken werd de voorafgaande afspraak bij de verpleging (voor het opmeten van de parameters) vaak overgeslagen. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de vroedvrouwen minder vertrouwd

[27] Bij een eerder cross-sectioneel onderzoek in Eeklo in 2011, zegt 49% van de bevraagde vrouwen bij een toekomstige zwangerschap voor gedeelde opvolging te kiezen. Hier waren echter geen vroedvrouwen betrokken bij de introductie van het zorgpad. (14)

[28] De Koning Boudewijnstichting merkt belemmerende en bevorderde factoren op het persoonlijk niveau, het niveau van de zorgverleningsinstantie en op niveau van het beleid. Persoonlijke belemmerende factoren (zoals bijvoorbeeld gebrek aan kennis over belang van prenatale zorg, financiën, taalbarrière) werden in dit onderzoek in rekening gebracht en zoveel mogelijk aangepakt. Ook werd getracht belemmerende factoren op niveau van de zorgverleningsinstantie zoveel mogelijk weg te werken. (6,12,13)

waren met het principe van 'zorgdegelatie' van verpleegkundige taken.[29] Een andere verklaring is mogelijk dat dit consult niet vanaf het begin van de zwangerschap werd opgenomen in de planning in het EMD. Dit werd dan ook aangepast.

Het aandeel vrouwen dat bij de sociaal assistente terecht kwam, lag beduidend hoger dan voor implementatie van het protocol. Dit zou kunnen komen door een verhoogde aandacht voor sociale screening.[30] Mogelijk dienden hierdoor minder vrouwen begeleid te worden door een PAREL coach in het ziekenhuis. Uit overlegmomenten kwam wel naar voor dat het belangrijk bleef deze kwetsbare vrouwen te 'seinen' aan het ziekenhuis. Zo kan men hier extra aandacht voor hebben bij de bevalling. Dit dient dan ook nog toegevoegd te worden aan het protocol.

Beperkingen

Enkele beperkingen in het onderzoeksdesign zouden de resultaten beïnvloed kunnen hebben.

Er werd geen onderscheid gemaakt tussen primipara en multipara. Het zou kunnen dat multipare vrouwen kozen voor de opvolging die zij van voordien kenden en dat in de toekomst, als het protocol langer loopt en meer bekendheid geniet, ook deze vrouwen kiezen voor gedeelde opvolging.

De tijd was een belangrijke beperking. Het onderzoek was als Manama thesis beperkt in tijd en enkel de opvolging van nieuwe zwangeren werd bekeken. Naarmate de zwangerschapsduur vorderde waren er bijgevolg steeds minder patiënten waarvan kon worden nagegaan of zij op de vooropgestelde afspraken kwamen. Omwille van dezelfde reden zijn de resultaten postpartum vrij beperkt. De opkomst voor het zevendedagsonderzoek kon nog niet geëvalueerd worden aangezien de huisartsen hier pas na de onderzoeksperiode mee startten. Zij wensten zich eerst voldoende bij te scholen om kwaliteitsvolle zorg te kunnen bieden.

Er werd ook meer aanklampend gewerkt bij patiënten die niet op afspraak kwamen dan voorheen. Zij werden opgebeld door de vroedvrouw en de vaste arts werd hiervan op de hoogte gebracht. Dit beïnvloedde de opkomst mogelijk op een positieve manier.

Daartegenover staat dat de vroedvrouwen nieuw waren in het centrum en minder vertrouwd met de werking van een wijkgezondheidscentrum. Voor de patiënten was dit ook een nieuwe discipline waarvan ze minder goed wisten wat te verwachten. Mogelijk had dit een negatieve invloed op de resultaten.

[29] Er werd immers van de vroedvrouwen verwacht dat zij bij het consult op 35 weken verwezen naar de afspraak op 37 weken bij arts én verpleegkundige. (zie bijlage 2 en 5)

[30] Dit komt tegemoet aan het voorstel van de Koning Boudewijn stichting om de sociale screening van de zwangere te organiseren door het eerste consult niet enkel bij een medisch bevoegde persoon te laten plaatsvinden maar ook bij een sociaal werker. De eerste inschatting gebeurde hier door arts en vroedvrouw, waarna de maatschappelijk werker een inschatting maakte over de concrete nood aan ondersteuning (verwijzing, eenmalig consult of PAREL traject). (6)

Evaluatie zorgteam

Het vernieuwde zwangerschapsprotocol werd door het zorgteam positief geëvalueerd. Voor de meerderheid voldeed dit aan de verwachtingen.[31]

De personen uit het zorgteam die geen mening hadden waren telkens kinesitherapeuten. Zoals eerder vermeld was hun deel van het protocol het minst uitgewerkt. Eveneens was de opkomst voor perinatale kinesitherapie vrij laag. Een andere mogelijke verklaring is dat, omwille van subspecialisaties binnen het team van kinesitherapeuten, niet alle teamleden aan perinatale kinesitherapie deden.

Iedereen vond het huidig protocol een vooruitgang tegenover de zwangerschapsopvolging ervoor. De voordelen om te werken onder één dak werden spontaan vermeld in de enquête. Dit zien we ook bij een evaluatie van de Zweedse family centers[32]. Het personeel rapporteert daar een gevoel van kwaliteitsverbetering en is tevreden dat ze zich kunnen toeleggen op hun hoofdtaak. Andere taken kunnen dan overgelaten of gedelegeerd worden aan hiervoor geschikte collega's. (6,16)

De werkwijze is hier eerder transdisciplinair[33] dan multidisciplinair. Een transdisciplinair team werkt samen aan eenzelfde zorgdoel, met een gedeelde eindverantwoordelijkheid. Kennis van elkaars taken en competenties wordt nog belangrijker. De specifieke inzet per discipline is duidelijker omschreven en meer complementair. Wellicht hebben het multidisciplinair zorgprotocol en de discipline-overschrijdende overlegmomenten bijgedragen tot de tevredenheid van de zorgverleners over de samenwerking. Naast een draaiboek voor elke discipline, bevatte het protocol ook een overzicht waarin ieders taak op elk moment van de zwangerschap werd geïntegreerd.

Suggesties voor de toekomst

Het zou interessant zijn het protocol, en met name de postpartum opvolging, opnieuw te evalueren als het langer loopt. De uitdagingen die gepaard gaan met de invoering van de verkorte ligduur na bevalling, dienen zeker mee in rekening gebracht te worden. Zoals terecht werd aangehaald door een zorgverlener in de evaluatie, dient er bijzondere aandacht besteed te worden aan anticonceptie in het postpartum. Uit een eerder onderzoek in WGC De Ridderbuurt kwam ook al naar voor dat vrouwen in het postpartum een kwetsbare groep zijn voor ongewenste zwangerschap. (9)

---

[31] De tevredenheid bij vroedvrouwen en huisartsen over de samenwerking lijkt hier beter dan bij een eerder onderzoek in Leuven waar tevredenheid niet uitgesproken positief of negatief was. Globaal genomen waren de zorgverleners hier wel eerder tevreden en kwam ontevredenheid voornamelijk voort uit onvoldoende kwaliteit van communicatie. Bij ons onderzoek komt deze struikelblok niet naar voren in de online enquête. Uit dit eerder onderzoek bleek wel dat 96% van de huisartsen en 100% van de vroedvrouwen openstond voor een gedeelde zwangerschapsopvolging door huisarts, vroedvrouw en gynaecoloog. (15)

[32] Uit het rapport over perinatale ondersteuning van de Koning Boudewijnstichting uit 2013: "De organisatie van de Zweedse perinatale gezondheidszorg is laagdrempelig en gratis. De zorg is gestandaardiseerd en gebeurt vanuit een multidisciplinaire invalshoek met de vroedvrouw als eerste verloskundig aanspreekpunt. Er veel aandacht voor preventie en risicodetectie. Toch bieden de Family Centers nog extra troeven." "In de Family Centers zijn medische zorg, sociale zorg en pedagogische activiteiten samengebracht. Dit werkt" (6)

[33] Daar waar bij multidisciplinair werken iedereen naast mekaar werkt vanuit de eigen deskundigheid, vervagen de grenzen van de disciplines bij transdisciplinair werken. In een transdisciplinaire werkvorm is er meer kennisoverdracht en gezamelijk werken aan een doel. Men gaat vakoverschrijdend werken en soms taken van elkaar overnemen voor zover dit kan of nodig is. Bij deze manier van werken is de kennis van elkaars beroepsmatige competenties hoog. (17)

Het zou eveneens nuttig kunnen zijn een aangepast protocol uit te werken voor vrouwen met een verhoogd risico die in het ziekenhuis opgevolgd worden. Door de verkorte ligduur zullen ook sommigen van hen snel het ziekenhuis verlaten. Het is dus ook voor hen belangrijk de postpartale zorg op de eerste lijn reeds prenataal goed te organiseren.

