Verkorting van de ligduur op de kraamafdeling: gevolgen voor de huisarts

Elyse Aerts, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

Co-promotor: Dr. Jo Lisaerde, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef huisartsgeneeskunde

2015 - 2017

Inhoudsopgave

Voorwoord 3
Abstract (Nederlandse versie) 4
Abstract (Engelse versie) 5
Inleiding 6
Methoden 7
Resultaten 8
Discussie 14
Besluit 16
Referenties 17
Bijlagen 18
- Bijlage 1: Gunstig advies Ethische Commissie 18
- Bijlage 2: Goedgekeurd protocol 19
- Bijlage 3: Tabel 5 21
- Bijlage 4: Pretest 22
- Bijlage 5: Posttest 27

Voorwoord

Met enige fierheid stel ik mijn masterproef 'Verkorting van de ligduur op de kraamafdeling: gevolgen voor de huisarts' voor. Vanuit mijn bijzondere interesse voor zwangerschapsbegeleiding en het opvolgen van jonge kinderen bij Kind en Preventie sluit ik mijn negenjarige opleiding tot huisarts met dit project af.

Graag wil ik hierbij nog enkele mensen bedanken voor de steun en hulp die ze me aanboden bij het schrijven van deze scriptie.

Allereerst en met bijzondere aandacht wil ik prof. Dr. Birgitte Schoenmakers bedanken voor de uitstekende en efficiënte begeleiding bij dit project.

Graag zou ik mijn appreciatie willen tonen aan Dominique Manhaeve voor het ter beschikking stellen van de e-learning modules.

Verder wil ik mijn praktijkopleider Ruth Maes bedanken om artsen uit de regio extra te motiveren tot het deelnemen aan mijn onderzoek.

Ten slotte gaat mijn aandacht naar alle artsen die extra tijd hebben vrijgemaakt om de online enquête in te vullen en de e-learning modules te doorlopen.

Abstract

Inleiding

N.a.v. de financiële crisis werden onder leiding van de minister van volksgezondheid pilootprojecten opgestart om de ligduur op de materniteit te verkorten. De zorg voor moeder en kind zal in de toekomst dus verschuiven van de tweede naar de eerste lijn. Daarom focust dit onderzoek enerzijds op de kennis en vaardigheden van de huisarts m.b.t. postnatale zorg, maar worden anderzijds ook de noden en bekommernissen in beeld gebracht. Hieraan gekoppeld wordt de bruikbaarheid van een e-learning module nagegaan. Ook de organisatie van de kraamzorg in de omliggende ziekenhuizen wordt onder de loep genomen.

Methoden

Het onderzoek wordt uitgevoerd als een beschrijvende studie met voor- en nameting van november 2016 tot februari 2017. De studiepopulatie bestaat uit huisartsen en HAIO's werkzaam in de wachtpostregio Lier. De voor- en nameting bestaat uit een online vragenlijst die elektronisch wordt verstuurd met het doorlopen van een opleidingsmodule als interventie. Uitkomstmaten zijn een verbetering van de kennis en de subjectieve inschatting van de geschiktheid samen met een evaluatie van de e-modules. Via telefonisch contact wordt nagegaan hoe de postnatale zorg georganiseerd wordt in de ziekenhuizen waarmee de deelnemende artsen samenwerken.

Resultaten

De enquête werd naar 118 artsen verstuurd. De voormeting werd door 21 artsen ingevuld. Twaalf artsen doorliepen de e-module en vulden nadien ook de nameting in. Eén arts werd geëxcludeerd wegens sterk afwijkende resultaten. 43% (9/21) doet niet aan zwangerschapsbegeleiding. 43% (9/21) heeft ooit gehoord van het begrip 'zevendedagsonderzoek' en 19% (4/21) weet ook wat het inhoudt. 29% (6/21) voelden zich ongeschikt om de postnatale zorg op zich te nemen. Artsen geven aan nood te hebben aan extra bijscholing, een richtlijn, een schema voor zevendedagsonderzoek en betere samenwerking met de tweede lijn. De gemiddelde score op de voor- en nameting was respectievelijk 62 en 74%. De meeste artsen voelden zich na het doorlopen van de e-module meer bekwaam (64% (7/11)) en voorbereid (82% (9/11)) en in mindere mate ook meer zelfzeker (45% (5/11)). Vrouwelijke deelnemers, huisartsen die aan zwangerschapsbegeleiding doen en artsen werkzaam bij Kind en Preventie scoren betere resultaten (resp. 62,67% tegenover 59,17%, 63,33% tegenover 59,44% en 70% tegenover 62%).

Discussie

Dit onderzoek toont aan dat het niveau van de kennis van postnatale en postpartale problemen behoorlijk is, maar niet uitmuntend. Slechts de helft van de artsen doet aan zwangerschapsbegeleiding. De huisarts is ook weinig bekend met het zevendedagsonderzoek. Ondanks deze bevindingen voelen de meeste artsen zich wel geschikt om deze zorg op zich te nemen. Het onderzoek toont ook aan dat artsen met meer ervaring beter scoren. Artsen geven aan nood te hebben aan extra bijscholing, een richtlijn, een schema voor het zevendedagsonderzoek, maar vooral aan een betere samenwerking en communicatie met de tweede lijn. Controle-afspraken en screenings worden tot heden door hen gepland zodat de huisartsen van deze zorg onttrokken worden. Ze ontvangen vaak ook geen of laattijdig informatie. De e-module blijkt een goed instrument te zijn om de kennis en vaardigheden van huisartsen te verruimen. De deelnemers scoorden beter na het doorlopen van de modules en voelden zich ook meer bekwaam en voorbereid.

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat de kennis en vaardigheden van de huisarts omtrent postpartale en postnatale problemen behoorlijk is. De e-module blijkt een nuttig instrument te zijn om deze kennis en vaardigheden te verruimen. Artsen moeten verder ook meer betrokken worden in deze zorg vanuit de tweede lijn. Er is nood aan de ontwikkeling van een richtlijn, een schema voor zevendedagsonderzoek en een uniform en elektronisch moederschapsdossier. Het curriculum van de prespecialisatie huisartsgeneeskunde moet uitgebreid worden en extra bijscholing moet georganiseerd worden.

Abstract

Introduction

Due to the recent financial crisis, the minister of public health started some pilot projects to shorten the hospitalization period after childbirth. This means that the care for mother and child will move from the second line to the first line in the future (i.e. from the hospital towards the general practitioner and midwife). That's why this research primary focusses on the knowledge and skills of the general practitioner, with regards to the postnatal care. Secondly, this research evaluates the usefulness of an e-learning on postnatal care. At last, the organisation of maternity care in the surrounding hospitals is examined.

Methodology

This research is executed as a descriptive study with a pre- and post-test. The study population consists of general practitioner and doctors in the final stage of education, who work in the region Lier. The pre- and post-test consists of an online survey, with an e-learning module as intervention between the two tests. The most important results are the comparison of the knowledge of the postnatal care, and the confidence of the practitioner in this matter. By interviewing the hospitals the participants work with (by phone), we plot how the postnatal care is currently organised.

Results

The survey was sent to 118 doctors. 21 completed the pre-test, and 12 of these 21 participant ran through the full research, being the pre-test, e-module, and the post-test. Since one participant was clearly an outlier, these results were excluded from the final results. First of all, the results show that 43% of the test-populations does not engage in antenatal care. Secondly, 43% indicates that they have ever heard of 'seventh-day-examination', while only 19% of the general practitioners know what this examination implies. Additionally, one out of five (21%) of the participants highlight that they do not feel capable enough to take the postnatal care into their own hands. Furthermore, they report the need for extra training, and a clear framework for postnatal care. Also, cooperation with the second line could be improved. The average score on the pre- and post-test was 62% and 74% respectively. Most of the participants felt more confident (64%) and prepared (82%), and to a lesser extend more self-confident (45%). At last, female participants, general practitioners who are already involved in antenatal care, and doctors who work for Kind & Preventie, score better results on average. (63% vs 59%, 63% vs 59%, and 70% vs 62% respectively).

Discussion

This research demonstrates that the knowledge of postpartum issues and neonatal care and screening is fair, but not excellent. Only half of our participants are involved in antenatal care. Also, the general practitioner is only vaguely familiar with the 'seventh-day-examination'. Despite these findings, most doctors feel capable enough to commit oneself to the care for mother and child. This research also shows that more experienced practitioner score better on the pre-test. The participants report the need for extra training, and a theoretical framework for 'seventh-day-examination', but even more for a better communication and cooperation with the second line. Check-ups and screenings are currently planned within the second line, without knowledge of the general practitioner. This implies that the first line often get no, or obsolete information. The e-module appears to be a good instrument to extend the knowledge and skills of the general practitioner. The participants score significantly better after the completion of the module. Also, they feel more confident and capable regarding the topics.

