# Postnatale thuiszorg: visie van zorgverleners en patiënten

*Met focus op de rol van de huisarts*

Dr. Ilke DE PRIL, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Patricia SUNAERT

Co-promotor: Dr. Luc FEYEN

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

“De auteur en de promotoren geven de toelating deze scriptie voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit deze scriptie.”

# Abstract

## Context

Een Vlaamse huisarts heeft jaarlijks gemiddeld 13 zwangere vrouwen in zijn praktijk. Door de inkorting van het ziekenhuisverblijf na een bevalling is er een verschuiving van de zorg van het ziekenhuis naar de thuissetting. Het KCE rapport van 2014 stelde een omvorming voor tot een geïntegreerde perinatale zorg waarbij multidisciplinariteit, coördinatie en continuïteit van de zorg van belang zijn om een zorgvacuüm rond het nieuwe gezin te vermijden. De rol die de huisarts kan opnemen in de postnatale thuiszorg is niet duidelijk gedefinieerd.

## Doelstelling

Deze studie heeft als doel de rol van de huisarts in de postnatale zorg te beschrijven met behulp van de visie van recent bevallen vrouwen in de eigen praktijk. De resultaten van deze masterscriptie kunnen bijdragen tot verfijning van de reeds gemaakte afspraken rond postnatale zorg in de eigen regio.

## Methode

In de literatuur werd aan de hand van volgende vraagstellingen gezocht naar de rol die de huisarts krijgt in postnatale zorg, namelijk vraag één “wat is de rol van de huisarts in de zorg voor moeder en kind in de postnatale periode (volgens huidige aanbevelingen)?” en vraag twee “wat leren vorige masterscripties ons met betrekking tot de rol van de huisarts in de postnatale periode?”. Een antwoord op die vragen werd gezocht via CEBAM en de ICHO databank. Via een semi-gestructureerde vragenlijst werd bij negen pas bevallen vrouwenuit één duo-huisartsenpraktijk in Herzele gepeild naar de visie van de rol van de huisarts. Na het deel met gesloten vragen over de betrokken zorgverleners, mogelijk opgetreden complicaties en aandoeningen waarvoor de huisarts gecontacteerd werd, volgde een deel met open vragendoor middel van een interview van een 10-tal minuten waarbij de meerwaarde van de huisarts en de invulling van de rol van de huisarts in de postnatale periode beschreven werd.

## Resultaten

Er is op dit moment geen Vlaamse aanbeveling rond postnatale zorg beschikbaar en er kan in de literatuur geen duidelijk omschreven rol voor de huisarts gevonden worden. De HAIO scripties stellen voor dat men om deze rol op te nemen aan een aantal randvoorwaarden voldoet. Er werden negen vrouwen tussen 26 jaar en 34 jaar bevraagd in de studie. Vijf van de negen vrouwen contacteerden de huisarts tijdens de postnatale periode. De vrouwen stellen een kraambezoek, na een telefonisch contact binnen één week na de bevalling,voor. Tijdens dit eerste kraambezoek wensen zij een luisterend oor en openheid voor het brengen van mogelijke emotionele problemen. Zij vermelden een meerwaarde voor de zorg voor de moeder, eerder dan voor de baby.

## Conclusie

Uit de bevraging blijkt dat vrouwen een plaats zien voor de huisarts in de postnatale zorg, kaderend in de geïntegreerde perinatale zorg. Hij kan de reeds bestaande zorg aanvullen. Andere zorgverleners werken proactief in de postnatale zorg, huisartsen werken reactief op vraag van de patiënt. De vrouwen verwachten van de huisarts een kraambezoek binnen zes weken na de bevalling, na een proactief telefonisch contact.

# Dankwoord

Graag wil ik een dankwoord plaatsen en beginnen met de vrouwen te bedanken die dankzij de vragenlijst en hun interview een bijdrage geleverd hebben aan deze masterproef.

Mijn promotor, Dr. P. Sunaert, en mijn co-promotor, Dr. L. Feyen, hebben van bij het begin van het onderzoek ook een grote interesse getoond. Op elk moment van het onderzoek kon ik bij hen terecht, ik kon steeds rekenen op tijdige feedback en op contactmomenten om het verdere verloop te bespreken. Ik zou dan ook Dr. P. Sunaert en Dr. L. Feyen van harte danken voor hun deskundige begeleiding en advies bij het schrijven van de masterproef.

Ik bedank ook graag mijn praktijkopleider Dr. C. Van den Berghe om me de ruimte en tijd te geven aan deze thesis te werken.

Tot slot dank ik de mensen die mij persoonlijk hebben gesteund om mijn opleiding af te ronden: mijn ouders voor hun jarenlange bijdrage en steun aan mijn studies, mijn man voor het nalezen van deze masterproef en zijn geduld gedurende mijn studiejaren, mijn vrienden en collegae, die mij geregeld een duwtje in de rug gaven.

# Inhoud

1 Inleiding ..... 1

1.1 Context en motivatie ..... 1

1.2 Doelstelling ..... 2

1.3 Postnatale zorg ..... 3

2 Deel 1: Literatuurstudie ..... 8

2.1 Onderzoeksvraag 1: Wat is de rol van de huisarts in de zorg voor moeder en kind in de postnatale periode (volgens huidige aanbevelingen)? ..... 8

2.2 Onderzoeksvraag 2: Wat leren vorige masterscripties ons met betrekking tot de rol van de huisarts in de postnatale periode? ..... 11

2.3 Besluit literatuurstudie ..... 16

3 Deel 2: Onderzoek in de eigen praktijk. Rol van de huisarts in de postnatale periode: een bevraging bij recent bevallen vrouwen in de eigen praktijk ..... 17

3.1 Methode ..... 17

3.2 Resultaten ..... 21

3.3 Besluit resultaten ..... 34

4 Discussie ..... 35

4.1 Belangrijkste besluiten ..... 35

4.2 Implicaties voor de praktijkvoering ..... 36

4.3 Implicaties voor de eigen regio ..... 36

4.4 Implicaties voor verder onderzoek ..... 37

4.5 Sterktes en beperkingen van de studie ..... 37

5 Besluit ..... 38

6 Referenties ..... 39

7 Bijlagen ..... 41

# 1 Inleiding

## 1.1 Context en motivatie

Volgens het KCE rapport van 2014, "De organisatie van de zorg na een bevalling", waarin men wou nagaan hoe de postnatale zorg in België vandaag georganiseerd wordt en waarin voorstellen werden geformuleerd over toekomstige organisatie van deze zorg, bevallen er in België elk jaar 121.000 vrouwen (1). Zo'n 98,8% bevallen in het ziekenhuis waar zij vier tot vijf dagen verblijven. Hoewel België in Europa tot de landen met de langste verblijfsduur behoort, is er ook bij ons een tendens naar een korter ziekenhuisverblijf na een bevalling. In 1991 bedroeg het gemiddeld aantal opnamedagen na een bevalling nog 6,9 dagen, in 2011 was de verblijfsduur al afgenomen tot 4,1 dagen. Op basis van cijfers uit de bevolkingsstatistieken kan men concluderen dat een Vlaamse huisarts jaarlijks gemiddeld bijna dertien zwangere vrouwen in zijn praktijk heeft.

Een gevalideerde aanbeveling van DomusMedica in kader van de prenatale zorg en zwangerschapsopvolging is voorhanden, meer bepaald "Zwangerschapsbegeleiding" (2). De aanbeveling beschrijft de gedeelde zwangerschapsbegeleiding tussen huisarts en gynaecoloog maar beschrijft niet welke rol weggelegd is voor de huisarts in de postnatale thuiszorg. Er is wel een sectie over de samenwerking tussen huisarts en vroedvrouw of gynaecoloog maar ook dit kadert in de prenatale zorg.

Heden zijn de kraamzorg en de andere ondersteunende zorgvormen zoals zelfstandige mobiele vroedvrouwenteams, Kind&Gezin,… nog versnipperd en vaak niet gekend door de nieuwe ouders waardoor in de huidige organisatie een bevalling met een korter ziekenhuisverblijf kan zorgen voor een "zorgvacuüm" indien geen gepaste thuiskraamzorg voor handen is in de eerste week na de geboorte. Ook bestaan er nog grote verschillen tussen regio's (1).

Het KCE-rapport geeft als aanbeveling het ontstaan van een traject van geïntegreerde perinatale zorg buiten de ziekenhuismuren waarbij de prenatale zorg, de zorg tijdens de bevalling en de postnatale zorg gecoördineerd worden. Het zou goed zijn als een cultuur van multidisciplinariteit ontstaat waarbij een samenwerking tussen professionals op eerste en tweede lijn gebeurt. Het is van belang dat de continuïteit van zorg verzekerd wordt bij het verschuiven van deze zorgen van het ziekenhuis naar thuis. Eén van de aanbevelingen uit het KCE-rapport luidt: "voorzie na een ongecompliceerde bevalling gedurende maximaal 72 uur postnatale zorg in het ziekenhuis, en zorg voor een naadloze transfer van het ziekenhuis naar huis door middel van een klinisch zorgpad. Garandeer vervolgens minstens gedurende een week, maar idealiter tijdens de eerste 10 dagen postnatale zorg thuis. De opvolging thuis wordt georganiseerd vóór het ontslag uit de kraamkliniek, in overeenstemming met de individuele noden van moeder en kind." Het wordt aanbevolen dat de postnatale zorg thuis gebeurt door een vroedvrouw, eventueel aangevuld met kraamhulp en door huisartsen. Ook wordt geadviseerd

dat deze zorg georganiseerd wordtmet wachtdiensten en telefonische permanentie. Deze zorgverleners leggen huisbezoeken af om de zorg beter te kunnen afstemmen op de specifieke thuissituatie (1).

In de regio Herzele-Zottegem waarin deze scriptie werd voltooid, is sinds 2005 een aanzet tot organisatie van de postnatale thuiszorg op initiatief van de gynaecologen samen met de vroedvrouwen. Er is een zelfstandige vroedvrouwenteam “Pas Thuis” dat samenwerkt met het Sint-Elisabeth Ziekenhuis in Zottegem. Bij de opstart en telkens wanneer een nieuwe vroedvrouw in de regio komt werken, gebeurt er een persoonlijke of telefonische voorstelling aan de huisartsen. Het vroedvrouwteam staat in direct overleg met de tweede lijn, de gynaecologen en pediaters.

Een keuzestage in het laatste jaar Geneeskunde bij het vroedvrouwenteam “Pas Thuis” deed de interesse wekken voor de organisatie van de postnatale zorg en de rol van de huisarts hierbij. Als jonge vrouwelijke huisarts is er van nature een grote interesse in het domein van kinder- en vrouwengeneeskunde waardoor het onderzoek naar de rol van de huisarts in deze postnatale thuiszorg het startpunt was voor deze scriptie.

## 1.2 Doelstelling

De rol die de huisarts kan opnemen in de postnatale thuiszorg, samen met vroedvrouw, kraamzorg en Kind&Gezin, is op heden nog niet duidelijk gedefinieerd.

In de literatuur werd gezocht in de huidige aanbevelingen naar de rol die de huisarts krijgt in de postnatale zorg. Er werd ook nagegaan welke rol voor de huisarts is weggelegd in aanbevelingen van andere Europese landen zoals Nederland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Een tweede onderzoeksvraag zocht in vorige masterscripties naar de rol van de huisarts in de postnatale periode.

Deze studie heeft als doel de rol van de huisarts in de postnatale zorg te beschrijven met behulp van de visie van recent bevallen vrouwen in de eigen praktijk.

De resultaten van deze masterscriptie kunnen bijdragen tot verfijning van de reeds gemaakte afspraken rond postnatale zorg in de eigen regio.Op die manier kan de multidisciplinaire samenwerking verder uitgediept worden zoals aanbevolen in het KCE rapport en kan een basis gelegd worden voor een lokaalklinisch zorgpad rond perinatale zorg.

## 1.3 Postnatale zorg

### *1.3.1 Definitie*

Postnatale zorg is volgens Van Dale woordenboek “de zorg tijdens de periode betrekking hebbend op de periode na de geboorte”. Een completere definitie van postnatale zorg kan teruggevonden worden in de aanbeveling voor goede praktijkvoering voor vroedvrouwen in verband met postnatale zorg: “postnatale zorg omvat alle professionele medische en niet-medische zorgen voor moeder en kind tijdens de postnatale periode. De medische zorgen worden in Vlaanderen verleend door de gynaecoloog, pediater of neonatoloog, huisarts, vroedvrouw en verpleegkundige (K&G). De niet-medische zorgen, in de praktijk ook wel kraamzorg genoemd, worden verleend door kraamverzorgenden” (3). Een correcte omschrijving van de postnatale periode kan teruggevonden worden bij de WHO met als definitie een periode die begint onmiddellijk na de geboorte van de baby en die duurt tot zes weken (42 dagen) na de geboorte. Dit wordt beschreven als de meest kritische periode voor moeder en kind. Deze periode kan nog opgedeeld worden in de onmiddellijk postnatale periode (de eerste 24 uur), de vroege postnatale periode (dag 2 tot dag 7) en de late postnatale periode (dag 8 tot dag 42). De term ‘postnataal’ verwijst naar de eerste weken na de geboorte van de baby. De term ‘postpartum’ verwijst naar het herstel van de moeder na de bevalling. Naar analogie met de definities van de WHO wordt in deze studie de term ‘postnataal’ zowel voor moeder als baby gebruikt(0).

### *1.3.2 Postnatale thuiszorg*

De aanbeveling van de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen of VBOV (3) geeft een overzicht van de frequentie, timing en inhoud van de minimale zorgen en gezondheidsvoorlichting voor moeder en kind. Bezoeken worden ingepland volgens een minimaal schema en naargelang de behoeften van het kraamgezin waarbij het eerste postnatale huisbezoek door de vroedvrouw of huisarts plaatsvindt binnen de 24 uur na ontslag wanneer het ontslag plaatsvindt binnen de 72 uur na de geboorte.

| | Plaats zorgen na ontslag | Zorgen voor: Moeder | Zorgen voor: Baby | Voorlichting |
|---|---|---|---|---|
| DAG O | thuis | ✓ | ✓ | < 24 uur |
| DAG 1 | thuis | ✓ | ✓ | > 24 uur*** |
| DAG 2 | thuis | ✓ | ✓ | |
| DAG 3 | thuis | ✓ | ✓ | |
| DAG 5 | thuis | ✓ | ✓ | |
| DAG 7 - 14 | thuis/praktijk | ✓ | ✓ | |
| 1 MAAND | thuis/praktijk | (indicatie) | (indicatie)* | |
| 6 - 8 WEKEN | thuis/praktijk | ✓** | (indicatie)* | |
| ... - 1 jaar | thuis/praktijk | (indicatie) | (indicatie)* | |

* opvolging door Kind & Gezin

** of bij gynaecoloog/ huisarts

*** wordt gedoseerd gegeven tijdens de eerste 6 – 8 weken

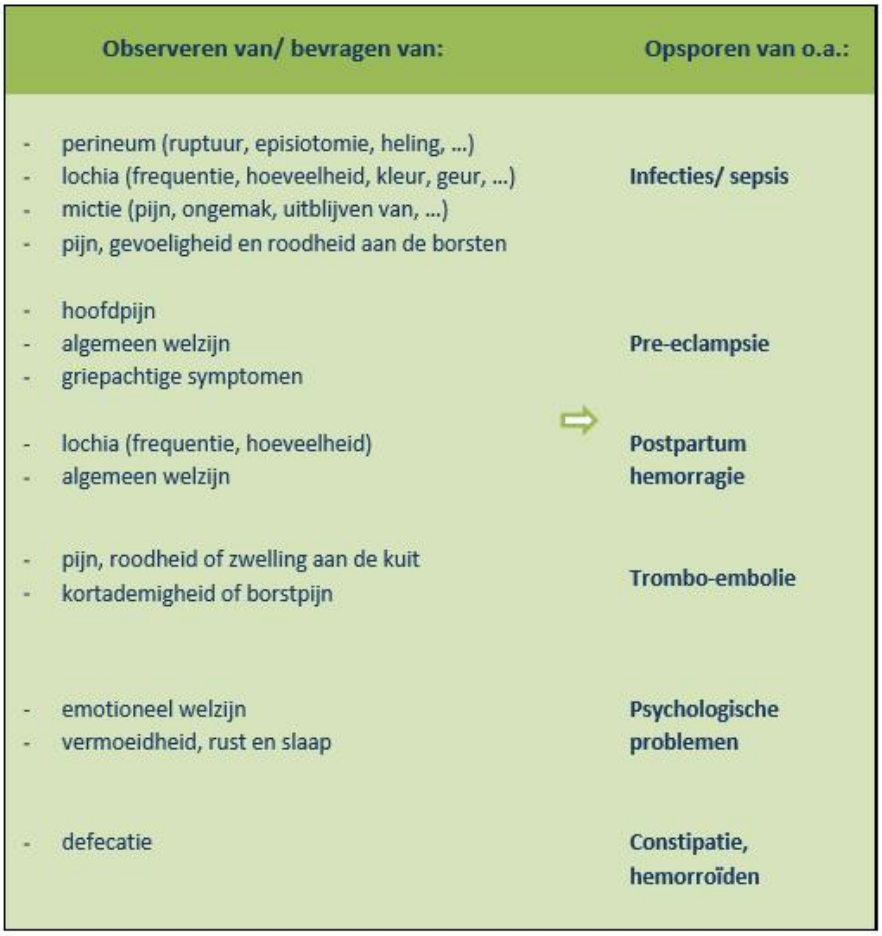
*Figuur 1 Schematisch overzicht van de minimale postnatale zorgen en voorlichting.*

### 1.3.2.1 Zorg voor de moeder

Algemene postnatale zorgen voor de moeder bestaan uit een evaluatie van de fysieke en mentale gezondheidstoestand van de moeder. Deze evaluatie heeft tot doel het opsporen van bepaalde pathologie, maar omvat ook aandacht voor een veilige hechting[1] en het opsporen van mentale problematiek zoals postnatale depressie en psychose. Tijdens de eerste zeven dagen na een geboorte worden een aantal zaken standaard beoordeeld[2] terwijl andere zaken op indicatie gescreend zullen worden. Volgend overzicht wordt gehanteerd in de VBOV aanbeveling:

[1] Hechting is een proces van interactie tussen een kind en een of meer van zijn opvoeders dat leidt tot een duurzame affectieve relatie. Onder normale omstandigheden ontwikkelen kinderen de eerste gehechtheidsrelaties met volwassenen als ze tussen de zes en twaalf maanden oud zijn. De gehechtheid van een kind weerspiegelt de opvoedingsgeschiedenis van het kind met zijn opvoeder. Het gedrag van kinderen laat zien of zij ervan uitgaan dat de opvoeder hun signalen zal opmerken en er zo nodig direct en adequaat op in zal gaan (veilig gehecht). Maar ze kunnen ook met hun gedrag aangeven dat ze dat juist niet doen (onveilig gehecht).

[2] Bij deze contacten is het dus belangrijk om naast het klinisch onderzoek, ook oog te hebben voor de ervaringen rond de partus, de emoties en reacties op de nieuwe situatie. Op deze manier kan de zorgverlener zich een beeld vormen van de algemene toestand. Nadien kan hij overgaan naar het klinisch onderzoek met controle van pols en bloeddruk, temperatuur, involutie van de uterus, wondnazicht (na episiotomie of sectio). Tot slot wordt nog het mictie- en defecatiepatroon nagevraagd. De involutie van de uterus is na het postpartum één of twee vingers onder de navel, na drie dagen zit deze halverwege de navel en de symfyse, en na ongeveer zes dagen is de uterus terug te vinden ter hoogte van de symfyse. Het meten van de temperatuur en bloeddruk gebeurt eenmalig binnen de 6 uur na de bevalling, verdere controles gebeuren enkel op indicatie.




*Figuur 2 Schematisch overzicht van observaties tijdens zorg voor de moeder*

In een aantal gevallen zal doorverwijzing[3] noodzakelijk zijn. Daarnaast is het belangrijk om onderling de nodige afspraken te maken met huisartsen, vroedvrouwen, lokale ziekenhuizen, gynaecologen en pediaters. Vroegtijdig onderkennen van pathologie kan het aantal maternale heropnames en het gebruik van specialistische medische zorgen postnataal beperken (3). De zorg voor de moeder thuis na een bevalling kunnen gebeuren door de vroedvrouw, huisarts en kraamzorg (4).

[3]De belangrijkste redenen van heropname na ontslag voor de moeder zijn: endometritis (48,6%), cholecystitis (11,4%), pre-eclampsie (5,7%), postpartumbloeding (5,7%), oedeem (5,7%) en postpartumdepressie (5,7%). Een consultatie bij de gynaecoloog gebeurt het meest voor hypertensie, koorts en wondinfectie (3).