Het multidisciplinair protocol en de draaiboeken werden ter beschikking gesteld van de andere wijkgezondheidscentra en kunnen als inspiratie dienen voor andere huisartsenpraktijken in een multidisciplinaire setting.

Besluit

Een zwangerschap is in de meeste gevallen een heuglijke gebeurtenis maar brengt in sommige gevallen ook een medische en/of psychosociale uitdaging. In dit onderzoek werd een zwangerschapsprotocol opgesteld met een doorgedreven multidisciplinaire samenwerking, geïnspireerd op het principe 'one-stop-shop'. Het percentage zwangere vrouwen dat koos voor gedeelde opvolging nam sterk toe. Zij kwamen ongeveer even goed op de vooropgestelde momenten op afspraak als voorheen. We hopen dat dit nog verbetert met enkele aanpassingen en aanvullingen en als het protocol langer loopt. De opvolging postpartum dient nog geëvalueerd te worden als het protocol langer loopt en de effecten van verkorte ligduur na bevalling duidelijker zijn.

Dit vernieuwde zorgprotocol werd door het zorgteam op enthousiasme onthaald en positief geëvalueerd.

Referenties

(1) R. Devlieger, E. Martens, G. Martens, C. Van Mol, H. Cammu , Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2015. SPE, Brussel, 2016

(2) Sneller de kraamafdeling verlaten? Dat kan, mits goed postnatale zorg thuis. Persbericht Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), published on 21-10-2014

(3) A. Ceuppens, T. Di Zimmo, J. Guillaume, N. Regueras , Prenatale zorgen in België in 2010. Vergelijking met de resultaten van 2005. Studie van het IMA, juni 2013

(4) K. De Gauquier, A. Remade. Perinatale zorgen in België in 2005. Studie van het IMA, jan 2007

(5) N.Dekker, K, Goemans et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvorming: zwangerschapsbegeleiding, Domus Medica, september 2015

(6) A. Hoogewys, H. De Grave, P. Van Ham, et al. ,Perinatale ondersteuning van kansarme gezinnen: Wat is er en wat is nodig, Koning Boudewijnstichting, 2013

(7) Handleiding voor de gedeelde begeleiding van de laag risico zwangeren. Samengesteld door Werkgroep Prenataal Zorgpad Leuven. 2006

(8) G. Van Kersschaever, R. Remmen, L. Genevrois. Substitution of doctors by nurses in diabetes care. A pilot study in a primary care clinic. 2010

(9) L. Jespers, E. Bartholomeeusen, B. Schoenmakers Naar een actief en gestandaardiseerd anticonceptiebeleid: een kwaliteitsverbeterd project. 2014

(10) Activiteitenverslag 2015, Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt vzw

(11) W. Gyselaers, P.Jonckheer, N.Ahmadzai et al. Synthese Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap? KCE 2015

(12) A. Hoogewys, Laattijdige aanmelding van zwangerschap in Gent, Arteveldehogeschool Gent, 2012

(13) T. Delvaux, P. Beukens, Disparity in prenatal care in Europe. European Journal of obstetrics & gynaecology and reproductive biology 80(2), 185-190. 1999

(14) De Maeyer L, Hoste J. Gedeelde zorg voor zwangeren: een haalbare taak? Huisarts Nu 2011.

(15) D.Di Giacinto, S.Gorissen , K.Louwies et al. Huisarts en vroedvrouw:vier handen op een zwangere buik. Is er bij de betrokken beroepsgroepen een draagvlak voor opvolging in de eerste lijn? 2015

(16) V. Bing, A. Abrahamsson, M. Löfström, An Evaluation of Family Centres in Region Västra Götaland, Summary of the report, 2009

(17) André Veyt, Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn, Antwerpen, Garant Uitgevers, 2014

Dankwoord

Een thesis maak je nooit alleen. Vandaar een oprechte dankjewel aan iedereen die hielp dit onderzoek tot een goed einde te brengen.

Als eerste bedankt aan mijn promotor, Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers voor haar snelle en constructieve feedback. Veel dank aan mijn praktijkopleider Dr. Luigi Genevrois voor de geweldig interessante en leuke twee jaren, zijn immer relativerende woorden en het zijn van een klankbord. Ook aan Dr. Michael Erkens voor zijn voorbereidend werk dat de aanzet was voor deze thesis.

Een grote dankjewel aan alle collega's van WGC De Ridderbuurt om samen dit protocol tot uitvoering brengen. Jullie enthousiasme en gedrevenheid om kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg te bieden voor onze patiënten, maken van De Ridderbuurt een unieke plek. Een bijzondere dank aan Femke en Heidi van onze 'WGC-zwemclub' voor alle energieboostende zwembeurten op dinsdag tussen het thesissen door. Aan mijn mede-HAIO Daan voor de lunchservice en om mij aan te moedigen ondanks zelf veel aanmoedigingen te kunnen gebruiken.

Verder dank ik Prof. Dr. Roland Devlieger van het UZ Leuven en Dr. Van Dijck van het Heilig Hart ziekenhuis in Leuven voor de constructieve overlegmomenten om de zorg en samenwerking met de tweede lijn te optimaliseren. Ook dank aan De Bakermat voor de aangename samenwerking en het inkijken van hun draaiboek en het VRINDSCHAP protocol. Bedankt voor het inkijken van jullie zwangerschapsprotocol aan WGC De Vlier, WGC Vierkappes, WGC De Brug en WGC De Sleep en aan de Vereniging van Wijkgezondheidscentra voor het organiseren van een interessante denkdag over zwangerschapsopvolging en de rol van de vroedvrouw.

Tot slot een groot woord van dank aan mijn vrienden en huisgenoten, voor hun steun en het voorzien van voldoende ontspanningsmomenten. Aan mijn zus Annemie voor haar technische (en andere) bijstand en aan mijn ouders om in mij te geloven en deze studie mogelijk gemaakt te hebben.

Katrien Duquet

Leuven, 2017

Bijlagen

Bijlage 1: Toelichting bij protocol (9)

WGC De Ridderbuurt is in 2010 de weg van de zorgsubstitutie ingeslagen. Zo wordt de expertise van elk discipline optimaal benut en kunnen de artsen zich focussen op hun kerntaken.

Om deze zorgsubstitutie in goede banen te leiden, werden steeds meer protocollen uitgewerkt. Ook de protocollen in dit kwaliteitsverbeterend project werden geschreven zodat ze tijdens zorgsubstitutie gebruik kunnen worden.

Opdat alle zorgverstrekkers de protocollen efficiënt zouden kunnen gebruiken, werd veel belang gehecht aan uniformisering:

- De protocollen worden opgeslagen in een mappenstructuur geïnspireerd op de ICPC-codes
- Elke titel bestaat uit ZS (zorgsubstitutie) + code zorgelement + diagnose + jaartal van de laatste updat
- Elke discipline heeft een vaste kleurencode (bv verpleging). Zo vindt iedereen zijn eigen taak snel terug.
- Wanneer in het protocol verwezen wordt naar een document, gebeurt dit via een hyperlink.
- Elk document wanneer verwezen wordt, krijgt een titel met een 2-letter prefix die de aard van het document omschrijft (bv. IN: informatie of FO: patiëntenfolder).
- Onderaan het protocol staat een tabel met de codes die in het medisch dossier gebruikt worden.
- Onderaan elk protocol worden de auteur, de datum en bronnen vermeld.