Conclusion

This research shows that the knowledge and skills of general practitioners regarding postpartal care and neonatal issues and screenings is decent. De e-module appears to be a useful tool to broaden the know-how of the general practitioner. Furthermore, practitioners need to be more involved in the second-line care. The creation of a clear framework is a necessity, together with the development of a uniformed electronic maternity file. At last, further investments in the university studies of general practitioners regarding this topic should be made, together with extra training for existing general practitioners.

Inleiding

De besparingen die in ons land worden doorgevoerd naar aanleiding van de financiële crisis treffen ook de gezondheidszorg. Daarom ontwikkelde de minister van volksgezondheid Maggie De Block een plan voor de herziening van de ziekenhuisfinanciering. Eén van de doelen is de verkorting van de ligduur op de materniteit[1].

Het natuurlijk proces van zwangerschap en kraamzorg is in onze westerse maatschappij immers sterk gemedicaliseerd. Initieel lag deze institutionalisering wel aan de basis van de daling van de kraam- en kindersterfte. Toch is ondertussen aangetoond dat de helft van de zorg de eerste 48 uur wordt verleend. Nadien vervult de materniteit vooral een verblijfsfunctie. De duur van het ziekenhuisverblijf wordt dus meer de bepaald door tradities dan door medische noden[2].

In ons land bevallen jaarlijks 121 000 vrouwen, waarvan 98,8% in een ziekenhuis en dit met een gemiddelde verblijfsduur van vier tot vijf dagen. Hiermee is België één van de Europese landen met de langste ligduur. De laatste decennia werd de trend ingezet om de ligduur terug in te korten. In 2011 verbleef een vrouw gemiddeld 4,1 dagen in het ziekenhuis terwijl dit in 1991 nog 6,9 dagen bedroeg. Toch kan dit nog verder worden ingekort en moet een voorbeeld genomen worden aan landen met een sterk ontwikkelde kraamzorg. Koploper hierin is het Verenigd Koninkrijk, met een gemiddelde ligduur van 1,6 dagen[2].

Een vroeg ontslag heeft immers veel voordelen. Ten eerste kunnen alle leden van het gezin betrokken worden in de zorg, wat ook de hechtingsband ten goede komt. De kraamvrouw kan rusten in een vertrouwde omgeving zonder gestoord te worden door ziekenhuisroutines. Er zou ook een verminderd risico op nosocomiale infecties en borstvoedingsproblemen zijn, dit mede door het feit dat de pas bevallen vrouw minder blootgesteld wordt aan tegenstrijdige informatie van verschillende zorgverleners. Een vroege re-integratie in het gezin zou ook zorgen voor meer zelfvertrouwen bij de moeder. De vraag reist natuurlijk wel of het veilig is om moeder en kind vroeger naar huis te laten gaan. Op internationaal niveau heeft de verkorting van de ligduur tot heden niet geleid tot een verhoogd aantal heropnames mits een kwaliteitsvolle kraamzorg thuis[2].

Factoren die de lange ligduur in de hand werken zijn naast de verwachtingspatronen van de bevolking en de hotelfunctie die het ziekenhuis biedt ook de gefragmenteerde thuiszorg, de lage verloning van vroedvrouwen en de formules van hospitalisatieverzekeringen. Deze laatste belonen lange verblijven en eenpersoonskamers terwijl de ziekenhuisfinanciering vooral een korte ligduur aanprijst. Daarboven vinden vroedvrouwen dat ze onderbetaald worden. Het honorarium van een huisbezoek daalt naarmate deze langer na de geboorte plaatsvindt, wat soms een weigering van de hulpvraag tot gevolg heeft. Aangezien vroeg ontslag uit de materniteit vooral zal moeten worden opgevangen door vroedvrouwen zal het beroep in de toekomst meer aantrekkelijk moeten gemaakt worden. Een ander probleem is dat kraamzorg in de eerste lijn onvoldoende ontwikkeld is in België. Naast de grote regionale organisatorische verschillen is de thuiszorg ook vaak weinig bekend voor de kersverse ouders. Deze versnippering van de zorg kan een zorgvacuüm betekenen wanneer kersverse moeders en hun kind vervroegd naar huis worden gestuurd. Het voordeel van een opname op de materniteit is de 24 op 24 permanentie die de vroedvrouwen, gynaecologen en pediaters bieden. In de eerste lijn ontbreekt op dit ogenblik een permanentiesysteem. Een bijkomend probleem is het feit dat administratieve en medische gegevens vaak in verschillende, soms niet-elektronische dossiers worden ingegeven die niet compatibel zijn met elkaar. Dit bemoeilijkt niet alleen de communicatie maar verhindert ook het verzamelen van epidemiologische en klinische gegevens. In andere Europese

landen werden inmiddels wel richtlijnen ontwikkeld maar deze zijn niet toepasbaar op de Belgische situatie[2].

Om een naadloze vervroegde transfer tussen de materniteit en de thuishaven te garanderen is er dus nood aan een betere vergoeding van de huisbezoeken door vroedvrouwen, een optimalisatie van de opleiding van artsen en kraamhelp(st)ers, behoud van de neonatale screenings, de ontwikkeling van een permanentiesysteem, een multidisciplinair samenwerkingsakkoord, een elektronisch en gedeeld moederschapsdossier en een nationaal zorgplan[2].

In de toekomst zal dus moeten worden geïnvesteerd in een kwaliteitsvolle thuiszorg om het zorgvacuüm in de eerste week te voorkomen. De zorg voor moeder en kind zal dus verschuiven van de tweede naar de eerste lijn. Deze verschuiving zal niet alleen worden opgevangen door vroedvrouwen maar ook door de huisarts. Eén van de voorwaarden om een geslaagd vervroegd ontslag te organiseren is dan ook het pediatrisch consult tussen dag 7 en 10, ook wel het zevendedagsonderzoek genoemd[2].

Daarom focust dit onderzoek zich enerzijds op de kennis en de vaardigheden van de huisartsen, waarbij ook rekening wordt gehouden met hun noden en bekommernissen. Hieraan wordt dan de bruikbaarheid van een online bijscholingsprogramma gevalideerd. Anderzijds neemt dit onderzoek de organisatie van de kraamzorg in de omliggende ziekenhuizen onder de loep.

Methoden

1. Veldonderzoek

In dit onderzoek wordt primair nagegaan wat de kennis en vaardigheden zijn van huisartsen met betrekking tot de postnatale zorg bij moeder en kind, met name het zevendedagsonderzoek en postpartumproblematiek. Hieraan gekoppeld wordt de bruikbaarheid van een online bijscholingsprogramma gevalideerd. In tweede instantie worden de zelfzekerheid, noden en bekommernissen van de artsen die deze zorg in de toekomst onder hun hoede zullen moeten nemen in beeld gebracht en vergeleken na het volgen van de online opleiding. Ook wordt de organisatie van de postpartumzorg in de omliggende ziekenhuizen onder de loep genomen.

Het onderzoek wordt uitgevoerd als een beschrijvende studie met voor- en nameting van november 2016 tot februari 2017. De studiepopulatie bestaat uit huisartsen en huisartsen in opleiding werkzaam in de wachtpostregio Lier. De voor- en nameting bestaat uit een online vragenlijst die elektronisch wordt verstuurd naar de desbetreffende artsen met het doorlopen van een opleidingsmodule als interventie (zie bijlage 4 en 5).

In de online enquête wordt gepeild naar de persoonlijke kenmerken van de artsen en hun samenwerking met omliggende ziekenhuizen. De kennis en vaardigheden wat betreft zevendedagsonderzoek en postpartumproblematiek worden getoetst. Er wordt ook aan de artsen gevraagd een eigen inschatting te maken van hun zelfzekerheid en bekwaamheid om de zorg voor moeder en kind voor eigen rekening te kunnen nemen. Tot slot volgt een korte evaluatie van de e-learningmodule. Uitkomstmaten zijn de verbetering van de kennis en vaardigheden, alsook de zelfzekerheid van de arts na het doorlopen van de online opleiding.

De vragenlijst is deels gebaseerd op resultaten bekomen via de literatuurstudie en werd gedeeltelijk overgenomen uit een andere studie die handelt over de verkorting van de ligduur op de materniteit[3-10]. Het bijscholingsprogramma is ontwikkeld door studenten geneeskunde in 2016 en bevindt zich op het online leerplatform van het ACHG (SofiaLearn). De e-module omvat twee grote onderwerpen: het zevendedagsonderzoek en postpartumproblematiek bij de vrouw. Het doel is om de artsen op interactieve wijze wegwijs te maken met problemen die zich voordoen in de postnatale zorg. In de online enquête wordt eveneens aan de artsen gevraagd met welke ziekenhuizen zij samenwerken. Via telefonisch contact wordt nagegaan hoe de zorg in het desbetreffend ziekenhuis wordt georganiseerd, meer bepaald het aantal ligdagen, de neonatale screenings en de communicatie met de eerste lijn na ontslag.

De online enquête is ontwikkeld via het programma 'Websurvey service KU Leuven'. De analyse van de resultaten van deze studie gebeurt via Excel. Factoren die een rol kunnen spelen zijn de voorkennis en de interesse die bepaalde artsen kunnen hebben, maar ook de huidige organisatie van de postpartumzorg in de ziekenhuizen waarmee zij samenwerken.