#### 1.3.2.2 Zorg voor de baby

Het is de opdracht van huisarts of vroedvrouw om te waken over de lichamelijke gezondheid van de baby. De baby dient opgevolgd en geobserveerd te worden, een grondig klinisch onderzoek is enkel geïndiceerd kort na de geboorte en bij het afsluiten van de postpartumperiode op dag zeven. Vroeg signaleren en monitoring staan daarbij centraal, met als doel pathologie tijdig op te sporen en heropnames van de neonaat te beperken. De zorg over de neonaat omvat de opvolging van normale fysiologische veranderingen die de pasgeborene meemaakt.Het is essentieel dat de neonatale basisscreening, zoals de screening voor hyperbilirubinemie[4], cardiologische aandoeningen, fenylketonurie en neonatale infecties[5], gebeurt. Alle baby's worden, naast de geboortedag, tenminste gewogen op dag 1, 3, 5 en 10-14, alsook na 1 maand en na 6-8 weken. [6]Alle baby's krijgen een gehoortest binnen de vier weken na de geboorte, uitgevoerd door Kind en Gezin.De test is veilig, pijnloos, betrouwbaar en wordt gratis aangeboden.In het kader van het vaccinatieprogramma van het Vlaams Agentschap zorg en gezondheid, voorgesteld door de Hoge Gezondheidsraad van België, wordt een vaccinatieschema aangeboden aan alle verantwoordelijke verzorgers van baby's. Wettelijk is enkel de poliovaccinatie verplicht. In het belang van het kind en zijn omgeving raadt Kind en Gezin aan om het volledige schema toe te passen (3,4,5).

#### 1.3.2.3 Gezondheidsvoorlichting

Tot slot maakt ook gezondheidsvoorlichting deel uit van correcte postnatale zorg volgens de VBOV-aanbeveling. Het is een term die door de WHO gedefinieerd wordt als 'het proces waardoor mensen of groepen van mensen in staat worden gesteld om meer controle te verwerven over de determinanten van hun gezondheid, en zo hun gezondheid te verbeteren.'

De gezondheidsvoorlichting kan opgedeeld worden in voorlichting die moet gegeven zijn binnen de 24 uur na de bevalling en een algemene gezondheidsvoorlichting. Voor meer info, zie bijlage 7.6.

In engere zin omvat gezondheidsvoorlichting het geven van voorlichting, advies en instructie. Het begrip is echter in een ruimere context teplaatsen. Het ondersteunen, coachen, begeleiden van ouders, het bevorderen van de zelfredzaamheid, en empoweren maakt ook deel uit van gezondheidspromotie. In de zwangerschap en de postnatale periode is gezondheidspromotie onder meer gericht op het

[4]Vanaf wanneer de bilirubinespiegel prikken? Er wordt beslist om een bilirubinespiegel te prikken op basis van een klinische indruk. Het evalueren van icterus is niet altijd eenvoudig. Veel hangt af van de huidskleur van de baby, de aard van het invallend daglicht, de ervaring van de onderzoeker. Algemeen wordt gesteld dat icterus een cephalocaudale progressie kent: de gele kleur begint in het gelaat en daalt af naar de romp en extremiteiten naarmate de bilirubine stijgt. De uitgebreidheid van de icterus geeft dan ook een idee van het niveau van de bilirubinespiegel.

[5] Volgens de bepalingen vindt de metabole screening plaats tussen 72 uur na de geboorte en niet later dan 96 uur na de geboorte. De staalafname gebeurt bij voorkeur via venapunctie op de handrug (veneus bloedstaal). Er is evidentie dat deze handeling minder pijnlijk is dan een prik in de hiel en een vlotte bloedcollectie geeft.

[6]Bij de opvolging van de baby na ontslag uit het ziekenhuis houdt de zorgverlener rekening met volgende minimale basisparameters zoals ademhaling (30 - 60/min), hartslag (100 - 160 sl/min), temperatuur (36,5 - 37,4°C) in open bedje met aangepaste kledij, patroon van mictie en ontlasting (< 24 u spontaan geplast, < 48 u meconium geloosd) en een normale kleur (volgens etniciteit). Daarnaast dient er een observatie van het gedrag en de activiteit van de pasgeborene te gebeuren waarbij abnormale zaken gemeld worden aan de tweede lijn.

ondersteunen van ouders in de transitie naar het ouderschap, het geven van borstvoedingsondersteuning, het voorlichten en coachen in de vaardigheden die nodig zijn om de verzorging, veiligheid en hechting van de pasgeborene te kunnen garanderen en bevorderen. Daarnaast is voorlichting een goed middel om ouders te leren levensbedreigende situaties[7] te helpen onderkennen en adequaat te reageren, vooral wanneer moeders en hun baby's het ziekenhuis binnen de 72 uur na de bevalling verlaten(3).

[7] Voor de baby omvat dit minstens informatie over het herkennen van alarmsignalen van infecties, (vroege) icterus en sepsis (o.a. koorts, sufheid, slecht drinken, …). Voor de moeder omvat dit informatie over het herkennen van alarmsignalen van pre-eclampsie, postpartum hemorragie, trombo-embolie en infecties (o.a. excessief bloedverlies, koorts, hoofdpijn, griepachtige symptomen, …).

# 2 Deel 1: Literatuurstudie

In de literatuur werd gezocht in de huidige aanbevelingen naar de rol die de huisarts krijgt in de postnatale zorg. Er werd ook nagegaan welke rol voor de huisarts is weggelegd in aanbevelingen van andere Europese landen zoals Nederland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Een tweede onderzoeksvraag zocht in vorige masterscripties naar de rol van de huisarts in de postnatale periode.

## 2.1 Onderzoeksvraag 1: Wat is de rol van de huisarts in de zorg voor moeder en kind in de postnatale periode (volgens huidige aanbevelingen)?

### *2.1.1 Methode*

Deze literatuurstudie werd gedaan volgens de watervalmethode waarbij men eerst in de quaternaire bronnen gezocht heeft naar nationale en internationale aanbevelingen rond de postnatale zorg. Hiervoor werd CEBAM gebruikt met als zoekterm “postpartum care”. Voor DomusMedica in België kon geen aanbeveling weerhouden worden, wel was een brief met patiënten informatie over de eerste zeven dagen voor moeder en baby beschikbaar (7). Voor België werd er een KCE rapport gevonden waarin ook een vergelijking gemaakt werd met Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Zweden (1). Er werd dan ook respectievelijk via NHG, NICE en Socialstyrelsens gezocht naar de aanbevelingen. De NHG en NICE aanbevelingen werden geïncludeerd, de Zweedse aanbeveling werd niet weerhouden omwille van het taalprobleem (8,9).

In Minerva als tertiaire bron konden geen aanbevelingen gevonden worden. Via Ebpracticenet werd gezocht op “postnatal care” met 15 hits waarvan geen weerhouden werden.

PudMed werd doorzocht met MeSH termen zoals primary care, postnatal care, postpartum, generalpractice, family medicine, maternal health services. Als criteria werden “full textonly” en “humans” geselecteerd. Geen relevante artikels werden weerhouden.

In primaire bronnen werden twee artikels gebruikt uit Tijdschrift voor Geneeskunde (4,5). Ook werd een aanbeveling voor praktijkvoering voor postnatale zorg teruggevonden, dewelke ontwikkeld en gehanteerd wordt door vroedvrouwen (3), alsook een handleiding voor postnatale zorg door de huisarts gehanteerd door een expertisecentrum Kraamzorg De Bakermat in Leuven (10). Via de referentielijst van deze aanbeveling werd verder gezocht naar andere relevante artikels.

### *2.1.2 Rol van de huisarts in postnatale zorg volgens de aanbevelingen*

Volgens de aanbeveling van de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (3)is de rol van huisarts voornamelijk in de voorbereiding en organisatie van de postnatale zorg aangezien hij vaak als eerste gecontacteerd wordt bij een nieuwe zwangerschap. Een oriënterend gesprek hierin dient de gebruikelijke prenatale zorg aan te vullen. Goede afspraken en het werken met een gezamenlijk elektronisch moeder-kinddossier voorkomen dat zorg dubbel gebeurt. Het moment waarop de intramurale zorg overgaat in de postnatale zorg dient dus gepaard te gaan met een overdracht.Deze overdracht dient te gebeuren op uniforme en bij voorkeur elektronische wijze.De huisarts wordt verwittigd van het ontslag uit de kraamkliniek. Praktisch is er volgens de aanbeveling van de VBOV tijdens de eerste levensweek een dagelijks bezoek aan moeder en kind nodig. Dit bezoek kan gebeuren door de vroedvrouw, door de huisarts of door beiden. De huisarts kan als evenwaardig beschouwd worden met een gynaecoloog voor de postpartum controle van de moeder zes tot acht weken na de bevalling, en met een pediater voor het pediatrisch consult op dag 0, waarbij een pediater dit doet in het ziekenhuismilieu en de huisarts bij een thuisbevalling. Ook bij het “zevendagsonderzoek” van de zuigeling wordt de huisarts evenwaardig genoemd als de pediater. Echter de Vlaamse Vereniging van Kindergeneeskunde (6) toonde een grote bezorgdheid dat dit onderzoek enerzijds kan gemist worden of anderzijds niet degelijk uitgevoerd wordt bij verschuiving van deze zorg van tweede lijn naar eerste lijn. Samenvattend kan de huisarts de taak van de perinatale zorgcoördinator op zich nemen en de ouders begeleiden bij het hele traject, eigenlijk reeds vanaf de vroege zwangerschap tot de geboorte, de kraamkliniek, de thuiskomst en het verdere postpartum. Hij is dan ook verantwoordelijk voor de organisatie van het multidisciplinaire perinatale zorgnetwerk en kan bij problemen vergaderingen van het netwerk organiseren. Die taak is ‘elastisch’: hij kan uitbreiden of verkleinen naargelang de behoeften en voorkeuren van de ouders en is verantwoordelijk voor de organisatie en de continuïteit van de zorg.Die continuïteit dient gegarandeerd te worden door het organiseren van een wachtdienst voor vroedvrouwen en huisartsen, en een telefonische permanentie door vroedvrouwen.

Ook in de handleiding voor huisartsen, ontwikkeld door Vzw De Bakermat, Expertisecentrum Kraamzorg en Praktijk voor vroedkunde (2003), met betrekking tot de follow-up van moeder en kind in de eerste levensweek na de bevalling met kort ziekenhuisverblijf, worden de taken die een huisarts kan opnemen beschreven en verwijscriteria verhelderd, zodat de huisarts kan bijdragen tot een professionele kraamzorg thuis (10). De huisarts kan in de kraamperiode een belangrijke rol spelen. De afspraken tussen huisarts en vroedvrouw rond deze medische zorgverlening worden best al voor de bevalling, en ten laatste op de dag van thuiskomst na de bevalling, in samenspraak met het kraamgezin, gemaakt. Het zal van de betrokkenheid van de huisarts bij het jonge gezin afhangen in welke mate hij/zij hieraan wenst te participeren. De huisarts sluit de kraamperiode af met een “zevendedagsonderzoek” rond het einde van de eerste levensweek. Indien de huisarts dit niet kan doen, zal dit onderzoek door een pediater gebeuren.

Het KCE rapport beveelt aan dat in kader van de geïntegreerde perinatale zorg de opvolging thuis start met een huisbezoek door een vroedvrouw of huisarts binnen 24 uur na ontslag uit het ziekenhuis, ongeacht de duur van het ziekenhuisverblijf. Nadien zal een follow-up thuis gebeuren tot 10 dagen na de geboorte. Er is echter nog nood om klinische praktijklijnen op te stellen om het aantal en de frequentie van deze bezoeken te kunnen bepalen alsook de competenties van vroedvrouwen en huisartsen aan te passen aan hun nieuwe rol door middel van kwaliteitsvolle opleidingen te geven. In het KCE rapport is nog geen duidelijk omschreven rol voor de huisarts weggelegd, hij kan de functie van perinatale zorgcoördinator of case manager op zich nemen maar ook een vroedvrouw of gynaecoloog worden in het rapport vernoemd om deze rol op te nemen (1).

### *2.1.3 Vergelijking met andere landen*

In andere landen bestaan aanbevelingen voor goede klinische praktijk voor postnatale zorg. Drie voorbeelden werden beschreven in het recente KCE-rapport rond de organisatie van de zorg na een bevalling (1).

#### 2.1.3.1 Nederland

In Nederland gebeurt de kraamzorg voornamelijk thuis. De bevalling gebeurt in de meeste gevallen wel in het ziekenhuis maar op een poliklinische manier, wat wil zeggen dat de moeders het ziekenhuis een paar uur na de bevalling al verlaten. In de eerste 10 dagen na de geboorte voeren vroedvrouwen en/of de huisartsvier tot zes huisbezoeken uit. Volgens de aanbeveling van het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) over zwangerschap en kraamperiode (2012) heeft het huisbezoek door de huisarts primair een sociale functie maar ook een signalerende functie bij gezinnen met geweldsituaties, alcoholmisbruik of verslaving of psychiatrische aandoeningen. Men kan als huisarts het belang van tijdige anticonceptie benadrukken, de draagkracht van de ouders en eventueel huilgedrag van de baby beoordelen en het belang van een rookvrije en gezonde omgeving omschrijven (8). De postnatale zorg wordt vergoed met een forfait, ongeacht het aantal huisbezoeken van de vroedvrouw. In Nederland bestaat ook het systeem van kraamverzorgende die de zorg voor de moeder en baby op zich neemt maar ook voor de andere leden van het gezin zorgt, af en toe gezondheidsadvies geeft en zelfs een aantal uren huishoudelijk werk doet of bezoekers thuis zal ontvangen. Het voordeel van deze combinatie van zorg en andere taken is dat informatie en educatie vervat zitten in dagelijkse activiteiten en daarom gemakkelijk begrepen en geaccepteerd wordt. De kraamhulp is minimaal 3 uur per dag aanwezig, is terugbetaald door de ziekteverzekering en kunnen zelfstandig of in een organisatie werken. Ze werken telkens onder supervisie van een lokale vroedvrouw. In Nederland is er een heel duidelijk afgebakende grens tussen de eerste en de tweede lijn. Voor algemene gezondheid worden de vrouwen behandeld door hun huisarts en pas doorverwezen door de huisarts naar een gespecialiseerd arts wanneer die voorlaatste het nodig acht. Voor perinatale zorgen is in de meerderheid van de gevallen de vroedvrouw de zorgverlener die de zorgen in de eerste lijn opneemt en

indien nodig doorverwijst naar de gynaecoloog of huisarts. In Nederlandbeginnen de meeste vrouwen met prenatale zorg door een vroedvrouw en eindigen met postnatale zorg opnieuw door een vroedvrouw(1,8).

#### 2.1.3.2 Zweden

In Zweden gebeurt effectief 99% van de bevallingen in het ziekenhuis. Moeders verlaten nadien binnen de 6 tot 72 uur na de bevalling het ziekenhuis. Dit systeem van vroegtijdig ontslag na een normale bevalling bestaat reeds sinds 1998.De postpartumhuisbezoeken worden gedaan door vroedvrouwen. De postnatale zorg bestaat dus uit huisbezoeken, dagelijks telefonisch contact en een slotbezoek door de vroedvrouw. Indien men ontslagen wordt 24 uur na de bevalling, krijgen de gezinnen bezoek door een vroedvrouw de volgende dag. Soms wordt er in Zweden ook gebruik gemaakt van “familiehotels” in de nabijheid van een ziekenhuis waar het hele gezin gedurende een drietal dagen kan verblijven onder supervisie van vroedvrouwen. Dit is vaak zo omdat de afstand tussen de woonplaats en een ziekenhuis vaak lang kan zijn. De (huis)arts had vroeger een plaats bij de laatste controle zes tot acht weken na de bevalling, maar nu wordt deze zorg ook overgenomen door de vroedvrouwen(1).

#### 2.1.3.3 Verenigd Koninkrijk

Tot slot werd er gekeken naar het Verenigd Koninkrijk waar 80% van de vrouwen minder dan 72 uur in de kraamkliniek blijft, met een gemiddelde verblijfsduur van 1 tot 2 dagen. De postnatale zorg wordt gedaan door de lokale vroedvrouw (“community midwife”), die geïnformeerd wordt door de kraamkliniek en de zorg duurt niet minder dan 10 dagen en zolang de vroedvrouw deze zorg nodig acht. Gemiddeld zijn dit zeven bezoeken gedurende 10 tot 14 dagen na de geboorte. De vroedvrouw beschikt over ontslagdocumenten uit het ziekenhuis waarop relevantie informatie omtrent de bevalling en de uren die erop volgden, teruggevonden kan worden. In het Verenigd Koninkrijk doet ook de huisarts een huisbezoek in deze periode van 14 dagen en eveneens een slotbezoek na zes tot acht weken postpartum (1). Ook de aanbeveling van het National Institutefor Health and Care Excellence (NICE, 2006) spreekt zich niet eenduidig uit over een rol voor de huisarts in de postnatale zorg. Ze beschrijven algemeen de rol van een gezondheidsprofessional waarbij deze een coördinerende rol op zich neemt (9).

## 2.2 Onderzoeksvraag 2: Wat leren vorige masterscripties ons met betrekking tot de rol van de huisarts in de postnatale periode?

### *2.2.1 Methode*

Er werd in de ICHO-databank gezocht op volgende trefwoorden: “postnataal, postpartum, kraamkliniek, rol van de huisarts postnataal, rol van de huisarts postpartum”, met respectievelijk 6

hits, 59 hits, 5 hits, 20 hits en 53 hits. Uiteindelijk werden vier masterscripties weerhouden uit de databank van het ICHO. Bij een tweede zoektocht eind 2017 werden toch resultaten weerhouden dewelke de rol van de huisarts postnataal beschreven, het betrof vier nieuw gepubliceerde masterproeven uit 2017 (11-14). Tot slot werd ook nog de algemene databank van de Universiteit Gent via de Universiteitsbibliotheek nagekeken op trefwoord “postnatale zorg” en werden na zes hits nog twee scripties in de Master Verpleegkunde en Vroedkunde weerhouden (15,16).

### *2.2.2 Rol van de huisarts in de postnatale periode*

De masterscriptie in de Verpleegkunde en Vroedkunde van Katrien Helsloot en Mieke Walraevens (2015) probeerde de vraag “wat houdt kwalitatief hoogstaande postnatale zorg vanaf ontslag uit ziekenhuis in” te beantwoorden. Ze zochten en ontwikkelden kwaliteitsindicatoren om deze postnatale zorg te scoren. Potentiële indicatoren kwamen tot stand door analyse van literatuur, aanbevelingen en beleidsdocumenten in stap één. Op basis hiervan werden conceptindicatoren ontwikkeld, gebruik makend van het AIRE-instrument als stap twee. Vervolgens werden 58 indicatoren, in een gemodificeerde Delphi-procedure, voorgelegd aan een experten panel voor stap drie. In hun literatuurstudie werden 57 onderzoekartikels, 10 reviews, 1 aanbeveling en 18 andere documenten geanalyseerd. Respectievelijk 30 en 22 experten namen in twee Delphi-rondes deel aan een online vragenlijst waarbij de indicatoren werden beoordeeld op basis van relevantie en haalbaarheid. 30 indicatoren in zeven kritische zorgdomeinen werden gevalideerd. Ze besloten uiteindelijk dat postnatale zorg zich moet aanpassen aan de flexibele verblijfsduur in het ziekenhuis. Duidelijke afspraken rond de overdracht van intramurale naar extramurale zorg zijn van belang. Een nieuwe moeder en haar baby hebben recht op een minimum aan postnatale zorg dewelke gedocumenteerd dient te worden in een geïndividualiseerd dossier. Zij stelden vast dat dat tijdens de afgelopen decennia het aantal huisartsen dat actief is in de verloskunde in Vlaanderen sterk is afgenomen en vermelden dat de rol van de huisarts in de verloskunde is afgenomen en dat zij geconsulteerd worden voor het vaststellen van een zwangerschap of miskraam, voor problemen tijdens de zwangerschap of in de postnatale periode (16).

ElyseAerts (2017) onderzocht in haar de kennis en vaardigheden van de huisarts met betrekking tot postnatale zorg door middel van een beschrijvend interventie-onderzoek met elektronische vragenlijst bij huisartsen en HAIO’sin Lier.De huisartsen doorliepen ook een elektronische opleidingsmodule waarbij een voor- en nameting gebeurde. Verder werden ook via telefonisch contact bepaalde noden en bekommernissen in beeld gebracht. Ook de organisatie van de kraamzorg in de omliggende ziekenhuizen wordt onder de loep genomen.  De elektronische vragenlijst voor het doorlopen van de elektronische opleidingsmodule werd door 21 artsen ingevuld. De enquête werd naar 118 artsen verstuurd. Twaalf artsen doorliepen uiteindelijk de elektronische opleidingsmodule en vulden nadien ook de nameting in. Er kon besloten worden dat het niveau van de kennis en vaardigheden van

huisartsen omtrent postnatale zorg behoorlijk was, maar niet uitmuntend. Artsen gaven aan vooral nood te hebben aan een nieuwe aanbeveling en extra bijscholing maar ook aan een betere samenwerking en communicatie met de tweede lijn. Het zou beter zijn dat huisartsen 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. Een e-module blijkt een nuttig instrument te zijn om deze informatie aan te reiken aan huisartsen om zo hun kennis met betrekking tot de postnatale zorg te verbeteren. Men stelt voor om te investeren in de ontwikkeling van een aanbeveling 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 onderzoek van de pasgeborene. Er wordt aanbevolen om multidisciplinaire en gecombineerde contact/elektronische bijscholingen te organiseren om de kennis en vaardigheden van de huisarts te verruimen. Verder adviseert men te investeren 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 (11).