Bijlage 2: Protocolschema zwangerschapsopvolging: ZS W78 Zwangerschap 2016

ZSduur	Huisarts	Verpleging	Vroedvrouw	Gynaecoloog	Andere
(Preconceptie)	An: timing, anticonceptie KO: borsten R/ labobon Plan: VP + vervolg (+ uitstrijkje) Bespreking labo (+ rookstop) Opties follow up R/ foliumzuur	Preconceptiechecklist Labo, BD, G, BMI			
6-10w	An: D/ en beleving Opties FU Uitleg CMV: test/niet Inschatting Parel R/ foliumzuur + labobon Voeg in: FO zwangerschap opvolgschema Plan: vpk→ VrVr + MW Pricare schema: Boostrix, GCT, GBS, (Parel) (influenza)	Labo, BD, G, BMI Urinecultuur (Influenza)	An: Beleving en klachten Opsporen medische en psychosociale risicozwangerschap *KOZ: (BD, G, urine(stick))* GVO: Verloop ZWS en FU Infecties/voeding Prenatale screening Folder kinderopvang PAREL: 1malig/intern/extern Plan: 12W echo + vervolg 16W Moederboekje invullen en meegeven		Maatschappelijk Werk: éénmalig/intern parel Zo nodig→extern Parel Onthaal: contactgegevens nakijken
12W				ECHO 1 +prenatale screening zo gewenst	
15-17W			An: Beleving en klachten KOZ: BD, G, urinestick (+cultuur als niet op 12W), fundushoogte, doptone GVO: Veranderingen tijdens zwangerschap Bij risico >1/300 op prenat screening: bespreken VWpunctie Kinderopvang al ok? Info kraamhulp: Hulp nodig? → ZN verwijzing MW Aanbieden workshops(Parel gratis) (Proc: Influenza) Plan: 20 W echo&consult gyn FU 24W VP+VrVr(suikertest) + labobon		Zo nodig MW
20W				ECHO 2 + consultatie	

24-26W		Labo: GCT+rest labo(zie detail) KOZ: BD, G, urine (stick) Proc: Boostrix Plan: Vroedvrouw na 2d	An: Beleving en klachten, kindsbewegingen KOZ: doptone, fundushoogte GVO: Signalen vroegtijdige ontsluiting Info borstvoeding Opstellen postnataal zorgplan Info sociale rechten: kraamhulp/geld, ZWS verlof, BV, … → ZN verwijzing MW Plan: Verwijzing kine: prenatale kine Vervolg 35W Echo 3 + consultatie afspraak oke? *Indien niet bij VP vooraf: zie vp + opbellen resultaten GCT*		Zo nodig MW Kinesist: vanaf 30W
32 W				ECHO 3 + consultatie	Kinesist (Parel)
35W			An: Beleving en klachten, kindsbewegingen KOZ: BD, dipstick, G, fundushoogte, handgrepen Leopold, doptone Labo: GBS wisser rectovaginaal GVO: Infomoment borstvoeding Voorbereiding bevalling Info sociale rechten → ZN verwijzing MW Plan: FU 37W: vpk+HA (aansluitend) Opvolging postnataal		Kinesist Zo nodig MW: kraamgeld, werksituatie, bostvoeding
37-38W	An: beleving en klachten KOZ: *BD; G, dipstick*, fundushoogte, Leopold, doptone GVO: - Uitslag GBS+kopie boekje - Info en vragen rond bevalling en borstvoeding, verwachtingen - Anticonceptie na bevalling (heropnemen postpartum) Plan: *consult vroedvrouw 38w: bij 1e zws of extra vragen, evt nog nr VV* FU gynaeco en postpartum oke?	BD, G, dipstick	Bij 1e zwangere of extra vragen		
39 - 40 W				Routinecontroles Bevalling	
					

D1-5			Dagelijks huisbezoek (tem D5, nadien volgens nood zolang motivatie VV) An: Klachten en beleving (Cave: babyblues) GVO: Hulp bij voeding en problemen/aanpassing Plan/Verwijs: - 7e dagsonderzoek: pediater (of DUBBELE afspraak bij Huisarts NOG NIET) - Dossiercontact verloop 1e d en verdere FU + Pricare bericht aan vaste arts - Verdere opvolging ZN (aan huis of in WGC) - Informeer over workshops De Bakermat		Patiënt: verwittigt vroedvrouw als thuis
D7	Arts belt patiënt op na intern bericht vroedvrouw - Feliciteren, beleving - Anticonceptie - Plan 6w			Pediater: 7e dagsonderzoek	Onthaal: inschrijven baby (in nieuw gebouw in kleine aparte wachtzaal zetten)
(D7)					
W4-6	Klachten en beleving Draagkracht moeder Anticonceptie Plan: Postnatale kine + VS	Anticonceptie			Kinesist: postnatale kine

Aantal weken zwanger	**Afspraken** *(1e zwangerschap)*	**Zo nodig verwijzing naar**
(preconceptie)	Huisarts → Verpleging → Huisarts	
6-10w	Huisarts → Verpleging → Vroedvrouw	- Datingecho + PAP-A en β-hCG - Maatschappelijk werk
11-13w	1e trimester echo	
16w	Vroedvrouw	- Maatschappelijk werk
20-22w	2e trimester echo + gynaecoloog	
24-26w	Verpleging → Vroedvrouw	- Maatschappelijk werk
30w	Kinesist	
32w	3e trimester echo + Gynaecoloog	
35w	Vroedvrouw	- Maatschappelijk werk
37w	Vepleging →Huisarts *(→Vroedvrouw)*	
38-40W	Gynaecoloog	

Aantal weken postpartum	**Afspraken**
1e dagen na thuiskomst	Huisbezoek Vroedvrouw (dagelijks tem D5), zo snel mogelijk in centrum, zolang nood/motivatie
7e d na bevalling	Pediater of Huisarts
4-6W	Kinesist
6w	Gynaecoloog of Huisarts

Geïndividualiseerd patiëntenschema

Codes voor dit protocol (ICPC tenzij anders vermeld):

	code:	Vrije tekst:	Praktisch:
Preconceptie	W01 Vraag bestaan zwangerschap	wens, APGM, vaste arts	Actief en belangrijk
Zwangerschapstest	W35 zwangerschapstest op urine	'Wens' of 'geen wens'	
Nieuwe zwangere	W78 zwangerschap of W84 zwangerschap met verhoogd risico	GAPM + VBD + FU (evt Parel) + vaste Huisarts +serologie +evt extra info (ongewenst/ongepland, ..)	actief, belangrijk, einddatum = VBD+2wk
bevallen	W90 ongecompliceerde bevalling levendgeborene Of W92 gecompliceerde bevalling levendgeborene	GAPM (+ naam kind) Specificatie: HELLP, forceps,keizersnede,…	Passief, belangrijk + verander W78 naar niet-belangrijk, einddatum = bevallingsdatum + maak nieuw ZE W90 postpartum
	W90 Postpartumstatus (thes)	BV of kunstvoeding	Actief, belangrijk, einddatum = 6mnd na bevalling
miskraam	W82 spontane abortus	Evt oorzaak	Passief, belangrijk + verander W78 naar niet-belangrijk, einddatum = miskraam
borstvoeding	A97 geen ziekte	borstvoeding	Einddatum= stopdatum
	W33 zwangerschapstest-HCG	'Wens' of 'geen wens'	
	W35 zwangerschapstest op urine	'Wens' of 'geen wens'	
Kine	W57 prenatale kine (pricare)		Voor protocolpatiënten; geen A66 verwijzing kine nodig
	W57 postnatale kine (pricare)		Voor te laat opgedoken patiënten (vanuit zkh);

			geen A66 verwijzing kine nodig
	W66 verwijzing kine zwangerschap		Voor ander probleem door zwangerschap vb bekkeninstabiliteit
MW	W66 verwijzing MW – zwangerschap	'protocol' of wat je wilt dat mw doet	
Verpleging	W66 verwijzing vpk – zwangerschap	wat je wilt dat vpk doet	
Specialist	X67 verwijzing gynaecoloog - zwangerschap	Vb 'Echo 1'	
Vroedvrouw	W66 verwijzing vroedvrouw - zwangerschap		
PAP	X37 cervixuitstrijkje-screening		Te doen: preconceptie of postpartum
GCT	T34 GCT		24-28w
Boostrix	A44 Vaccin difterie/tetanos/pertussis		24-28w
GBS	Thes: groep B streptococcen kweek *33.10		36w, niet nodig indien vroeger al eens GBS pos: pos wel in zw boekje vermelden!!