2. Literatuurstudie

De literatuurstudie is uitgevoerd volgens het watervalprincipe. Ten eerste zijn nationale en internationale databanken doorzocht met betrekking tot eerstelijnsgezondheidszorg. MeSH-termen die hiervoor gebruikt worden, zijn 'obstetrics', 'postnatal care', 'postnatale zorg', 'kraamzorg', 'midwife care', 'infant care', 'general practice', 'family practice', 'community care' en combinaties hiervan. Nadien is de zoektocht verdergezet in Pubmed met dezelfde zoektermen. Artikels gepubliceerd voor het jaar 2005 zijn geëxcludeerd. De referentielijsten van bruikbare artikels zijn nadien ook handmatig gescreend.

Resultaten

De online enquête werd elektronisch verzonden naar 118 artsen. In totaal vulden 21 artsen (18%) het eerste deel van het onderzoek in. Twaalf artsen (10%) doorliepen nadien de e-module en voerden ook de nameting uit. De persoonlijke kenmerken van de artsen die respectievelijk de pre- en de posttest invulden wordt samengevat in tabel 1.

kenmerken		**PRE**		**POST**	
HA/HAIO	huisarts	67%	14	58%	7
	HAIO	33%	7	42%	5
geslacht	vrouwelijk	71%	15	75%	9
	mannelijk	29%	6	25%	3
leeftijd	< 30 jaar	52%	11	67%	8
	3O – 40 jaar	24%	5	17%	2
	40 – 50 jaar	10%	2	0%	0
	50 – 60 jaar	5%	1	8%	1
	> 60 jaar	10%	2	8%	1

Tabel 1: kenmerken van de artsen die deelnamen aan respectievelijk de pre- en de posttest.

Ongeveer de helft van de artsen (43%) zegt niet aan zwangerschapsbegeleiding te doen in de huisartspraktijk. De artsen die dit wel toepassen (57%), doen dit in samenwerking met een gynaecoloog en één hiervan werkt ook samen met een vaste vroedvrouw. Vier artsen (19%) zijn werkzaam als consultatie-arts bij Kind en Preventie. Ongeveer de helft van de deelnemers (43%) heeft ooit gehoord van het begrip 'zevendedagsonderzoek', hiervan weet de helft (19%) ook wat het inhoudt en slechts één arts (5%) past het ook toe in de dagelijkse praktijk (zie tabel 2). Zes artsen (29%) voelen zich niet geschikt om de zorg voor moeder en kind op zich nemen. De andere deelnemers (71%) achten zich voldoende bekwaam, maar de helft hiervan (38%) geeft aan nood te hebben aan goede richtlijnen en een vlotte multidisciplinaire samenwerking. Deze samenwerking en communicatie met gynaecologen worden door de artsen als 'minder goed' bevonden. Gynaecologen zijn volgens de huisartsen telefonisch moeilijk bereikbaar en ze sturen niet altijd verslagen door. Bovendien leggen zij vaak in het begin van de zwangerschap alle afspraken vast. De samenwerking en communicatie met pediaters verloopt in het algemeen beter. Dit gebeurt vooral via elektronische verslagen. De meeste artsen werken niet samen met een vroedvrouw. Artsen die dit wel doen geven aan dat de telefonische bereikbaarheid vlot verloopt (zie tabel 3).

begrip	ja	43%	9
	neen	57%	12
inhoud	ja	19%	4
	neen	81%	17
zelfstandig uitvoeren	ja	5%	1
	neen	95%	20

Tabel 2: het aantal artsen die kennis hebben van het begrip 'zevendedagsonderzoek', die de inhoud van het onderzoek kennen en de proportie artsen die het zelfstandig uitvoeren.

communicatie	**gynaecoloog**		**vroedvrouw**		**pediater**	
zeer goed	0%	0	0%	0	0%	0
goed	38%	8	14%	3	48%	10
minder goed	57%	12	14%	3	29%	6
geen	5%	1	71%	15	24%	5

Tabel 3: beoordeling van de communicatie door huisartsen met respectievelijk gynaecologen, vroedvrouwen en pediaters.

De organisatie van de peri- en postpartale zorg voor moeder en kind wordt samengevat in tabel 4.

De helft van de mannelijke artsen (3/6 of 50%) doet aan zwangerschapsbegeleiding, al dan niet in samenwerking met een gynaecoloog en/of vroedvrouw. Bij de vrouwelijke deelnemers is het percentage groter, namelijk 60% (9/15). Ook op basis van de leeftijd zien we een verschil. 80% (4/5) van de artsen ouder dan 40 jaar begeleidt zwangere vrouwen, terwijl bij de collega's jonger dan 40 slechts de helft (8/16) dit doet.

Tabel 4: de organisatie van de zorg in de ziekenhuizen waar dat de artsen die deelnamen aan dit onderzoek mee samenwerken.

Ziekenhuis	Pilootproject	Dag van ontslag	Communicatie met vroedvrouw	Communicatie met huisarts	Gynaecologische controle	Pediatrische controle
AZ St-Elisabeth Herentals	neen	dag 3	Brief Mama neemt contact op[1]	Elektronisch via gynaecoloog en pediater	Dagelijks op de materniteit + na 6 weken	Dagelijks op de materniteit S: dag 0/1 – 3[5]
Heilig-Hart Lier	neen	dag 3	Brief + boekje K&G[2]	Elektronisch via gynaecoloog en pediater	Dagelijks op de materniteit + na 6 weken	Dagelijks op de materniteit S: dag 0/1 – 3 – 7/10
AZ St-Maarten Duffel	neen	dag 3 dag 4 voor nulliparen	Boekje K&G[3] Materniteit neemt contact op	Elektronisch via gynaecoloog	Dagelijks op de materniteit + na 6 weken	Bij problemen op de materniteit S: dag 0/1 – 3 – (7/10)[6]
St-Augustinus Wilrijk	neen	dag 3	Brief Mama neemt contact op	Elektronisch via gynaecoloog en pediater	Dagelijks op de materniteit + na 6 weken[4]	Dagelijks op de materniteit S: dag 0/1 - 3[7]
UZ Leuven	ja	dag 2 dag 3 voor nulliparen	Brief Mama neemt contact op	Elektronisch via gynaecoloog en pediater	Dagelijks op de materniteit + na 6 weken	Bij problemen op de materniteit S: dag 0/1 – 7/10[8]
Imelda Bonheiden	neen	dag 3	Brief + boekje K&G Mama neemt contact op	Elektronisch via gynaecoloog en pediater	Dagelijks op de materniteit + na 6 à 8 weken	Bij problemen op de materniteit S: dag 0/1 – 3 – 7/10
UZ Antwerpen	neen	dag 3	Brief Mama neemt zelf contact op	Elektronisch via gynaecoloog en pediater	Dagelijks op de materniteit + na 6 weken	Bij problemen op de materniteit S: dag 0/1 - 3

Legende:

De tweede kolom geeft aan of de ziekenhuizen al dan niet deel uitmaken van het pilootproject 'verkorting van de ligduur' opgestart onder leiding van de minister van volksgezondheid Maggie De Block. In de derde kolom wordt de dag van ontslag vermeld voor het desbetreffende ziekenhuis. De dag van de bevalling rekenen we als dag 0. De controle- en screeningsonderzoeken worden uitgevoerd door de gynaecoloog of pediater, tenzij anders vermeld. De afkorting 'S' in de laatste kolom staat voor 'screeningsonderzoek'.

[1]Materniteit neemt zelf contact op met de vroedvrouw indien er specifieke medische problemen zijn of de sociale situatie uitzonderlijk is

[2]Op dag 4 en 5 komt een vroedvrouw die tewerkgesteld is in het ziekenhuis aan huis. Het is mogelijk om deze bezoeken te verlengen. Als de ouders willen overschakelen naar een zelfstandige vroedvrouw nemen zij zelf telefonisch contact op met de desbetreffende persoon.

[3]Bij medische problemen bij moeder of kind wordt een extra brief meegegeven aan de ouders ter attentie van de vroedvrouw.

[4]Het ziekenhuis laat de moeder vrij om de gynaecologische controle zes weken na de bevalling te laten uitvoeren door de gynaecoloog of door de huisarts.

[5]Alleen wanneer door omstandigheden de neonatale screening op dag 3 niet kan plaatsvinden of wanneer er specifieke medische problemen zijn wordt aan de ouders aangeraden om het kind op dag 7 opnieuw te laten onderzoeken. Dit kan voor hen zowel bij de huisarts als bij de pediater.

[6]Hier wordt de pediatrische screening tussen dag 7 en 10 aangeraden bij medische problemen bij de neonaat.

[7]Alleen wanneer door omstandigheden de neonatale screening op dag 3 niet kan plaatsvinden wordt aan de ouders aangeraden om het kind tussen dag 7 en 14 opnieuw te laten onderzoeken.