LiesaHoet (2017) onderzocht in een kwalitatief interventie-onderzoek of de kennis van 61 huisartsen uit de huisartsenkring Oost-Brabant (KHOBRA) rond het 7$^{de}$ dagsonderzoek kon verbeterd worden dankzij het volgen van een opleidingsmodule met een voor- en een nameting (6 weken later) door middel van een semigestructureerde vragenlijst. Daarnaast werdook gepeild of huisartsen meer vertrouwd zijn met het uitvoeren van het onderzoek na deelname aan de opleiding en wat er aan de opleiding kan verbeterd worden. De huisartsen die deelnamen wilden graag verdere oefening om meer vertrouwd te worden met het uitvoeren van het 7$^{de}$dagsonderzoek. Een uniforme aanbeveling, met aanbieden van de theoretische kennis die nodig is voor een goed onderzoek en met duidelijke criteria voor doorverwijzing, ontbreekt momenteel. De huisarts kan een sleutelrol hebben in de begeleiding van moeder en kind na een bevalling. Het is belangrijk dat de huisarts betrokken wordt bij die sociale en medische begeleiding. Heden is de huisarts hierop wel nog onvoldoende voorbereid, zo blijkt uit dit onderzoek (12).

Volgens Elien Ghoos (2017) is bevallen met een kortere ligduur haalbaar als er duidelijkere aanbevelingen zouden zijn voor alle zorgverleners. In haar studie werd de haalbaarheid bij alle zorgverleners betrokken bij het bevallen met verkorte ligduur ondervraagd, alsook de tevredenheid van de zorgverleners rond deze geboden zorg. Door middel van een mixed kwantitatief-kwalitatief onderzoek met een semigestructureerde vragenlijst afgenomen bij de zorgverleners (78 vroedvrouwen, 47 huisartsen, 9 pediaters en 9 gynaecologen) betrokken bij de postnatale zorg, werden vooral problemen op communicatief vlak gerapporteerd. Een gedeeld elektronisch medisch dossier zou hiervoor de oplossing kunnen zijn. De kwaliteit van zorg werd gegarandeerd, gezien er niet meer verwikkelingen dan voordien werden gerapporteerd. De rol van de huisarts werd vooral beschreven bij

verwikkelingen die zich voordeden bij de moeder, voor complicaties bij de baby werd eerder de pediater gecontacteerd (13).

Zoals bij Elien Ghoos de tevredenheid van de zorgverleners onderzocht werd, gebeurde bij Lien Vanden Heuvel (2017) een prospectieve cohortestudie bij pas bevallen vrouwen en hun partners. Op tien dagen na de bevalling gaf 84.3% van de 186 deelnemers aan de periode na de bevalling als aangenaam te hebben beleefd, 73% van de vrouwen uitte zich over het algemeen tevreden tien dagen na de bevalling. Deze vragenlijst op 10 dagen na de bevalling werd door 73 vrouwen ingevuld. De vragenlijst na drie maanden werd door 153 vrouwen ingevuld en hier gaf 86% aan tevreden te zijn. Uit de elektronische vragenlijsten op dag 10 en 3 maand na de bevalling bleek dus dat de meerderheid van de vrouwen en hun partners tevreden zijn over het verloop van het Kort in kraamkliniek-project in Leuven. Bijna ¾ van de patiënten was tevreden over de zorg die de huisarts geboden had. Kwalitatieve analyse bracht volgende positieve aspecten naar voren: vriendelijkheid van het personeel en de hoeveelheid gekregen informatie. Negatieve aspecten waren dat kortverblijf te kort zou zijn voor primipara, dat de communicatie tussen de zorgverleners niet op punt staat en dat het verblijf op de materniteit te druk zou zijn. Ook gebrekkige organisatie van de opvolging en gebrek aan eenduidige informatie werden gerapporteerd. De werkpunten bleken dus de communicatie tussen de zorgverleners onderling, de organisatie van de opvolging thuis en het onderling afstemmen wie welke zorg geeft. De patiënten stellen zelf voor om de huisarts meer te betrekken in de pre- en postnatale zorg. Als positieve punten werden aangehaald: de huisarts kent de patiënte vaak al langer, kent haar voorgeschiedenis alsook haar sociale context. Hierdoor was 1/3 geneigd om voor psychologische problemen tijdens de postnatale zorg vooral naar de huisarts te gaan(14).

Ook de percepties, meningen en ervaringen van de Vlaamse huisartsen rond het bevallen met een kort ziekenhuisverblijf werden weergegeven door Sophie Allewaert(2009) in een kwalitatieve masterscriptie in de Verpleegkunde en Vroedkunde. Aan de hand van semigestructureerde interviews werden 15 huisartsen ondervraagd. Er kan geconcludeerd worden dat de implementatie van het klinisch pad voor bevallen met een kort ziekenhuisverblijf in Leuven in een beginfase zit en dat er nood is aan een betere functieomschrijving van de verschillende verloskundige-actieve actoren. De belangrijkste hinderpaal blijkt de gebrekkige samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Er is volgens Sophie Allewaert na het "7$^{de}$dagsonderzoek in de huidige situatie geen gestructureerde opvolging van de baby tot (de uitnodiging voor) het eerste bezoek bij Kind & Gezin. Indien er zich geen problemen voordoen, is dit ook niet nodig. Toch is het belangrijk voor het gezin te weten dat er altijd beroep kan gedaan worden op de huisarts. Bij gezinnen waar wat langer ondersteuning nodig is, kan de vroedvrouw ook na het 7$^{de}$dagsonderzoek nog even blijven komen.Huisartsen die zich hiervoor willen engageren, kunnen de verdere begeleiding van de baby ook op zich nemen. De vaccinaties – die dikwijls in consultatiebureaus van Kind & Gezin gegeven worden – kunnen eveneens door de huisarts toegediend worden. Het gezin dient hierin een vrije keuze te maken. Ook de verdere opvolging van de

moeder kan zowel door de huisarts als door de gynaecoloog gebeuren. De anticonceptiewens en de verschillende mogelijkheden worden best al tijdens het 7de dagsonderzoek besproken met het koppel(15).

## 2.3 Besluit literatuurstudie

Er is op dit moment geen Vlaamse aanbeveling rond postnatale zorg beschikbaar en er kan geen duidelijk omschrevenrol voor de huisarts hierin gevonden worden. Het KCE rapport stelt dat er nood is aan definiëring van de functies van de verschillende betrokken zorgverleners. Daarnaast is er ook nood aan coördinatie en organisatie van de postnatale zorg zodat de zorgverleners op elkaar afgestemd geraken (1). In een masterscriptie in de Verpleegkunde en Vroedkundewerd besloten dat postnatale zorg zich moet aanpassen aan de flexibele verblijfsduur in het ziekenhuis met een cliëntgerichte zorg. Duidelijke afspraken rond de overdracht van intramurale naar extramurale zorg zijn van belang. Een moeder en haar baby hebben recht op een minimum aan postnatale zorg dewelke gedocumenteerd dient te worden in een geïndividualiseerd dossier. Voor deze postnatale zorg wordt aanbevolen om continuïteit in zorg te garanderen (16).

Om de rol van de huisarts in de postnatale zorg te kunnen opnemen, stellen twee HAIO-masterproeven criteria voorop zoals meer aandacht voor postpartumproblematiek en het onderzoek van de pasgeboren in de basisopleiding. Ook elektronische bijscholingen of voordrachten zijn nodig om de kennis en vaardigheden van de huisarts omtrent postnatale zorg te verbeteren. Het is van belang een aanbeveling te ontwikkelen, aangepast aan de Vlaamse context, waarin de nodige theoretische kennis met duidelijke criteria voor doorverwijzing is opgenomen. Tot slot draagt de ontwikkeling van een uniform, toegankelijk en elektronisch moederschapsdossier bij aan de multidisciplinaire samenwerking waarin een efficiënte communicatie tussen de hulpverleners onderling centraal staat (11,12).

De patiënten stellen voor om de huisarts meer te betrekken in de pre- en postnatale zorg. Zij halen positieve punten aan zoals kennis van de voorgeschiedenis en sociale context. Zij zien de rol vaker voor problemen bij de moeder dan wel bij de baby (14).

Ook de mening van huisartsen omtrent hun rol in de postnatale periode werd bevraagd waaruit ze de gebrekkige samenwerking tussen huisartsen en specialisten als grootste hinderpaal zien. Huisartsen geven aan dat het belangrijk dat patiënten geïnformeerd worden over de mogelijke rol die ze kunnen opnemen, waardoor het toedienen van vaccinaties of verdere postnatale opvolging door de huisarts kan verzorgd worden (15).

# 3 Deel 2: Onderzoek in de eigen praktijk. Rol van de huisarts in de postnatale periode: een bevraging bij recent bevallen vrouwen in de eigen praktijk

## 3.1 Methode

### *3.1.1 Doelstelling*

Deze studie heeft als doel de rol van de huisarts in de postnatale zorg te beschrijven met behulp van de visie van recent bevallen vrouwen in de eigen praktijk.

De resultaten van deze masterscriptie kunnen bijdragen tot verfijning van de reeds gemaakte afspraken rond postnatale zorg in de eigen regio. Op die manier kan de multidisciplinaire samenwerking verder uitgediept worden zoals aanbevolen in het KCE rapport en kan een basis gelegd worden voor een lokaal klinisch zorgpad rond perinatale zorg.

### *3.1.2 Setting*

De studiepopulatie werd gerekruteerd uit een huisartsenpraktijk in Herzele, Oost-Vlaanderen. Het betreft een solo-praktijk opgericht in 1985. Sinds september 2015 is de vrouwelijke solo-arts praktijkopleider geworden zodat HAIO's kunnen opgeleid worden in de praktijk. Het is een landelijk gelegen praktijk met 991 actieve GMD's. Hiervan zijn ongeveer 58% vrouwen. Eén vijfde van de praktijk is ouder dan 65 jaar, 65% van de populatie is tussen 18 en 65 jaar oud. Er kan dus gesproken worden van een jonge praktijkpopulatie. Van de 231 kinderen in de praktijk zijn er 22 kinderen jonger dan drie jaar. Er zijn in deze subpopulatie quasi evenveel jongens als meisjes.

Tussen 1 april 2016 en 10 april 2018werden 24 vrouwen zwanger, met een leeftijd tussen 21 en 36 jaar. De afgelopen vijf jaar waren er gemiddeld 10,6 zwangere vrouwen per jaar.Als dit vergeleken wordt met cijfers uit bevolkingsstatistieken dan heeft de Vlaamse huisarts gemiddeld 9 tot 13 zwangere vrouwen per jaar in zijn praktijk en zit deze praktijk dus op het gemiddelde. Er werden 11 bevallingen genoteerdvanaf 1 april 2016 tot 10 april 2018, waarvan vier jongetjes en zeven meisjes.

In de praktijk wordt voornamelijk samengewerkt met de omliggende perifere ziekenhuizen van Zottegem (Sint-Elisabeth Ziekenhuis Zottegem) en Aalst (Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst en Onze Lieve Vrouw Ziekenhuis Aalst).Er wordt vooral samengewerkt met het team van zeven gynaecologenin het ziekenhuis in Zottegem. Deze gynaecologen staan open voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding. In de praktijk wordt aan de zwangere voorgesteld om tussentijdse opvolgingen te laten doorgaan in de gekende huisartsenpraktijk. Eventuele prenatale vaccinaties zoals het kinkhoestvaccin of een griepvaccin kunnen dan worden toegediend door de eigen huisarts.

Postnataal gebeurt een correcte communicatie door de tweede lijn met een hospitalisatieverslag van de bevalling.

In de streek is ook een zelfstandig vroedvrouwenteam “Pas Thuis” dat verbonden is aan het ziekenhuis in Zottegem en in rechtstreeks contact staat met gynaecologen en pediaters. De huisartsenpraktijk onderhoudt met hen een nauwe samenwerking.

### *3.1.3 Selectie en rekrutering doelgroep*

Vrouwen die minder dan 2 jaar geleden bevallen waren werden voor een interview uitgenodigd. Door middel van de statistische functie van Excel en rekening houdend met de vooropgestelde inclusiecriteria, werd een lijst van 11 mogelijke deelnemers verkregen. Hun contactgegevens alsook hun geboortedatum en leeftijd werden opgelijst. Nadien werd ook de geboortedatum, leeftijd en geslacht van hun respectievelijke kindjes genoteerd.

Door beide artsen wordt telkens zorgvuldig de diagnose “zwangerschap” of “bevalling” ingevuld. Daarnaast bevat Medidoc/CareConnect ook een functie “zwangerschapsdossier” waarbij bij elke nieuwe zwangerschap zo’n een dossier aangemaakt wordt en gedurende de opvolging kan aangevuld worden. Na de bevalling kan dit op de bevallingsdatum afgesloten en geklasseerd worden.

Aan de hand van beide lijsten met contactgegevens werden de 11 vrouwen telefonisch gecontacteerd voor een deelname aan de interviews. De opzet en doelstelling van de masterproef werd kort geschetst en indien zij een deelname bevestigden dan werd een datum voor het interview afgesproken, dewelke doorging in de praktijk of bij hen thuis tijdens de maanden januari totapril van 2018.

Negen van de 11 kandidaten stemden in met het interview. Eén vrouw weigerde omwille van tijdsgebrek en één was meerdere malen telefonisch niet te bereiken.

Op de dag van het interview werd hen nogmaals het doel en verloop van de studie, alsook het informatieformulier toegelicht, waarna het toestemmingsformulier ondertekend werd door beide partijen wanneer de patiënte inderdaad instemde met deelname aan de studie. Eerst kregen zij een uitgebreide kwantitatieve vragenlijst in verband met demografische gegevens en klinische gegevens, waarna een kort interview aan de hand van een vooropgestelde korte topiclijst en open vragen werd afgenomen.

### *3.1.4 Opstellen van de semigestructureerde vragenlijst*

Na het doornemen van de huidige beschikbare aanbevelingen over postnatale thuiszorg in eerste lijn werd een semi-gestructureerde vragenlijst ontwikkeld. Een eerste deel met gesloten vragen peilde naar demografische gegevens bij de vrouw en haar partner, medische achtergrond bij de vrouw en haar baby, alsook informatie rond hulpverleners die gecontacteerd werden tijdens de kraamtijd. Een tweede

deel met vijf open vragen peilde naar de visie van de vrouwen met betrekking tot de rol van de huisarts in de postnatale zorg.

Op datum van 22 augustus 2017 werd een proefinterview gedaan bij een collega-HAIO die net mama was geworden. Op basis van dit proefinterview werd de vragenlijst aangepast. Het deel met gesloten vragen werd uitgebreid om meer informatie over de indicatie van verschillende contacten met hulpverleners tijdens de postnatale tijd.

Er werden na analyse van het interview inderdaad aanpassingen doorgevoerd. De oorspronkelijke onderverdelingen werden verwijderd en er werd gekozen om aan de hand van vooraf gestructureerde open vragen en bijvragen tijdens het interview zelf de nodige informatie te verzamelen. De opsplitsing tussen zorg voor kind en moeder werd verlaten, er werd gekozen om dieper in te gaan op de zorg in het algemeen en ergens meer te differentiëren tussen zorg geleverd door de eigen huisarts of door de vroedvrouw en andere hulpverleners.

### *3.1.5 Afname interviews*

Bij het begin van het interview werd het Informed Consent overlopen en ondertekend door beide partijen, waarna de deelneemster een ondertekend exemplaar mee naar huis kreeg.

Er werden zes interviews afgenomen in de praktijk, de andere interviews werden afgenomen bij de deelneemsters thuis. Gemiddeld duurde het deel met gesloten vragen een 20-tal minuten, het interview met open vragen duurde gemiddeld 10 minuten en 32 seconden, met een spreiding tussen 7 minuten en 34 seconden en 17 minuten en 6 seconden. Zie bijlage 7.3 en 7.5.

### *3.1.6 Dataverwerking*

De gesloten vragen werden verwerkt via Excel en door middel van statistische functie en beelden voorgesteld. De open vragen werden opgenomen op dictafoon en uitgeschreven door middel van de Verbatim methode[8]. (4)

De interviewtranscripts werden geanalyseerd door middel van een thematische analyse en gebruikmakend van codering (18).

Naast deze data bekomen uit de toetsing van de semi-gestructureerde vragenlijst aan het interviewtranscript, werd nog rest-informatie weerhouden. Deze werden afzonderlijke genoteerd en zullen mee geanalyseerd worden in de thematische analyse.

[8]Verbatim-methode = het gesprek wordt woordelijk of “letterlijk” uitgeschreven zoals het op de dictafoon staat. De uitschrijver mag niets aan het origineel veranderen. Deze transcripts bevatten dus grammaticale fouten, verkeerde zinsconstructies, tussenwoordjes (euh… bah… tja…) en soms ook lichaamstaal. Het is een weergave van wat er gezegd is zonder al te veel nadruk op hoe of wanneer het werd gezegd. (4)

### *3.1.7 Ethisch Comité*

Voor dit onderzoek werd op 26/04/2017 een positief advies gegeven door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Gent (Belgisch registratienummer B670201732141).Zie bijlage7.1.

## 3.2 Resultaten

### *3.2.1 Deel 1: gesloten vragen*

#### 3.2.1.1 Kenmerken onderzoekspopulatie

Er werden in totaal negenvan de 11vrouwen in de praktijk, die minder dan twee jaar geleden bevallen zijn, geïncludeerd in deze studie. In Tabel 1 kan gezien worden dat hun leeftijd varieert van 26 jaar tot 34 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 30,47 jaar op datum van afname van het interview. In Tabel 2 staan hun respectievelijke partners, ze zijn tussen 27 jaar en 36 jaar oud. Eén op drie koppels is gehuwd. Alle mannen en de meerderheid van de vrouwen werken voltijds, slechts tweevrouwen werken deeltijds. De vrouwen in de studie hebben allemaal een hoger diploma dan hun partner.

| | **Leeftijd** | **Burgerlijke staat*** | **Nationaliteit** | **Taal** | **Opleiding** | **Huidige werksituatie** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P1 | 26 | G | Belg | Nederlands | Middelbaar ASO | Voltijds werken |
| P2 | 34 | SW | Belg | Nederlands | Bachelor | Voltijds werken |
| P3 | 31 | SW | Belg | Nederlands | Middelbaar ASO | Deeltijds werken |
| P4 | 27 | SW | Belg | Nederlands | Bachelor | Deeltijds werken |
| P5 | 32 | SW | Belg | Nederlands | Master | Voltijds werken |
| P6 | 32 | SW | Belg | Nederlands | Master | Voltijds werken |
| P7 | 28 | G | Belg | Nederlands | Master | Voltijds werken |
| P8 | 31 | SW | Belg | Nederlands | Master | Voltijds werken |
| P9 | 31 | G | Belg | Nederlands | Bachelor | Voltijds werken |

*Tabel 1. Sociodemografische gegevens vrouwen*
*(* G = gehuwd, SW = samenwonend)*

| | Leeftijd | Nationaliteit | Taal | Opleiding | Huidige werksituatie |
|---|---|---|---|---|---|
| P1 | 34 | Belg | Nederlands | Middelbaar TSO | Voltijds werken |
| P2 | 27 | Belg | Nederlands | Middelbaar TSO | Voltijds werken |
| P3 | 36 | Belg | Nederlands | Middelbaar TSO | Deeltijds werken |
| P4 | 29 | Belg | Nederlands | Middelbaar TSO | Deeltijds werken |
| P5 | 33 | Belg | Nederlands | Middelbaar BSO | Voltijds werken |
| P6 | 35 | Belg | Nederlands | Bachelor | Voltijds werken |
| P7 | 29 | Belg | Nederlands | Bachelor | Voltijds werken |
| P8 | 34 | Koerd | Koerdisch | Middelbaar TSO | Voltijds werken |
| P9 | 36 | Belg | Nederlands | Middelbaar ASO | Voltijds werken |

*Tabel 2. Sociodemografische gegevens partners*

Zoals te zien in Tabel 3ging het bij vijf van de negen vrouwen om een eerste zwangerschap, twee vrouwen hadden reeds miskramen in hun voorgeschiedenis en bij drie vrouwen was het hun 2$^{e}$ kindje. Het merendeel van de zwangerschappenis op natuurlijke wijze ontstaan. Gemiddeld waren de vrouwen 38,3 weken ver bij de bevalling. Eén vrouw beviel op een zwangerschapsduur van 32 weken waarna de baby nog 4 weken op neonatologie verbleef. Alle moeders gingen na 3-4 dagen hospitalisatie op ontslag, enkel de mama van de vroeggeboorte kon 2 extra nachten blijven.Slechts twee bevallingen verliepen met complicaties, drie bevallingen werden ingeleid (medicamenteus of door middel van het breken van de vliezen). Tot slot bevielen slechts twee vrouwen zonder een episiotomie of laceratie.

| | GPA* | Conceptie | Bevalling** | Inductie | Episiotomie/ laceratie | Zwangerschapsduur |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P1 | G1P1A0 | IUI | Vag | Medicatie | Nee | 40 |
| P2 | G1P1A0 | Natuurlijk | Vag | Natuurlijk | Episiotomie | 39 |
| P3 | G2P2A0 | Natuurlijk | Vag | Medicatie | Episiotomie | 40 |
| P4 | G3P1A2 | IVF/ICSI | Vag | Natuurlijk | Episiotomie | 38 |
| P5 | G1P1A0 | Natuurlijk | Vag | Natuurlijk | Laceratie | 39 |
| P6 | G2P2A0 | Natuurlijk | Vag | Vliezen | Nee | 39 |
| P7 | G1P1A0 | Natuurlijk | Vagcompl | Natuurlijk | Episiotomie | 32 |
| P8 | G1P1A0 | Natuurlijk | Vagcompl | Natuurlijk | Episiotomie | 39 |
| P9 | G3P2A1 | Natuurlijk | Vag | Natuurlijk | Laceratie | 39 |