Bronnen

- K. De Gauquier, A. Remade. Perinatale zorgen in België in 2005. Studie van het IMA, jan 2007
- N.Dekker, K, Goemans et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvorming: zwangerschapsbegeleiding, Domus Medica, september 2015
- Handleiding voor de gedeelde begeleiding van de laag risico zwangeren. Samengesteld door Werkgroep Prenataal Zorgpad Leuven. 2006
- https://pharm.kuleuven.be/apps/cybele/CybeleN/intronl/introzw_n.htm
- Draaiboek consultaties De Bakermat
- W. Gyselaers, P.Jonckheer, N.Ahmadzai et al. Synthese Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap? KCE 2015

Auteur Katrien Duquet, 2016

Bijlage 3: Patiënteninfo zwangerschapsopvolging (invoegbaar document in EMD)

FO Zwangerschapsopvolging WGC De Ridderbuurt Leuven

Verwachte bevallingsdatum: 31/12/2016 **Vaste arts:** Dr...

Aantal weken zwanger	Richtdatum	Afspraken		Datum	Uur
4-6w			Huisarts → Verpleging		
			Vroedvrouw		
			Maatschappelijk werk		
12w (11-13w)	18/06/2016	H	1e trimester echo		
15w (14-16w)	09/07/2016		Vroedvrouw		
20w (20-22w)	13/08/2016	H	2e trimester echo		
24-26w	17/09/2016		Vroedvrouw		
30w	22/10/2016		Kinesist (logo kine)		
32w	05/11/2016	H	3e trimester echo + Gynaecoloog		
35w	26/11/2016		Vroedvrouw		
37w	10/12/2016	H	Vroedvrouw		
39w	24/12/2016	H /	*Gynaecoloog* of Vroedvrouw		

40w	31/12/2016	H	Gynaecoloog		

1e zwangerschap

Aantal weken na bevalling	Richtdatum	Afspraken		Datum	Uur
D&-					
1w	07/01/2017	huisbezoek	Huisarts		
4-6w	28/01/2017		Kine		
6w	11/02/2017	H /	Gynaecoloog of Huisarts		

Plan: Planning
Proc: Procedure
R/: Voorschrift
Ze: Zorgelement

Bijlage 4: Draaiboek huisarts (via hyperlink)

IN W78 Zwangerschap Huisarts

PRECONCEPTIE

Preconceptie (2 consulten)

1e consult:

- *Anamnese: door VPK*
  - *Allergieën en persoonlijke VG: noteren als ZE*
  - *Familiale VG: noteren als familiaal antecedent*
  - *AGPM: te noteren in vrije tekst W01 Vraag bestaan zwangerschap 'wens'*
  - *Lifestyle: te noteren in KOZ>thema's>levensgewoonten*
  - Antistoffen: te noteren in KOZ>biologie>infectiologie
  - *Vaccins: te noteren als uitgevoerde planning*
- Anamnese: door arts
  - Vragen en beleving patiënt/koppel
  - Waterpokken doorgemaakt?
  - Bespreek SOA risico
  - Inventariseer arbeidssituatie, psychosociale situatie en steunsysteem
- Borstonderzoek
- Plan uitstrijkje: **X37 cervixuitstrijkje**, indien >3j geleden
- Bespreek CMV (zeker voor UZ): testen mogelijk, virus dat in heel uitzonderlijke gevallen aanleiding kan geven tot handicap/doofheid, meestal zonder problemen. Je kan goed letten op handhygiëne maar verder niets aan doen om te beschermen of te behandelen.
  Wij staan achter niet testen tenzij beroepshalve nuttig.
  →Proc: vrije tekst: **'CMV screening besproken, wil wel/geen test'** (in ZWS boekje door vroedvrouw)
- Plan verwijzing naar verpleging (**nuchter**): **A66 verwijzing verpleging 'zwanger, preconceptie'** en maak labobon: (via Order-IT tabblad 'prenataal')
  - Basis: Hb, MCV, Irreguliere AS, nuchtere glycemie, HIV, Syfilis Elisa
  - Indien ongekend: Bloedgroep en Rhesus, Rubella IgG, Toxoplasma IgG, HBVsAs en HBVsAg, (CMV IgG), Varicella IgG
  - Indien risico: HCV, Chlamydia, Gonorro
  - Bij anemie + zwarte ras/Middellandse Zee: lage drempel voor bijbepalen Hb elektroforese
- Maak vervolgafspraak bij arts (evt dubbele afspraak)
- ZE: **W01 vraag bestaan zwangerschap 'WENS, A.P.G.M., serologie toxo/rubella(/CMV), *vaste HA*'** actief en belangrijk

2e consult:

- Bespreking labo, met o.a. advies rond toxoplasma, CMV en listeria + SEROLOGIE in dossier
- Algemene adviezen ivm alcoholgebruik en gezonde voeding (zie ook www.gezondzwangerworden.be)
- Proc **P45 rookstopadvies**, zo nodig
- R/ foliumzuur (1m preconceptie-12w ZS)
  - Normaal risico: 0,4mg/d
  - Verhoogd risico: 4mg/d bij DM type I/II, thalassemie, VG neurale buisdefecten, inname carbamazepine/valproaat
- Aangepast beleid bij specifiek aandoeningen (domus medica)
- Plan zo nodig MMR Vaxpro (Vaccinatie Rubella), zo nodig + 1m geen conceptie!
- Verwijs zo nodig (bij complexe psychosociale problematiek) nu al naar Maatschappelijk werk
- Uitleg medische opvolging en **belang vaste HA**: Protocol opvolgschema (HA/VrVr/Gyn)
  Andere opties:
  FO Keuze in ZSbegeleiding en bevalling en IN externe perinatale hulpverlening
  - Huisarts + gynaecoloog
  - Vroedvrouw + gynaecoloog
  - Alleen gynaecoloog: in geval van complicaties of hoogrisicozwangerschap
- ZE: **W01 vraag bestaan zwangerschap 'WENS, A.P.G.M., serologie toxo/rubella(/CMV), *vaste HA, (Parel), (extra info)*'** actief en belangrijk

6-10weken

6-10w (2 consulten huisarts→vroedvrouw)

1e consult:

- Proc: **W35 Zwangerschaptest op urine 'wens/geen wens'**
  (W33 Zwangerschapstest HCG 'wens/geen wens')
- Anamnese: datum eerste dag laatste menses: noteren in KOZ>thema's>zwangerschap
  !!!Indien ongewenst: Richtlijn ongewenste zwangerschap!!!
- Opties medische opvolging en **belang aanduiden vaste HA**:
  - Protocolschema (invoegen): HA-VrVr-Gyn: via 'invoegbare documenten'-> 'FO zwangerschap opvolgschema': datum document = bevaldatum
  - Andere opties:
    FO Keuze in ZSbegeleiding en bevalling en IN externe perinatale hulpverlening
    - Huisarts + gynaecoloog
    - Vroedvrouw + gynaecoloog
    - Alleen gynaecoloog: in geval van complicaties of hoogrisicozwangerschap
- R/ foliumzuur (1m preconceptie-12w ZS)
  - Normaal risico: 0,4mg/d
  - Verhoogd risico: 4mg/d bij DM type I/II, thalassemie, VG neurale buisdefecten, inname carbamazepine/valproaat

  Bespreek CMV (zeker voor UZ):

  →Proc: vrije tekst: **'CMV screening besproken, wil wel/geen test'** (in ZWS boekje door vroedvrouw)
- Plan
  - verwijzing naar verpleging: **A66 verwijzing verpleging 'zwanger, diagnose'**

  en maak labobon **met vroedvrouw in kopie**: (via Order-IT tabblad 'prenataal')
    - Basis: Hb, MCV/MCH/MCHC, ferritine, irreguliere As, HIV, Syfilis Elisa, nuchtere glycemie (indien praktisch moeilijk en risicopatient evt toch postprandiaal), TSH (*igv familiale VG SKproblemen, persoonlijk VG diabetes type 1/auto-immuunziekten/radioR/ halsstreek/herhaalde miskramen of vroeggeboorte/aanwh struma of S/ die wijzen op SKproblemen)*
      + midstream urine WBC en cultuur + dipstick
    - Indien (immuniteit) ongekend: Bloedgroep en Rhesus, HBVsAg, Rubella IgG, Toxoplasma IgG+IgM, (CMV IgG+IgM) (Varicella IgG vooral arbeidsgeneeskundig)
    - Indien risico: HCV (igv IV druggebruik, tattoos, transplantaties), Chlamydia, Gonorroe, Herpes genitales,
    - Bij anemie/microcytose + zwarte ras/Middellandse Zee/RF Hb pathie: lage drempel voor bijbepalen Hb elektroforese
  - Planning aanmaken via **Pricare Schema 'Zwangerschap WGC feb 2016'** (NB voor data zie opvolgschema)