[8]Op de dag van ontslag (dag 2) wordt geen neonatale screening uitgevoerd. De pasgeboren baby's dienen enkel en alleen te voldoen aan de ontslagcriteria. De ouders dienen de neonaat wel te laten screening tussen dag 7 en dag 10 door een pediater of huisarts.

De pretest werd door 21 artsen ingevuld. De gemiddelde totale score bedroeg 62%, met een betere score voor het onderdeel 'neonatale problemen en screenings' (64%) tegenover het onderdeel 'postpartumproblematiek' (60%). Twaalf artsen voerden zowel de voor- als de nameting uit. De score op de nameting was bij tien deelnemers aanzienlijk hoger. Eén arts behaalde een gelijkaardig resultaat (70% op de pretest tegenover 65% op de posttest) en één arts scoorde beduidend lager (75% op de pretest tegenover 45% op de posttest). Daarom werd deze laatste deelnemer als uitschieter beschouwd en worden deze resultaten niet verder in rekening gebracht. De scores van de artsen die zowel de voor- als de nameting uitvoerden worden weergegeven in tabel 5 en 6. De resultaten zijn verbeterd voor zowel het onderdeel 'postpartumproblematiek' als 'neonatale problemen en screenings', met een grotere stijging voor het laatste gedeelte.

pre/post	score 'moeder'	score 'kind'	totale score
PRE	5	7	12
POST	8	9	17
PRE	6	8	14
POST	4	9	13
PRE	6	5	11
POST	7	8	15
PRE	7	5	12
POST	6	9	15
PRE	5	7	12
POST	7	8	15
PRE	5	6	11
POST	4	9	13
PRE	7	6	13
POST	7	8	15
PRE	7	7	14
POST	9	7	16
PRE	8	6	14
POST	10	7	17
PRE	4	6	10
POST	4	8	12
PRE	6	5	11
POST	6	8	14

Tabel 6: de absolute cijfers behaald op beide onderdelen van de artsen die zowel de voor- als de nameting uitvoerden.

Na het doorlopen van de e-learning module voelden artsen zich meer bekwaam (64%) en voorbereid (82%) voor het opvangen van de kersverse moeder en neonaat. Iets minder dan de helft van de deelnemers (45%) voelde zich ook meer zelfzeker om deze pathologie te behandelen (zie tabel 7). De meeste artsen vonden dat alle onderwerpen (83%) werden behandeld in het opleidingsaanbod en dat de gegeven informatie ook volledig was (75%). De andere deelnemers merkten op dat er geen of onvoldoende informatie werd gegeven over hydrocoele communicans, cryptorchidie en correct antibioticagebruik. Huisartsen gaven aan vooral nood te hebben aan extra opleiding, liefst geaccrediteerd en georganiseerd door gynaecologen, pediaters en vroedvrouwen. Daarnaast pleitten ze voor de ontwikkeling van een goede richtlijn en schema voor het zevendedagsonderzoek. Ze benadrukten ook het belang van een goede ontslagbrief die alle informatie omvat met betrekking tot de bevalling, het postpartum en de neonatale screenings en problemen. Deze brief kan best onmiddellijk elektronisch worden doorgestuurd en worden meegegeven aan de pas bevallen vrouw. Op die manier hebben alle zorgverleners van de eerste lijn onmiddellijk alle noodzakelijke informatie ter beschikking. Telefonische bereikbaarheid van actoren uit de tweede lijn voor overleg bij vragen of problemen is een bijkomend pluspunt.

	toenemend		gelijk		afnemend	
bekwaamheid	64%	7	27%	3	9%	1
zelfzekerheid	45%	5	55%	6	0%	0
voorbereid	82%	9	9%	1	9%	1

Tabel 7: de subjectieve beoordeling van de deelnemers na het doorlopen van de e-learning module in termen van bekwaamheid, zelfzekerheid en het gevoel voorbereid te zijn om de zorgen voor moeder en kind op zich te nemen.

Wanneer we de resultaten van het onderdeel 'postpartumproblematiek' en het onderdeel 'neonatale screenings en problemen' vergelijken bij mannelijke en vrouwelijke deelnemers zien we dat mannelijke artsen lager scoren op het eerste deel van de test, namelijk postpartumproblematiek (zie tabel 8). De resultaten op het onderdeel met betrekking tot het kind en ook de totale score zijn vergelijkbaar. Toch zien we dat vrouwen op alle onderdelen beter scoorden dan de mannelijke deelnemers. De artsen werden ingedeeld in twee leeftijdscategorieën. De grens werd hierbij gesteld op 40 jaar omdat we op die manier twee grote groepen kunnen creëren om vergelijkbare resultaten te verkrijgen. Er is weinig verschil wat betreft de totale score voor beide leeftijdsgroepen: 61,88% bij de jonge artsen tegenover 61,00% bij de oudere artsen. Wanneer we een vergelijking maken op basis van beide onderdelen zien we dat de jonge deelnemers beter scoren op het deel 'neonatale problemen en screenings', terwijl de oudere artsen net hogere resultaten behalen op het onderdeel met betrekking tot de postpartumproblematiek (zie tabel 9). Artsen werkzaam bij Kind en Preventie scoren gemiddeld hoger dan deelnemers die niet werken als CB-arts (70% tegenover 62%), en dit zowel voor het deel 'postpartumproblematiek' (72,5% tegenover 60%) als voor het onderdeel met betrekking tot het kind (68% tegenover 64%).

geslacht	score 'moeder'	score 'kind'	totale score	aantal deelnemers
mannelijk	**55,00%**	63,33%	59,17%	6
vrouwelijk	61,33%	64,00%	62,67%	15

Tabel 8: de resultaten behaald op beide onderdelen van de pretest met een onderscheid tussen mannelijke en vrouwelijke artsen.

leeftijd	score 'moeder'	score 'kind'	totale score	aantal deelnemers
< 40 jaar	58,13%	**65,63%**	61,88%	16
>.40 jaar	**64,00%**	58,00%	61,00%	5

Tabel 9: de resultaten behaald op beide onderdelen van de pretest met een onderscheid tussen artsen jonger en ouder dan 40 jaar.

Artsen die aan zwangerschapsbegeleiding doen in samenwerking met een gynaecoloog en/of vroedvrouw scoren beter dan artsen die deze zorg volledig uit handen geven (zie tabel 10). In de voormeting werd ook aan de deelnemers gevraagd om een subjectieve inschatting te maken van de eigen geschiktheid om de zorgen voor kersverse moeder en kind op zich te nemen. De antwoorden werden in drie categorieën ingedeeld: 'ja', 'neen' en 'ja, onder voorwaarden'. Deze laatste groep zijn artsen die zichzelf geschikt voelen om deze zorg op zich nemen mits extra educatie, de ontwikkeling van goede richtlijnen of overleg met de tweede lijn. Artsen die zichzelf geschikt voelen behalen de beste resultaten op het onderdeel 'neonatale problemen en screenings' en beide onderdelen samen. De deelnemers die zichzelf niet geschikt achten om deze zorg op zich te nemen halen betere resultaten op het onderdeel 'postpartumproblematiek' en beide onderdelen samen dan artsen die zich slechts bekwaam voelen mits extra maatregelen (zie tabel 11).

Zwangerschapsbegeleiding?	totale score	aantal deelnemers
ja	63,33%	12
neen	59,44%	9

Tabel 10: de resultaten behaald op de pretest met een onderscheid of artsen al dan niet aan zwangerschapsbegeleiding doen.

geschiktheid	score 'moeder'	score 'kind'	totale score	aantal deelnemers
ja	62,86%	67,14%	**65,00%**	7
ja, onder voorwaarden	**53,75%**	62,50%	**58,13%**	8
neen	63,33%	61,67%	62,50%	6

Tabel 11: de resultaten voor beide onderdelen van de pretest. Er wordt een onderscheid gemaakt op basis van de subjectieve inschatting van de eigen geschiktheid om de zorg voor moeder en kind na de bevalling op zich te nemen.

Discussie

Uit dit onderzoek blijkt dat het niveau van de kennis van de huisarts omtrent postpartum- en neonatale problemen behoorlijk is, maar niet uitmuntend. Er is weinig begrip van de term en de inhoud van het zevendedagsonderzoek en slechts de helft van de artsen doet aan zwangerschapsbegeleiding. Ondanks deze bevindingen voelen de meeste artsen zich wel geschikt om de zorg voor moeder en kind op zich te nemen. Dit onderzoek toont dan ook aan dat artsen de eigen geschiktheid slecht kunnen inschatten. Deelnemers die zichzelf geschikt voelen halen geen hogere cijfers dan artsen die zich niet geschikt voelen, en omgekeerd. Verder was het opvallend dat meer oudere dan jongere, en ook meer vrouwelijke dan mannelijke artsen aan zwangerschapsbegeleiding doen. Dit is deels te verklaren door het feit dat zwangere vrouwen vaak de voorkeur hebben om door een vrouwelijke huisarts geholpen te willen worden[11]. Anderzijds geven de deelnemers aan dat gynaecologen alle afspraken reeds vastleggen in het begin van de zwangerschap zodat de zorg voor de zwangere vrouw aan de huisarts onttrokken wordt, terwijl dit vroeger net één van de hoofdtaken van de huisarts was. Toch zijn kennis van en ervaring in deze materie belangrijk om binnenkort deze zorg voor eigen rekening te kunnen nemen. Vrouwelijke deelnemers, artsen werkzaam bij Kind & Preventie en huisartsen die aan zwangerschapsbegeleiding doen behaalden dan ook betere resultaten op de pretest.