*Tabel 3. Medische achtergrond vrouwen*
*(* GPA = Graviditeit, Pariteit, Abortus)*
*(** Vag = vaginale bevalling, vagcompl = vaginale bevalling met complicaties)*

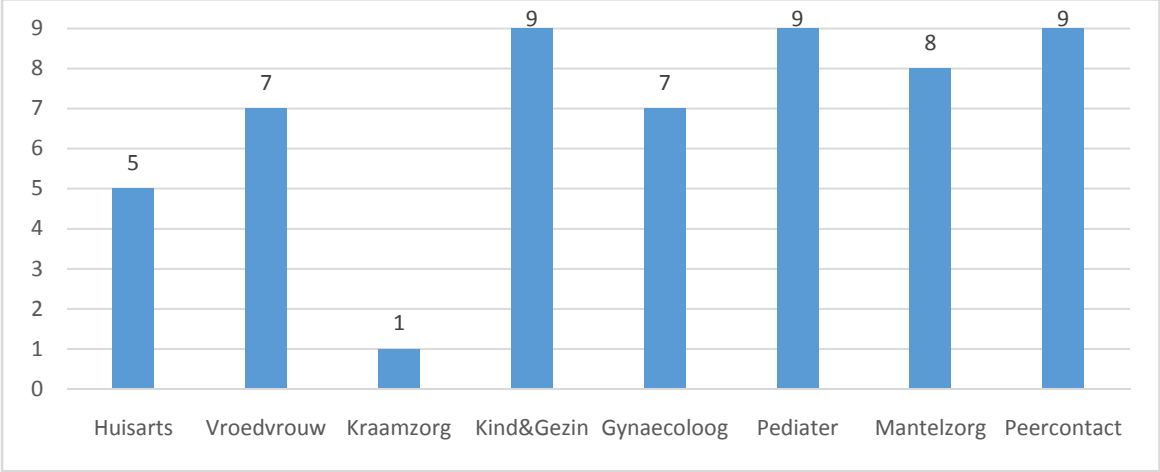
In Tabel 4is te zien dat er zes meisjes en drie jongens werden geboren. Iets meer dan de helft van de vrouwen gaf borstvoeding tijdens de eerste levensweken. Op moment van het interview kregen nog steeds vijf van de negen kindjes ook borstvoeding, naast flesvoeding en fruit- en groentepap. Gemiddeld waren de kindjes 5,5 maand oud op het moment van het interview.

| | **Leeftijd (in maanden)** | **Geslacht** | **Geboortegewicht (in gram)** | **Geboortelengte (in cm)** | **Voeding na bevalling** |
|---|---|---|---|---|---|
| P1 | 5,3 | Meisje | 3520 | 46 | Borstvoeding |
| P2 | 9,7 | Jongen | 3010 | 49 | Borstvoeding |
| P3 | 5,0 | Meisje | 3250 | 49 | Flesvoeding |
| P4 | 9,4 | Jongen | 3180 | 49 | Flesvoeding |
| P5 | 2,5 | Meisje | 2430 | 46 | Flesvoeding |
| P6 | 9,6 | Meisje | 3360 | 50 | Borstvoeding |
| P7 | 2,9 | Jongen | 2065 | 43 | Borstvoeding |
| P8 | 4,0 | Meisje | 2740 | 49 | Flesvoeding |
| P9 | 0,9 | Meisje | 3150 | 50 | Borstvoeding |

*Tabel 4. Medische achtergrond baby's*

#### 3.2.1.2 Contact met zorgverleners tijdens postnatale periode

Bij de vraag over welke zorgverleners gecontacteerd werden tijdens de postnatale periode (zes weken na de bevalling), kon gezien worden dat alle kindjes één of meer consultaties bij de pediater gekregen hadden. Alle kindjes werden ook gezien door zorgverleners van Kind&Gezin. Bij zeven van de negenvrouwen kwam er ook vroedvrouw aan huis, slechts éénmama maakte gebruik van kraamzorg. Alle moeders, op twee na, werden na zes weken postpartum gezien door de gynaecoloog. Eén moeder was haar afspraak bij de gynaecoloog vergeten en ging naar aanleiding van de deelname aan het interview alsnog een afspraak maken, de andere had geen afspraak gekregen en wist niet dat dit moest. Alle vrouwen gaven aan dat peercontact heel nuttig en belangrijk was voor hen, zowel online op fora of websites als via kennissen of vrienden met kinderen. Ook deden acht van de negen vrouwen beroep op hun mantelzorgers (ouders, broers, zussen) om voornamelijk tijdens de eerste weken te helpen met huishoudelijke taken. Tot slot contacteerden vijf van de negen vrouwen de huisarts in het postnatale periode. Dit is weergegeven in Figuur 3. Alle vrouwen geven aan tevreden te zijn over de zorg tijdens hun kraamtijd.




*Figuur 3 Contact met zorgverleners tijdens kraamtijd*

### 3.2.1.3 Problemen bij moeder tijdens postnatale periode

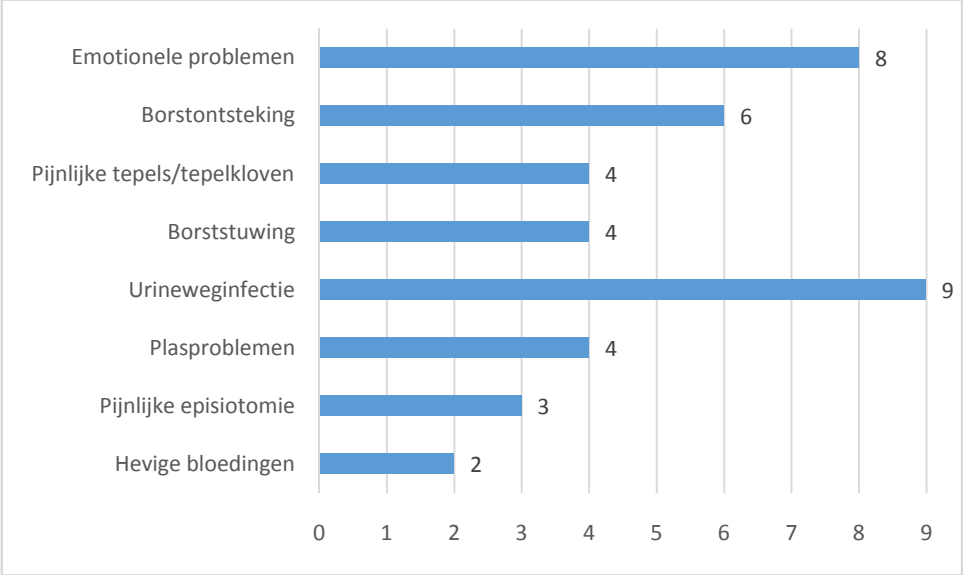
Bij het navragen van problemen die optraden postnataal bij de moeder werden voornamelijk emotionele problemen, problemen ter hoogte van de borsten of problemen met de episiotomie of laceratie genoemd. In Tabel 5 werd dit schematisch weergegeven. Slechts één vrouw had last van zware bloedingen na haar bevalling. Twee vrouwen hebben een retentieblaas gedaan met nood aan sondage maar ze verbleven op dat moment nog in het ziekenhuis waardoor ze daar door het vroedvrouwenteam en de gynaecoloog ter plekke geholpen zijn. Een urineweginfectie overkwam slechts twee vrouwen waarvan één vrouw daarvoor langsging bij de huisarts. Vijf vrouwen kregen last van borststuwing, daarvan gaven er effectief vier borstvoeding. Ze werden hiervoor geholpen door de vroedvrouw aan huis. Vijf vrouwen hadden last van de babyblues, drie hiervan gingen langs bij de huisarts voor een gesprek.

| | **P1** | **P2** | **P3** | **P4** | **P5** | **P6** | **P7** | **P8** | **P9** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Hevige bloedingen na bevalling** | N | N | N | J/VV | N | N | N | N | N |
| **Last van episiotomie/laceratie** | nvt | N | J/VV | J/VV | J/VV | nvt | N | N | N |
| **Last van sectiolitteken** | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt | nvt |
| **Plasproblemen (retentie)** | N | N | J/GY | N | J/GY | N | N | N | N |
| **Urineweginfectie** | J/HA | J/GY | N | N | N | N | N | N | N |
| **Borststuwing** | J/VV | J/VV | N | J/VV | N | N | J/VV | N | J/VV |
| **Pijnlijke tepels/tepelkloven** | J/VV | J/VV | N | N | N | N | J/VV | N | J/VV |
| **Borstontsteking** | J/HA | J/VV* | N | N | N | N | J/HA | N | N |
| **Emotionele problemen** | J/HA | J/VV | N | J/HA | J/VV | N | J/HA | N | N |

*Tabel 5. Verwikkelingen bij mama (J = ja, N = nee, VV = vroedvrouw, HA = huisarts, GY = gynaecoloog)*

Bij navraag zien de ouders een meerwaarde voor de huisarts vooral voor problemen die optreden bij de moeder, eerder dan problemen bij het kindje. In Figuur 4 plaatsen de vrouwen de huisarts vooral bij een urineweginfectie, emotionele problemen of infecties zoals een borstontsteking. Bij dit laatste is dit

vooral omdat een voorschrift voor antibiotica vaak nodig is voor de behandeling hiervan. Voor aandoeningen zoals hevige bloedding of plasproblemen zouden ze toch eerder geneigd zijn om de gynaecoloog te contacteren.




*Figuur 4. Meerwaarde van de huisarts bij problemen van de moeder*

### 3.2.1.4 Problemen bij kind tijdens postnatale periode

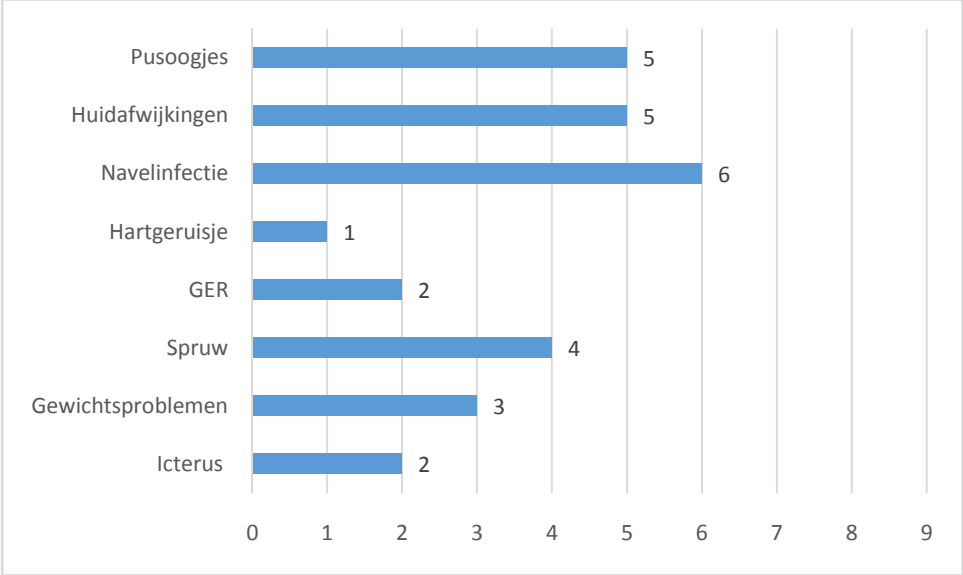
Voor problemen met de baby werd de huisarts vier keer in eerste instantie geraadpleegd, daarentegen gingen de moeders vijf keer onmiddellijk door naar de pediater en werd de vroedvrouw er 13 keer bij gehaald. Zoals blijkt uitTabel 6 werd voor heel veel problemen de vroedvrouw eerst gecontacteerd en vaak huisarts of pediater in tweede tijd na doorverwijzing door de vroedvrouw. Ook doorverwijzing naar een osteopaat of dermatoloog gebeurde. De huisarts werd voornamelijk geraadpleegd bij huidafwijkingen en pusoogjes maar bij de huidafwijkingen waren er reeds twee van de zes moeders gerustgesteld nadat ze de vroedvrouw gehoord hadden. Voor afwijkingen zoals icterus, gastro-oesofagale reflux of een hartgeruisje werd de pediater direct geraadpleegd. Problemen met de voeding zoals niet bijkomen in gewicht, spruw of niet willen drinken, werden opgelost door de vroedvrouw. In drie gevallen verwees de vroedvrouw door naar de pediater voor aanpassing van voeding of verder onderzoek naar aanleiding van niet bijkomen in gewicht.

| | **P1** | **P2** | **P3** | **P4** | **P5** | **P6** | **P7** | **P8** | **P9** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Icterus (geelverkleuring baby)** | N | J/PED | N | J/PED | N | N | N | N | N |
| **Voedingsproblemen** | N | J/VV | N | N | N | J/VV | J/VV* | J/VV* | N |
| **Niet bijkomen in gewicht** | N | N | N | J/VV* | N | N | N | N | N |
| **Spruw** | N | N | N | N | N | N | J/VV | N | N |
| **GER** | J/PED | J/VV | N | N | N | N | N | N | J/PED |
| **Hartgeruisje** | N | N | N | N | J/PED | N | N | N | N |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Navelinfectie** | N | N | N | N | N | N | N | N | N |
| **Huidafwijkingen** | N | J/VV* | J/HA | J/VV | J/VV | N | N | J/VV* | J/HA |
| **Pusoogjes** | N | J/VV* | J/HA | N | N | N | N | J/VV | J/HA |

*Tabel 6. Verwikkelingen bij baby(J = ja, N = nee, VV = vroedvrouw, HA = huisarts, PED = pediater) (* = doorverwijzing naar huisarts, pediater etc.)*

Tot slot geeft Figuur 5 weer dat voor verwikkelingen bij de baby voornamelijk bij een navelinfectie, huidinfectie of pusoogjes direct naar de huisarts wordt gegaan. Ook vier van de negen moeders gaan bij spruw langs bij de huisarts. Vaak is dit ook na doorverwijzing door de vroedvrouw.




*Figuur 5. Meerwaarde van de huisarts bij problemen van de baby*

Twee van de negen baby's krijgen hun vaccinaties bij de huisarts. Zes moeders gaan hiervoor langs bij Kind&Gezin en één moeder kiest voor de pediater voor de toediening van de vaccinaties. Deze laatste was een prematuur geboren baby waardoor de opvolging bij de pediater gebeurde.

### *3.2.2 Deel 2: open vragen*

#### 3.2.2.1 Rol van de huisarts

##### 3.2.2.1.1 Verwachtingen van de vrouwen

Tijdens elke interview werd nagegaan of de vrouwen in hun zwangerschap reeds verwachtingen hadden rond hun kraamtijd en hoe de zorg ging verlopen, met nadruk op de zorg door de huisarts. De meeste vrouwen hadden tijdens zwangerschap daar niet over nagedacht, één vrouw gaf aan dat ze een bezoek van de huisarts wel fijn had gevonden.

> *I: Had u bepaalde verwachtingen van mij/ons als huisarts in uw kraamtijd?*
>
> *R: Neen, maar bijvoorbeeld een bezoek van jullie had ik absoluut niet slecht gevonden, had ik zelfs nuttig gevonden. (P3)*

Een vrouw gaf aan dat ze tijdens haar zwangerschap er wel eens aan gedacht had maar dan verder gedacht dat ze het op zich ging laten afkomen en er zich verder geen zorgen in maken.

> *Wel, ik dacht, ik ga wel zien hoe het loopt en wat er gebeurt, en eventueel als het nodig is dan kan ik altijd terecht bij de huisarts. (P8)*

Twee vrouwen hadden er wel dieper over nagedacht en zelfs besproken met hun partner.

> *Ik heb daar wel over nagedacht en ik heb dat ook met mijn vriend besproken van "wat gaan we doen, gaan we bij de huisarts gaan of gaan we altijd bij de kinderarts lopen?". Ook van, mijn vriend heeft een andere huisarts, en gaan we dan naar daar, ja nee, we gaan bij de mijnen. Ik zeg ja, dat is in Herzele, das dicht bij huis, die kent mij, die kent de familie. Hij was daar dan ook mee akkoord van ja, dat we niet voor het minste bij de pediater gingen lopen. We hebben daar dus wel over nagedacht. (P2)*

#### 3.2.2.1.2 Meerwaarde van de huisarts in de postnatale zorg

Zeven van de negen geïnterviewde vrouwen zag een meerwaarde in het betrekken van de huisarts in de postnatale zorg. Volgens de vrouwen staat de huisarts dichter bij de patiënt dan de pediater of gynaecoloog, zou het voordelig zijn als de huisarts dan ook al het kindje leert kennen aangezien de opvolging later door hem gebeurt en is het handig dat de huisarts dan ook alle informatie reeds heeft over de postnatale periode en eventuele problemen met moeder of kind.

> *Jullie als huisarts staan het dichtst bij ons, jullie kennen ons ook. Dat is toch anders dan een gynaecoloog die je enkel tijdens je zwangerschap frequent ziet maar anders niet. (P3)*

> *Ik vind dat dan wel goed dat ze jou als huisarts dan al wat kennen en dat dat dan doorloopt, en dat ze jou voor andere dingen ook opvolgen en dat de zwangerschap niet speciaal een ziekte is waarvoor je bij iemand anders moet gaan. Omdat dat dan ook deel uitmaakt van de rest gewoon, en het dan bij dezelfde persoon ook blijft. En dan het kindje zelf, dat je die dan ook al kent en dat dat dan ook wel echt doorgroeit, en de huisarts het gezin in het algemeen leert kennen. (P7)*

> *Een huisarts weet dan ook van uw achtergrond en uw geschiedenis, waardoor het gemakkelijker te plaatsen is als er iets scheelt dat je het misschien rapper zegt of dat de huisarts dat sneller kan duiden door de geschiedenis of door de kennis dat ze al hebben van bij het eerste kindje. (P6)*

> *Ik vind dan ook, een huisarts kent u ook als persoon, als mama, ik vind ook als je je zelf op uw gemak voelt bij je huisarts dan ben je dat voor je kind ook. (P1)*

Ook zouden patiënten het handig vinden dat de zorgcoördinatie door één persoon gebeurt.

> *Ik vind dat algemeen wel tof dat dat kan dan, een kennismakingsgesprek en daarin dan kijken wat je op dat moment als kersverse mama wilt en nodig hebt, en inderdaad zo bij één en dezelfde persoon, want ik vind dat wel gemakkelijk, in plaats van zo dat je nu voor metingen enz bij Kind&Gezin moet gaan, terwijl je die uitleg eigenlijk even goed hier bij de huisarts kunt hebben. Dus dat zou ik wel gemakkelijk vinden dat dat kan ja. (P1)*

Eén moeder gaf aan dat de huisarts een meerwaarde heeft aangezien je veel sneller en laagdrempeliger bij de huisarts terecht kan met problemen dan bij de pediater. Bij de pediater wordt gevraagd om eerst een afspraak te maken en vaak nog enkele dagen wachten, terwijl ze bij de huisarts dezelfde dag gezien kunnen worden.

> *Maar hier kan je ook rapper komen dan bij de kinderarts hé. (P2)*

Ook vinden de vrouwen de informatie van de huisarts toch nog geruststellender dan de informatie gegeven door de vroedvrouwen.

> *Het zou geruststellender zijn want de vroedvrouw weet ook veel, maar een dokter is toch zo iets meer geruststellend, van ja, alles is normaal. (P9)*

> *Je kan dan wel terugvallen op een vroedvrouw maar ik vind dat persoonlijk toch niet hetzelfde dan een dokter. (P1)*

> *Want ik weet niet of de vroedvrouwen even goed zijn opgeleid als jullie, huisartsen, die kunnen zo wel zeggen van geeft zo veel melk, of doet dat, of doet dat, met den baby, maar zo echt medisch weet ik nu niet of zij evenveel weten als jullie of als een kinderarts. Moest er nu echt zo iets zijn met de baby dan zou ik niet echt vertrouwen op de vroedvrouw. (P5)*

Tot slot zien twee vrouwen momenteel niet echt de meerwaarde van de huisarts in de postnatale zorg. Aangezien wij niet meer kunnen doen dan de vroedvrouwen (technisch gezien) en dat er specialismen zoals pediatrie en gynaecologie zijn, is er niet echt een plaats voor de huisarts aldus één van de vrouwen. De andere patiënte zag enkel een meerwaarde wanneer er zich bepaalde problemen voordoen maar bij een probleemloze postnatale periode is de huisarts niet echt nodig.

> *Ik vind het op dit moment niet echt nodig omdat er nu specialisaties zijn. (P4)*

> *Als er zich geen problemen stellen dan is zo'n bezoek niet echt nodig, moesten er zich nu echt problemen voor doen dan lijkt mij dat wel nuttig, ja. (P8)*

##### 3.2.2.1.3 Invulling van de rol

Verscheidene vrouwen zouden het aangenaam vinden, mocht de huisarts langskomen op "kraambezoek" om eens de baby te bewonderen en verder te luisteren naar hetgeen de mama wenst te vertellen of de bevalling eens te overlopen.

> *Of ook gewoon om de bevalling eens te overlopen wantja, ik ben nu naar hier gekomen met mijn dikke voeten en dan heb ik wel wat kunnen vertellen over mijn bevalling maar had ik dat niet gehad dan zou ik hier nu maar de eerste keer geweest zijn. (P3)*

> *Dus ik denk in eerste instantie gewoon eens horen en luisteren, ik denk dat dat als huisarts wel belangrijk is dat je dat doet. (P6)*

Twee vrouwen geven ook aan dat ze de huisarts nodig zouden hebben wanneer ze het emotioneel moeilijk hadden. Gezien de vertrouwensband met de huisarts, voelen ze zich sneller comfortabel om hun verhaal te doen wanneer zij zich zorgen maken of emotioneel zijn.