    Nu (enkel uitvinken als helemaal geen extra ondersteuning nodig): *58.16 counseling tijdens de zwangerschap
    Op 24W: A44 Vaccin tetanus/difterie/pertussis en T34 GCT
    Op 30W: W57 prenatale kine
    Op 35W: *33.10 Groep B Streptococcen kweek

    Maak vervolgafspraak bij **vroedvrouw** (1w later) + **maatschappelijk werk** (als 'counseling tijdens de zwangerschap' aangevinkt) *NB Probeer op dezelfde dag/moment MW (op woensdagavond MW niet in huis)*
  - ! Noteer relevante labo uitslagen (serologie, bloedgroep, HIV,…) goed in je raadpleging (met datum test) of print af en leg in bakje vroedvrouw + in ZE
  - Parel: Als je al zeker bent dat PARELmoeder omdat je pt goed kent, geef aan in ZE
- ZE: verander W01 vraag bestaan zwangerschap (indien aanwezig) naar **W78 Zwangerschap 'VBD ../../.., A.P.G.M., FU vaste HA/vroedvrouw/ziekenhuis, serologie toxo/rub/(cmv), PAREL?, *(ongepland, extra info)'*** belangrijk en actief tot VBD + 2 weken

- **2e consult: zie vroedvrouw**

15-17w

15-17w: zie vroedvrouw

24-26w

24-26w: zie vroedvrouw

35w

35W: zie vroedvrouw

37-38 Weken

37w: (vpk→) Huisarts

- Anamnese: Beleving en klachten
- Klinisch onderzoek: *BD; G, dipstick*, fundushoogte, Leopold, doptone
- GVO
  - Bespreking resultaten GBS screening en **kopie resultaat in zwangerschapsboekje**
  - Info en vragen rond bevalling en borstvoeding, verwachtingen (ook al besproken op 35W vroedvrouw)
  - Anticonceptie na bevalling (heropnemen postpartum)
- Bij 1e zwangerschap of extra vragen
  ➔ Plan: Vroedvrouwconsult op 38W
- Verzeker follow-up gynaecoloog 39W en vroedvrouw na bevalling

NB Patiënte krijgt gsmnummer vroedvrouw tijdens laatste weken zwangerschap en postpartum

POSTPARTUM

1e kraamweek: Vroedvrouw (HB, na D5 consultatie 30min zo nodig)

Rond dag 7: Huisarts

1) **Baby:** 7e dagsonderzoek
2) **Moeder**: Telefonisch consult na bericht vroedvrouw (als 7e dagsonderzoek bij pediater) *of in combinatie met 7e dagsonderzoek baby*

- Anamnese
  - Felicitaties
  - Algemene toestand en beleving moeder en kind
  - Verloop opvolging vroedvrouw
  - Borst-/kunstvoeding
  - Reeds gestart met anticonceptie?
    - Indien neen: reden? Onmiddellijk zwangerschapswens, onderschatting zwangerschapsrisico of bezorgd om risico? > voorlichting zo nodig
    - Tevreden van huidige methode of wenst patiënte switch?

Tevreden	Ontevreden vraag naar specifieke methode	Ontevreden geen alternatief voor ogen
	Afspraak bij arts ifv IN start contraceptie postpartum	Afspraak bij verpleging voor **W45.98 Advies/voorlichting contraceptie**

↓

Afspraak bij arts die beslist wanneer gekozen methode kan gestart worden

- KO: BD, bij klachten: controle episiotomie

- Plan
  - Postpartumconsult op 6w bij gynaecoloog of huisarts? Afspraak al vastgelegd? Zo niet, aanmoedigen.
  - Aanraden kindje te komen inschrijven (indien nog niet gebeurd)
  - Postnatale kine vanaf 6 weken en maak voorschrift

- ZE

  - **W78 zwangerschap**: vervangen door **W90/2 Ongecompliceerde/gecompliceerde bevalling levendgeborene**: passief en belangrijk maken met einddatum bevallingsdatum
  - **Thesaurus W90 postpartumstatus**: einddatum 6 maand na bevalling, belangrijk, borstvoeding of kunstvoeding + vorm van anticonceptie in vrije tekst

6w postpartum: Huisarts

- Anamnese:
  - Klachten en beleving, psychosociaal welzijn en draagkracht moeder
  - Verloop borstvoeding
  - Wanneer werkhervatting?
  - Opnieuw aandacht voor anticonceptie
    - Indien neen: reden? Onmiddellijk zwangerschapswens, onderschatting zwangerschapsrisico of bezorgd om risico? > voorlichting zo nodig
    - Tevreden van huidige methode of wenst patiënte switch?

Tevreden

Ontevreden
vraag naar specifieke methode
↓
Afspraak bij arts ifv
IN start contraceptie postpartum

Ontevreden
geen alternatief voor ogen
↓
Afspraak bij verpleging voor
W45.98 Advies/voorlichting contraceptie
↓
Afspraak bij arts die beslist wanneer gekozen methode kan gestart worden

- KOZ
  - Bloeddruk, Gewicht, Proteïnurie dmv urinestick (bij hypertensie of preeclampsie tijdens zwangerschap)
  - Bij klachten thv het perineum: vaginaal toucher

- Labo: controleer op indicatie Hemoglobine

- Plan: postnatale kine en maak voorschrift (indien nog niet gebeurd)

Bijlage 5: Draaiboek vroedvrouw (via hyperlink)

IN W78 Zwangerschap Vroedvrouw

6-10W

2e consult: vroedvrouw

- Anamnese:
  - Felicitaties, klachten en beleving
  - Opsporing medische risicozwangerschap (indien nog niet preconceptioneel):
    IN checklist preconceptieconsult (risicofactoren)
    - Allergieën en persoonlijke VG: noteren als zorgelement (als nog niet in EMD)
    - Familiale VG (congenitaal, cardiovasculair, obstetrisch/gynaecologisch): noteren als familiaal antecedent
    - AGPM: te noteren in vrije tekst W01Vraag bestaan zwangerschap, 'WENS'
    - Lifestyle (roken, alcohol, drugs): te noteren in KOZ>thema's>levensgewoonten
    - Vaccins: te noteren als uitgevoerde planning

    → Proc **X67 verwijzing gynaecoloog 'risicozwangerschap'** belangrijk

    → ZE verander W78 in **W84 zwangerschap met verhoogd risico**
  - Extra psychosociale ondersteuning/PAREL:
    Proc: **58.16 Counseling tijdens zwangerschap 'EENMALIG/PAREL INTERN/EXTERN'**
    (staat normaal gezien in planning door arts)
    In Zorgelement: zo van toepassing toevoegen PAREL INTERN/EXTERN
    Opsporing psychosociale risicofactoren = subjectieve inschatting 'kwetsbare zwangere', overweeg oa bij
    - Administratieve vragen
    - 'Eerste zwangerschap'
    - <21 jarige moeders (allemaal!)
    - Sociale problematiek: geen of weinig netwerk, moeilijke relatie met vader, IFG, misbruik, …
    - Addictieproblematiek: alcohol, drugs, …
    - Psychi(atri)sche problematiek (in VG)
    - Mentale beperking of mentale handicap
    - Vroegere of lopende dossiers bij justitie of Comité Bijzondere Jeugdzorg
    - Opvoedingsproblemen met oudere kinderen
    - Moeders die nog maar recent in België verblijven
    - Illegale moeders
    - Alleenstaande moeders
    - Kansarme moeders

    EENMALIG: extra hulp nodig maar beperkt: mogelijk door eenmalig consult MW of vroedvrouw
    →mogelijk door vroedvrouw: Proc *58.16 'uitgevoerd'+ vrije tekst: 'EENMALIG'
    NB geen registratie PAREL nodig