Uit dit onderzoek blijkt dat één op drie huisartsen zich niet geschikt voelt om de zorg voor moeder en kind op zich te nemen. Artsen geven dan ook aan nood te hebben aan bijscholing, een goede richtlijn en een schema voor het zevendedagsonderzoek. Zoals de resultaten van de literatuurstudie aantonen zijn er op dit ogenblik alleen buitenlandse richtlijnen die niet van toepassing zijn op onze Belgische situatie. Daarboven geven zij aan dat de communicatie met pediaters en gynaecologen stroef verloopt. Zoals in bovenstaande paragraaf beschreven werd, worden huisartsen weinig betrokken in de pre- en postnatale zorg waardoor ze weinig ervaring hebben met deze pathologie. Vaak ontvangen zij geen, onvoldoende of laattijdig informatie rond de zwangerschap, bevalling, postpartale en neonatale zorg. Bijkomend zouden de actoren uit de tweede lijn telefonisch ook slecht bereikbaar zijn. Een opvallende bevinding is de communicatie tussen de actoren uit de eerste lijn, namelijk de huisartsen en de vroedvrouwen, die momenteel bijna onbestaande is. Artsen geven dus aan nood te hebben aan een optimalisatie van de onderlinge samenwerking en communicatie, zowel op het gebied van informatieoverdracht na ontslag, als qua betrokkenheid en telefonische bereikbaarheid.

Uit dit onderzoek blijkt dat de e-learning module een goed instrument is voor huisartsen om hun kennis en vaardigheden in verband met postnatale zorg te verbeteren. De deelnemers gaven dan ook aan dat ze zich vooral meer bekwaam en voorbereid voelden en in mindere mate ook meer zelfzeker om postnatale problemen op te vangen. Wel merkten ze op dat de e-modules onvolledig waren. Een opvallende bevinding is de grotere stijging van de resultaten van de posttest op het onderdeel 'neonatale problemen en screenings' tegenover het onderdeel 'postpartumproblematiek'. Dit verschil is te verklaren door het feit dat de vragenlijst in verband met 'neonatale problemen en screenings' en de e-module door dezelfde studenten werden ontwikkeld. De vragenlijst met betrekking tot het onderdeel 'postpartumproblematiek' werd daarentegen in het kader van dit project opgesteld. Dit kan enerzijds de opmerking van de deelnemers in verband met de onvolledigheid van de modules bevestigen, als de kwaliteit van de vragenlijst omtrent postpartumproblemen in vraag stellen.

Uit dit onderzoek blijkt dat de verkorting van de ligduur slechts weinig doorgevoerd wordt in de ziekenhuizen waar de artsen die deelnemen aan dit onderzoek mee samenwerken. Daarnaast bevestigt dit onderzoek de bekommernis van de deelnemende artsen dat controle- en screeningsonderzoeken vaak worden vastgelegd op tweedelijnsniveau en de beperkte communicatie met de huisarts. De communicatie tussen de tweede lijn en de vroedvrouwen verloopt vlotter en start reeds voor de geboorte van het kind. De dag van ontslag wordt een papieren verslag meegegeven of worden de klinische gegevens ingevuld in het boekje van Kind & Preventie. De communicatie met de huisarts gebeurt meestal louter elektronisch. Dit beaamt het probleem beschreven in de literatuur dat er nood is aan een elektronisch dossier dat door alle actoren moet kunnen worden ingevuld en geraadpleegd[2].

Van alle ziekenhuizen waar de artsen die deelnamen aan deze enquête mee samenwerken, is UZ Leuven het enige ziekenhuis waarop de verkorting van de ligduur volgens het pilootproject van toepassing is. Het zevendedagsonderzoek, pediatrisch onderzoek tussen dag 7 en dag 10, wordt in de ziekenhuizen zonder verkorting van de ligduur door de pediater uitgevoerd op de dag van ontslag (dag 3). Dit kan de resultaten van de online enquête negatief beïnvloeden doordat de deelnemende artsen nog maar weinig in aanraking zijn gekomen met de verkorte ligduur. Daarnaast is de deelnemersaantal beperkt (n = 21 (pretest), n = 11 (posttest)) waardoor de resultaten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. De online enquête kon niet anoniem worden ingevuld wat sommige artsen zou hebben kunnen afschrikken om deel te nemen. Daarbij bestaat steeds de mogelijkheid om tijdens het invullen van de test online bronnen te raadplegen, wat zorgt voor een betere uitkomst tijdens de pretest en dus een overschatting van de kennis van de deelnemende huisartsen. Verder zullen artsen die reeds interesse hebben in gynaecologische, verloskundige en pediatrische problemen meer geneigd zijn om deel te nemen aan dit onderzoek dan artsen die deze onderwerpen liever niet behandelen wat kan zorgen voor selectiebias.

Besluit

Uit dit onderzoek kunnen we besluiten dat het niveau van de kennis en vaardigheden van huisartsen omtrent postpartumproblematiek en neonatale problemen en screenings behoorlijk is, maar niet uitmuntend. Artsen geven aan vooral nood te hebben aan een richtlijn en extra bijscholing maar ook aan een betere samenwerking en communicatie met de tweede lijn. Huisartsen moeten ook meer betrokken worden in de zorg voor moeder en kind, startende vanaf de zwangerschap, om op die manier meer vertrouwd te geraken met deze pathologie. De e-module blijkt een nuttig instrument te zijn om aan te reiken aan huisartsen om hun kennis met betrekking tot de postnatale zorg te verbeteren.

In de toekomst zal dus moeten worden geïnvesteerd in de ontwikkeling van een richtlijn die toepasbaar is op de Belgische situatie. Er zal ook een aanpassing nodig zijn van het curriculum van de prespecialisatie huisartsgeneeskunde, met meer aandacht voor postpartumproblemen en het zevendedagsonderzoek. Er zullen ook multidisciplinaire en gecombineerde contact/elektronische bijscholingen moeten georganiseerd worden om de kennis en vaardigheden van de huisarts te verruimen. Daarnaast is het belangrijk om een schema op te stellen dat kan gebruikt worden als leidraad tijdens het uitvoeren van het zevendedagsonderzoek. Verder zal ook moeten worden geïnvesteerd in de ontwikkeling van een uniform en elektronisch moederschapsdossier dat toegankelijk is voor alle actoren uit de gezondheidszorg die instaan voor de zorg voor de kersverse moeder en het pasgeboren kind.

Referenties

1. Block M de. Maggie De Block zoekt pilootprojecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf”. Internet site Belgische overheidsdiensten 2015. Beschikbaar via: www.deblock.belgium.be/nl/maggie-de-block-zoekt-pilootprojecten-%E2%80%9Cbevallen-met-verkort-ziekenhuisverblijf%E2%80%9D. Geraadpleegd 2016 juni 3.
2. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, Obyn C, Vinck I, Paulus D, Christiaens W. De organisatie van de zorg na een bevalling – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE Reports 232As. D/2014/10.273/79.
3. Schoenmakers B, Lenaerts E, Lisaerde J, Koninck N de, Dickens C, Lambrecht M, Linssen J. Verkorting van de ligduur na de bevalling: hoe bevalt dat? Het zevendedagsonderzoek. 2015 – 2016. p. 18.
4. Schoenmakers B, Lenaerts E, Lisaerde J, Brulmans Y, Neirinckx B, Timmermans D, Vanvinckenroye M. Verkorting van de ligduur na de bevalling: hoe bevalt dat? Postpartumzorg door de huisarts. 2015 – 2016. p. 19.
5. Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode (tweede herziening). Huisarts Wet 2012, 55(3):112-25.
6. Damoiseaux RAMJ, De Jong RM, De Meij MA, Starmans R, Dijksterhuis PH, Van Pinxteren B et al. NHG-Standaard Rectaal bloedverlies. Huisarts Wet 2009:52(1):23-38.
7. Diemel JM, Van den Hurk APJM, Muris JWM, Pijpers MAM, Verheij AAA, Kurver MJ. NHG-Standaard Obstipatie. Huisarts Wet 2010;53(9):484-98.
8. Lisaerde J, Coessens A, Smits L, Versavel L, Van Bocxstaele V. Handleiding voor Huisartsen m.b.t. follow-up van moeder en kind in de eerste levensweek na de bevalling met kort ziekenhuisverblijf. Vzw De Bakermat, Expertisecentrum Kraamzorg en Praktijk voor vroedkunde 2003, Leuven.
9. Peremans L, van Leeuwen E, Delvaux N, Keppens K, Yilkilkan H. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. Huisarts Nu 2012;41:S1-S32.
10. Chevalier P, Leconte S, Sutter A de. Infectieuze mastitis. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk. Tielt: Lannooprint; 2012: p. 46.
11. Lagro-Janssen ALM. De geneeskunde is niet genderneutraal: invloed van de sekse van de dokter op de medische zorg. Ned Tijdschr Geneeskd 2008; 152: 1141-5.