> *Misschien eerder op emotioneel vlak, omdat uw huisarts uw achtergrond enz weet hé, je zegt dat ook niet tegen iedereen hé. (P4)*

> *En ik denk dat ik anders ook wel eens bij de huisarts zou geweest zijn. Ik ben ook geweest hé, ik ben met mijn collega's er eens over gaan praten omdat ik wel merkte dat ik dat nodig had. Want het was emotioneel soms allemaal wat veel. (P7)*[9]

Patiënten zagen als invulling van de rol van de huisarts vooral de baby meten en wegen, met andere woorden een algemene check-up ter geruststelling en tips geven waar nodig. Praktisch zien zij dit ter vervanging van één van de bezoeken door de vroedvrouw.

> *Ik vind wel, waar dat ik het meeste nood aan had, is eigenlijk kort na de bevalling want ik had het gevoel dat ik thuis kwam en niets wist, en dat je zo een beetje aan je lot wordt overgelaten. Ja nee, zo een algemene check-up en zo de zekerheid van als er iets is, je mag altijd bellen. Zo om mee te confirmeren dat alles ok is en je goed bezig bent. (P1)*

> *Ik denk gewoon eens komen kijken naar je baby'tje dat dat al veel is. Gewoon ja, dat je dan het baby'tje al gezien hebt. (P2)*

> *Ik denk eigenlijk zo een beetje een algemeen onderzoek want uiteindelijk zijn jullie er niet bij bij de bevalling en dan komt de vroedvrouw van Pas Thuis opvolgen, maar dan als ik zelf als mama niet ziek word, dan zou dat wel lang kunnen duren totdat ik hier kom en dan weet je niets van de bevalling. (P5)*

[9] Ter verduidelijking: P7 is een collega-huisarts.

*En dan ook de zorgen zoals Kind&Gezin doet, eens wegen, eens meten, ja dat kan een huisarts ook doen hé. (P6)*

*Ja, je kan altijd tips geven en je kan bij problemen altijd bijsturen of doorverwijzen. (P8)*

*Eens wegen en eens kijken is altijd interessant. (P9)*

Ze besluiten bijna allemaal dat de huisarts vooral een rol kan spelen in de zorg rond de moeder. Ze vinden dat er door de vroedvrouw voldoende naar de baby wordt gekeken en dat ze met vragen rond de baby terecht kunnen bij de vroedvrouw maar soms op hun honger blijven zitten in verband met fysieke of emotionele klachten die ze zelf ervaren. Ook vermelden zij dat de schroom naar de vroedvrouw groter is dan naar de huisarts, de drempel om alles nogmaals na te vragen bij de huisarts lager is.

*Dat je eens op bezoek komt en dat je eens vraagt hoe het met de mama is omdat je die dan toch kent, en dan over de babyblues beginnen en dat je als huisarts dan gaat kunnen zien van ja dat is misschien toch niet goed, die gaat misschien toch een begeleidingske nodig hebben, terwijl je dat soms voor jezelf een beetje meer afbijt. Een vroedvrouw komt meer voor het kindje dan voor u. En dan durf je niet te veel over jezelf praten want je praat alleen maar over dat kindje. (P2)*

*Nu is het eerder ze kijken naar de baby maar naar de mama kijken ze niet meer. Enja, dat is ook zoiets, van ja, nu is de vroedvrouw een jonger meisje en dat is dan ook zoiets van ja, dienen drempel om te vragen om nog eens naar de knip te kijken is groter, hier thuis is het zo een beetje gegeneerd. (P9)*

*Wel bijvoorbeeld, als we als mama ergens last van hebben, bijvoorbeeld van een knip ofzo, of van bekkenbodemproblemen, dat dan wel interessant kan zijn. (P8)*

#### 3.2.2.1.4 Veranderingen ten opzichte van huidig systeem

De meeste vinden dat informeren dat de postnatale zorg kan gebeuren door de huisarts eigenlijk het belangrijkst. Nu weten vele patiënten niet dat de huisarts kan instaan voor de zorg voor moeder en kind in de postnatale periode. Zij weten niet dat het 7$^{de}$dagsonderzoek ook kan gebeuren in de huisartsenpraktijk en dat de controle van de mama op zes weken postpartum niet per definitie door de gynaecoloog gebeurt.

*Vooral de duidelijkheid errond, in het ziekenhuis dan, dat het ook kan dat jullie komen en opvolgen, dat ze ook kunnen zeggen dat het door de huisarts kan, dat ze u de keuze laten van bij een huisarts of bij een gynaecoloog. Want ja nu, na uw*

> *bevalling wordt er precies niet over een huisarts gesproken, dat is precies zo de huisarts bestaat eventjes niet. (P1)*
>
> *Misschien wat meer reclame maken of op het einde van de zwangerschap zeggen, van ja, komt kort na uw bevalling eens langs bij ons als huisarts, met de baby, om gewoon eens te horen en te kijken. (P5)*
>
> *Als ik meer info zou krijgen rond het feit dat het kan bij de huisarts dan zou ik dit eventueel wel doen, ja. (P8)*
>
> *Eigenlijk zouden ze moeten laten weten in het ziekenhuis dat het ook kan gebeuren door de huisarts. Ja nu is dat zoiets evident hé, met je baby na zoveel dagen bij de kinderarts, en jij moet dan binnen 6 weken naar de gynaecoloog, dat staat zo op papier, je hebt de afspraak al. Ze geven de optie niet hé, huisarts of gynaecoloog, of huisarts of pediater. Over de huisarts spreken ze niet, ook al is het logisch dat jullie dat ook kunnen natuurlijk. Dus vooral informeren want ik wist niet dat jullie dan konden. (P9)*

Ze geven wel aan dat ze nog steeds bijvoorbeeld voor de gynaecoloog zouden kiezen omdat het hen ergens logisch lijkt aangezien zij de bevalling gedaan heeft. Het geeft hen echter wel een fijn en veilig gevoel om te weten dat het ook kan gebeuren door de huisarts. Ook in verband met het 7$^{de}$dagsonderzoek vinden ze het vooral belangrijk dat hen de keuze wordt gelaten om te kiezen tussen de huisarts en de pediater, waar zij nu vaak reeds een afspraak hebben bij een pediater of hen gevraagd wordt een afspraak te maken bij één van de pediaters die voorkomt op de lijst die zij kregen bij het ontslag uit de materniteit.

Eén patiënte vindt dat er heden niet echt iets te veranderen is, aangezien zij het logisch vindt dat de huisarts altijd de eerste stap is, dat er pas naar de tweede lijn wordt gegaan wanneer de huisarts een doorverwijzing maakt.

> *Ik denk niet dat er echt iets moet veranderen. Ik denk dat je als patiënt altijd eens kan eerst horen wat de huisarts zegt of denkt, gelijk met mijn spiraaltje ook, ik kom ook eerst hier eens horen hé. (P6)*

#### 3.2.2.1.5 Praktische implementatie

Praktisch stellen twee respondenten voor dat de huisarts meer aanwezig is bij de zorg in het ziekenhuis of toch tenminste op bezoek komt in het ziekenhuis.

> *Dat de huisarts misschien langskomt in het ziekenhuis, dat bijvoorbeeld eerst de huisarts langskomt en indien het nodig is, dan doorgestuurd wordt naar de pediater. Dat bijvoorbeeld de huisarts langskomt en niet de pediater. (P3)*

> *Ja dat je dan meer in het ziekenhuis aanwezig zijt want nu komt er daar automatisch een kinderarts langs en zien wij daar geen huisarts, en ja een gynaecoloog komt langs. Ja, dat is dan logisch dat je dan bij de persoon gaat die eigenlijk bij u komt hé. En dat op de hoogte is want ja, als er bijvoorbeeld iets is met je kindje, het ziet geel en de kinderarts is geweest dan ga je natuurlijk bij hem blijven verder gaan in plaats van nog iemand anders erbij te betrekken.*

De meeste patiënten geven aan dat ze een bezoek door de huisarts graag binnen de eerste zes weken na de bevalling zouden hebben maar niet binnen de eerste twee weken omdat het dan al druk genoeg is.

> *Dat is natuurlijk wel een beetje dubbel want er komt al zo veel bezoek en dan nog een bezoek erbij. (P9)*

> *In het ziekenhuis na je bevalling is het zo wel heel veel, en die komt, en die komt en die komt. Dat was wel veel, dat was met een papiertje en schrijven van dan komt dienen en dan komt dienen bij mij. En ik moet dienen dag bij die gaan. Dus als ge komt bij de mensen, beetje weg van die periode. Dus een beetje meer spreiden, dus pakt zo na 2 weken eens een telefoontje van "proficiat, mag ik eens komen kijken naar je prutsje?" Maar zo niet in de kliniek, dat zou ik nu wel niet doen want daar heb je al genoeg volk. (P2)*

#### 3.2.2.2 Informatie over de zorgverleners tijdens postnatale periode[10]

De informatie over de zorgverleners werd vooral onder de vorm van folders verspreid. Het verspreiden van deze folders gebeurde vooral door de vroedvrouwen in het ziekenhuis tijdens de opname op materniteit na de bevalling. In het ziekenhuis in de streek is er ook driemaandelijks een infobeurs waren enkele vrouwen hun informatie en foldertjes gehaald hadden. Verscheidene vrouwen melden dat er een overvloed aan informatie is.

> *Euhm, ik heb die folder al gekregen van Pas Thuis al de eerste keer op de infobeurs in het ziekenhuis, daar maakten ze toen al reclame. (P5)*

> *Ja, in overvloed, een overvloed van informatie. Aleja, de ene mens heeft daar misschien ook meer nood aan dan de andere. Ik ben zo iemand van als ik info wil dan zal ik het wel vragen. (P6)*

Bij iedereen is Kind&Gezin langs geweest thuis. Bij sommigen was de vroedvrouw van Kind&Gezin reeds tijdens het verblijf op de materniteit gepasseerd, anderen werden dan weer telefonisch gecontacteerd. Het eerste bezoek van Kind&Gezin is eerder een voorstelling over de werking en

[10] Zorgverleners: kraamzorg, Kind&Gezin, vroedvrouw aan huis en kinesist.

inhoud van het team. Eén moeder vermeldde dat ze vooral informatie rond de voeding gekregen had via Kind&Gezin. Natuurlijk ook het wegen en meten gebeurt door de vroedvrouw van Kind&Gezin.

> *En die van Kind&Gezin zijn geweest, en dan was dat gewoon de vraag van "geef je borstvoeding of flesvoeding?". Dat was dan borstvoeding en dan kreeg ik folders over borstvoeding, maar ik heb die eigenlijk nooit gelezen. Voor de rest, bij Kind&Gezin gaan is dan vooral meten en wegen en als je zelf vragen hebt. Mar eigenlijk vooral rond voeding vond ik zelf. (P1)*

> *En die van Kind&Gezin zijn op het laatste toegekomen. En ik had zo iets van wat komen jullie hier doen? Dat was gewoon een voorsteling. En of ze nu geweest waren of niet, dat maakte eigenlijk niet veel verschil. (P2)*

> *En Kind&Gezin die zijn niet geweest in het ziekenhuis maar hebben mij wel gebeld toen ik nog in het ziekenhuis lag. (P3)*

> *En Kind&Gezin hebben ze mij zelf gecontacteerd. En zijn ze ook eens bij ons thuis komen praten en we hebben dan die gehoortest ook moeten doen, en dan zijn wij naar daar moeten gaan. (P4)*

Bij vijf dames is ook het zelfstandig vroedvrouwenteam uit de regio ("Pas Thuis") langs geweest op de materniteit. Verscheidene dames kregen zelf contactgegevens om een afspraak voor thuis vast te leggen, anderen werden opgebeld door de vroedvrouw van Pas Thuis zelf. Eén patiënte legde reeds tijdens haar zwangerschap contact met het vroedvrouwenteam omdat zij zeer tevreden was over hun zorg bij haar eerste kindje en omdat ze niet ging bevallen in het ziekenhuis waarmee het vroedvrouwenteam een samenwerking onderhoudt.

> *Ik had een brochure of nummer gekregen van de vroedvrouw in het ziekenhuis, van kijk, dit is het nummer van jouw vroedvrouw aan huis, ze zal u eens bellen voor een afspraak. En dan vroeg ze "wanneer kan ik langskomen?". Ik was nog maar een dag thuis of ze was daar al. (P2)*

> *Euhm, op het moment dat ik bevallen ben, heb ik nogmaals een mailtje gestuurd en hebben ze contact opgenomen met mij wanneer ze gingen komen. En dan is er het weekend zelf, op zondag, iemand van wacht langs geweest. Maarja, dat was voor de hielprik hé, die moest op tijd gebeuren. (P9)*

## 3.3 Besluit resultaten

Er werden negen vrouwen die minder dan 2 jaar geleden bevallen zijn, opgenomen in deze studie, met een leeftijd variërend van 26 jaar tot 34 jaar. Voor vijf van de negen ging het om een eerste kindje, iets meer dan de helft van de vrouwen gaf borstvoeding.

De huisarts werd door vijf van de negen vrouwen gecontacteerd in hun postnatale periode. Alle kinderen werden gezien door een pediater en door Kind&Gezin. Twee vrouwen hadden geen vroedvrouw aan huis na hun bevalling. Problemen bij de moeder postnataal zijn vooral emotionele problemen, problemen ter hoogte van de borsten, problemen ter hoogte van het perineum of urineweginfecties genoemd. De huisarts werd vooral geraadpleegd voor emotionele problemen of borstontstekingen. Een meerwaarde voor de huisarts wordt vooral gezien voor problemen bij de moeder, eerder dan problemen bij de baby. Voor problemen met de baby werd de huisarts vier keer in eerste lijn geraadpleegd. Voor veel problemen contacteren de vrouwen eerst de vroedvrouw en pas na doorverwijzing contacteren ze de huisarts of pediater. Vooral bij huidafwijkingen of pusoogjes kreeg de huisarts een rol in de zorg rond de baby.

De meerwaarde van een rol voor de huisarts in de postnatale periode werd door bijna alle vrouwen vermeld. Zij stellen dat een huisarts dicht bij zijn patiënt staat, de voorgeschiedenis en sociale context goed kent. Ook vinden zij het belangrijk dat de zorg in het gezin gecontinueerd wordt door éénzelfde persoon waardoor de huisarts een rol krijgtin de postnatale periode. Zij vinden de zorg die de huisarts biedt ook laagdrempelig en uitgebreid beschikbaar. De vrouwen stellen een geïndividualiseerde zorgcoördinatie door één persoon op prijs omdat zij dan een vast aanspreekpunt hebben en de postnatale zorg minder versnipperd en duidelijker zou zijn. Tot slot is geruststelling door de huisarts voor hen van groot belang.

Praktisch zien de vrouwen de invulling van de rol van de huisarts vooral in een kraambezoek na een telefonisch contact binnen één week na de bevalling. Het huisbezoek kan gepland worden tussen twee à zes na weken na de bevalling omdat de eerste weken druk zijn met veel bezoek en aanpassing aan de nieuwe gezinssituatie. Tijdens dit eerste kraambezoek stellen zij vooral een luisterend oor en openheid voor het brengen van mogelijke emotionele problemen voor. Zij vermelden een meerwaarde voor de zorg voor de moeder, eerder dan voor de baby. Voor problemen met de baby gaan de vrouwen langs bij de pediater.

# 4 Discussie

## 4.1 Belangrijkste besluiten

Uit de literatuurstudie blijkt dat er nog geen duidelijk omschreven rol voor de huisarts in de postnatale periode is. In masterscripties werd reeds gekeken hoe die rol ingevuld zou kunnen worden. Door middel van bijscholingen metaandacht voor postpartumonderzoeken en –problematiek tracht men de kennis en vaardigheden van de huisarts omtrent postnatale zorg te verbeteren. De ontwikkeling van een aanbeveling met een gedefinieerde rol voor de huisarts en de andere zorgverleners, alsook met een weergave van de nodige theoretische kennis en criteria voor doorverwijzing is van belang. Om de onderlinge communicatie en samenwerking te optimaliseren is een uniform, toegankelijk en elektronisch moederschapsdossier nodig (11,12).

Zowel de visie van de vrouwen als van de huisartsen werd onderzocht in de literatuurstudie. De patiënten betrekken de huisarts meer in de postnatale zorg, vooral voor de moeder, omwille van zijn kennis van de voorgeschiedenis, sociale context en laagdrempeligheid (14). Huisartsen vinden het belangrijk dat patiënten geïnformeerd worden dat de huisarts ook een complementaire rol kan spelen in de postnatale zorg (15). Hij kan met zijn kennis als huisarts de reeds bestaande zorg aanvullen en dankzij een verbetering van de samenwerking met vroedvrouwen en tweede lijn de postnatale zorg optimaliseren.

In onze bevraging geven de vrouwen aan dat ze de huisarts gemist hebben in de postnatale periode. Ze hadden een bezoek door de huisarts wel verwacht en geapprecieerd. Andere zorgverleners zoals vroedvrouwen, Kind&Gezin maar ook de tweede lijn werken proactief in de postnatale zorg door zichzelf voor te stellen of afspraken voor consultatie reeds mee te geven. Huisartsen werken reactief op vraag van de patiënt, echter in deze context verwachten vrouwen een proactieve houding. Zij zien een rol voor de huisarts in een kraambezoek binnen zes weken na de bevalling, na een telefonisch contact in de eerste week na de bevalling. In dit kraambezoek heeft de huisarts een luisterend oor, geeft hij informatie, brengt hij geruststelling en kan de vrouw terecht voor eventuele problemen, zoals emotionele problemen of infecties bij zichzelf.

Heden is er weinig of geen betrokkenheid van de huisarts in het postnatale proces. Dit is gegroeid door progressief minder bevallingen door de huisartswaardoor voeling met de postnatale problematiek verdwenen is. De postnatale zorg is heden georganiseerd rond vroedvrouwen en specialisten in de tweede lijn. De zorgorganisatie is versnipperd en niet duidelijk gestructureerd. Toch lijkt het opportuun dat de rol van de huisarts opnieuw kan uitgebreid worden en een aanvulling kan betekenen op de bestaande postnatale zorg. De vervrouwelijking van het huisartsenberoep en de veranderde praktijkvormen kunnen toelaten deze postnatale zorg bij interesse van de desbetreffende arts, opnieuw op te nemen.

## 4.2 Implicaties voor de praktijkvoering

Een aanbeveling zou kunnen zijn dat minstens één contact door de huisarts met de kersverse ouders gebeurt binnen de tijdspanne van twee tot zes weken na de bevalling. Praktisch kan dit een telefonisch contact zijn waarna een eventueel eenmalig kraambezoek kan volgen indien de ouders hiermee instemmen. Inhoudelijk kan dit kraambezoek een sociale functie hebben alsook een signalerende functie wat betreft risicogezinnen (geweldsituaties, alcoholmisbruik, verslavingsproblematiek, psychiatrische aandoeningen). Een kennismaking met de baby en de eigen patiënten in hun nieuwe rol als ouders kan inhoud geven aan het bezoek. Eventueel kan dit bezoek ook nog een informatieve functie volbrengen waarin het belang van tijdige anticonceptie kan aangehaald worden. Ook een korte observationele beoordeling van de draagkracht van de ouders en informatie over normaal huilgedrag kan nuttig zijn. Voor vrouwen die gestopt zijn met roken is het belangrijk het belang van een blijvende rookstop aan te halen.

Indien reeds tijdens de zwangerschap met de ouders gecommuniceerd werd over de rol van de huisarts in de postnatale periode dan kunnen in samenspraak met de tweede lijn en vroedvrouwen aan huis twee extra huisbezoeken gepland worden. Hiernakan de huisarts een rol opnemen in het onderzoek van de pasgeborene (het 7$^{de}$dagsonderzoek) of het postpartum onderzoek van de moeder na zes weken op zich kan nemen mits voldoende aandacht rond de problematiek in de opleiding en bijkomende opleidingen onder de vorm van de elektronische module nadien. Ook goede afspraken met de tweede lijn en communicatie door hen naar de patiënt dat de huisarts een rol kan opnemen, zijn van belang.

In eigen praktijk wordt bij de vaststelling van een nieuwe zwangerschap informatie gegeven over de rol die de huisarts kan opnemen in de postnatale periode. Bij de Boostrix vaccinatie tussen 24 en 32 weken zwangerschap kan dit nogmaals voorgesteld worden en indien de ouders instemmen met de betrokkenheid van de huisarts, kan de praktische aanpak, zoals hierboven beschreven, gepland worden.

## 4.3 Implicaties voor de eigen regio

In de eigen regio kan deze studie een aanzet zijn tot verbetering van de lokale samenwerking tussen de hulpverleners in eerste lijn. In de toekomst kan er tijdens LOK vergaderingen info gegeven worden rond de rol van de huisarts in de perinatale landschap en waarbij deze studie een bijdrage kan zijn aan de beschrijving van de postnatale zorg. Vervolgens zou een informatieve vergadering gepland kunnen worden met vertegenwoordigers van de zorgverleners in de postnatale zorg in de eigen streek, namelijk van de huisartsen, de pediaters, de gynaecologen, de kraamzorg en de vroedvrouwen van Pas Thuis en Kind&Gezin. Het idee rond de invulling van de rol van de huisarts postnataal en de functiebeschrijvingen van de andere hulpverleners zou besproken kunnen worden. Indien een consensus zou bereikt worden dan zou er tijdens LOK vergaderingen opleiding aan de geïnteresseerde

collega huisartsen kunnen gegeven worden, eventueel samen met de pediater, met name rond het correct uitvoeren van het 7$^{de}$dagsonderzoek. Waarna lokaal een zorgprogramma rond de perinatale zorg zou kunnen uitgeschreven worden.