    INTERN: Kwetsbaar en extra hulp MW nodig maar 'lichtere casussen:
    → verwijzen maatschappelijk werk via blauw briefje als nog geen afspraak
    →MW beslist of eenmalig/intern/extern **en doet zo nodig Parelregistratie**
    2 opties:
    - Beperkte ondersteuning nodig, mogelijk in eenmalig consult: Proc *58.16 'uitgevoerd'+ vrije tekst: 'EENMALIG'
    - Ondersteuningstraject tijdens zwangerschap nodig: Proc *58.16 'uitgevoerd'+ vrije tekst: 'PAREL INTERN' + **registratie online**
      Login: parelcoaching Wachtwoord: [redacted]
      https://project.leuven.be/sites/sz/kinderopvang/parelcoaching/Lists/Parelcoaching/overview.aspx&AuthResend1908BC2350124b5095AB75012FA405BA

    EXTERN: meer complexe problematiek (altijd bij drugsverslaafde!):
    Proc *58.16 : 'PAREL EXTERN + ZH' in vrije tekst
    ➔ UZL: Mail Sylvia De Ryck (sylvia.deryck@uzleuven.be) met vermelding van naam, geboortedatum, vaste arts en de reden van aanmelding
    Als dringend of veel medische of vertrouwelijke informatie kan je Sylvia De Ryck bellen op 016 34 44 28

6-10 W

➔ Heilig Hart: valerie.stoens@hhleuven.be 016 20 99 38 / 0479 93 00 29

- KOZ (tenzij al bij verpleging)
  BD, gewicht, urine (stick)

- Bespreking labo met bijhorende adviezen rond toxoplasma, CMV en listeria

- GVO: (ondersteunend: Intake UZL)
  - Uitleg en overlopen plan FU WGC: geïndividualiseerd patiëntenschema (invoeren → ZT overleg zorgverstrekkers→invoegbare documenten → Zwangerschap→FO opvolgschema zwangerschap → in moederboekje)
  - Invullen en uitleg moederboekje als gemeenschappelijk communicatiemiddel tussen verschillende zorgverstrekkers
    NB goed invullen wat besproken van screening en infecties
  - Prenatale screening (consultondersteunende info Domus Medica)
    + informed consent UZL in moederboekje (als beslist) NL FR ENG ARAB
  - Andere prenatale onderzoeken en consequenties (labo's, echo's, urine, GBS screening)
  - Uitleg kinderopvang (+folder), ZN verwijzing MW intern/MW CAW, mutualiteit/ Parel extern (cfr Parel afspraken)
  - Lichamelijke veranderingen in de zwangerschap
  - Emotionele veranderingen in de zwangerschap
  - Voeding en medicatie tijdens de zwangerschap
  - Belang van lichaamsbeweging tijdens de zwangerschap
  - Levensstijl (roken, drugs, alcohol)
  - Seksualiteit in de zwangerschap

- Plan
  - 12W echo met verwijsbrief en kopie laboresultaten(+ consultatie HH of mini-intake UZL)
  - Afspraak Maatschappelijk Werk zo nodig en nog niet gepland
  - Vervolgafspraak op 16W

- *Niet op afspraak*
  - *Vroedvrouw belt patiënte actief op en geeft nieuwe afspraak of spreekt boodschap in*
  - *Interne mail naar vaste arts die mee opvolgt → VrVr mag loslaten als patiënte niet opneemt*
  - *Registratie in Excel doc*

15-17 weken

16w: vroedvrouw

- Anamnese: Beleving en klachten

- KOZ: Bloeddruk (<140/90), gewicht, urinestick, fundushoogte, doptone

- Labo: urinecultuur (+sediment) indien nog niet op 12W
- Uitleg Glucose Challenge test op 24W (50g glucose, niet nuchter, glycemie na 1uur)

- GVO:
  - Lichamelijke en emotionele veranderingen zwangerschap
  - (Bij risico >1/300 op prenatale screening: bespreken VWpunctie op 16W)
  - Check of kinderopvang al in orde? Hulp nodig? → ZN verwijzing MW

- Informeren over voelen van kindsbewegingen (1e kind vanaf 18-22W, 2e kind soms vroeger)
- Info Kraamhulp
- Info en belang prenatale lessen → verwijzen workshops De Bakermat (gratis voor Parel moeders)
- Voedingskeuze, voordelen borstvoeding
- Wanneer ga ik naar ziekenhuis: verminderde of geen kindsbewegingen, signalen premature arbeid, SROM, bloedverlies

- Voor start griepseizoen: Vraag na of uitnodiging en voorschrift gekregen heeft met post

  →ja: naar verpleging voor vaccinatie

  →nee: bel zorgsubstitutie arts voor voorschrift en maak afspraak verpleging

- Plan:
  - 20 W echo + consultatie gynaeco 20W
  - 24W: **Afspraak VP** (GCT) en **maak labobon** op naam vaste arts (GCT (50g), Hb, MCV, MCH, MCHC, ferritine; *als irreguliere AS negatief bij 1e bloedname: opnieuw Irreguliere AS (indirecte Coombs)*
  - Vervolgafspraak Vroedvrouw 24W (minimaal 1 dag na verpleging)

- *Niet op afspraak*
  - *Vroedvrouw belt patiënte actief op en geeft nieuwe afspraak of spreekt boodschap in*
  - *Interne mail naar vaste arts die mee opvolgt → VrVr mag loslaten als patiënte niet opneemt*
  - *Registratie in Excel doc*

24-26 weken

24w: vpk → vroedvrouw

- Anamnese: Beleving en klachten, kindsbewegingen

- KOZ: Bloeddruk (<140/90), Gewicht, urine(stick), fundushoogte, harttonen (doptone), Handgrepen Leopold(1e en 2e)
- Bespreken Labo *(als vooraf gebeurd, anders te doen):*
  Glucose Challenge test (50g): ***Indien afwijkend: plan OGTT en verwittig vaste arts***
  Hb, MCV, MCH, MCHC, ferritine, a*ls irreguliere AS negatief bij 1e bloedname: opnieuw Irreguliere AS (indirecte Coombs)*

- GVO:
  - Info Borstvoeding
    - Borstvoeding op vraag - hongersignalen
    - Belang van rooming in
    - Correcte positionering en aanhappen
    - Geen speen/fopspeen
    - Belang van voedingsfrequentie
    - Melkproductie - opslagcapaciteit en volheid van de borst
    - Manueel afkolven
    - Kenmerken van een welgevoede baby
    - Hoelang geef ik BV
    - BV organisaties
    - Combinatie BV en werk/activiteiten buitenshuis
  - Opstellen postnataal zorgplan

- Mogelijkheden verblijfsduur ziekenhuis
- Mogelijkheden kraamzorg thuis en FU WGC
- Check of kinderopvang al in orde?
- Informative sociale rechten
    - Aanvraag kraamgeld
    - Bevallings- en borstvoedingsverlof
    - Kraamhulp

  Hulp nodig? → ZN verwijzing MW

- Wanneer ga ik naar het ziekenhuis?
    - Signalen vroegtijdige ontsluiting
    - Verminderde of geen kindsbewegingen
    - …

- *Proc:*
    - *Vaccinatie Boostrix (als nog niet bij verpleging)*
- Plan:
    - Prenatale kine **bij MARLEEN** (vanaf 30W)
      + vaste HA verwittigen voor kinevoorschrift (via intern Pricare bericht)
    - Afspraak gynaecologie (32W) : 3e trimester echo en consultatie
    - Volgende afspraak vroedvrouw 35W
    - Workshops Bakermat

- *NB Indien niet voorafgaand bij verpleging:*
  Controleer resultaten GCT en bel patiënt op: verwijzen of opnieuw op consultatie zo nodig

- *Niet op afspraak*
    - *Vroedvrouw belt patiënte actief op en geeft nieuwe afspraak of spreekt boodschap in*
    - *Interne mail naar vaste arts die mee opvolgt → VrVr mag loslaten als patiënte niet opneemt*
    - *Registratie in Excel doc*

35 weken

35w: Vroedvrouw

- Anamnese: Beleving en klachten, kindsbewegingen

- KOZ: Bloeddruk (<140/90), Gewicht, urine(stick), fundushoogte, harttonen (doptone), ligging/indaling (Handgrepen van Leopold), contracties, oedeem

  NB Bij vermoeden liggingsafwijking: echo -> uitwendige kering overwegen

- Proc: afnemen rectovaginaal uitstrijkje voor GBS screening
  Thes: groep B streptococcen kweek *33.10 (in planning) : uitgevoerd
  NB niet nodig indien vroeger al eens GBS positief bij vorige zws: wel in zwangerschapsboekje vermelden!!