Bijlagen

Bijlage 1: Gunstig 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 "Verkorting van de ligdagduur op de kraamafdeling: gevolgen voor de huisarts" 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 "Verkorting van de ligdagduur op de kraamafdeling: gevolgen voor de huisarts" 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.

Ingestuurd in verkeerde rubriek: is praktijkverbeterend.

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

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol

Titel van de studie: Verkorting van de ligdagduur op de kraamafdeling: gevolgen voor de huisarts
Reg nr: mp11668
Student(en): Elyse Aerts
Promotor: Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@med.kuleuven.be - u0031684 – ACHG)
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is: monocentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit, …)
Het onderzoek is: overige

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:

Vandaag is de ligdagduur voor kersverse moeders gemiddeld drie dagen. België is hiermee één van de landen in Europa waar de ligdagduur het langst is. Uit onderzoek blijkt dat tijdens de eerste uren na de bevalling de meeste zorgen en educatie worden aangeboden aan moeder en kind, nadien vervult het ziekenhuis voornamelijk een verblijfsfunctie. Vanuit deze optiek maar uit ook politieke en economische overwegingen zal de ligdagduur in de toekomst worden ingekort. Deze postpartale periode zal dus moeten worden opgevangen door onder andere de huisarts die niet altijd even vertrouwd is met deze pathologie. Daarboven is er nog het probleem van de sterk versnipperde postpartale zorgsector in België. Er zal dus nood zijn aan een goed samenwerkingsprotocol tussen vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, pediaters en zorgkundigen om een vlotte postpartale transfer naar de ambulante setting te garanderen.

Vraagstelling:

Wat is de taak van de huisarts en andere (para)medische disciplines? Welke minimum aan basiskennis omtrent deze pathologie dient elke huisarts te beheren om postpartale problemen correct te kunnen behandelen en inschatten?

Methodologie:

Literatuurstudie en bronnenonderzoek:

Veldstudie:
De studie wordt uitgevoerd in een gemengd kwantitatief-kwalitatief design volgens de Delphi-methode. In de eerste fase worden aan de verschillende actoren casussen en stellingen voorgelegd met open en gesloten antwoordopties. Er wordt gepeild naar verwachtingen, kennis, taken en taakdelegatie bij postpartale zorg. In een tweede fase worden de resultaten uit ronde 1 verwerkt tot een aanzet van een samenwerkingsprotocol. In de derde fase wordt dit protocol opnieuw getoetst op haalbaarheid bij de verschillende actoren. Ook hier zullen open en gesloten vragen naar haalbaarheid en verwachtingen worden gesteld. Het uiteindelijke doel is om tot een consensus te komen waaruit een samenwerkingsprotocol kan voortvloeien.
De ondervraagde populatie bestaat uit de verschillende actoren actief in de postpartale zorg, met name gynaecologen, pediaters, huisartsen en vroedvrouwen. Deze populatie wordt gerecruteerd door de enquête elektronisch te verzenden naar alle ziekenhuizen in het Vlaamse gewest met een pediatrische of verloskundige afdeling. Huisartsen worden

gecontacteerd via de ICHO-website en wachtposten in Vlaanderen. Via de VBOV (Vlaamse beroepsorganisatie van vroedvrouwen) krijgen vroedvrouwen een uitnodiging om aan onze enquête deel te nemen.

Literatuurstudie:
De literatuurstudie wordt uitgevoerd volgens het watervalprincipe. In eerste instantie worden primaire bronnen geraadpleegd. Er wordt gezocht naar richtlijnen over postpartale zorg bij onder andere Domus Medica, NHG-standaarden, NICE-guidelines, WHO, … Ten tweede wordt er gezocht in databanken van tijdschriften voor huisartsgeneeskunde zoals family practice, Britisch journal of general practice, European journal of general practice, … Trefwoorden die hiervoor gebruikt worden zijn: postnatale zorg, postnatal care, midwife care, infant care, obstetrics en kraamzorg. Ten slotte worden ook quaternaire bronnen geraadpleegd via de zoekmachine Pubmed. Bovenstaande trefwoorden worden gecombineerd met 'general practice', 'general practitioner', 'family practice', 'community care'. Richtlijnen en artikels gevonden via deze zoektocht geven ons meer inzicht in de huidige organisatie van de postpartale zorg en bieden een leidraad om te gebruiken wanneer we in aanraking komen met de verscheidende problemen die zich voordoen bij de postpartale vrouw en het neonatale kind.

Referenties:

- NICE-guidelines: "Postnatal care up to 8 weeks after birth." 2006
- KCE-rapport: "De organisatie van de zorg na de bevalling." Nadia Benahmed. 2014
- NHG-standaard: "Zwangerschap en kraamperiode." 2015

Bijlage 3: tabel 5

pre/post	deelnemer	score 'moeder'	score 'kind'	totale score
PRE	1	50%	70%	60%
	2	60%	80%	70%
	3	60%	50%	55%
	4	70%	50%	60%
	5	50%	70%	60%
	6	50%	60%	55%
	7	70%	60%	65%
	8	70%	70%	70%
	9	80%	60%	70%
	10	40%	60%	50%
	11	60%	50%	55%
	gemiddelde score	**60%**	**62%**	**61%**
POST	1	80%	90%	85%
	2	40%	90%	65%
	3	70%	80%	75%
	4	60%	90%	75%
	5	70%	80%	75%
	6	40%	90%	65%
	7	70%	80%	75%
	8	90%	70%	80%
	9	100%	70%	85%
	10	40%	80%	60%
	11	60%	80%	70%
	gemiddelde score	**65%**	**82%**	**74%**

Tabel 5: de resultaten behaald door de deelnemers die zowel de voor- als de nameting uitvoerden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de beide onderdelen van de toets, nl. postpartumproblematiek en neonatale problemen en screenings.

Bijlage 4: Pretest

Verkorting op de ligduur op de materniteit: pre-test

Deze vragenlijst peilt naar de kennis en vaardigheden van huisartsen omtrent het zevendedagsonderzoek bij het kind en postpartumproblematiek bij de vrouw.

Welkom!

Personalia

Geef hieronder het emailadres in waarnaar we de uitnodiging voor het volgen van de elearning module mogen versturen:

U bent:
- ○ Huisarts
- ○ Huisarts in opleiding
- ○ Andere

Wat is uw geslacht?
- ○ Vrouwelijk
- ○ Mannelijk

Wat is uw leeftijd?
- ○ < 30 jaar
- ○ 30 - 40 jaar
- ○ 40 - 50 jaar
- ○ 50 - 60 jaar
- ○ > 60 jaar

In welk type praktijk werkt u?
- ○ Solopraktijk
- ○ Duopraktijk
- ○ Groepspraktijk
- ○ Multidisciplinaire praktijk
- ○ Andere

Werkt u samen met een vroedvrouw?
- ○ Ja
- ○ Nee

Werkt u als CB-arts bij Kind en Gezin?
- ○ Ja
- ○ Nee

Met welk(e) ziekenhui(s)(zen) werkt u samen?
- ☐ AZ Sint-Elisabeth Herentals
- ☐ Heilig-Hart ziekenhuis Lier
- ☐ AZ Sint-Maarten Duffel
- ☐ Sint-Augustinus Wilrijk
- ☐ Andere:

Doet u aan zwangerschapsbegeleiding?

- ○ Ja, volledig zelfstandig
- ○ Ja, behalve de echo's
- ○ Ja, in samenwerking met een vroedvrouw
- ○ Ja, in samenwerking met een gynaecoloog
- ○ Ja, in samenwerking met een gynaecoloog en een vroedvrouw
- ○ Neen

Varia

Heeft u ooit al eens gehoord van het zevendedagsonderzoek?

- ○ Ja
- ○ Nee

Weet u wat het zevendedagsonderzoek inhoudt?

- ○ Ja
- ○ Nee

Voert u het zevendedagsonderzoek uit?

- ○ Ja
- ○ Nee

Voelt u zich geschikt om de postpartale vrouw en de neonaat op te vangen?

Hoe verloopt de communicatie met de gynaecoloog?

- ○ Zeer goed
- ○ Goed
- ○ Minder goed
- ○ Geen

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

Hoe verloopt de communicatie met de vroedvrouw?

- ○ Zeer goed
- ○ Goed
- ○ Minder goed
- ○ Geen

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

Hoe verloopt de communicatie met de pediater?

- ○ Zeer goed
- ○ Goed
- ○ Minder goed
- ○ Geen

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

Toets: Postpartale problemen bij de pasbevallen vrouw

Anticonceptie: welke uitspraak is niet correct?