## 4.4 Implicaties voor verder onderzoek

Deze studie kan een aanzet voor een uitgebreider mixed kwantitatief-kwalitatief onderzoek op een grotere steekproefpopulatie, eventueel in samenwerking met een materniteit in plaats van één huisartsenpraktijk. Ook de visie van de hulpverleners betrokken in de postnatale zorg in eerste lijn, namelijk huisartsen en vroedvrouwen zou een meerwaarde kunnen betekenen. Tot slot kan met verder doorgedreven onderzoek eventueel een aanzet worden gegeven aan een Vlaamse gevalideerde aanbeveling rond de geïntegreerde perinatale zorg.

## 4.5 Sterktes en beperkingen van de studie

Een sterkte van deze studie is dat ze extra oplevert over de visie van vrouwen rond de rol van de huisarts in postnatale zorg. In die zin kan het onderzoek bijdragen aan de invulling van de rol van de huisarts in toekomstige aanbevelingen. Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening gehouden worden met het feit dat aan de vrouwen gebeurtenissen bevraagd zijn uit het verleden. De resultaten zijn dus gevoelig voor herinneringsbias. De mate waarin een gebeurtenis in het verleden destijds van belang was voor de patiënte, zal waarschijnlijk medebepalend zijn voor de kans op herinnering in het heden. Verder moet er rekening mee gehouden worden met het feit dat de bevraging gebeurd is door een huisarts uit de eigen praktijk, wat de antwoorden van de vrouwen kan beïnvloed hebben. Uit de wijze waarop de interviews verlopen zijn, is niet de indruk ontstaan dat de vrouwen niet eerlijk zouden geantwoord hebben. Verder is het onderzoek gebeurd in één praktijk en is in die zin de transfereerbaarheid beperkt en vraagt bevestiging door verder onderzoek.

# 5 Besluit

Door de verkorting van het ziekenhuisverblijf na een bevalling, gebeurt de zorg postnataal meer thuis. Heden is er een postnatale zorg aanwezig, doch is deze erg versnipperd en weinig gestructureerd. Een recent KCE rapport uit 2014 heeft vooruitstrevende aanbevelingen naar een geïntegreerde perinatale zorg, georganiseerd en gecoördineerd door een centrale case manager. Het beschrijft echter geen concrete rol voor de huisarts. Deze studie tracht de rol van de huisarts in die postnatale zorg te beschrijven door de visie van de moeders. Er gebeurde een uitgebreide literatuurstudie naar die rol van de huisarts in de postnatale periode. Via een semi-gestructureerde vragenlijst met een deel gesloten vragen over de betrokken zorgverleners, mogelijk opgetreden complicaties en aandoeningen waarvoor de huisarts gecontacteerd werd,bij negen pas bevallen vrouwen, kon een beeld gevormd worden over de steekproef uit één duo-huisartsenpraktijk in Herzele. Na het gesloten deel werd ook nog een deel met open vragen afgenomen door middel van een interview van een 10-tal minuten waarbij de meerwaarde van de huisarts en de invulling van de rol van de huisarts in de postnatale periode beschreven werd. Er kan uiteindelijk besloten worden dat er een plaats is voor de huisarts in de postnatale zorg. Heden is die er niet, mede door onwetendheid van de patiënten alsook progressief verminderde betrokkenheid van de huisarts in het postnatale gebeuren door verhoogde werkdruk, moeilijke praktijkvormen en minder bevallingen door huisartsen. De respondenten besloten dat zij een kraambezoek door de huisarts zeker op prijs zouden stellen, en dit binnen twee tot zes weken na de bevalling. De invulling zien zij eerder als een sociaal kraambezoek met extra aandacht voor mogelijke problemen bij de mama, gezien zij voor problemen met de baby terecht kunnen en vertrouwen op de vroedvrouw. Met deze studie zal vooral lokaal regionaal getracht worden de multidisciplinariteit gecoördineerder te doen verlopen met als doel de postnatale zorg, te kaderen in een geïntegreerd perinataal zorgprogramma, te optimaliseren en verbeteren.

# 6 Referenties


1. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, et al. De organisatie van de zorg na een bevalling – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE Report 232As. D/2014/10.273/79.
2. Seuntjens L, Neirinckx J, Van Mackelenberghe A, et al. Zwangerschapsbegeleiding. Huisarts Nu juni 2006, 35(5): 261-298.
3. Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV). Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg: Aanbevelingen voor vroedvrouwen. VBOV vzw, Antwerpen, 2016.
   WHO 2010. WHO Technical consultation on postpartum and postnatal care, Zwitserland: World Health organization, 2010.
4. Feyen L. Begeleiding van de moeder gedurende het normale kraambed. Tijdschr. voor Geneeskunde 1988; 44 nr 1. 1-4.
5. Braeckman M. Zorg voor de pasgeborene tijdens het kraambed. Tijdschr. voor Geneeskunde 1988; 44 nr 1. 5-8.
6. Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde (VVK). Vroeg ontslag uit de materniteit: visietekst. VVK vzw, Gent, 2016.
7. DomusMedica. Patiënteninformatie: de eerste zeven dagen voor moeder en baby. DomusMedica VZW, 2013.
8. Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, et al. NHG Standaard Zwangerschap en kraamperiode (tweede herziening). Huisarts Wet 2012, 55(3):112-25.
9. NICE. Routine postnatal care of womenandtheirbabies - NICE clinical guideline 37. 2006.
10. Lisaerde J, Coessens A, Smits L, et al. Handleiding voor Huisartsen m.b.t. follow-up van moeder en kind in de eerste levensweek na de bevalling met kort ziekenhuisverblijf. Leuven, Vzw De Bakermat, Expertisecentrum Kraamzorg en Praktijk voor Vroedkunde 2003.
11. Aerts E. Verkorting van de ligduur op de kraamafdeling: gevolgen voor de huisarts. Masterproef huisartsgeneeskunde KU Leuven. 2017.
12. Hoet L. Het 7$^{e}$dagsonderzoek door de huisarts. Masterproef Huisartsgeneeskunde Katholieke Universiteit Leuven. 2017.
13. Ghoos E. Bevallen met verkorte ligduur: haalbaarheid en tevredenheid bij de betrokken zorgverleners. Masterproef Huisartsgeneeskunde Katholieke Universiteit Leuven. 2017.
14. Vanden Heuvel L. Kort in kraamkliniek-project: tevredenheid bij patiënten en hun partner. Masterproef Huisartsgeneeskunde Katholieke Universiteit Leuven. 2017.
15. Allewaert S. Klinisch pad voor bevallen met kort ziekenhuisverblijf: perceptie door huisartsen in Vlaanderen. Masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde. Universiteit Gent. 2009.

16. Helsloot K, Walraevens M. Een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande postnatale zorg: ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren vanaf ontslag uit ziekenhuis. Masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde. Universiteit Gent. 2015.
17. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: uitgeverij Acco; 2013. Pg. 223-292.
18. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: uitgeverij Acco; 2013. Pg. 395-470.
19. Steel O'Connor K, Mowat D, Scotte H, et al. A Randomized Trial of Two Public Health Nurse Follow-up Programs after Early Obstetrical Discharge. Revue Canadienne de Santé Publique, 2003, 94, 98-103.
20. Peeters S, Theuwis C. Optimaliseren van de zwangerschapsbegeleiding in het huisartsenpraktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde Katholieke Universiteit Leuven. 2012.
21. Baert B, Jacobs M. Verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging. Masterproef huisartsgeneeskunde Katholieke Universiteit Leuven. 2011.
22. Robeyns K. Zorgpad voor zwangerschapsbegeleiding: een evaluatie in de regio Mol. Masterproef huisartsgeneeskunde Katholieke Universiteit Leuven. 2009.
23. Hoste J, De Maeyer L, Seuntjens L et al. Gedeelde zwangerschapsbegeleiding: een haalbare taak? Meningen van vrouwen, huisartsen en gynaecologen. Huisarts Nu 2012; 41:238-42.
24. De Maeyer L, Hoste J, Seuntjens L et al. Gedeelde zwangerschapsbegeleiding: kan het beter? Introductie van een regionaal zorgpad. Huisarts Nu 2012; 41:243-8.
25. De Loor N. Kwalitatief onderzoek naar gedeelde zwangerschapsbegeleiding door huisarts en gynaecoloog: hoe denken huisartsen en gynaecologen in regio Eeklo hierover? Masterproef huisartsgeneeskunde Universiteit Gent. 2015.

# 7 Bijlagen

## 7.1 Goedgekeurd Ethisch Comité protocol en gunstig advies

UZ Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

*Afz: Commissie voor Medische Ethiek*

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Dr. Patricia SUNAERT
ALHIER

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2017/0416 | 10-mei-17 | Zie "CC" |

**BETREFT**

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Postnatale thuiszorg: visie van zorgverleners en patiënten (MaNaMa Ilke De Pril)

**Belgisch Registratienummer: B670201732141**

* Protocol (bijlage 1) - versie 1 dd. 26/02/2017
* Vragenlijst demografische gegevens (bijlage 3)
* Diverse
  -Topiclijst: leidraad voor de interviews (patiënten) - versie 1 dd. 26/02/2017
  -Topiclijst: leidraad voor de interviews (peers) - versie 1 dd. 26/02/2017
* Antwoord onderzoekers dd. 17/04/2017 (via mail dr. I. De Pril ontv. dd. 26/04/2017) op opmerkingen EC dd. 04/04/2017
* Adviesaanvraagformulier dd. 19/04/2017
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (bijlage 2) - aangepaste versie ontv. dd. 26/04/2017

**Advies werd gevraagd door:**
Dr. P. SUNAERT ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.**
**ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 26/04/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 26/04/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.**
**A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 26/04/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 26/04/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/05/2017**
**THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/05/2017**

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

J.

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2017/0416 | 10-mei-17 | Zie "CC" |

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0416

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd).*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

**Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee**

i.O. Prof. dr. R. Rubens

**Prof. dr. D. MATTHYS**
**Voorzitter / Chairman**

**CC:** De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. P. SUNAERT - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

## 7.2 Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten

### 1. Titel van de studie:
Postnatale thuiszorg: visie van zorgverleners en patiënten.

### 2. Doel van de studie:
Men heeft u gevraagd om deel te nemen aan een studie in kader van een masterscriptie.
In dit onderzoek is het de bedoeling de rol van de huisarts in de kraamtijd te verkennen en de zorg voor moeder en kind toegediend door de huisarts door de ogen van de patiënt te beschrijven. Daarnaast is het ook de bedoeling de rolverdeling van de verschillende hulpverleners in de postnatale thuiszorg in kaart te brengen.

### 3. Beschrijving van de studie:
In de prenatale zwangerschapsbegeleiding is reeds een actieve rol voor de huisarts gedefinieerd in de richtlijn van DomusMedica (vereniging voor huisartsen). Recent werd hospitalisatieduur na een bevalling ingekort tot 3 dagen voor een normale bevalling zonder complicaties en tot 5 dagen voor een keizersnede. Hierdoor is er in de thuissituatie een grotere nood tot zorg. Deze zorg wordt heden geboden door vroedvrouwen, kraamzorg en de huisarts. Daarnaast is er een samenwerking met de tweede lijn voor vrouw en kind, zijnde respectievelijk de gynaecoloog en de pediater.
Er bestaat echter geen Belgische richtlijn met een duidelijk omschreven rolverdeling van de verschillende hulpverleners. Om dit in kaart te brengen zullen recent bevallen en zwangere vrouwen bevraagd worden naar hun ideeën en verwachtingen van de organisatie van de zorg in de kraamtijd. Hierbij zal vooral nadruk gelegd worden op welke rol voor de huisarts is weggelegd.
Het bevragen gebeurt door middel van een persoonlijk interview waarbij open vragen worden gesteld. U vertelt, de onderzoeker luistert. Enkel u en de arts zullen aanwezig zijn bij het interview. Het interview zal opgenomen worden op tape. Alle gegevens worden anoniem verwerkt en zullen enkel gebruikt worden voor deze studie. In de uitgetypte versie zal er geen verwijzing zijn naar uw identiteit. De tapes zullen nadien niet bewaard worden. Voorafgaand aan het interview dient er een korte administratieve vragenlijst ingevuld te worden. Het interview zelf zal ongeveer 30-60 minuten duren. De verwachte totale duur van de studie is 1 dag waarbij een interview van 30-60 min zal worden afgenomen. Er zullen in totaal 5-15 personen aan deze studie deelnemen. Deze studie kadert binnen de masterscriptie van kandidaat huisarts Dr. Ilke De Pril onder begeleiding van Dr. Patricia Sunaert (huisarts en praktijkassistent aan UGent) en Dr. Chantal Van den Berghe (huisarts en praktijkopleider).

### 4. Wat wordt verwacht van de deelnemer?
Voor het welslagen van de studie, is het uitermate belangrijk dat u volledig meewerkt met de onderzoeker en dat u zijn/haar instructies nauwlettend opvolgt.

### 5. Deelname en beëindiging:
De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.

Deelname aan deze studie brengt voor u geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. Uw deelname in de studie kan helpen om in de toekomst patiënten beter te kunnen helpen.
U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts.
Uw deelname aan deze studie zal worden beëindigd als de onderzoeker meent dat dit in uw belang is. U kunt ook voortijdig uit de studie worden teruggetrokken als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven items niet respecteert. Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

## 6. Procedures:

U zal telefonisch gecontacteerd worden met de vraag of u wil deelnemen en of u een datum voor het interview wenst af te spreken. Dit interview kan doorgaan in de huisartsenpraktijk of bij uw thuis. Dan zal u eerst een vragenlijst moeten invullen in verband met demografische gegevens. Daarna zal het interview aan de hand van een topiclijst en open vragen worden afgenomen en opgenomen worden op tape.

## 7. Risico’s en voordelen:

Er wordt door deelname aan deze studie geen voordeel verwacht voor u als deelnemer. U hebt het recht op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico’s, nadelen van deze studie. Als er in het verloop van de studie gegevens aan het licht komen die een invloed zouden kunnen hebben op uw bereidheid om te blijven deelnemen aan deze studie, zult u daarvan op de hoogte worden gebracht. Mocht u door uw deelname toch enig nadeel ondervinden, zal u een gepaste behandeling krijgen.
Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

## 8. Kosten:

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U.

## 9. Vergoeding:

Uw deelname aan deze studie zal niet vergoed worden.

## 10. Vertrouwelijkheid:

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden hebben rechtstreeks toegang tot Uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de

betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen stemt U in met deze toegang.
Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en medisch klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd, hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier.
Verslagen waarin U wordt geïdentificeerd, zullen niet openbaar gemaakt worden. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

## 11. Letsels ten gevolge van deelname aan de studie:

De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

## 12. Contactpersoon:

Als er letsel optreedt tengevolge van de studie, of als U aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:
Dr. De Pril (HAIO) en Dr. Van den Berghe (PO)
Dokterspraktijk Het Station
Stationsstraat 157
9550 Herzele
053 62 10 38

# Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten" pagina 1 tot en met 4 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan de studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier voor "Toestemmingsformulier". Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen, ook op medische vragen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de toeziende arts. Ik zal hem/haar op de hoogte brengen als ik onverwachte of ongebruikelijke symptomen ervaar.

Men heeft mij ingelicht over het bestaan van een verzekeringspolis in geval er letsel zou ontstaan dat aan de studieprocedures is toe te schrijven.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de arts.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid en ras worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de toeziende arts, die verantwoordelijk is voor de verwerking.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deze controle. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit betekent dat mijn gegevens doorgegeven worden aan een land buiten de Europese Unie. Ten alle tijden zal mijn privacy gerespecteerd worden.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de vrijwilliger: _____

Datum: _____

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel, en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger.

De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon
die voorafgaande uitleg
heeft gegeven: _____

Datum: _____

Handtekening:

## 7.3 Protocol

Tijdens mijn stageperiode op Gynaecologie merkte ik op dat pasgeboren baby's een kinderarts toegewezen kregen. Ik vroeg mij af of hier een rol voor de huisarts weggelegd zou zijn. Daarnaast kreeg ik als huisarts-in-opleiding reeds een paar keer de vraag of wij als huisartsen ook baby's onderzoeken en behandelen. Hierdoor werd mijn interesse in zorg voor moeder en kind in de kraamtijd gewekt. Bovendien liep ik stage bij een zelfstandige vroedvrouw waar ik hoorde dat naar de huisarts doorverwezen werd bij klachten, symptomen of vragen van de vrouw tijdens de kraamtijd, alsook voor eventuele problemen met de baby. Daardoor leek het mij opportuun om die rol van de huisarts door de ogen van aanstaande moeders of pas bevallen vrouwen te beschrijven, alsook hoe zij deze (thuis)zorg georganiseerd zien. In de politiek werd recent veel aandacht besteed aan dit onderwerp door het inkorten van de postnatale kraamtijd tot 3 dagen bij een normale bevalling zonder complicaties en tot 5 dagen bij een keizersnede. Door deze veel kortere ziekenhuisopname stijgt de thuiszorgvraag in de kraamtijd. Momenteel wordt deze verzorgd door de vroedvrouw, Kind en Gezin, eventueel kraamzorg en de huisarts. In tweede lijn staan de gynaecologen en pediaters vanuit hun ziekenhuisperspectief klaar. Er is echter momenteel geen Belgische richtlijn waarin de rol van deze hulpverleners beschreven is en waarin het duidelijk is welke rol hierbij voor de huisarts is weggelegd. Is deze eerder een teamspeler, dan wel de spelverdeler?

Vertrekkend vanuit een prospectief kwalitatief onderzoek bij vrouwelijke patiënten (zwanger of recent bevallen) zal men kijken hoe de huidige thuiszorg in de kraamtijd georganiseerd is. Door middel van het medisch dossier zullen alle vrouwen in de eigen praktijk die recent bevallen zijn en aan de inclusiecriteria voldoen, gecontacteerd worden. De inclusiecriteria zijn vrouw, 18+ jaar en minder dan 2 jaar bevallen. Exclusiecriteria zijn premature geboorte, meerlingzwangerschap en postnatale complicaties. Nadien zal hen het doel en verloop van de studie, alsook het informatieformulier toegelicht worden, waarna het toestemmingsformulier ondertekend zal worden door beide partijen wanneer de patiënte toestemt met deelname aan de studie. Deze vrouwen zullen vervolgens individueel uitgenodigd worden voor een interview dat kan doorgaan in de praktijk dan wel bij hen thuis. Eerst zullen zij een vragenlijst dienen in te vullen in verband met demografische gegevens, waarna het interview aan de hand van een topiclijst en open vragen zal worden afgenomen. De topiclijst kan waar nodig aangevuld worden aan de hand van literatuuronderzoek. Het gesprek zal opgenomen worden op tape zodat dit later schriftelijk kan verwerkt worden. Aan de hand van de topiclijst zal getracht worden een beeld te vormen van de huidige organisatie van de thuiszorg in de kraamtijd, alsook de rol hierin van de huisarts. Er zullen interviews afgenomen worden totdat geen nieuwe informatie meer bekomen wordt.

Nadien zullen vrouwelijke patiënten die zwanger zijn gerekruteerd worden op dezelfde wijze, waarbij met dezelfde exclusiecriteria zal gewerkt worden maar met inclusiecriteria zijnde vrouw, 18+ jaar en

minimum 3 maand zwanger. Ook deze vrouwen zullen een vragenlijst met demografische gegevens dienen in te vullen, waarna een interview met topiclijst zal afgenomen worden over hoe zij de thuiszorg georganiseerd zien wanneer zij bevallen zullen zijn. Alsook zal navraag gedaan worden wat zij denken over de rol van de huisarts hierin.

In de masterproef zal vervolgens bekeken worden of er tussen deze twee groepen grote meningsverschillen zijn. Nadien zal getracht worden een voorlopige richtlijn op te stellen en eventueel uit te testen in eigen praktijk en in de praktijken van collega-HAIO's om zo de haalbaarheid van de rol van de huisarts in de kraamtijd te testen.

Hopelijk kan op deze manier een basis ontstaan waarop eventueel een Belgische richtlijn kan vorm krijgen over de organisatie van de thuiszorg in de kraamtijd. Zo zal de thuiszorg in de kraamtijd of postnatale thuiszorg efficiënter en beter kunnen verlopen, met een Belgische richtlijn als houvast voor alle hulpverleners betrokken bij deze zorg.