- GVO:
    - Wanneer naar ziekenhuis?
    - Verwachtingen en voorbereiding op bevalling
        - Fysiologie arbeid en bevalling
        - Signalen arbeid
        - Emoties en hormonen gedurende de arbeid
        - Tips & tricks tijdens de arbeid
            - Wat kan je bevallingspartner betekenen
            - Wat kan je zelf doen tijdens arbeid (mobiliteit, houdingen, relaxatie, …)

35 weken

        - Eten en drinken tijdens arbeid
        - Keuzemogelijkheden geboorteplan
    - Voorbereiding postpartum
        - Infomoment borstvoeding
        - Emoties in 1e week postpartum
        - FU vroedvrouw bij thuiskomst
    - *Informatie sociale rechten (indien nog niet in orde)*
        - *Bevallings- en borstvoedingsverlof*
        - *Kraamgeld (aanvraag invullen zo nog niet gebeurd)*
        - *Kraamhulp*

- Plan
    - Afspraak Vpk **'A66 verwijzing vpk: zwanger, 37W'**
      + aansluitend vaste arts 37W DUBBEL CONSULT
    - Opvolging postnataal: patiënt belt als uit ZH naar Bakermat
      NB Indien toch naar Ridderbuurt belt: verwijzen naar Bakermat of zelf contact opnemen met Bakermat

- *Niet op afspraak*
    - *Vroedvrouw belt patiënte actief op en geeft nieuwe afspraak of spreekt boodschap in*
    - *Interne mail naar vaste arts die mee opvolgt → VrVr mag loslaten als patiënte niet opneemt*
    - *Registratie in Excel doc*

37-38 W

37w: Huisarts

38W: Vroedvrouw: bij 1e zwangere of extra vragen

Idem 35W behalve GBS wisser

POSTPARTUM

1e kraamweek: Vroedvrouw (HB, na D5 consultatie 30min zo nodig)

Patiënt belt Bakermat bij ontslag ziekenhuis (of wordt naar hen terugverwezen door arts Ridderbuurt)

- An: Klachten en beleving (Cave: babyblues)

- GVO: Hulp bij voeding en (kraam)problemen, kleine kwalen

- Plan na 1 week
  7e dagsonderzoek Pediater of DUBBELE afspraak bij Huisarts + inschrijven WGC

- Communicatie:
    - Dossiercontact in Pricare na 1e week postpartum met volgende info:
        - verloop bevalling en 1e dagen kraamperiode, borstvoeding/kunstvoeding
        - begeleiding vroedvrouw afgerond of verdere opvolging?
        - 7e dagsonderzoek
            - Optie 1: bij pediater gepland
            - Optie 2: bij vaste arts gepland (dubbele afspraak met vooraf inschrijven)
    - Intern Pricare bericht naar vaste arts: 'zie dossiercontact dd/mm/jjjj'

Bijlage 6: Draaiboek verpleging (via hyperlink)

IN W78 Zwangerschap Verpleging

PRECONCEPTIE

Preconceptie

Planning: **A66 verwijzing verpleging**, in vrije tekst **'zwanger, preconceptie'**

- KO: Gewicht, lengte, bloeddruk: te noteren in KOZ>Algemeen
- Labo: zie labobon arts, vroedvrouw in kopie
- Anamnese:
    - Allergieën en persoonlijke VG: noteren als zorgelement (als nog niet in EMD)
    - Familiale VG (congenitaal, cardiovasculair, obstetrisch/gynaecologisch): noteren als familiaal antecedent
    - AGPM: te noteren in vrije tekst W01Vraag bestaan zwangerschap, 'WENS'
    - Lifestyle (roken, alcohol, drugs): te noteren in KOZ>thema's>levensgewoonten
    - Vaccins: te noteren als uitgevoerde planning

DIAGNOSE

Diagnose

Planning: **A66 verwijzing verpleging**, in vrije tekst **'zwanger, diagnose'**

- KO: Gewicht, lengte, bloeddruk: te noteren in KOZ> Thema's>Zwangerschap
- Labo: zie labobon arts (bloed+urinecultuur/sediment) NB op bon vaste arts met vroedvrouw (Lotte Braems of Maity Van Rillaer De Bakermat) in kopie
  + Urinestick: test proteïnurie: noteren in KOZ>Thema's>Zwangerschap>Proteïnurie
- Plan: Consultatie vroedvrouw na 1w

24-26 W

24-26w

Planning: **A44 Vaccin tetanus, difterie, pertussis (Boostrix)** en **T34 GCT**

- Bevraag vacccinatie Boostrix papa en directe oppassers en vaccineer zo nodig (of verwijs naar hun huisarts)
- KO: Gewicht, bloeddruk: te noteren in KOZ>Thema's>Zwangerschap
- Labo: Glucose Challenge test + Hb, MCV, MCH, MCHC, ferritine; *als irreguliere AS negatief bij 1e bloedname: opnieuw Irreguliere AS (indirecte Coombs)* NB op bon vaste arts met vroedvrouw (Lotte Braems of Maity Van Rillaer De Bakermat) in kopie
  Laat pt 50g glucose drinken en prik 1u later, niet nuchter (zie labobon arts)
  + Urinestick: proteïnurie: noteren in KOZ>Thema's>Zwangerschap>Proteïnurie
- Proc: **A44 Vaccin tetanus, difterie, pertussis (Boostrix)** en **T34 GCT**
- Plan: Consultatie vroedvrouw 2 dagen later

37 W

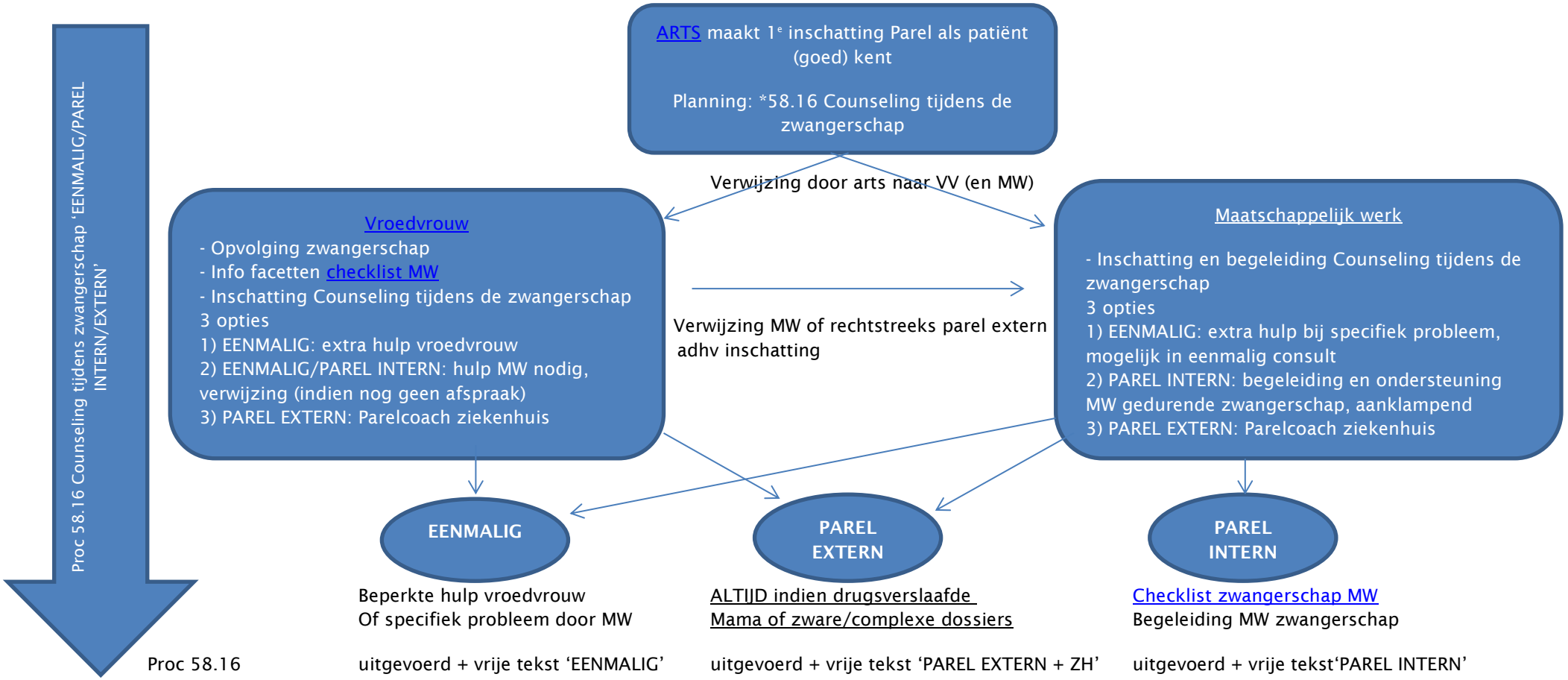
37w

Planning: **A66 verwijzing verpleging**, in vrije tekst '**zwanger 37W**'

- KO: Gewicht, bloeddruk: te noteren in KOZ> Thema's>Zwangerschap
  + test proteïnurie dmv urinestick: noteren in KOZ>Thema's>Zwangerschap>Proteïnurie
- Naar arts

Bijlage 7: Afspraken PAREL (via hyperlink)

IN W78 Zwangerschap: Afspraken Counseling tijdens de zwangerschap/Parel



	EENMALIG	PAREL EXTERN	PAREL INTERN
	Beperkte hulp vroedvrouw Of specifiek probleem door MW	ALTIJD indien drugsverslaafde Mama of zware/complexe dossiers	Checklist zwangerschap MW Begeleiding MW zwangerschap
Proc 58.16	uitgevoerd + vrije tekst 'EENMALIG'	uitgevoerd + vrije tekst 'PAREL EXTERN + ZH'	uitgevoerd + vrije tekst'PAREL INTERN'
Zorgelement	/	vrije tekst 'Parel extern'	vrije tekst 'Parel intern'
Parelregistratie online[34]	geen	Externe parelcoach[35]	Interne parelcoach = MW

[34] https://project.leuven.be/sites/sz/kinderopvang/parelcoaching/Lists/Parelcoaching/overview.aspx&AuthResend1908BC2350124b5095AB75012FA405BA
Login: parelcoaching Wachtwoord: coachingparel

Bijlage 8: Draaiboek maatschappelijk werk

Wanneer	Wat	Waar/aan of bij wie	Hoe
Zo snel mogelijk	Mensen zonder papieren	OCMW inschakelen: hulp in ambulante kosten+ kosten opname en bevalling	OCMW 016/24 83 20
	Kinderopvang	Via website www.kinderopvangleuven.be	Pt moet inschrijven en profiel aanmaken, lijst voorkeur opgeven en regelmatig nakijken. Indien geen e-mail adres of pt kan zelf niet: verwijzen naar Yannick kinderopvang (afspraak maken via 016/27.26.43)
	Nagaan: arbeidsgeneesheer nodig? (ikv verwijdering werkvloer)	Via werkgever	
	Zwangere vrouw, signaal parelmoeder	In kaart brengen gezinssituatie en zwangerschapsbeleving: Evaluatie inschatting extern/intern Parelmoeder en zo nodig Parelcoaching	VrVr schatten in of zwangere verdere ondersteuning nodig heeft. Mw doet inschatting intern of extern. Indien extern: verwijzing PAREL coaching ZH bevalling
	Heeft pt hospitalisatieverzekering?	Mutualiteit	
	Indien druggebruikende ouder	MSOC Vlaams-Brabant: MaPa project + PAREL UZ Leuven	http://www.msoc-vlaamsbrabant.be/het-mapa-project/wat-doet-mapa/ Sylvia De Ryck contacteren met aanmelding (formulier)
Vanaf 12 weken	Werkgever op hoogte brengen van zwangerschap (ten laatste 7 weken voor VBD, bij meerling 9 weken) → bescherming tegen ontslag tot maand na bevallingsverlof + recht op afwezigheid op werk met behoud van loon owv zwangerschapsonderzoeken (WG op voorhand verwittigen van het onderzoek! + medisch attest arts)	Werk zwangere vrouw: werkgever/personeelsdienst	Mondeling / schriftelijk / mail (beste: aangetekende brief / ontvangstbewijs van verwittiging vragen) Medisch attest met vermoedelijke bevallingsdatum aan WG bezorgen.
	Indien nachtarbeid: dagarbeid kan aangevraagd worden tot 3 maanden na geboorte, obv medisch attest tot na bevallingsrust	Werkgever moeder	
24 weken	Aanvraag kraamgeld vanaf 6m zwangerschap - OPM: ook bij miskraam / doodgeboorte indien min. 180 dagen zwangerschap	Gehuwd/kind door vader erkend: Werkgever vader Ongehuwd en kind (nog) niet erkend door vader: werkgever moeder	Aanvraagformulier aan (laatste) WG vragen. Als aanvraag vóór geboorte: medisch attest met VBD bijvoegen, bij aanvraag na geboorte geboorteattest gemeente bijvoegen . Als nooit gewerkt: contact RKW
	Gewaarborgd kraamgeld indien geen recht	Kinderbijslag voor Werknemers (RKW) -	als kind nog niet geboren: via formulier

	op gewoon kraamgeld	Dienst gewaarborgde gezinsbijslag	aanvraag gewaarborgd kraamgeld vooruitbetaling
28 weken	Ouderschapsverlof: min. 1m, max. 3m op voorhand laten weten aan WG. Voorwaarden: min. 12m werken bij de WG. *Bedrag*: indien volledige onderbreking arbeid 693.20 € / vermindering tot halftijdse betrekking 319.52 € / vermindering met 1/5 108.40€ of 145.77€ (alleenstaande). Kan opgenomen worden tot kind 12 jaar is. Opmerking: bij meerling moet voor ieder kind aparte aanvraag worden ingediend!	RVA & Aanmoedigingspremie bij ouderschapsverlof Info http://www.werk.be/online-diensten/aanmoedigingspremies/prive-sector/zorgkrediet Opmerking: bij meerling moet voor ieder kind aparte aanvraag worden ingediend	Aangetekend / brief met ondertekening voor ontvangst door WG met vermelding gewenste begin- en einddatum. WG kan het max. 6 maanden uitstellen, kan het niet weigeren. Bij aanvang geboorte-uittreksel aan WG bezorgen Aanvragen via aangetekende brief in bureau RVA waar aanvrager verblijft → RVA bezorgt moeder in te vullen formulieren
	Aanvraag zwangerschapsverlof: min. 7 weken voor VBD (meerling 9 weken)	Werkgever moeder	Medisch getuigschrift VBD
	Aanvraag kraamzorg	Via ziekenfonds	
30 weken	Checken babyuitzet	Verwijzing tweedehandszaken	
	Bespreking kraamzorg en vroedvrouw	Verwijzing organisaties kraamzorg of mutualiteit	Familiehulp Solidariteit voor het gezin …
	Indien PAREL mama: ZH op de hoogte brengen van VBD	1 maand voor VBD die datum laten weten aan ZH waar ze zal bevallen	Raadpleging materniteit GHB: 016/34.47.50 Raadpleging Heilig Hart: 016/20.92.09
	Vervoer van en naar ZH bespreken & opvang andere kinderen tijdens ZHopname		
	Bij begin moederschapsverlof: ZF op hoogte brengen op dag 1	Mutualiteit moeder	Telefonisch / brief ZF op hoogte brengen op dag 1, medisch attest met VBD aan hen bezorgen. ZF bezorgt moeder vervolgens papieren om in te vullen en nadien terug aan ZF bezorgen. Van de AG ziekenfonds zal pt “ontvangstmelding” ontvangen voor het attest van moederschapsrust.

Auteur Annelies Rosiers, maatschappelijk werk WGC De Ridderbuurt 2013

Update 2016 (ikv nieuw protocol): Melissa Beelen (en Katrien Duquet)

Bijlage 9: Advies Ethische Commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Zwangerschapsopvolging in een wijkgezondheidscentrum: voorstel tot protocol en de implementatie ervan" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Zwangerschapsopvolging in een wijkgezondheidscentrum: voorstel tot protocol en de implementatie ervan" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)