○ Een vrouw die minder dan 21 dagen geleden bevallen is hoeft geen anticonceptie te gebruiken
○ Een borstvoedende vrouw kan een combinatiepil als anticonceptiemiddel gebruiken vanaf zes weken postpartaal.
○ De LAM-methode houdt in dat borstvoedende vrouwen tot 6 maanden na de bevalling geen aanvullende contraceptieve middelen nodig hebben indien ze uitsluitend borstvoeding geven (dwz geen bijvoeding en max 6 uur tussen de opéénvolgende voedingen) en er geen menses optreden.
○ Een POP mag de eerste 6 weken na de bevalling niet gebruikt worden als anticonceptiemiddel, zelfs niet bij vrouwen die geen borstvoeding geven.

Postpartummastitis: welke uitspraak is niet correct?

○ Eerste keuze antibioticum is amoxicilline 500mg 3 maal daags 7 dagen lang.
○ Borstvoeding dient te worden gestaakt.
○ Antibiotica dienen pas gestart te worden indien er geen verbetering optreedt na 12 tot 24 uur.
○ Antibiotica dient onmiddellijk opgestart te worden indien er een letsel zichtbaar is ter hoogte van de tepel.

Endometritis: welke uitspraak is correct?

○ Bij slechtruikend vaginaal verlies, slingerpijn en koorts moet gedacht worden aan endometritis.
○ Bij de diagnose van endometritis is onmiddellijke gynaecologische doorverwijzing aangewezen.
○ Antibioticum van eerste keuze is amoxicilline – clavulaanzuur 875/125mg 3 maal daags 7 dagen.
○ Amoxicilline geeft een vieze metaalachtige smaak aan de moedermelk.

Episiotomie: Welke uitspraak is niet correct?

○ Infectie van de episiotomie treedt meestal op tussen dag 4 tot dag 8 postpartaal.
○ Dagelijks gebruik van antiseptica vermindert het risico op het ontstaan van een infectie van de episiotomiewonde.
○ Indien de vrouw veel pijn ondervindt van de hechtingen kan men deze reeds verwijderen op dag 5.
○ De eerste 24 uur na de bevalling kan perineale pijn thv de episiotomiewonde verlicht worden door het aanbrengen van lokale ijscompressen.

Hoofdpijn: Welke uitspraak is niet correct?

○ Hoofdpijn kan een symptoom zijn van ferriprieve anemie.
○ Hoofdpijn is een frequent voorkomend probleem in het postpartum.
○ Bij de combinatie van hoofdpijn en hypertensie is het opstarten van een antihypertensivum aangewezen.
○ Hoofdpijn in combinatie met bovenbuikpijn is een alarmteken.

Mictieproblemen: Welke uitspraak is niet correct?

○ De postpartumperiode is een risicofactor voor het ontstaan van urineweginfecties.
○ Bij urineretentie postpartaal kan aangeraden worden om te plassen op handen en knieën.
○ Bij urineretentie postpartaal is steeds katheterisatie aangewezen.
○ Urine-incontinentie is doorgaans tijdelijk, bekkenbodemspier re-educatie vormt de hoeksteen van de behandeling.

Psychische problemen: welke uitspraak is niet correct?

○ Baby blues wordt gedefinieerd als een moeilijke periode tussen de derde en de vijfde dag postpartum gekenmerkt door spanning, huilbuien en angst.
○ Een postpartumpsychose vereist een spoedopname en psychiatrische behandeling, al dan niet via een collocatie.
○ Overmatige bezorgdheid en overprotectief gedrag kunnen tekenen zijn van een postpartumdepressie.
○ Tijdens een postpartumdepressie wordt de opstart van antidepressiva ontraden.

Voeding: welke uitspraak is niet correct?

- ○ Bij borstvoeding wordt aangeraden om wekelijks vitamine K toe te dienen bij de neonaat tijdens de eerste drie levensmaanden.
- ○ Bij borst gevoede kinderen spreekt men van obstipatie indien de neonaat niet dagelijks stoelgang maakt.
- ○ Borstvoeding wordt gegeven op basis van vraag en aanbod, het pasgeboren kind bepaalt dus zelf wanneer hij of zij gevoed wordt.
- ○ Pijn bij het begin van de borstvoeding is een normaal verschijnsel en wordt de 'toeschietreflex' genoemd.

Postpartumbloeding: welke uitspraak is niet correct?

- ○ Palpatie van een harde uterus is een alarmteken.
- ○ Vaginaal verlies van sereus bloederig tot licht roze lochia één week na de bevalling is normaal.
- ○ Matige secundaire postpartumbloedingen kunnen opgevangen worden door het extra aanleggen van de baby.
- ○ Het meten van de pols, bloeddruk en temperatuur zijn belangrijk voor de opsporing van postpartuminfecties en bloedingen.

Spijsvertering: welke uitspraak is niet correct?

- ○ De prevalentie van hemorroïden tijdens de zwangerschap is 85%, deze verdwijnen meestal spontaan na de bevalling.
- ○ Bij een acute trombose van een anale vene verricht de huisarts een incisie met evacuatie van de trombus.
- ○ Voldoende beweging, voldoende vezelinname en voldoende vochtinname vormen de hoeksteen van de behandeling van obstipatie.
- ○ Rectaal bloedverlies vereist een gynaecologisch nazicht.

Toets: Het zevendedagsonderzoek

Wat te doen bij zwakke/afwezige liespulsaties?

- ○ Afwachten en na 1 week opnieuw controleren
- ○ Afspraak (kinder)cardioloog maken, niet dringend
- ○ Afspraak bij (kinder)cardioloog maken, dringend
- ○ Doorsturen naar spoed

Welk van volgende gegevens is GEEN alarmsignaal?

- ○ Een gewichtsafname van 5% in de eerste dagen postpartum
- ○ Een combinatie van dysmorfie en ontwikkelingsachterstand
- ○ Een gewichtscurve stabiel op percentiel 50 met een hoofdomtrek-curve die van percentiel 50 naar 75 gaat

Welke bemerking bij klinisch onderzoek doet niet denken aan een mogelijke claviculafractuur?

- ○ Crepitaties ter hoogte van de clavicula
- ○ Gedwongen scheefstand van de nek
- ○ Een asymmetrische Moro-reflex
- ○ Een verdikking ter hoogte van de clavicula

Wanneer spreken we niet langer van fysiologische maar van pathologische icterus:

- ○ Als de baby geel ziet op dag 5
- ○ Als de geconjugeerde bilirubinefractie is gestegen
- ○ Als het serumbilirubine 12mg% is op dag 3 bij een voldragen baby
- ○ Als er geassocieerde symptomen zijn zoals braken en gewichtsverlies

Het gewicht van de zuigeling mag de eerste dagen dalen met:

- ○ 10%
- ○ 15%
- ○ 20%
- ○ 25%

Wat is GEEN reden voor doorverwijzing?

- ○ Kreunen en neusvleugelen
- ○ Een onregelmatig en diafragmatisch ademhalingspatroon
- ○ Extrasystolen
- ○ Hartgeruis
- ○ Cyanose
- ○ Ademhalingsfrequentie > 60/min

Wat vereist geen geruststelling maar dringende verwijzing?

- ○ Miliaria
- ○ Erythema toxicum
- ○ Babyacné
- ○ Petechiën

Welke van de volgende is géén risicofactor voor congenitale heupdysplasie:

- ○ Mannelijk geslacht
- ○ Genetische voorbeschiktheid
- ○ Kaukasisch ras
- ○ Stuitligging

Hydrocoele communicans, duid aan wat niet correct is:

- ○ Ingreep voor 1 jaar is niet nodig, gezien kans op spontane genezing.
- ○ Is gevuld met vocht uit de buikholte en neemt dus toe bij hoesten/niezen/persen/huilen of bij rechtstaan.
- ○ De diagnose wordt gesteld door doorlichting van de balzak met een lichtbron en is volledig doorschijnend.
- ○ Heeft bij baby's dezelfde oorzaak als bij volwassenen, als gevolg van: een testistumor, trauma of ontsteking.

Wat is geen reden voor verwijzing:

- ○ Een reeds gesloten fontanel.
- ○ Een ingezonken fontanel.
- ○ Een gespannen fontanel.
- ○ Een zachte fontanel.

Bedankt voor het invullen van deze enquête.

Over enkele dagen zal u via email een uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan de elearning module 'zwangerschap, bevalling en geboorteregeling'.
Gelieve deze modules te doorlopen en nadien de posttest in te vullen.

Bedankt voor uw tijd!

Bijlage 5: Posttest

Verkorting van de ligduur op de kraamafdeling: post-test

Welkom in het laatste deel van dit onderzoek.
Hopelijk vond u de elearning modules leerrijk en interessant.
De bedoeling is om de kennis die jullie verworven hebben tijdens het doorlopen van deze modules te toetsen.

Toets: Postpartale problemen bij de pasbevallen vrouw

Anticonceptie: welke uitspraak is niet correct?