## 7.4 Vragenlijst demografische gegevens

1. Demografische gegevens

| **MAMA** | **PARTNER** |
|---|---|
| Leeftijd: | Leeftijd: |
| *Burgerlijke staat:<br>Gehuwd – samenwonend - alleenstaand | *Geslacht:<br>Man – vrouw |
| Nationaliteit: | Nationaliteit: |
| Taal: | Taal: |
| *Opleiding:<br>Geen diploma – lager onderwijs – middelbaar onderwijs (aso / bso / tso) – bachelorsdiploma – masterdiploma | *Opleiding:<br>Geen diploma – lager onderwijs – middelbaar onderwijs (ASO / BSO / TSO) – bachelorsdiploma – masterdiploma |
| *Huidige werksituatie:<br>Voltijds werken – deeltijds werken – werkzoekend – huisvrouw – student | *Huidige werksituatie:<br>Voltijds werken – deeltijds werken – werkzoekend – huisvrouw – student |
| Beroep: | Beroep: |

2. Medische achtergrond van de vrouw
   - Aantal zwangerschappen:
   - Aantal kinderen:
   - Voorafgaande abortus/miskraam:

   | G…… P…… A……
   - *Wijze van conceptie: natuurlijk – hormonale stimulatie – IUI – IVF/ICSI – eiceldonatie
   - *Wijze van inductie: natuurlijk - vliezen breken - medicamenteus
   - *Wijze van bevalling: vaginaal natuurlijk – vaginaal met complicaties – spoedkeizersnede – geplande keizersnede
   - Aantal weken zwangerschap bij bevalling:
   - *Episiotomie (knip): ja – nee
   - *Andere relevante voorgeschiedenis: depressie – postnatale depressie – burnout – DVT/longembool

3. Medische achtergrond van de baby
   - Leeftijd:
   - Geslacht:
   - Geboortegewicht:
   - Lengte:
   - *Voeding na bevalling: flesvoeding – borstvoeding
   - *Voeding nu: flesvoeding – borstvoeding – gemengd – fruitpap – groentepap

4. Zorgverleners tijdens kraamtijd
   - *Contact met: Huisarts – Vroedvrouw – Kraamzorg – Kind&Gezin – Gynaecoloog – Pediater – mantelzorg/familie - peercontact (websites etc)
   - *Info via: Huisarts – Gynaecoloog – Post – Internet – Kennissen/vrienden – Kraamkliniek
   - *Was u tevreden over de zorg tijdens uw kraamtijd? Ja – Nee
   - *Was u tevreden over de zorg door de huisarts tijdens uw kraamtijd? Ja – nee
   - *Heeft u een vaste pediater? Ja – nee

5. *Problemen met mama tijdens postnatale periode (< 6 weken na bevalling)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hevige bloedingen na de bevalling | Nee | Ja | Huisarts – gynaecoloog – vroedvrouw |
| Last van episiotomie | Nee | Ja | Huisarts – gynaecoloog – vroedvrouw |
| Last van sectiolitteken | Nee | Ja | Huisarts – gynaecoloog – vroedvrouw |
| Plasproblemen (retentie) | Nee | Ja | Huisarts – gynaecoloog – vroedvrouw |
| Urineweginfectie | Nee | Ja | Huisarts – gynaecoloog – vroedvrouw |
| Borststuwing | Nee | Ja | Huisarts – gynaecoloog – vroedvrouw |
| Pijnlijke tepels/tepelkloven | Nee | Ja | Huisarts – gynaecoloog – vroedvrouw |
| Borstontsteking | Nee | Ja | Huisarts – gynaecoloog – vroedvrouw |
| Emotionele problemen | Nee | Ja | Huisarts – gynaecoloog – vroedvrouw |

- In welke gevallen had de huisarts een meerwaarde kunnen betekenen?

Hevige bloedingen – pijnlijke episiotomie – plasproblemen – urineweginfectie – borststuwing – pijnlijke tepels/tepelkloven – borstontsteking – emotionele problemen

6. *Problemen met baby tijdens postnatale periode (< 6 weken na bevalling)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Icterus (geelverkleuring baby) | Nee | Ja | Huisarts – pediater – vroedvrouw |
| Voedingsproblemen | Nee | Ja | Huisarts – pediater – vroedvrouw |
| Niet bijkomen in gewicht | Nee | Ja | Huisarts – pediater – vroedvrouw |
| Spruw | Nee | Ja | Huisarts – pediater – vroedvrouw |
| GER | Nee | Ja | Huisarts – pediater – vroedvrouw |
| Hartgeruisje | Nee | Ja | Huisarts – pediater – vroedvrouw |
| Navelinfectie | Nee | Ja | Huisarts – pediater – vroedvrouw |
| Huidafwijkingen | Nee | Ja | Huisarts – pediater – vroedvrouw |
| Pusoogjes | Nee | Ja | Huisarts – pediater – vroedvrouw |

- In welke gevallen had de huisarts een meerwaarde kunnen betekenen?

Icterus – gewichtsproblemen – spruw – GER – hartgeruisje – navelinfectie – huidafwijkingen – pusoogjes

- Vaccinaties: Kind&Gezin – pediater – huisarts

** omcirkelen wat correct is, meerdere antwoordmogelijkheden*

## 7.5 Topiclijst: leidraad voor de interviews

Men wil de huisarts opnieuw meer betrekken in de zorg in de postnatale periode voor moeder en kind. Er is een korter verblijf in het ziekenhuis waardoor de huisarts opnieuw een rol zou kunnen opnemen.

1. Had u bepaalde verwachtingen van mij/ons als huisarts in uw kraamtijd? Hebben wij hieraan voldaan? Hoe zouden we dit kunnen verbeteren?

2. Indien de huisarts in de eerste 6 weken na de bevalling zou langskomen thuis, welke invulling ziet u dan voor dit bezoek? Waar zouden wij als huisarts een meerwaarde kunnen betekenen?

3. Volgens de huidige richtlijnen wordt de huisarts gezien als de coördinator van de zorg tijdens uw kraamtijd. Hij begeleidt hierbij de ouders bij hun hele traject, vanaf de zwangerschap tot geboorte, hij is verantwoordelijk voor de organisatie van jullie zorgnetwerk en voor de continuïteit van de zorg. Ook kan hij het “7de dagsonderzoek” van de baby uitvoeren en de afsluiting van de postpartumperiode na 6 weken doen. Nu gebeurde dit waarschijnlijk door respectievelijk de vroedvrouw of pediater en de gynaecoloog. Wat zou er moeten veranderen opdat dit ook door de huisarts kan gebeuren?

4. Zoals u reeds invulde op de vragenlijst, hebben verschillende zorgverleners u geholpen tijdens uw kraamtijd. Welke informatie kreeg u hieromtrent? Wanneer en door wie werd deze gegeven?

5. Wanneer en op welke manier werd er door de zorgverleners doorverwezen naar de huisarts: bij de vroedvrouw, bij de gynaecoloog, bij de pediater of bij de andere hulpverleners?

## 7.6 Gezondheidsvoorlichting

Binnen de 24 uur na de geboorte geeft de vroedvrouw ouders en primaire verzorgers minimaal voorlichting over: veilig slapen en een veilige hechting, het fysiologisch herstelproces van de moeder, symptomen en tekens van potentieel levensbedreigende condities bij moeder en baby. Voor moeders die borstvoeding geven wordt voorlichting gegeven over de voordelen van borstvoeding en colostrum, het ideale tijdstip van het eerste voedingsmoment en het belang van huid-op-huidcontact. Voor moeders die kunstvoeding geven, voorlichting over het toedienen van kunstvoeding en het belang van huid-op-huidcontact.

Tijdens de eerste zes tot acht weken na de bevalling geeft de vroedvrouw ouders en primaire verzorgers van baby's minimaal voorlichting over: de symptomen en tekens van potentieel levensbedreigende condities bij moeder en baby, het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal), de algemene hygiëne en verzorging van moeder en baby (met inbegrip van de fysiologische veranderingen), het creëren van een veilige omgeving met inbegrip van veilig slapen, borst- en/of kunstvoeding, de voeding en beweging van de moeder, seksuele activiteit en anticonceptie.

## 7.7 Andere actoren in de postnatale (thuis)zorg (16)

### *7.7.1 Vroedvrouw*

De vroedvrouw situeert zich in de eerste lijn als zelfstandige met als taken het begeleiden van de bevalling (thuis of in het ziekenhuis), het geven van voorlichting inzake preconceptieadvies en advies omtrent gezinsplanning, ouderschap en borstvoeding of voeding. Zij doen dit onder de vorm van raadplegingen of huisbezoeken en dit zowel pre- als postnataal.

### *7.7.2 Kraamzorg*

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

### *7.7.3 Kind&Gezin*

Kind & Gezin is een agentschap van de Vlaamse overheid en valt onder de bevoegdheid van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De opdracht van Kind en Gezin omvat het actief bijdragen tot het welzijn van jonge kinderen en hun gezinnen door dienstverlening op drie beleidsdomeinen: preventieve gezinsondersteuning, kinderopvang en adoptie. Het postnataal aanbod van Kind en Gezin bestaat uit een kennismakingsbezoek tijdens het verblijf in de kraamafdeling of

thuis (bv. na thuisbevalling) en (minstens) twee huisbezoeken door een regioverpleegkundige (als de baby twee tot drie weken oud is en een bezoek op zes weken). De focus van de huisbezoeken ligt op de groei, ontwikkeling en de opvoeding van de pasgeborene. Tijdens het eerste huisbezoek wordt tevens de gehoortest uitgevoerd. Op tien belangrijke momenten in de ontwikkeling van het kind is er een gratis consult voorzien in het consultatiebureau waarbij de groei, gezondheid en ontwikkeling verder worden opgevolgd. Tijdens bepaalde consulten kan het kind gevaccineerd worden. Moeders die borstvoeding geven, kunnen begeleiding krijgen van een regioverpleegkundige of lactatiekundige.

### *7.7.4 Gynaecoloog*

Normaal gezien staan vroedvrouwen in voor de medische zorgen van de vrouw en baby, met betrekking tot de fysiologische zwangerschap, baring en kraambed en komen gynaecologen in beeld voor de medische zorgen met betrekking tot pathologie. In de praktijk zijn gynaecologen zowel voor fysiologische als pathologische bevallingen beschikbaar. Verder vormen zij de tweede lijn in de postnatale periode bij complicaties zoals postpartuminfectie, mastitis en gynaecologische aandoeningen. Zes weken na de bevalling voorzien zij een postpartumonderzoek dat bestaat uit een lichamelijk onderzoek en anticonceptieadvies.

### *7.7.5 Pediater*

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

### *7.7.6 Mantelzorg*

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

### *7.7.7 Peersupport*

In Vlaanderen bestaan tientallen initiatieven waarbij online of in praatgroepen mama’s begeleid en gesteund kunnen worden in het nieuwe rol als ouder. Er zijn ook meer gespecialiseerde groepen die zich toespitsen op borstvoeding. Peersupport stelt zich echter niet enkel tot doel om de borstvoeding te

gaan ondersteunen, maar is vaak ook gericht op het bieden van perinatale ondersteuning bij kwetsbare groepen.

### *7.7.8 Overige actoren*

Er kunnen ook nog andere actoren betrokken worden tot de verzorging van baby of moeder tijdens de postnatale periode. Kinesisten kunnen ingeschakeld worden om bekkenbodemspiertraining te geven postnataal. Osteopaten worden dan weer vaak ingeschakeld door vroedvrouwen om manipulaties door te voeren op neonaten die veel huilen, moeilijk drinken of onrustig zijn. Soms worden zelfs homeopaten ingeschakeld, vaak door ouders zelf.

## 7.8 Rol van de huisarts in prenatale zorg

Silke Peeters en Catherine Theeuwis (2012) onderzochten door middel van diepte-interviews bij zwangere vrouwen en huisartsen hoe zij ten opzichte van zwangerschapsopvolging in de eerste lijn stonden. De meerderheid van de zwangere vrouwen in dit onderzoek wisten niet dat ze ook bij hun huisarts terecht konden voor deze begeleiding. (20) Barbara Baert en Melanie Jacobs (2011) onderzochten de verwachtingen en kennis van zwangere vrouwen over prenatale opvolging. Zij namen 21 semigestructureerde interviews af waaruit bleek dat de meerderheid van de vrouwen kiest voor een prenatale opvolging door de gynaecoloog en de huisarts eerder aanziet als iemand die extra geruststelling kan geven. (21)

Bij Kathleen Robeyns (2009) en Jessy Hoste (2012) werden respectievelijk een zorgpad in Mol en één in Deurne opgestart om de zwangerschapsbegeleiding verder uit te bouwen. Zij onderzochten door middel van enquêtes bij huisartsen en gynaecologen hoe de communicatie tussen huisarts en gynaecoloog verloopt en welk effect het gebruik van het zorgpad had op de gedeelde zwangerschapsbegeleiding. De meeste huisartsen vinden hierbij dat zwangerschapsbegeleiding een taak is voor de huisarts en dat de communicaite met de gynaecoloog het minst gunstig verloopt. (22,23,24)

Nele De Loor (2015) onderzocht in een kwalitatieve studie door middel van focusgroepinterviews van gynaecologen en huisartsen waarom de zwangerschapsbegeleiding niet langer wordt opgenomen door de huisarts. Dit onderzoek beveelt aan dat zowel de zwangere vrouw als de huisarts kunnen beslissen om al dan niet deel te nemen aan een georganiseerde gedeelde zwangerschapsbegeleiding en dit om steeds kwaliteitsvolle prenatale zorg te kunnen blijven bieden. (25)

## 7.9 Pathologie tijdens de postnatale periode

### *7.9.1 Postpartumproblemen bij de baby*

De vier meest voorkomende redenen voor heropname binnen de eerste twee levensweken na bevalling met kort ziekenhuisverblijf zijn: icterus, voedingsproblemen (dehydratatie, malnutritie), congenitale hartafwijkingen en infecties.

#### 7.9.1.1 Icterus

Icterus komt bij gezonde voldragen zuigelingen veel voor en is tot op zekere hoogte als fysiologisch normaal te beschouwen. Dertig tot 50% van alle zuigelingen worden dus klinisch geel en ontwikkelen een ongeconjugeerd serumbilirubine van hoger dan 5 mg/100ml ten gevolge van een verhoogde afbraak van rode bloedcellen, een immature conjugatie en excretie van bilirubine en een toegenomen enterohepatische recirculatie van bilirubine. Kenmerken van zo'n fysiologische icterus zijn: aanvang op de 2de of 3de levensdag, geel zien vermindert of verdwijnt op de zevende tot tiende dag, serumbilirubine gaat niet hoger dan 12mg/dl, enkel de geconjugeerde bilirubinefractie is gestegen en er zijn geen tekenen van ziekte. Algemeen wordt gesteld dat icterus een cephalocaudale progressie kent: de gele kleur begint in het gelaat en daalt af naar de romp en extremiteiten naarmate de bilirubine stijgt. Een huisarts of vroedvrouw dient een serumbilirubine te prikken wanneer er klinisch twijfel is of de mate van icterus niet goed bepaald kan worden. De huisarts dient een icterische kind door te sturen naar de tweede lijn wanneer icterus ontstaan is binnen 36 uur na de bevalling, de icterische baby een zieke indruk maakt, het een premature zuigeling of een zuigeling met een laag geboortegewicht betreft of de serumbilirubinemie te hoog oploopt. (3,10,8)

#### 7.9.1.2 Voedingsproblemen

Een werkelijk voedingstekort kan zich ook presenteren bij een heel rustige baby. Het kind lijkt rustig en tevreden maar spaart in werkelijkheid zijn energie en is slaperig door een tekort aan voeding. In onderstaande tabel worden signalen weergegeven die een indicatie kunnen zijn voor een werkelijk onvoldoende melkinname. De huisarts dient de zuigeling door te verwijzen naar de pediater bij dehydratatie of twijfel.

| |
|---|
| De baby verliest ≥ 10% van het geboortegewicht |
| De baby is 2 weken na de geboorte nog niet terug op het geboortegewicht |
| De baby groeit < 20 g per dag of < 150 g per week tot 3 maanden |
| Er is weinig en/of geconcentreerde urine |
| Er is vanaf het eind van week 1 na bevalling geen gele ontlasting |
| De spierspanning is laag |
| Er is sprake van klassieke dehydratatie met oa. een verlaagde turgor en een ingezonken fontanel |

*Figuur 6 Indicatiesignalen voor onvoldoende melkinname*

Ook een witte tong bij zuigelingen komt veel voor maar dit is niet per definitie spruw. Zolang er geen klachten zijn, is er geen behandeling nodig. Wanneer er roodheid is samen met niet weg te vegen witte vlekjes in de mond van de zuigeling die ook de tepel loslaat bij het voeden of die veel huilt, dan kan dit wijzen op spruw. Volgens de Nederlandse aanbeveling dient een zuigeling met spruw (tot 3 maand) behandeld worden met nystatine orale druppels 4 keer per dag of na elke voeding. Bij zuigelingen vanaf 4 maand kan miconazol orale gel gebruikt worden tot 1 week nadat de klachten zijn verdwenen. Ook de moeder dient behandeld te worden met miconazol crème ter hoogte van de tepels bij borstvoeding. Belangrijk is dus de gelijktijdige behandeling van moeder en kind en dit voldoende lang.

Tot slot is er nog het fysiologische fenomeen van gastro-oesofagale reflux dat gepaard kan gaan met regurgitatie en braken. De oorzaak is vaker een volumereflex door te veel voeding dan een zure reflex. Meestal verdwijnt de fysiologische reflux in de eerste levensmaanden. Er kan gesproken worden van gastro-oesofagale refluxziekte wanneer leidt tot groeivertraging, overmatig huilen, prikkelbaarheid en voedselweigering.Kinderen met gewichtsverlies en reflux dienen doorverwezen te worden naar de kinderarts. (10,8)

#### 7.9.1.3 Congenitale hartproblemen

Hartafwijkingen worden gezien bij 0,8 tot 1% van alle geboorten. Niet alle afwijkingen worden door de kinderarts opgespoord bij het neonataal onderzoek. Soms ontstaat een geruis pas na enkele dagen, als het kind reeds ontslaan is uit het ziekenhuis. Sommige hartafwijkingen geven ook geen geruisen, en worden niet opgemerkt tijdens de eerste levensdagen. Vandaar het belang van het opsporen van tekenen van hartdecompensatie[11] en cyanose. 60 tot 80% van de neonaten hebben overigens een geruisje tijdens de eerste 24-48 uur na de geboorte. Gewoonlijk gaat het om een graad 1-2/6 mid-systolisch geruis. Meer dan 95% van de baby's met een geruis tijdens de eerste levensdagen hebben geen hartafwijking, of hebben een klein defect dat zich spontaan herstelt. (10)

[11] Hartdecompensatie bij een zuigeling: toegenomen ademhalingsfrequentie of hartritme, pulmonale crepitaties, hepatosplenomegalie, een klam, zwetend kind en perifeer oedeem.

#### 7.9.1.4 Infecties

Zuigelingen vertonen een verhoogde gevoeligheid voor infecties doordat hun immunologisch mechanisme nog onrijp is. Een rood opgezwollen rand om de navel in combinatie met temperatuursverhoging kan wijzen op een navelinfectie. Hierbij dient de huisarts laagdrempelig door te verwijzen naar de tweede lijn gezien de kans op sepsis hoog.

Bij “pusoogjes” zijn de ogen vuil zonder conjunctivale roodheid. Meestal is dit door de indikking van traanvocht ten gevolge van een gebrekkige traanafvloed. De behandeling bestaat uit enkele malen per dag schoonmaken met vers leidingwater en dagelijks leegstrijken van de traanzak. Indien dit langer dan 14 dagen duurt, dient men bedacht te zijn op dacryostenose. Bij deze aandoening hoeft het kind pas op oudere leeftijd doorverwezen te worden naar de oogarts.

Tot slot hebben zuigelingen vaak blaasjes of puistjes op hun huid. Meestal zijn deze onschuldig, gaan ze vanzelf over en kunnen ze gediagnosticeerd worden alsmilia, milaria of een neonatale acné.

### *7.9.2 Postpartumproblemen bij de moeder*

De normale follow-up van de moeder vereist het opvolgen van enkele parameters, zoals beschreven in de postnatale zorg. Hierdoor kunnen kraambedinfectie, laattijdige bloedingen, tekenen van infectie of achtergebleven placentaresten opgespoord worden.

#### 7.9.2.1 Postpartumbloeding

Men maakt een onderscheid tussen primaire (onmiddellijk na de bevalling) en secundaire postpartum bloedingen (na 24u). Een postpartumbloeding kan traumatisch zijn door een te grote episiotomie, het scheuren van perineum, vagina of cervix of uterusruptuur. Het kan ook veroorzaakt zijn door uitblijven van vasoconstrictie ter hoogte van de placentaire site door uterus hypotonie of retentie van placentaweefsel, of kan het gevolg zijn van stollingsdefecten. Een laattijdige postpartumbloeding (kan tot enkele weken na de bevalling) wordt meestal veroorzaakt door abnormale involutie van de baarmoeder of door placenta resten. Een curettage kan dan nodig zijn.Matige secundaire postpartumbloedingen kunnen opgevangen worden door extra aanleggen van de baby. Uterusmassage en toediening van methylergometrine zijn bijkomende middelen. Klinische argumenten voor verder nazicht kunnen hoogstaande uterus en tekens van endometritis zijn. Een ernstige postpartumbloeding is een reden tot overleg met gynaecoloog en eventueel verwijzing. Het alarmteken hierbij is de polsfrequentie aangezien de bloeddruk en de algemene toestand door compensatiemechanismen lang normaal blijven om dan plots bij een polsfrequentie van 140-160/min in een levensbedreigende shock te gaan. (4,10)

#### 7.9.2.2 Endometritis

Endometritis wordt meestal gekenmerkt door slecht ruikende afscheiding en koorts, vaak met vertraagde involutie van de uterus, die pijnlijk is bij palpatie, maar verloopt soms atypisch. De patiënte klaagt over een gevoelige tot pijnlijke onderbuik. Initieel kan een behandeling thuis gestart worden, mits dagelijkse controle. De behandeling van endometritis bestaat uit amoxicilline 500mg driemaal daags in combinatie met metronidazol 500 mg tweemaal daags gedurende zeven dagen. Metronidazol geeft een vieze metaalachtige smaak aan de moedermelk.Bij klinische achteruitgang ondanks behandeling en bij uitblijven van verbetering wordt ten laatste na 48 uur alsnog verwezen. (4,10)

#### 7.9.2.3 Perineale pijn

Perineale pijn op de plaats van de hechtingen kan de eerste 24 uur na de bevalling verlicht worden door lokale applicatie van ijscompressen of het geven van zitbaden. Indien nodig kan men paracetamol geven of ibuprofen bij inflammatie. Pijnlijke hechtingen kan men verwijderen op dag 5. Bij pijn door infectie kunnen de hechtingen vroeger verwijderd worden. Infectie van de episiotomie treedt meestal op rond dag 4 tot dag 8 postpartum. De vrouw heeft dan een gezwollen, rode, pijnlijke en vochtige wonde en vaak ook koorts. Het gebruik van antiseptica kan het risico van infectie en ontsteking verhogen en de wondheling kan vertragen. Toch is perineale hygiëne van groot belang. (4,10)

Pijnlijke hemorroïden ontstaan reeds tijdens de zwangerschap en vaak is een episiotomiewonde de oorzaak dat de patiënte bang is om te persen. Het is belangrijk om constipatie te voorkomen door middel van voldoende vochtinname, vezelrijke voeding of eventueel laxativa. (4,10)

#### 7.9.2.4 Urinaire problemen

Urineretentie komt frequent voor in de postnatale periode omdat de blaas gerelaxeerd is en minder vlug reageert op druk bij intentie tot mictie. Het kan vaak opgelost worden door in een andere houding te plassen of soms zal er katheterisatie nodig zijn. Incontinentie is doorgaans tijdelijk, bekkenbodemspier-re-educatie in het postpartum is aangeraden en spontaan herstel treedt doorgaans op binnen de drie maanden. Urineweginfecties komen frequenter voor omwille van urineresidu urine residu of door katheterisatie. Antibioticabehandeling wordt gegeven volgens de cultuur. (4,10)

#### 7.9.2.5 Borstproblemen

Borststuwing is te wijten aan een combinatie van melkophoping en vermeerderde vascularisatie met congestie, verder versterkt door lymfatische en veneuze stase. Het kan dus omschreven worden als een verstoorde balans tussen vraag en aanbod van de melkproductie. Stuwing komt voornamelijk voor tijdens de eerste 2 tot 4 dagen en kan 24 tot 48 uur duren. De meest voorkomende symptomen bij pathologische stuwing zijn: toenemend zwaartegevoel, uitzetting, glanzende en roodachtig gespannen huid, warm aanvoelend, zacht pijnlijk kloppend gevoel, zichtbare aders en pijn bij aanrakingen

belemmering van het toeschietreflex van de melk. Stuwing treedt op aan beide borsten en gaat soms gepaard met lichte verhoging van de temperatuur tot rond 38,0°C, maar niet hoger. Wanneer pathologische stuwing niet snel verholpen wordt kan dit aanleiding geven tot te weinig melkproductie vanaf 6 à 8 weken postpartum. Borststuwing kan voorkomen worden door borstvoeding zo vlug mogelijk na de bevalling te starten en de baby frequent aan te leggen en indien nodig manueel te masseren. (4,10)

Pijnlijke tepels zijn normaal in de eerste week postpartum. Deze pijn bereikt haar hoogtepunt rond de derde tot zesde dag postpartum. Het normaal zuigen van de baby kan last geven bij het begin van de voeding en kan als een scherpe pijn ervaren worden. Deze pijn zwakt af na enkele seconden van voeden. Het gebruik van een fopspeen en flesvoeding bij de borstvoeding kan aanleiding geven tot tepel-speenverwarring waardoor kloven ontstaan en de borst niet efficiënt wordt geledigd. Aanhoudende pijn tijdens de borstvoeding kan een symptoom zijn van tepelkloven en wordt veroorzaakt door een foute techniek van aanleggen. De tepel zuiver en droog houden is belangrijk in de preventie en in de behandeling. (4,10)

Bij een pijnlijke, harde, rode plek in een borst zonder koorts is het belangrijk de pijnlijke borst vaak te ledigen en de ontstoken melkklieren leeg te strijken in de richting van de tepel. Mastitis kan veroorzaakt worden door een blijvend verstopt melkkanaal waardoor een ontstekingsreactie ontstaat. Een bacteriële besmetting via tepelkloven kan ook een oorzaak zijn. Antibiotica zijn niet steeds onmiddellijk nodig. Indien koorts langer dan 24uur aanhoudt, is behandeling met flucloxacilline 2-3 g driemaal daags buiten de maaltijd nodig. (4,10)

#### 7.9.2.6 Trombo-embolische stoornissen

De kans op een diepe veneuze trombose of een longembolie in het postpartum is vergroot bij onvoldoende mobilisatie. Een oppervlakkige tromboflebitis begint meestal rond de derde tot vijfde dag. De vene is rood, pijnlijk en gezwollen. Het gevaar voor embolie is gering. De behandeling bestaat uit het aanbrengen van vochtige omslagen en eventueel zalf.

Een diepe veneuze trombose ontstaat meestal bij het begin van de 2$^{e}$ week maar kan ook reeds na de 2$^{e}$ dag ontstaan. Rechtstreekse oorzaken zijn anemie, varices, infecties en immobiliteit. De diagnostiek en de behandeling in de kraamperiode wijken niet af van die bij niet-zwangere vrouwen. (4,10)

#### 7.9.2.7 Hoofdpijn

Indien hoofdpijn gepaard gaat met visusklachten of bovenbuikpijn de eerste dagen postpartum moet gedacht worden aan een pre-ecclampsie of HELLP-syndroom. Indien de bloeddruk verhoogd is, is overleg met de gynaecoloog nodig.Post-durale-punctie-hoofdpijn kan voorkomen na epidurale verdoving.Sub-arachnoidale bloeding, samen met een plotse ernstige hoofdpijn is heel uitzonderlijk, maar vaak fataal. (10)

#### 7.9.2.8 Psychische problemen

Bij het vaststellen van een babyblues is het belangrijk te zorgen voor een goede ondersteuning van de moeder. Een definitie van de “baby blues” zijn moeilijke dagen van de derde tot de vijfde dag postpartum, met spanning, huilbuien en angst. Het wordt aangeraden de mama verder op te volgen met betrekking tot postpartumdepressie. Een postpartum depressie treedt op enige tijd na de bevalling, meestal in de eerste drie maanden na de thuiskomst uit het ziekenhuis, maar soms ook later. Symptomen van een postpartum depressie vertonen de kenmerken van een gewone depressie met anhedonie, desinteresse, gevoelens van onmacht, geen toekomst meer zien, ook extreme vermoeidheid, uitputting, spanning en angst. De moeder heeft een afstandelijk gevoel ten opzichte van de omgeving, maar vooral ten opzichte van het nieuwe kind. Ze vertoont een onstabiele gemoedstoestand. Psychosomatisch klachten zoals ontregeling van het dag/nacht ritme, slaapstoornissen, wijziging van de eetlust en pijnproblemen worden geuit. Bij een postpartumdepressie is psychologische ondersteuning aangewezen, al dan niet in combinatie met medicamenteuze therapie (antidepressiva). Een psychose in de kraamperiode is een reden voor spoedopname en psychiatrische behandeling. (10,8)

## 7.10 Het 7de dagsonderzoek

Zoals in de handleiding voor huisartsen van Vzw De Bakermat (3910) wordt beschreven, gebeurt het "7de dagsonderzoek" als afsluiting van de kraamperiode rond het einde van de eerste levensweek. Dit is een cruciaal moment met belangrijke functies, zowel medisch als vanuit sociaal standpunt, alsook met oog op preventie en verdere interdisciplinaire samenwerking. Bij dit contact overschouwt de arts samen met de ouders de eerste levensweek en is er aandacht voor gebeurtenissen die nabespreking vereisen, wordt er tevens gekeken hoe het nu gaat met moeder en kind en wordt ingeschat of er aandachtspunten te noteren zijn m.b.t. tot sociale risico's en preventie naar de toekomst toe.

De huisarts kan dit moment benutten om zich te manifesteren als arts voor het nieuwe leven in het nieuw gevormde gezin. Huisartsgeneeskunde staat immers voor levensloopgeneeskunde met een continue, integrale en persoonsgerichte zorgverlening. Een goede overdracht van medische en sociale gegevens naar de huisarts is hier dan ook erg belangrijk (zowel van de kinderarts als van de vroedvrouw).

### *7.10.1 Medisch*

Wat het medische aspect betreft, kan het 7dedagsonderzoek van de baby in principe gebeuren door de huisarts of de kinderarts. De meerwaarde die de huisarts hier kan bieden is dat hij of zij zich in de ideale positie bevindt om dit onderzoek te plaatsen in de ganse context van de begeleiding van het gezin. De huisarts of de kinderarts kan nagaan of de eerste levensweek goed is verlopen, en de huidige status van moeder en baby voldoende garantie geeft om de volgende weken zonder medisch toezicht verder te kunnen.

In deze handleiding beperken wij ons tot het klinisch onderzoek van de baby.

#### 7.10.1.1 Klinisch onderzoek van de baby

##### 7.10.1.1.1 Algemene inspectie

We inspecteren de houding, de symmetrie in de bewegingen en de kleur van de baby: Een aantal statische vaststellingen zoal bv. het geboortegewicht zijn al verricht bij het onderzoek bij de geboorte en na 24 uur. We letten nu vooral op dynamische aspecten van de te screenen parameters, zoals bv. de gewichtsevolutie.. Denk eraan dat uw onderzoek een momentopname is, waarbij de status van de baby (wenend, slaperig, ...) ook een rol speelt.

##### 7.10.1.1.2 Biometrie

- Gewicht: de eerste dagen kan het gewicht dalen met 10% van het geboortegewicht. Rond de tiende dag wordt het geboortegewicht terug bereikt. Tot het einde van de eerste levensmaand neemt het gewicht toe met 200 à 250 g/week.

- Lengte: gemiddeld tussen 46 en 56 cm. Op het einde van de eerste levensmaand is hier gemiddeld 3 tot 4 cm bijgekomen.
- Schedelomtrek: gemiddeld 33 tot 37 cm. Op het einde van de eerste levensmaand komt hier ongeveer 2,5 cm bij. Belangrijk is dat de baby in dezelfde percentiel blijft.

#### 7.10.1.1.3 Onderzoek van “kop tot teen”

- Hoofd: Men inspecteert de schedel, de oren en oorschelpen, de ogen en de mond.
    - Pathologie :
        - Fontanellen: een gespannen fontanel wijzen op intra-craniële overdruk (bvb bij meningitis, maar ook bij fel wenen); een ingezonken fontanel is een teken van deshydratatie.
        - Oren: denk bij laag ingeplante oren of afwijkingen aan de oorschelpen aan een associatie met inwendige oorpathologie, renale pathologie of andere congenitale afwijkingen.
        - Ogen: obstructie van het traankanaal treedt op in 2 tot 6% van de baby’s. Meestal wordt dit veroorzaakt door een niet geperforeerd membraan. Meestal verdwijnt dit door lokale massage, eventueel in combinatie met antibioticazalf. Het is ook van groot belang om congenitaal cataract en glaucoom vroegtijdig te ontdekken zodat een operatie blindheid kan voorkomen.
        - Mond: gespleten lip (en verhemelte).
- Hals: Men palpeert de cervicale klierstreken en de clavicula.
- Hart: Bij de auscultatie van het hartje let men op het ritme en eventueel aanwezige souffles. Normaal ligt het hartritme rond 110 tot 160 slagen per minuut (85 – 90 per minuut bij rustig slapende baby’s).
    - Pathologie: Hartafwijkingen worden gezien bij 0,8 tot 1% van alle geboorten. Bij meer dan 50% is een heelkundige ingreep noodzakelijk. In 80% van de gevallen gaat het om een enkelvoudige afwijking, die bij correcte behandeling een lage mortaliteit heeft. In 20% van de gevallen heeft men te maken met een complexe afwijking. Hier zal men steeds een verminderde levensverwachting en levenskwaliteit mogen verwachten. Niet alle afwijkingen worden door de kinderarts opgespoord bij het neonataal onderzoek. Soms ontstaat een geruis pas na enkele dagen, als het kind reeds ontslaan is uit het ziekenhuis. Sommige hartafwijkingen geven ook geen geruisen, en worden niet opgemerkt tijdens de eerste levensdagen. Vandaar het belang van het opsporen van tekenen van hartsdecompensatie en cyanose. 60 tot 80% van de neonaten hebben overigens een geruisje tijdens de eerste 24-48 uur na de geboorte.

Gewoonlijk gaat het om een graad 1-2/6 mid-systolisch geruis. Meer dan 95% van de baby's met een geruis tijdens de eerste levensdagen hebben geen hartafwijking, of hebben een klein defect dat zich spontaan herstelt.

- Longen: Bij de longauscultatie let je op de ademhalingsfrequentie. Deze varieert tussen 35 en 45 keer per minuut, met tijdens de REM-slaap soms adempauzes van 3 tot 5 seconden.
    - Pathologie: optrekken van de thorax, neusvleugelen, laag thoracaal intrekken, verlengd expirium en kreunen wijzen op ademhalingsmoeilijkheden
- Abdomen: Men inspecteert de navel op infectie. Men kijkt na of er geen navelbreuk is. Bij palpatie let men op eventuele massa's of verhardingen. Bij de pasgeborene is een leverrand van maximaal 2 cm onder de ribbenrooster normaal. De milt is normaal niet te voelen.
    - Pathologie: een navelbreukje verdwijnt meestal spontaan in het eerste levensjaar.
- Liesstreek Men palpeert de aa. femoralis en kijkt na of er geen liesbreuk aanwezig is.
    - Pathologie: bij afwezigheid van pulsaties van de aa. femoralis, denk aan coarctatio aortae. Hernia inguinalis.
- Genitalia: we bepalen bij een jongen de positie van de testes, we palperen het scrotum en inspecteren de penis. Bij een meisje inspecteren we de labia majora en de clitoris (welke tijdens de eerste levensmaanden opvallen gezwollen kunnen zijn).
    - Pathologie:
        - positie testes: idealiter zijn beide testes ingedaald in het scrotum. Mogelijks bevinden zij zich niet in het scrotum maar wel tot daar in stabiele positie te brengen (retroactieve testes) , ofwel niet in het scrotum en ook niet tot daar te brengen, ofwel helemaal niet te palperen (ectopisch) Een retractiele testis behoeft geen behandeling. Als één of beide testes bij de geboorte niet zijn ingedaald, dient dit opgevolgd te worden.
        - Penis: phimosis (normaal), hypo- of epispadias.
- Heupen We doen de test van Ortolani voor het ontdekken van een congenitale heupdysplasie.
    - Pathologie: Congenitale heupdysplasie: het natuurlijk beloop van de neonataal luxeerbare heupen is in de meeste gevallen gunstig: 80-90% herstelt zich spontaan. De rest zal echter zonder behandeling overgaan in een dysplasie en eventueel een luxatie met coxarthrose tot gevolg.

### *7.10.2 Preventie en samenwerking*

Na het "7de dagsonderzoek" is er in de huidige situatie geen gestructureerde opvolging van de baby tot (de uitnodiging voor) het eerste bezoek bij Kind & Gezin. Indien er zich geen problemen voordoen, is dit ook niet nodig. Toch is het belangrijk voor het gezin te weten dat er altijd beroep kan gedaan worden op de huisarts. Bij gezinnen waar wat langer ondersteuning nodig is, kan de vroedvrouw ook

na het 7de dagsonderzoek nog even blijven komen. Huisartsen die zich hiervoor willen engageren, kunnen de verdere begeleiding van de baby uiteraard ook op zich nemen. De vaccinaties – die dikwijls in consultatiebureaus van Kind & Gezin gegeven worden – kunnen eveneens door de huisarts toegediend worden. Het gezin dient hierin een vrije keuze te maken. Ook de verdere opvolging van de moeder kan zowel door de huisarts als door de gynaecoloog gebeuren. De anticonceptiewens en de verschillende mogelijkheden worden best al tijdens het 7de dagsonderzoek besproken met het koppel.

Het moment wanneer gestart wordt met anticonceptie na de bevalling hangt af van het gegeven of de vrouw borstvoeding geeft of niet. Vrouwen die geen borstvoeding geven, kunnen een oraal contraceptivum starten na de derde week postpartum (eerste ovulatie komt gemiddeld in de vierde week na de bevalling). Bij volledige borstvoeding (voedingen om de vier uur), kan de eerste ovulatie langer uitblijven Er wordt toch best na zes weken postpartum gestart. Pillen die alleen uit progestageen bestaan genieten hier de voorkeur. Combinatiepreparaten verminderen het melkvolume en de lactatieduur, maar hebben geen aantoonbare nadelige gevolgen voor de baby. Ze kunnen overwogen worden indien de borstvoeding goed op gang is. Voor het plaatsen van een spiraaltje wordt minstens zes weken gewacht omwille van een verhoogde kans op perforatie de eerste weken na de bevalling. Ook andere mogelijkheden, zoals sterilisatie van de man of de vrouw, barrièremethoden zoals het condoom en het pessarium en periodieke onthouding, kunnen besproken worden met het koppel.

## 7.11 Postnataal onderzoek van de moeder zes weken na de bevalling (3,10)

Waarop moet iemand letten bij een postnataal bezoek in verband met de zorg voor de moeder:

- Hoe gaat de moeder om met het geven van borstvoeding en de zorg voor het kind?Hoe voelt ze zich bij haar zwangerschap en bevalling?Hoe is haar stemming? Hoe gaat ze ermee om?
- Let op tekens van depressie. Indien de moeder negatieve gevoelens heeft over de bevalling of als sommige relevante zaken niet duidelijk voor haar zijn, zou ze doorverwezen kunnen worden naar betreffende hulpverleners.

Gynaecologisch onderzoek naar goeddunken:

- Slijmvliezen zijn vaak dun en erythemateus vóór de terugkomst van hormonale activiteit en de menstruele cyclus. De situatie zal zich corrigeren, maar mocht de patiënt klagen over ongemak, kan plaatselijk oestrogeen worden voorgeschreven in de vorm van pessaria of crèmes. De episiotomiewond kan strak en gevoelig zijn, maar dit zal genezen met de tijd.
- Cervicale ectopie komt vaak voor en behoeft geen behandeling tijdens de postnatale raadpleging. Als de ectopie later in verband wordt gebracht met overmatige slijmafscheiding, als oncomfortabel voor de patiënt, kan het gebied worden behandeld met elektrocoagulatie.

Eventuele infecties worden vastgesteld en behandeld.

- Koorts, ongewone afscheiding en een weke baarmoeder zijn suggestief voor endometritis [Richtlijn] die behandeld wordt met een kuur van antimicrobiële middelen (bv. cefalosporine gedurende 7 dagen + metronidazol gedurende 5 dagen).
- Als overvloedige afscheiding het enige symptoom is, zijn anaërobe bacteriën waarschijnlijk de verwekkers, en is metronidazol alleen voldoende voor de behandeling.
- Postnatale afscheiding (lochia) zal meestal aanhouden gedurende 4-6 weken na de bevalling. Als de afscheiding overvloedig blijft, moet de mogelijkheid van placentaresten, zwakke baarmoedercontractiliteit en infecties overwogen worden.

Belangrijke punten

- De noodzaak en methode van anticonceptie. Een intra-uterien spiraaltje kan worden ingebracht bij een uterus van normale grootte al op 8 weken na de bevalling , maar gewoonlijk niet voordat de menstruatie terug op gang gekomen is. De "minipil" kan worden genomen tijdens de lactatie. Combinatiepillen of een vaginale ring kunnen tegen het einde van de lactatie gestart worden wanneer de moedermelk niet meer de belangrijkste bron van voeding is voor de baby. Sterilisatie is een optie voor vrouwen ouder dan 30 jaar wiens kinderwens is vervuld en die wettelijk in aanmerking komen voor sterilisatie.
- Als de bloeddruk verhoogd was, is deze nu genormaliseerd en is de proteïnurie verdwenen? Als risicofactoren, relevant voor de toekomstige gezondheid van de patiënt (hoge bloeddruk, overgewicht, zwangerschapsdiabetes) werden waargenomen tijdens de zwangerschap, moeten mogelijke levensstijlaanpassingen worden besproken en andere maatregelen om morbiditeit op latere leeftijd te voorkomen. Follow-upafspraken komen er in onderling overleg.
- Preëclampsie is een risicofactor voor coronaire hartziekte en, indien ernstig, een risico voor glomerulopathie.
- Diepe, veneuze trombose kan wijzen op erfelijke trombophilie.
- Zwangerschapsdiabetes mellitus (GDM) voorspelt type 2 diabetes. Het is raadzaam om de glucosetolerantietest ongeveer 6-12 maanden na de bevalling te controleren (6-12 weken na de bevalling indien behandeld met insuline) en vervolgens om de 3 jaar. Lichaamsgewicht, bloeddruk, tailleomtrek en bloedlipiden worden gecontroleerd tijdens hetzelfde bezoek. Een herhaalde of vroege GDM vereist een meer frequente follow-up.
- Is er urine- of fecale incontinentie? Onvrijwillige flatulentie? Opvolgafspraken of specialistisch advies zou moeten overwogen worden. Bekkenbodemspieroefeningen worden aan iedereen aangeleerd.
- Tekens van postnatale depressie ?