- ○ Een vrouw die minder dan 21 dagen geleden bevallen is hoeft geen anticonceptie te gebruiken
- ○ Een borstvoedende vrouw kan een combinatiepil als anticonceptiemiddel gebruiken vanaf zes weken postpartaal.
- ○ De LAM-methode houdt in dat borstvoedende vrouwen tot 6 maanden na de bevalling geen aanvullende contraceptieve middelen nodig hebben indien ze uitsluitend borstvoeding geven (dwz geen bijvoeding en max 6 uur tussen de opéénvolgende voedingen) en er geen menses optreden.
- ○ Een POP mag de eerste 6 weken na de bevalling niet gebruikt worden als anticonceptiemiddel, zelfs niet bij vrouwen die geen borstvoeding geven.

Postpartummastitis: welke uitspraak is niet correct?

- ○ Eerste keuze antibioticum is amoxicilline 500mg 3 maal daags 7 dagen lang.
- ○ Borstvoeding dient te worden gestaakt.
- ○ Antibiotica dienen pas gestart te worden indien er geen verbetering optreedt na 12 tot 24 uur.
- ○ Antibiotica dient onmiddellijk opgestart te worden indien er een letsel zichtbaar is ter hoogte van de tepel.

Endometritis: welke uitspraak is correct?

- ○ Bij slechtruikend vaginaal verlies, slingerpijn en koorts moet gedacht worden aan endometritis.
- ○ Bij de diagnose van endometritis is onmiddellijke gynaecologische doorverwijzing aangewezen.
- ○ Antibioticum van eerste keuze is amoxicilline – clavulaanzuur 875/125mg 3 maal daags 7 dagen.
- ○ Amoxicilline geeft een vieze metaalachtige smaak aan de moedermelk.

Episiotomie: Welke uitspraak is niet correct?

- ○ Infectie van de episiotomie treedt meestal op tussen dag 4 tot dag 8 postpartaal.
- ○ Dagelijks gebruik van antiseptica vermindert het risico op het ontstaan van een infectie van de episiotomiewonde.
- ○ Indien de vrouw veel pijn ondervindt van de hechtingen kan men deze reeds verwijderen op dag 5.
- ○ De eerste 24 uur na de bevalling kan perineale pijn thv de episiotomiewonde verlicht worden door het aanbrengen van lokale ijscompressen.

Hoofdpijn: Welke uitspraak is niet correct?

- ○ Hoofdpijn kan een symptoom zijn van ferriprieve anemie.
- ○ Hoofdpijn is een frequent voorkomend probleem in het postpartum.
- ○ Bij de combinatie van hoofdpijn en hypertensie is het opstarten van een antihypertensivum aangewezen.
- ○ Hoofdpijn in combinatie met bovenbuikpijn is een alarmteken.

Mictieproblemen: Welke uitspraak is niet correct?

- ○ De postpartumperiode is een risicofactor voor het ontstaan van urineweginfecties.
- ○ Bij urineretentie postpartaal kan aangeraden worden om te plassen op handen en knieën.
- ○ Bij urineretentie postpartaal is steeds katheterisatie aangewezen.
- ○ Urine-incontinentie is doorgaans tijdelijk, bekkenbodemspier re-educatie vormt de hoeksteen van de behandeling.

Psychische problemen: welke uitspraak is niet correct?

○ Baby blues wordt gedefinieerd als een moeilijke periode tussen de derde en de vijfde dag postpartum gekenmerkt door spanning, huilbuien en angst.
○ Een postpartumpsychose vereist een spoedopname en psychiatrische behandeling, al dan niet via een collocatie.
○ Overmatige bezorgdheid en overprotectief gedrag kunnen tekenen zijn van een postpartumdepressie.
○ Tijdens een postpartumdepressie wordt de opstart van antidepressiva ontraden.

Voeding: welke uitspraak is niet correct?

○ Bij borstvoeding wordt aangeraden om wekelijks vitamine K toe te dienen bij de neonaat tijdens de eerste drie levensmaanden.
○ Bij borst gevoede kinderen spreekt men van obstipatie indien de neonaat niet dagelijks stoelgang maakt.
○ Borstvoeding wordt gegeven op basis van vraag en aanbod, het pasgeboren kind bepaalt dus zelf wanneer hij of zij gevoed wordt.
○ Pijn bij het begin van de borstvoeding is een normaal verschijnsel en wordt de 'toeschietreflex' genoemd.

Postpartumbloeding: welke uitspraak is niet correct?

○ Palpatie van een harde uterus is een alarmteken.
○ Vaginaal verlies van sereus bloederig tot licht roze lochia één week na de bevalling is normaal.
○ Matige secundaire postpartumbloedingen kunnen opgevangen worden door het extra aanleggen van de baby.
○ Het meten van de pols, bloeddruk en temperatuur zijn belangrijk voor de opsporing van postpartuminfecties en bloedingen.

Spijsvertering: welke uitspraak is niet correct?

○ De prevalentie van hemorroïden tijdens de zwangerschap is 85%, deze verdwijnen meestal spontaan na de bevalling.
○ Bij een acute trombose van een anale vene verricht de huisarts een incisie met evacuatie van de trombus.
○ Voldoende beweging, voldoende vezelinname en voldoende vochtinname vormen de hoeksteen van de behandeling van obstipatie.
○ Rectaal bloedverlies vereist een gynaecologisch nazicht.

Toets: Het zevendedagsonderzoek

Wat te doen bij zwakke/afwezige liespulsaties?

○ Afwachten en na 1 week opnieuw controleren
○ Afspraak (kinder)cardioloog maken, niet dringend
○ Afspraak bij (kinder)cardioloog maken, dringend
○ Doorsturen naar spoed

Welk van volgende gegevens is GEEN alarmsignaal?

○ Een gewichtsafname van 5% in de eerste dagen postpartum
○ Een combinatie van dysmorfie en ontwikkelingsachterstand
○ Een gewichtscurve stabiel op percentiel 50 met een hoofdomtrek-curve die van percentiel 50 naar 75 gaat

Welke bemerking bij klinisch onderzoek doet niet denken aan een mogelijke claviculafractuur?

○ Crepitaties ter hoogte van de clavicula
○ Gedwongen scheefstand van de nek
○ Een asymmetrische Moro-reflex
○ Een verdikking ter hoogte van de clavicula

Wanneer spreken we niet langer van fysiologische maar van pathologische icterus:

- ○ Als de baby geel ziet op dag 5
- ○ Als de geconjugeerde bilirubinefractie is gestegen
- ○ Als het serumbilirubine 12mg% is op dag 3 bij een voldragen baby
- ○ Als er geassocieerde symptomen zijn zoals braken en gewichtsverlies

Het gewicht van de zuigeling mag de eerste dagen dalen met:

- ○ 10%
- ○ 15%
- ○ 20%
- ○ 25%

Wat is GEEN reden voor doorverwijzing?

- ○ Kreunen en neusvleugelen
- ○ Een onregelmatig en diafragmatisch ademhalingspatroon
- ○ Extrasystolen
- ○ Hartgeruis
- ○ Cyanose
- ○ Ademhalingsfrequentie > 60/min

Wat vereist geen geruststelling maar dringende verwijzing?

- ○ Miliaria
- ○ Erythema toxicum
- ○ Babyacné
- ○ Petechiën

Welke van de volgende is géén risicofactor voor congenitale heupdysplasie:

- ○ Mannelijk geslacht
- ○ Genetische voorbeschiktheid
- ○ Kaukasisch ras
- ○ Stuitligging

Hydrocoele communicans, duid aan wat niet correct is:

- ○ Ingreep voor 1 jaar is niet nodig, gezien kans op spontane genezing.
- ○ Is gevuld met vocht uit de buikholte en neemt dus toe bij hoesten/niezen/persen/huilen of bij rechtstaan.
- ○ De diagnose wordt gesteld door doorlichting van de balzak met een lichtbron en is volledig doorschijnend.
- ○ Heeft bij baby's dezelfde oorzaak als bij volwassenen, als gevolg van: een testistumor, trauma of ontsteking.

Wat is geen reden voor verwijzing:

- ○ Een reeds gesloten fontanel.
- ○ Een ingezonken fontanel.
- ○ Een gespannen fontanel.
- ○ Een zachte fontanel.

Evaluatie

Bent u van mening dat de elearning module alle onderwerpen behandelde?

- ○ Ja
- ○ Neen, deze onderwerpen ontbraken:

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

Bent u van mening dat de informatie die gegeven werd volledig was?

○ Ja

○ Neen, deze informatie ontbrak:

Geef hier een toelichting op uw antwoord:

Na het doorlopen van de elearning modules voel ik me ... om de zorg voor moeder en kind op te nemen.

	Toenemend	Zelfde	Afnemend
capabel	○	○	○
zelfzeker	○	○	○
voorbereid	○	○	○

Wat moet volgens jou georganiseerd worden om de huisarts voor te bereiden op de zorg voor moeder en kind en zo een kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidzorg te garanderen?

Wat is uw emailadres?

U hebt nu alle vragenlijsten en modules doorlopen.

Bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek!