Voorbereiden van de huisarts op een KIK-start!

Optimalisatie van kennis bij de huisartsen omtrent postpartale problemen bij de moeder – het effect van een contactnavorming

Dr. Astrid Dierickx, KU Leuven

In samenwerking met dr. Carolien Brants

Promotor: prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

VOORWOORD

Met enige trots presenteer ik u mijn masterthesis “Voorbereiden van de huisarts op een KIK-start!”. Met dit onderzoek, gegroeid uit mijn interesse in de postpartale zorg, en de wil om bij te dragen aan een veranderend huisartsenlandschap, rond ik mijn opleiding tot huisarts af.

Deze thesis zou echter niet mogelijk geweest zijn zonder de hulp van verscheidene mensen, die ik dan ook graag wil bedanken.

In de eerste plaats bedank ik graag mijn promotor, Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers. Zij stond altijd klaar met advies, en hielp ons ook aan de nodige contacten om de bijscholing te organiseren. Haar directe aanpak zorgde voor efficiënte begeleiding en een aangename samenwerking.

Graag wil ik ook mijn dank betuigen aan huisartsenkring Zuid-Oost-Hageland, en dan met name aan dr. Jeroen van den Brandt en dr. Joyce Dubois voor hun hulp bij de organisatie van de bijscholing. Tevens wil ik ook graag dr. Ine Riphaegen van de dienst Gynaecologie in het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen, en vroedkundigen Lies Versavel en Maity Van Rillaer van vzw De Bakermat bedanken voor hun presentatie op de navorming.

Ook mijn collega, dr. Carolien Brants, verdient een bedankje, voor de fijne samenwerking en de steun in moeilijke dagen.

Tot slot wil ik ook heel graag mijn praktijkopleider, dr. Wouter Van Mechelen, bedanken. Doorheen het hele 2de opleidingsjaar stond hij met raad en daad voor mij klaar. Ik kon altijd rekenen op zijn advies en begrip voor een moeilijke periode. Hij heeft een grote bijdrage geleverd tot de arts die ik nu ben.

ABSTRACT

Voorbereiden van de huisarts op een KIK-start!
Optimalisatie van kennis bij de huisartsen omtrent postpartale problemen bij de moeder– het effect van een contactnavorming

Huisarts-in-opleiding: Dr. Astrid Dierickx, KU Leuven, academiejaren 2018 – 2020
Promotor: Professor Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven
Praktijkopleider: Dr. Wouter Van Mechelen

Achtergrond: De verkorte ligduur op de kraamafdeling werd positief geëvalueerd door het KCE in 2019, en wordt meer en meer de norm. Hierdoor verschuift de verantwoordelijkheid voor de postpartale zorg naar de eerste lijn. Uit vroegere studies bleek dat huisartsen zich hier niet altijd goed voorbereid voor voelen. Een onderzoek omtrent bijscholing over het zevendedagsonderzoek toonde aan dat een goed navormingsprogramma kon leiden tot betere kennis en zelfzekerheid bij huisartsen. Het doel van deze thesis is om na te gaan of dit ook geldt voor een goed navormingsprogramma over postpartumzorgen voor de moeder.
Onderzoeksvraag:
Kan een theoretische navorming de kennis van huisartsen vergroten in het begeleiden van de moeder in het postpartum?
Methode: Deze thesis is een beschrijvende studie met een voor- en nameting aan de hand van een online en/of papieren vragenlijst. Als interventie wordt een contactnavorming georganiseerd, in samenwerking met de dienst Gynaecologie van het RZ Tienen en met het Expertisecentrum Kraamzorg vzw De Bakermat. De doelgroep bestaat uit huisartsen en huisartsen-in-opleiding uit regio Leuven en Tienen, die zowel deelnamen aan de bijscholing als de voor- en nameting invulden. Uitkomstmaten zijn een toename van de kennis en een bekwaamheidsgevoel tot het opvolgen van de moeder in de eerste zes weken na de bevalling.
Resultaten: Vijftien artsen voldoen aan de inclusiecriteria. De mediane score op de kennistoets verbeterde van 3/6 voor de bijscholing naar 5/6 na de bijscholing. Artsen leerden voornamelijk bij over lochiaal verlies, borstvoeding en anticonceptie postpartum. Respectievelijk 6 en 8 van de 15 artsen waren wel akkoord of akkoord met het feit dat ze zich beter voorbereid voelden om postpartumzorg te begeleiden. Alle artsen zouden de meegegeven informatie toepassen in de praktijk.
Conclusie: Een bijscholing lijkt een goede manier om de kennis en het vertrouwen van huisartsen omtrent postpartumzorg te vergroten. Deze studie kan een aanzet zijn tot kwaliteitsverbetering van de postpartale zorg in de eerste lijn.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord 3
Abstract 4
1. Inleiding 6
2. Methode 7
2.1. Ontwikkelen van praktijkrichtlijn 7
2.1.1. Literatuurstudie 7
2.1.2. Selecteren van richtlijnen en formuleren van aanbevelingen 7
2.2. Veldstudie 8
2.2.1. Uitkomstmaten per onderzoeksvraag 8
2.2.2. Populatie 8
2.2.3. Design 8
2.2.4. Inclusie- en exclusiecriteria 8
2.2.5. Data-analyse 8
2.2.6. Ethische commissie 9
3. Resultaten 9
3.1. Inclusie en exclusie van deelnemers 9
3.2. Demografische en organisatorische gegevens 9
3.3. Kennis over postpartumzorg 10
4. Discussie 12
4.1. Socio-demografische en organisatorische gegevens 12
4.2. Kennis en zelfvertrouwen over postnatale zorg 13
4.3. Sterkte-zwakte analyse 14
4.4. Conclusie 14
5. Referentielijst 15
Bijlage 1: Uitnodiging 16
Bijlage 2: Voormeting 17
Bijlage 3: Nameting 21
Bijlage 4: Goedkeuring Ethische Commissie 26
Bijlage 5: Goedgekeurd Protocol Ethische Commissie 27

1. INLEIDING

Wereldwijd heerst de globale trend om de duur van het kraamverblijf in het ziekenhuis beperkt te houden. In het buitenland wordt de kortere verblijfduur gecompenseerd door een verschuiving van de zorg naar de thuissituatie, en dit blijkt geen negatieve gevolgen te hebben voor de gezondheid van mama en kind. (1)
In België lag een vrouw in 2011 gemiddeld 4,0 dagen in het ziekenhuis na een vaginale bevalling, hoewel het Europese gemiddelde op 3,0 dagen ligt. (1) In enkele Europese landen ligt dit gemiddeld nog veel lager, zoals in Nederland (1,9 dagen), Zweden (2,3 dagen) en het Verenigd Koninkrijk (1,5 dagen). (2)

Nederland wordt vaak als voorbeeld aangehaald, omdat de organisatie van de perinatale zorg daar uniek is. In Nederland verblijven vrouwen gemiddeld 1,9 dagen in het ziekenhuis bij klinische bevallingen. Als je daar ook de poliklinische bevallingen (enkel geassisteerd door vroedkundige of huisarts) bij haalt, daalt dat naar gemiddeld 1,3 dagen. De kraamzorg wordt voornamelijk thuis door de vroedkundige gedaan, met tot vier bezoeken in de eerste twee weken postpartum. Ook de huisarts wordt gevraagd minstens eenmalig in de eerste week een controle te doen. (3,4) Dit bezoek heeft voornamelijk een sociale functie, maar dient ook om moeilijke situaties zoals geweld, verslaving en psychiatrische aandoeningen te evalueren. Zij hebben tevens oog voor anticonceptie, achterstallige vaccinaties en de psychologische draagkracht van de ouders. (4)

Volgens een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) in juni 2014 is dit ook in België mogelijk. Zij stellen een model voor gebaseerd op medische literatuur, voorbeelden uit het buitenland en het advies van betrokken moeders en zorgverleners. In hun rapport benadrukken ze dat een zorgvacuüm in die cruciale eerste dagen vermeden moet worden door een verschuiving van de postnatale zorg naar de thuissituatie.(1)

In kader van de herfinanciëring van de ziekenhuizen en gesteund door dit rapport, lanceerde Maggie De Block in 2016 een pilootproject in 7 ziekenhuizen in Vlaanderen. Zij probeerden een traject “verkorte ligduur” uit, waarbij moeders na een ongecompliceerde bevalling sneller naar huis gaan. In Leuven, Tienen en Diest gebeurde dit onder vorm van het “KiK-project” (Kort in Kraamkliniek). In dit project verlaten de multipare vrouwen op dag twee het ziekenhuis, de primipare vrouwen op dag drie en vrouwen die een keizersnede ondergingen op dag vier. In 2019 werd dit project positief geëvalueerd door de Federale Overheidsdienst voor Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu. Een korter verblijf in de kraamkliniek wordt steeds meer de norm, ook buiten de pilootprojecten. (6)

Door de kortere ligduur verschuift de postpartumzorg gedeeltelijk naar de eerste lijn. Dit beïnvloedt voornamelijk de vroedvrouwen, maar heeft ook consequenties voor de huisarts. Uit vorige studies bleek dat veel huisartsen zich onvoorbereid voelden. Een gevoel van onvoldoende bekwaamheid, gebrek aan communicatie en het ontbreken van een nationale richtlijn omtrent postpartumzorg blijken de voornaamste drempels voor huisartsen om het postpartumbeleid mee op zich te nemen.(7,8) Een vorig onderzoek toonde aan dat een goed navormingsprogramma over het zevendedagsonderzoek bij kon dragen aan meer kennis en zelfzekerheid bij de huisartsen. (9)

In kader van deze thesis werkten dr. Carolien Brants en ik 2 modules uit voor navorming in kader van het postpartum, namelijk een theoretische contactnavorming en een online e-learning. We willen

nagaan of de kennis en het zelfvertrouwen van huisartsen over de zorg in het postpartum vergroot na het doorlopen van één van beide of beide navormingsopties.

De onderzoeksvragen voor deze studie zijn:

1) Kan een theoretische navorming de kennis van huisartsen vergroten in het begeleiden van de moeder in het postpartum?
    a. Verbetert het resultaat op de kennistoets na het volgen van de navorming?
    b. Heeft de huisarts het gevoel iets bijgeleerd te hebben?
    c. Heeft de huisarts de intentie om het geleerde toe te passen in de praktijk?

De uitwerking rond de e-learning is gebeurd door mijn collega, dr. Carolien Brants. De methode en resultaten kan u in haar thesis terugvinden.

2. METHODE

2.1. ONTWIKKELEN VAN PRAKTIJKRICHTLIJN

2.1.1. LITERATUURSTUDIE

Het zoeken en beoordeling van literatuur gebeurde in de periode tussen 01/07/2019 en 01/10/2019. We zochten in eerste instantie naar richtlijnen en systematische reviews via de elektronische databanken Medline, Trip Database en Cochrane Systematic Reviews aan de hand van volgende trefwoorden: “postpartum”, “postnatal”, “urinary retention”, “cystitis”, “fecal incontinence”, “urinary incontinence”, “constipation”, “hemorroids”, “postpartal hemorrhage”, “endometritis”, “postnatal care”, “contraception”, “lactation”, “breast feeding”, “venous thrombo-embolism”, “pregnancy-induced hypertension”, “pre-eclampsia”, “eclampsia”, “HELLP syndrome”, “hypothyroidism”, hyperthyroidism”, “ postpartum thyroiditis”, “postnatal depression”, “postnatal psychosis”.

Ook Belgische en Nederlandse bronnen werden gebruikt, zoals de richtlijnen van EBPracticenet (dat doorzocht werd met de Nederlandstalige versie van bovenstaande MESH-termen), de BAPCOC antibioticagids, en de richtlijnen van het Nederlandse Huisartsengenootschap.

2.1.2. SELECTEREN VAN RICHTLIJNEN EN FORMULEREN VAN AANBEVELINGEN

Om de praktijkrichtlijn uit te werken, gingen we op zoek naar quaternaire bronnen. Richtlijnen, gebaseerd op de huisartsenpraktijk die gepubliceerd werden na 2015 hadden onze voorkeur. Bestonden deze niet, kozen we richtlijnen voor andere disciplines (de tweedelijnsgeneeskunde of de vroedkunde), of we gebruikten oudere richtlijnen, die werden aangevuld met recentere studies, bij voorkeur meta-analyses of systematic reviews. Er werd geen kwaliteitsbeoordeling (vb. AGREE) gedaan aangezien dit ons te ver leidt van de huidige thesis.

Uit de geselecteerde richtlijnen werden de aanbevelingen geëxtraheerd en per onderwerp samengevat. Er werd nagegaan of de richtlijnen nog up to date waren via eventuele updaterapporten van de richtlijnen. Bij onvoldoende informatie werden extra artikels opgezocht via dezelfde databanken en MESH-termen (cfr. hoger).

Er konden wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen geformuleerd worden met als doel de navorming te ondersteunen. Gezien de uitgebreidheid van de richtlijn kon deze niet toegevoegd worden aan deze thesis. U kan de richtlijn opvragen bij de auteur.

2.2. VELDSTUDIE

2.2.1. UITKOMSTMATEN PER ONDERZOEKSVRAAG

Deze thesis heeft volgende onderzoeksvragen:

1) Kan een theoretische navorming de kennis van huisartsen vergroten in het begeleiden van de moeder in het postpartum?
    a. Verbetert het resultaat op de kennistoets na het volgen van de navorming?
    b. Heeft de huisarts het gevoel iets bijgeleerd te hebben?
    c. Heeft de huisarts de intentie om dit toe te passen in de praktijk?

Om te kunnen antwoorden op de onderzoeksvraag gebruiken we volgende primaire uitkomstmaat: het resultaat op de kennistoets. Secundaire uitkomstmaten zijn de onderwerpen waarover de huisarts iets heeft bijgeleerd, toename van vertrouwen van de huisarts in zichzelf en intentie om het geleerde toe te passen in de praktijk.

2.2.2. POPULATIE

Voor de theoretische bijscholing werd de doelgroep beperkt tot huisartsen en huisartsen in opleiding uit regio Tienen en Leuven. Deze huisartsen werken samen met de ziekenhuizen uit de Leuvense koepel die deelnamen aan het KIK-project.

2.2.3. DESIGN

Om te onderzoeken of een live bijscholing de kennis en het zelfvertrouwen van huisartsen kan vergroten, werd een interventionele studie met een contactnavorming als interventie georganiseerd. Deze navorming werd uitgewerkt samen met dr. Ine Riphagen, gynaecoloog in het RZ Tienen, en met Maity van Rillaer, vroedvrouw en lactatiedeskundige verbonden aan het Expertisecentrum voor Kraamzorg ‘de Bakermat’. Zij baseerden zich op onze literatuurstudie om een groep Tiense en Leuvense huisartsen en HAIO’s te onderrichten in postpartumzorg. In samenwerking met de huisartsenkring Zuid-Oost Hageland werd op 27/02/2020 een bijscholing georganiseerd in Tienen. De uitnodiging hiervoor kan u vinden in bijlage 1. De huisartsenkring verzorgde de inschrijvingen. Via de uitnodiging werd ook een link meegestuurd naar een online enquête op het platform Qualtrics. Deze bevatte dezelfde vragen als de voormeting. Op de avond zelf werden nog papieren versies van de voormeting uitgedeeld aan de aanwezigen die deze nog niet online hadden ingevuld. Na afloop van de navorming werd een tweede formulier uitgedeeld aan de aanwezige artsen met de vragen voor de nameting (namelijk demografische gegevens, kennistoets en tevredenheidsenquête), die onmiddellijk ingevuld werd. Na het invullen van de nameting werd de onderliggende literatuurstudie ook uitgedeeld aan de aanwezige artsen. Zowel de voor- als de nameting werden anoniem afgenomen. U kan beide testen vinden in bijlages 2 en 3.

2.2.4. INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA

De doelgroep voor de contactnavorming waren huisartsen en huisartsen in opleiding uit regio Tienen, Leuven en Diest. Voorwaarde tot inclusie was aanwezigheid op de bijscholing en het invullen van een voor- en nameting. Aanwezigen met een ander beroep werden geëxcludeerd. Ook deelnemers die een voor- en/of nameting niet invulden werden geëxcludeerd.

2.2.5. DATA-ANALYSE

In kader van de contactbijscholing werden de resultaten van de online enquête en de papieren versies verzameld en verwerkt via Excel.

2.2.6. ETHISCHE COMMISSIE

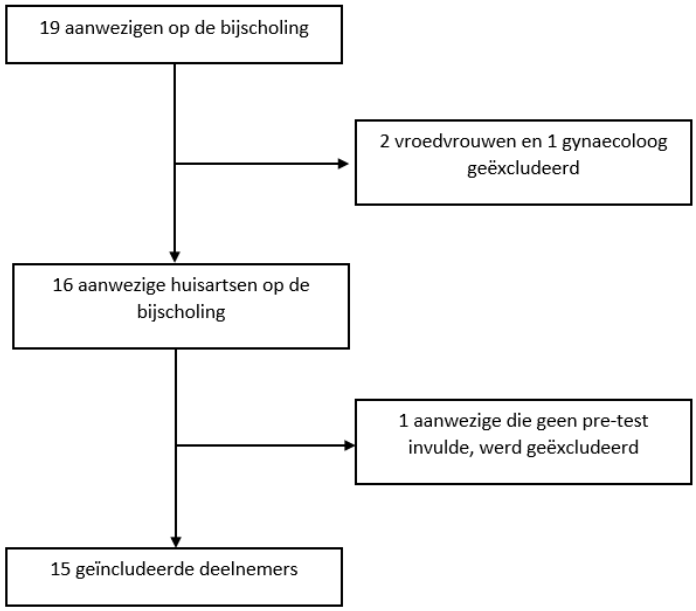
Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie UZ/KU Leuven op 29/04/2019 met als MP-nummer MP009546. (zie bijlage 4)

3. RESULTATEN

Gezien de kleine cohorte, worden de absolute cijfers weergegeven.

3.1. INCLUSIE EN EXCLUSIE VAN DEELNEMERS

De inclusie van deelnemers kan u vinden in figuur 1. Er waren 19 aanwezigen op de bijscholing, waaronder twee vroedvrouwen en een gynaecoloog. Deze werden geëxcludeerd op basis van hun beroep. Eén huisarts was te laat en vulde geen voormeting in. Deze arts kreeg ook geen nameting om in te vullen en werd geëxcludeerd. Er bleven 15 deelnemers over.



FIGUUR 1. INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA

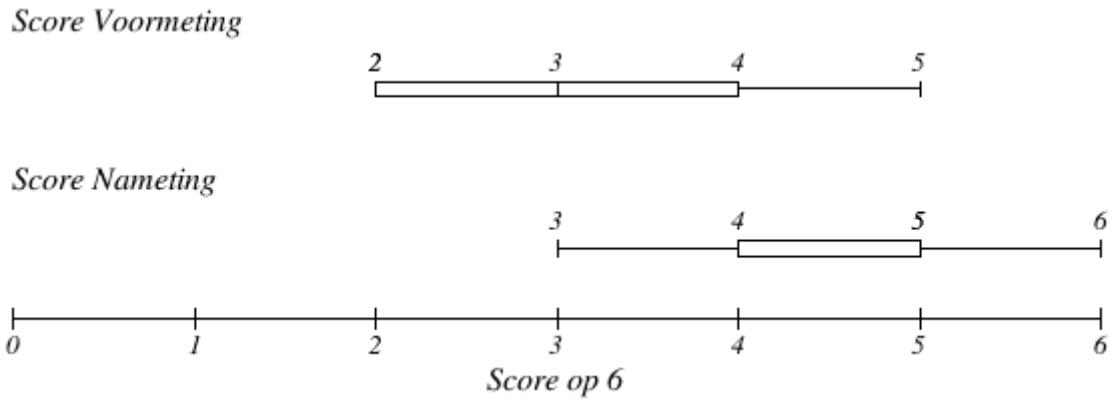
3.2. DEMOGRAFISCHE EN ORGANISATORISCHE GEGEVENS

De demografische en organisatorische gegevens van de cohorte staan in Tabel 1. Zowel de voor- als de nameting werden in totaal 15 keer afgelegd. Er was een goede verdeling tussen het aantal jaar ervaring. De vrouwen waren in de meerderheid (12 vrouwen vs. 3 mannen). Alle artsen begeleidden regelmatig zwangerschappen, de meesten in samenwerking met een gynaecoloog of met een gynaecoloog en vroedvrouw (resp. 7/15 en 8/15 in de voormeting en resp. 4/15 en 10/15 in de nameting). De meeste huisartsen begeleidden tussen de 4 en de 10 zwangerschappen per jaar (resp. 10/15 in voormeting en 11/15 in nameting).

TABEL 1. DEMOGRAFISCHE GEGEVENS COHORTE

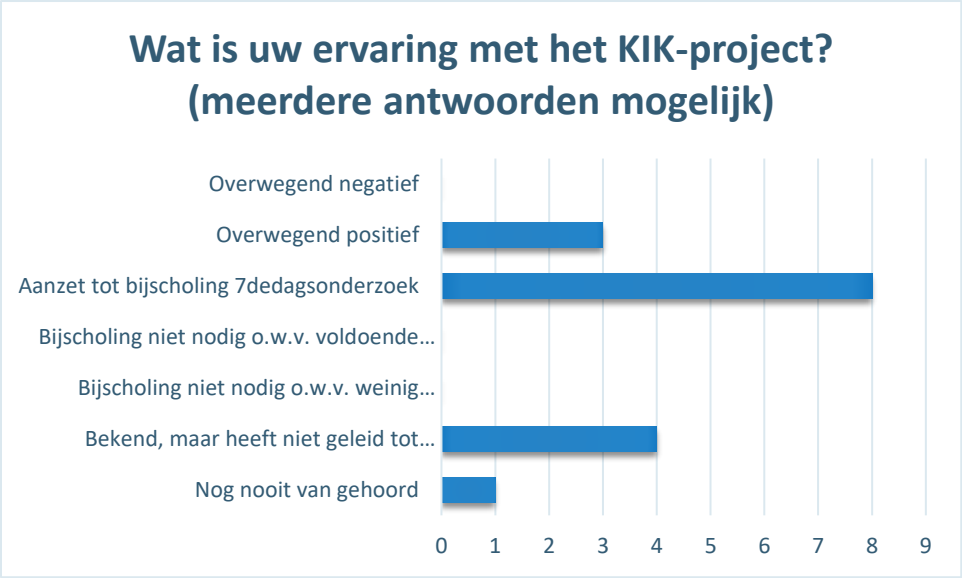
Demografische gegevens	Voormeting op papier	Voormeting online	Voormeting totaal	Nameting
Hoeveel jaar ervaring heeft u als huisarts?				
Minder dan 2 jaar	2	0	2	2
2 – 5 jaar	4	1	5	5
6 – 10 jaar	2	2	4	4
10 – 20 jaar	1	1	2	2
Meer dan 20 jaar	0	2	2	2
Wat is uw geslacht?				
Vrouw	6	6	12	12
Man	3	0	3	3
Begeleidt u zwangeren tijdens de zwangerschap?				
Ja, met de gynaecoloog	6	1	7	4
Ja, met gynaecoloog en vroedvrouw	3	5	8	10
Bijna volledig, behalve echo's	0	0	0	1
Hoeveel zwangerschappen begeleidt u gemiddeld per jaar?				
0	0	0	0	0
1 tot 3	2	1	3	3
4 tot 5	4	3	7	5
6 tot 10	2	1	3	6
Meer dan 10	1	1	2	1
Totaal	9	6	15	15

3.3. KENNIS OVER POSTPARTUMZORG



FIGUUR 2. BOXPLOT: RESULTATEN KENNISTOETS

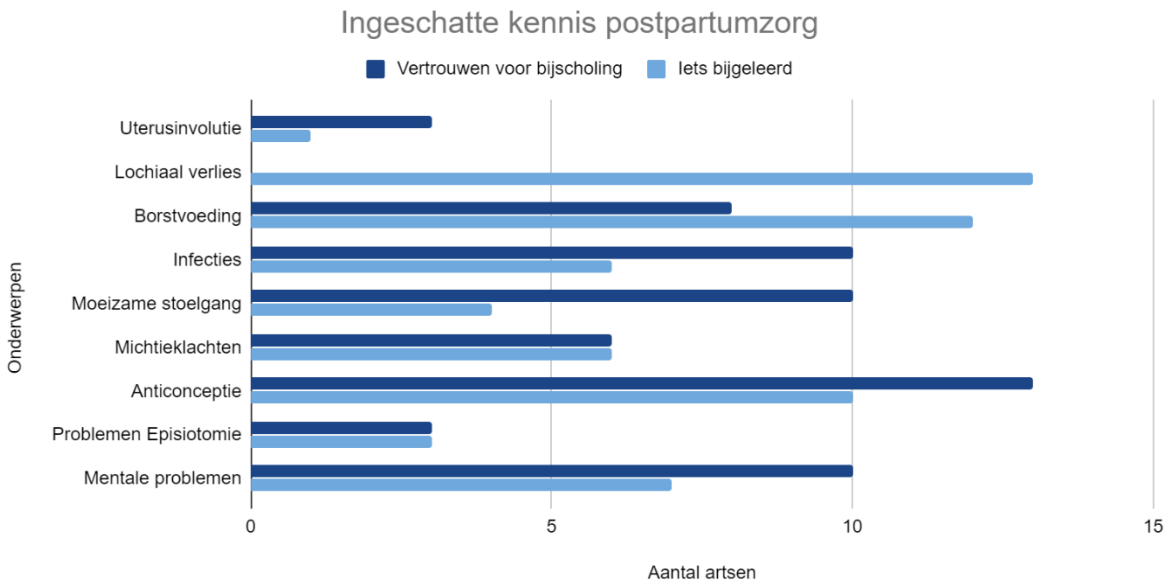
Figuur 2 toont een boxplot van de resultaten op de kennistoets voor en na de contactnavorming. Bij de voormeting zien we een mediane score van 3 op 6 met een interkwartielafstand van 4 – 2 = 2. Bij de nameting is de mediane score 5, met een interkwartielafstand van 5 – 4 = 1.



FIGUUR 3. ERVARING MET KIK-PROJECT

De huisartsen werden gepeild naar hun ervaring met het KIK-project. De resultaten ziet u in figuur 3. 8 van de aanwezige artsen heeft een bijscholing gevolgd over het 7de dagsonderzoek. Slechts 1 arts had nog nooit van dit project gehoord. 3 artsen hadden een overwegend positief gevoel, en geen enkele arts een overwegend negatief gevoel.

In figuur 4 vindt u terug met welke onderwerpen de huisartsen zich vertrouwd voelen voor de e-learning (donkerblauw) en over welke onderwerpen zij iets hebben bijgeleerd na de e-learning (lichtblauw). Voor de eenvoud werden beide parameters bevraagd als discrete variabele, hoewel dit eigenlijk een continue variabele is. Zoals u kan zien in figuur 4, voelden de meeste artsen zich vertrouwd met anticonceptie (12/13), mentale problemen (10/13), stoelgangsproblemen (10/13), infecties (10/13) en borstvoeding (8/13). Geen enkele arts voelde zich vertrouwd met lochiaal verlies. Ook problemen met de episiotomie en uterusinvolutie blijken pijnpunten (resp. 2/13 en 4/13). Twee artsen vulden deze vraag niet in.



FIGUUR 4. INGESCHATTE KENNIS OMTRENT POSTPARTALE PROBLEMEN

De huisartsen vermeldden voornamelijk lochiaal verlies (13/15), borstvoeding (12/15) en anticonceptie (10/15) als onderwerpen over dewelke ze hebben bijgeleerd.

Op de vraag of de artsen zich beter voorbereid voelen op het begeleiden van postpartum zorg, antwoordden resp. 6/15 en 8/15 helemaal wel akkoord of akkoord. Alle artsen zouden de meegegeven informatie toepassen in de praktijk (8/15 helemaal akkoord en 7/15 eerder akkoord).

4. DISCUSSIE

Door de verkorte ligduur op de kraamafdeling, worden huisartsen meer geconfronteerd met problemen in het postpartum. Er bestaat hiervoor geen Domus Medica richtlijn, en in de NHG-standaard “Zwangerschap en Kraamperiode” komen slechts enkele aspecten aan bod. (4)

4.1. SOCIO-DEMOGRAFISCHE EN ORGANISATORISCHE GEGEVENS

De deelnemers vormen een relatief kleine groep huisartsen (n=15). Ondanks de kleine cohorte was er een goede verdeling tussen aantal jaren ervaring en het aantal gevolgde zwangerschappen per jaar. Vrouwen waren meer vertegenwoordigd dan mannen.

Van de aanwezige huisartsen op de bijscholing die in aanmerking kwamen voor inclusie, hebben we slechts 1 arts moeten excluderen. Er waren 18 inschrijvingen voor de bijscholing, waarvan dus 2 mensen niet zijn komen opdagen. Van deze mensen hebben we geen gegevens.

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor de beperkte aanwezigheid: de uitnodiging voor de bijscholing werd laattijdig gecommuniceerd en de bijscholing viel in het krokusverlof. Er was ook geen accreditatie aangevraagd voor de bijscholing.

We gaan ervan uit dat de cohortes van de voor- en nameting uit dezelfde personen bestaan. Van een groot deel (9 van de 15) weten we dit zeker. De overige 6 aanwezigen die een nameting hebben ingevuld, bevestigden dat zij de voormeting online hadden ingevuld en zouden dus de overige 6

voormetingen moeten zijn. Gezien de anonieme afname van voor- en nameting en de inschrijving die via de huisartsenkring verliep, kunnen we dit echter niet met zekerheid weten. Desalniettemin vertegenwoordigt de voormeting eenzelfde populatie als de nameting.

De cohorte bestond voornamelijk uit vrouwen. We vermoeden dat dit komt doordat vrouwelijke artsen meer zwangere vrouwen zien, maar misschien ook door een verhoogde interesse bij vrouwelijke artsen.

Hoewel in de thesis over het zevendedagsonderzoek meer dan de helft van de artsen aangaf niet aan zwangerschapsbegeleiding te doen (9), zien we dat in onze cohorte alle artsen zwangerschappen opvolgen. Dit kan te wijten zijn aan een selectiebias: artsen die zwangerschappen opvolgen, zullen vermoedelijk ook meer geïnteresseerd zijn in postpartumopvolging. De thesis van Tine Colpaert situeerde zich bovendien in Gent, waar 4 grote ziekenhuizen aanwezig zijn met een gynaecologieafdeling. Dit werk situeerde zich een jaar later voornamelijk in Tienen, waar slechts één regionaal ziekenhuis ligt. Dit verschil zou dus ook gedeeltelijk geografisch kunnen zijn, of het kan beïnvloed zijn door de ingang van het KIK-project.

4.2. KENNIS EN ZELFVERTROUWEN OVER POSTNATALE ZORG

De resultaten van deze masterthesis tonen dat huisartsen na het volgen van de contactbijscholing beter scoren op een kennistoets en dat ze aangeven zich bekwamer te voelen in de postpartale zorg voor de moeder.

Voor de bijscholing behaalden de artsen een mediane score van 3 op 6 op de kennistoets. Het zelfvertrouwen van artsen was verdeeld: over sommige onderwerpen binnen het postpartum dachten zij veel kennis te bezitten, over andere onderwerpen voelden weinigen zich zeker. Deze kennis verbeterde na het bijwonen van de bijscholing. De cohorte is niet groot, maar de kleine interkwartielafstand bewijst dat de resultaten kort bij elkaar liggen en dus relatief betrouwbaar zijn.

De artsen gaven aan dat ze ook over de onderwerpen waar ze vertrouwd mee waren, nog veel hebben bijgeleerd, zoals te zien is in figuur 4. De onderwerpen waarover huisartsen het meest hebben bijgeleerd, zijn lochiaal verlies, borstvoeding en anticonceptie. Deze laatste twee zijn verrassend, aangezien zij ook hoog scoorden bij de onderwerpen waarmee huisartsen zich voordien vertrouwd voelden. Anticonceptie wordt vaak in de ziekenhuizen besproken bij het ontslag of het onderzoek na 6 weken, en borstvoeding is vaak het domein van de vroedkundigen. Een mogelijke verklaring is dat huisartsen dan mogelijks over een theoretische basiskennis beschikken, maar weinig praktische ervaring hebben. Een andere mogelijkheid is het gebrek aan een duidelijke richtlijn om gemakkelijk informatie op te frissen.

Als we kijken naar de ervaring met het KIK-project is er slechts 1 arts die hier nog nooit van gehoord heeft. Het gebruik van de afkorting in plaats van de volledige term kan een verklaring zijn hiervoor. 14 van de 15 artsen hebben dus wel gehoord van het KIK-project, en 3 van hen hebben hier positieve ervaringen mee. Ook volgde een groot deel van hen (8/15) de bijscholing van zevendedagsonderzoek. Deze gegevens suggereren opnieuw een selectiebias.

Deze studie vindt gelijkaardige resultaten aan de vergelijkbare thesis over het nut van navorming over het zevendedagsonderzoek. (9) De positieve feedback van artsen over beide navormingen kan een aanzet zijn tot meer uitgebreide bijscholingen op nationaal niveau over postpartumzorg, zowel voor moeder als kind.

4.3. STERKTE-ZWAKTE ANALYSE

Een sterkte van de navorming is de uitgebreide literatuurstudie die erachter zit, en de verschillende onderwerpen van het postpartum bijeenbrengt en overzichtelijk maakt naar de huisartsen toe. Deze richtlijn werd ook meegegeven aan de deelnemers. De literatuur werd echter niet nagekeken op kwaliteit op een gestandaardiseerde manier. Het uitwerken van een gevalideerde richtlijn zou een onderwerp kunnen zijn van een toekomstige thesis.

Vijftien huisartsen en HAIO's is een kleine cohorte om conclusies uit te trekken. Binnen deze cohorte was er wel een goede variatie in leeftijd, geslacht en ervaring met zwangerschapsopvolging. Een vroegere rekrutering, een eventuele accreditering en een betere datum hadden misschien voor een grotere cohorte kunnen zorgen.

De organisatie van de bijscholing was in handen van de huisartsenkring Zuid-Oost Hageland. Hierdoor konden we de anonimisering van de deelnemers garanderen. Doordat de gynaecoloog van het regionale ziekenhuis en ook de vroedkundigen van het expertisecentrum aanwezig waren, werd een fundering gelegd voor een nauwere samenwerking in de toekomst.

De bijscholing vond dus slechts éénmalig plaats, namelijk in Tienen. Om een beter algemeen beeld te krijgen, zouden meerdere bijscholingen georganiseerd moeten worden, op verschillende plaatsen in Vlaanderen, of zelfs in België.

De kennistest bestond uit 6 vragen. De vragen in de voor- en nameting waren dezelfde. De deelnemers wisten dit niet op voorhand. Dit werd zo gekozen omdat dan niet gediscussieerd kan worden over een verschillende moeilijkheidsgraad voor en na de bijscholing. Aan de andere kant kan dit een vertekend beeld geven omdat deelnemers meer zouden kunnen letten op de antwoorden die ze niet wisten. Idealiter zou een tweede nameting gebeuren enkele maanden na de bijscholing. Een gemotiveerde praktijk zou ook een kwaliteitsmeting kunnen uitvoeren met als interventie het gebruik van informatie uit de bijscholing bij postpartumzorg. Ook de korte tijd tussen de bijscholing en de nameting kan een nadeel zijn: de nieuwe kennis zit nog vers in het geheugen. Deze thesis geeft geen inzicht op het effect op lange termijn. Daarvoor zouden herhaaldelijke nametingen verspreid in de tijd moeten gebeuren.

De voor- en natesten werden anoniem afgenomen. Dit zorgt ervoor dat de artsen geen schroom hadden om deel te nemen. Doordat de voor- en natesten anoniem afgenomen werden, konden de resultaten niet gekoppeld worden en kon geen individuele progressie geregistreerd worden. Dit zou in toekomstige studies vermeden kunnen worden door de vragenlijsten te coderen.

4.4. CONCLUSIE

De postnatale zorg concentreerde zich in het verleden voornamelijk in de kraamkliniek, met andere woorden bij de gynaecoloog en de vroedvrouw. Nu verschuift die naar de eerste lijn, waar na de vroedvrouw aan huis, de huisarts een eerste aanspreekpunt is. Huisartsen geven aan onzeker te zijn over de zorgen in het postpartum. (7) Een mogelijke oplossing hiervoor zou kunnen zijn dat er een nauwere samenwerking ontstaat met gynaecoloog en vroedvrouw, en publicatie van een goed geschreven, multidisciplinaire richtlijn, en navormingen over het onderwerp.

Deze thesis suggereert dat een bijscholing een goede manier is om de kennis en het vertrouwen van huisartsen omtrent postpartumzorg te vergroten. Deze studie kan een eerste aanzet zijn tot kwaliteitsverbetering van de postpartale zorg in de eerste lijn. Er is echter nog onderzoek nodig naar het effect van de navorming op lange termijn.

5. REFERENTIELIJST

1. Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE). De organisatie van de zorg na de bevalling [Internet]. KCE Reports; 2014 jun [geciteerd 8 maart 2020]. Report No.: 232A. Beschikbaar op: https://kce.fgov.be/nl/sneller-de-kraamafdeling-verlaten-dat-kan-mits-goede-postnatale-zorg-thuis

2. OECD. Average length of stay: childbirth 2014/1 [Internet]. [geciteerd 8 maart 2020]. Beschikbaar op: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/average-length-of-stay-childbirth-2014-1_l-o-s-childbirth-table-2014-1-en

3. De Boer J, Zondag L. Multidisciplinaire richtlijn "Postnatale Zorg" [Internet]. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Vroedkundigen (KNOV); 2018 [geciteerd 8 maart 2020]. Beschikbaar op: https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2882/file/Postnatale_zorg_opgemaakte_versie_door_IB_md_10_aug_2018.pdf

4. Beentjes M, Weersma R, Koch W, Offringa A, Verduijn M, Mensink P, e.a. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode [Internet]. Nederlands HuisartsenGenootschap (NHG); 2012 [geciteerd 11 juli 2019]. Beschikbaar op: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-zwangerschap-en-kraamperiode

5. Kort verblijf in kraamkliniek (KIK) [Internet]. uzleuven.be. [geciteerd 5 februari 2019]. Beschikbaar op: http://www.uzleuven.be/nl/gynaecologie-en-verloskunde/kort-verblijf-in-kraamkliniek-kik

6. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Pilootproject verkort verblijf op de materniteit [Internet]. 2019 jul [geciteerd 8 maart 2020]. Beschikbaar op: https://www.health.belgium.be/nl/news/pilootproject-verkort-verblijf-op-de-materniteit

7. Nous S, Schoenmakers B. Verkorte ligduur na de bevalling: het gebruik van handleidingen en andere informatiebronnen door huisartsen. [Leuven]: KU Leuven; 2018.

8. Ghoos E. Bevallen met verkorte ligduur: Haalbaarheid en tevredenheid bij de betrokken zorgverleners. [Leuven]: KU Leuven; 2018.

9. Colpaert T, Schoenmakers B. Optimalisatie van kennis bij de huisarts omtrent de neonatale periode: neonatale urgenties en het zevendedagsonderzoek. [Leuven]: UGent; 2019.

BIJLAGE 1: UITNODIGING



KU LEUVEN
FACULTEIT GENEESKUNDE
FACULTY OF MEDICINE

In kader van het geslaagde KIK-project en het bijbehorende zorgpad zal ook de postnatale zorg verschuiven naar de eerste lijn. Studies tonen echter dat huisartsen zich nog heel onzeker voelen in het begeleiden van het postnatale traject. Daarom wordt in kader van een ManaMa-thesis onder begeleiding van prof. dr. Birgitte Schoenmakers een navorming georganiseerd over de verschillende aspecten van de postpartumperiode, in samenwerking met ZOHrg, De Bakermat en het RZ Tienen.

We nodigen u alvast uit om uw kennis te testen via deze online vragenlijst:
https://kuleuven.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_9sIX8sr40tkKli5

Datum en tijd: 27/02/2020
Sprekers:
Dr. Ine Riphagen, gynaecologe verbonden aan het RZ Tienen
Maity Van Rillaer, vroedvrouw en lactatiekundige IBCLC
Locatie:
Hotel Kronacker
Dr Geensstraat 32
Tienen

BIJLAGE 2: VOORMETING

KU LEUVEN
FACULTEIT GENEESKUNDE
FACULTY OF MEDICINE

Mastherthesis Postpartum zorg: voorkennis

Beste collega,

Wij willen U alvast bedanken voor uw interesse en deelname aan deze bijscholing omtrent postpartumzorg door de huisarts in het kader van de verkorte ligduur na de bevalling.
Voor U hiermee van start gaat, wensen wij U enkele vragen te laten beantwoorden in kader van een masterthesis ManaMa huisartsgeneeskunde. De enquête bevat 7 demografische en ervaringsvragen, gevolgd door een korte kennistest van 6 vragen. Na het volgen van de theoretische bijscholing wordt een gelijkaardige vragenlijst aangeboden om uw voortgang te kunnen beoordelen. Wij vragen daarom uw mailadres in te voeren zodat we u ook deze vragenlijst nadien kunnen opsturen. Zo kan u ook uw eigen progressie bewaken.

Het invullen van de enquête neemt slechts 5 minuten in beslag. De gegevens worden anoniem verwerkt en kunnen nooit op uw persoon verhaald worden.

Wij hopen dat deze ervaring u zal helpen in uw dagelijkse begeleiding van de kersverse moeders!

Voor vragen kan u terecht bij Carolien Brants (carolien.brants@gmail.com) of Astrid Dierickx (dierickxastrid@gmail.com). Promotor van deze thesis is prof. Dr. Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be)

DEMOGRAFISCHE VRAGEN

Vraag 1: Hoeveel jaren ervaring heeft u als huisarts (inclusief HAIO-jaren)?

- Minder dan 2 jaar
- 2 tot 5 jaar
- 6 tot 10 jaar
- 10 tot 20 jaar
- Meer dan 20 jaar

Vraag 2: Wat is uw geslacht?

- Vrouw
- Man

Vraag 3: Begeleidt u vrouwen tijdens hun zwangerschap?

- Neen, dit is de taak van de gynaecoloog.
- Neen, andere collega's in de praktijk nemen deze taak op zich.
- Ja, in samenwerking met de gynaecoloog.
- Ja, in samenwerking met de vroedvouwen.
- Ja, in samenwerking met de gynaecoloog en vroedvrouwen.
- Bijna volledig, behalve aangeraden echo's.
- Volledig.

Vraag 4: Hoeveel zwangerschappen volgt u gemiddeld per jaar?

- Geen
- 1 tot 3 per jaar
- 4 tot 5 per jaar
- 6 tot 10 per jaar
- Meer dan 10 per jaar

Vraag 5: Met welke situaties in het postpartum (bij de moeder) voelt u zich voldoende vertrouwd om ze adequaat op te volgen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Uterusinvolutie
- Lochiaal verlies en hemorragie
- Borstvoeding
- Temperatuurstijging (mastitis, endometritis, urineweginfectie)
- Moeizame stoelgang (atonie darmen, hemorroiden, perineale letsels)
- Mictieklachten (uitgesproken diurese, urineretentie, incontinentie)
- Anticonceptie
- Problemen episiotomie
- Mentale problemen (baby blues, postnatale depressie, psychose)

Vraag 6: Wat is uw ervaring met het KIK-project? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nog nooit van gehoord
- Is mij bekend, maar heeft niet voor veranderingen gezorgd in de praktijk
- Bijscholing is niet nodig gezien de problematiek weinig frequent is.
- Bijscholing is niet nodig, mijn kennis hierover is voldoende.
- Het KIK-project heeft mij aangezet tot bijscholing over het zevendedagsonderzoek.

- Overwegend positief.
- Overwegend negatief.

Vraag 7: Met welke ziekenhuizen werkt u frequent samen betreffende pre-, peri- en postnatale zorg?

Kennistoets

Sarah had een bestaande hypothyroidie voor de zwangerschap. Tijdens de zwangerschap werd het schildklierhormoon met een derde verhoogd. Wat gebeurt er na de bevalling?

- De verhoogde dosis wordt aangehouden na de bevalling tot 6 weken postpartum. (1)
- De dosis wordt onmiddellijk na de bevalling terug aangepast naar de dosis van voor de zwangerschap. (2)
- De verhoogde dosis wordt aangehouden tot een bloedname op 6 weken postpartum en dan aangepast op geleide van het TSH. (3)

Dayla is een 25-jarige vrouw en komt op controle bij de huisarts op één week postpartum voor het zevendedagsonderzoek. Bij onderzoek van de moeder meet je een bloeddruk van 156/97 mmHg. Welke van onderstaande is geen symptoom van (pre-)eclampsie/HELPP?

- Hoofdpijn
- Visusklachten
- Braken
- Jeuk

Jana is voor de eerste keer mama geworden van een gezonde jongen Lucas, 7 weken geleden geboren. Bij navraag geeft Jana volledige borstvoeding (ook tweemaal ‘s nachts). Op dit moment gebruikt zij geen anticonceptie. De eerste periode van anticonceptie in het postpartum kan overbrugd worden door enkel (volledige) borstvoeding. Vanaf wanneer moet je rekening houden met het bloedingspatroon om te bepalen of dit voldoende veilig is?

- Vanaf 6 maanden postpartum
- Vanaf 8 weken postpartum
- Vanaf 3 weken postpartum

Anna (29 jaar, A0P2G2) geeft borstvoeding aan dochtertje Emma, maar heeft sinds gisterenmorgen felle pijn in haar linker borst. Ze voelt zich ook niet goed en heeft een verharding in haar borst gevoeld. Bij je klinisch onderzoek merk je een warme zone in de linker borst (buiten-onderkwadrant) en een temperatuur van 38,6° C. Welk antibioticum geniet de voorkeur bij een mastitis / borstabces indien conservatief beleid gedurende meer dan 24 uur geen verbetering brengt?

- flucloxacilline 2g in 4 giften gedurende 7 - 10 dagen (1)
- amoxicilline 1,5 g p.d. + clavulaanzuur 375 mg p.d. in 3 doses gedurende 7 dagen (2)
- claritromycine 500 mg 3x/dag gedurende 7 dagen (3)

Melissa (31 jaar) komt op raadpleging met slecht ruikende afscheiding en koorts (39,1° C). 16 dagen geleden is zij vlot vaginaal bevallen van haar derde kindje. Bij klinisch onderzoek bemerk je slingerpijn en slecht ruikende fluor. Je vermoedt endometritis en wenst de patiënt initieel thuis te

behandelen gezien haar klinische toestand dit toelaat. Welk antibioticum geniet de voorkeur bij endometritis zonder vermoeden van soa?

- Amoxicilline 3 gram p.d. in 3 doses gedurende 7 dagen
- Amoxicilline 1,5 gram p.d. + clavulaanzuur 375 mg p.d. in 3 doses gedurende 7 dagen
- Metronidazole 1000 mg p.d. in 2 doses gedurende 7 dagen
- Amoxicilline 1,5 gram p.d. in 3 doses in combinatie met metronidazole 1000 mg p.d. in 2 doses gedurende 7 dagen

Ine is twee weken geleden vlot vaginaal bevallen van haar eerste kindje, Eline, zonder complicaties. Ze belt voor een dringend huisbezoek. Welke post-partum aandoening is een reden tot urgent doorverwijzen?

- Hemorroiden
- (Vermoeden van) diep veneuze trombose
- Endometritis
- Vaginaal hematoom

BIJLAGE 3: NAMETING



Masterthesis Postpartum zorg: Nameting

Beste collega,

Wij willen U alvast bedanken voor uw interesse en deelname aan deze bijscholing omtrent postpartumzorg door de huisarts in het kader van de verkorte ligduur na de bevalling. In kader van onze Manama-thesis willen wij onderzoeken of u wel degelijk iets heeft gehad aan deze bijscholing. Om uw progressie te bekijken, vragen wij u opnieuw deel te nemen aan een korte enquête, bestaande uit 6 algemene vragen, gevolgd door 6 kennisvragen. Tot slot vragen we nog uw mening over de gevolgde bijscholing. Het duurt ongeveer 5 minuten om deze enquête in te vullen. De resultaten worden anoniem verwerkt en kunnen dus niet op uw persoon verhaald worden.
U mag deze enquête ook invullen indien u de vragenlijst niet heeft ingevuld voor de bijscholing.

Voor vragen kan u terecht bij Carolien Brants (carolien.brants@gmail.com) of Astrid Dierickx (dierickxastrid@gmail.com). Promotor van deze thesis is prof. Dr. Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be) .

Demografische vragen

Vraag 1: Aan welke bijscholing heeft u deelgenomen?

- Theoretische bijscholing in Tienen
- E-Learning op het Sofia Leerplatform
- Beide
- Geen van beide

Vraag 2: Hoeveel jaren ervaring heeft u als huisarts (inclusief HAIO-jaren)?

- Minder dan 2 jaar
- 2 tot 5 jaar
- 6 tot 10 jaar
- 10 tot 20 jaar
- Meer dan 20 jaar

Vraag 3: Wat is uw geslacht?

- Vrouw
- Man

Vraag 4: Begeleidt u vrouwen tijdens hun zwangerschap?

- Neen, dit is de taak van de gynaecoloog
- Neen, andere collega's in de praktijk nemen deze taak op zich
- Ja, in samenwerking met de gynaecoloog.
- Ja, in samenwerking met de vroedvrouwen.
- Ja, in samenwerking met de gynaecoloog en vroedvrouwen
- Bijna volledig, behalve aangeraden echo's.
- Volledig

Vraag 5: Hoeveel zwangerschappen volgt u gemiddeld per jaar?

- Geen
- 1 tot 3 per jaar
- 4 tot 5 per jaar
- 6 tot 10 per jaar
- Meer dan 10 per jaar

Vraag 6: Wat is uw ervaring met het KIK-project? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nog nooit van gehoord (1)
- Is mij bekend, maar heeft niet voor veranderingen gezorgd in de praktijk (2)
- Bijscholing is niet nodig gezien de problematiek weinig frequent is. (3)
- Bijscholing is niet nodig, mijn kennis hierover is voldoende. (4)
- Het KIK-project heeft mij aangezet tot bijscholing over het zevendedagsonderzoek. (5)
- Overwegend positief. (6)
- Overwegend negatief. (7)

Vraag 7: Met welke ziekenhuizen werkt u frequent samen betreffende pre-, peri- en postnatale zorg?

_____

Kennistoets

Sarah had een bestaande hypothyroidie voor de zwangerschap. Tijdens de zwangerschap werd het schildklierhormoon met een derde verhoogd. Wat gebeurt er na de bevalling?

- De verhoogde dosis wordt aangehouden na de bevalling tot 6 weken postpartum.
- De dosis wordt onmiddellijk na de bevalling terug aangepast naar de dosis van voor de zwangerschap.
- De verhoogde dosis wordt aangehouden tot een bloedname op 6 weken postpartum en dan aangepast op geleide van het TSH.

Dayla is een 25-jarige vrouw en komt op controle bij de huisarts op één week postpartum voor het zevendedagsonderzoek. Bij onderzoek van de moeder meet je een bloeddruk van 156/97 mmHg. Welke van onderstaande is geen symptoom van (pre-)eclampsie/HELPP?

- Hoofdpijn
- Visusklachten
- Braken
- Jeuk

Jana is voor de eerste keer mama geworden van een gezonde jongen Lucas, 7 weken geleden geboren. Bij navraag geeft Jana volledige borstvoeding (ook tweemaal ‘s nachts). Op dit moment gebruikt zij geen anticonceptie. De eerste periode van anticonceptie in het postpartum kan overbrugd worden door enkel (volledige) borstvoeding. Vanaf wanneer moet rekening gehouden worden met het bloedingspatroon om te bepalen of dit veilig is?

- Vanaf 6 maanden postpartum
- Vanaf 8 weken postpartum
- Vanaf 3 weken postpartum

Anna (29 jaar, A0P2G2) geeft borstvoeding aan dochtertje Emma, maar heeft sinds gisterenmorgen felle pijn in haar linker borst. Ze voelt zich ook niet goed en heeft een verharding in haar borst gevoeld. Bij je klinisch onderzoek merk je een warme zone in de linker borst (buiten-onderkwadrant) en een temperatuur van 38,6° C. Welk antibioticum geniet de voorkeur bij een mastitis / borstabces indien conservatief beleid gedurende meer dan 24 uur geen verbetering brengt?

- flucloxacilline 2g in 4 giften gedurende 7 - 10 dagen (1)
- amoxicilline 1,5 g p.d. + clavulaanzuur 375 mg p.d. in 3 doses gedurende 7 dagen (2)
- claritromycine 500 mg 3x/dag gedurende 7 dagen (3)

Melissa (31 jaar) komt op raadpleging met slecht ruikende afscheiding en koorts (39,1° C). 16 dagen geleden is zij vlot vaginaal bevallen van haar derde kindje. Bij klinisch onderzoek bemerk je slingerpijn en slecht ruikende fluor. Je vermoedt endometritis en wenst de patiënt initieel thuis te

behandelen gezien haar klinische toestand dit toelaat. Welk antibioticum geniet de voorkeur bij endometritis zonder vermoeden van soa?

- Amoxicilline 3 gram p.d. in 3 doses gedurende 7 dagen (1)
- Amoxicilline 1,5 gram p.d. + clavulaanzuur 375 mg p.d. in 3 doses gedurende 7 dagen (2)
- Metronidazole 1000 mg p.d. in 2 doses gedurende 7 dagen (3)
- Amoxicilline 1,5 gram p.d. in 3 doses in combinatie met metronidazole 1000 mg p.d. in 2 doses gedurende 7 dagen (4)

Ine is twee weken geleden vlot vaginaal bevallen van haar eerste kindje, Eline, zonder complicaties. Ze belt voor een dringend huisbezoek. Welke post-partum aandoening is een reden tot urgent doorverwijzen?

- Hemorroiden
- (Vermoeden van) diep veneuze trombose
- Endometritis
- Vaginaal hematoom

Evaluatie bijscholing

Over welke situaties in het postpartum (bij de moeder) heeft u iets bijgeleerd tijdens deze bijscholing?

- Uterusinvolutie
- Lochiaal verlies en hemorragie
- Borstvoeding
- Temperatuurstijging (mastitis, endometritis, urineweginfectie)
- Moeizame stoelgang (atonie darmen, hemorroiden, perineale letsels)
- Mictieklachten (uitgesproken diurese, urineretentie, incontinentie)
- Anticonceptie
- Problemen episiotomie
- Mentale problemen (baby blues, postnatale depressie, psychose)

Evaluatie zelfvertrouwen

	Helemaal akkoord	Eerder wel akkoord	Geen mening	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Na het doorlopen van deze bijscholing ben ik beter voorbereid ben op het opvangen van moeders na een verkort verblijf in de kraamkliniek.	○	○	○	○	○
Wat ik bijgeleerd heb in deze leermodule / theoretische bijscholing ga ik toepassen in de praktijk.	○	○	○	○	○

Heeft u nog verdere opmerkingen of tips voor het verbeteren van uw leerervaring?

_____

_____

BIJLAGE 4: GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP009546
Uw kenmerk: Masterproef studie: Gynaecologische vaardigheden in het postpartum in het kader van het zorgpad "verkorte ligduur".
Leuven, 29-04-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers
Geachte Astrid Dierickx, Carolien Brants

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 29-04-2019

De Commissie keurt de aanvraag goed.
Wij vragen nog om te controleren of volgende elementen zeker opgenomen zijn in de informatiebrief:
• De informatiebrief moet de naam en contactgegevens van de promotor vermelden, zodat deelnemer

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 03-04-2019 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels

BIJLAGE 5: GOEDGEKEURD PROTOCOL ETHISCHE COMMISSIE

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

*Alhoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag. Bekijk de website voor voorbeelden en tekstsuggesties bij de verschillende onderdelen. Elke **herindiening of amendement** moet in **'track changes'** of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn.*

*This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application. See the website for examples and text suggestion for the various sections. **Every resubmission or amendment** should be done in **'track changes' or in 'highlight'** in order to identify the changes.*

Protocol - full title	Gynaecologische vaardigheden van de huisarts in het postpartum in het kader van het zorgpad "verkorte ligduur"
Version 1: Date submission	Date: 03/04/2019
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Schoenmakers Birgitte
	Telephone:
	E-mail: birgitte.schoenmakers@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES x NO □	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name:
	Telephone:
	E-mail:
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Brants Carolien
	Student number:r0297339
	Telephone:0496/26.39.10
	E-mail:carolien.brants@gmail.com
	Name: Dierickx Astrid
	Student number: r0299469
	Telephone: 0497/34.31.99
	E-mail: Astrid.dierickx@gmail.com

	Name:
	Student number:
	Telephone:
	E-mail:

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Explain the background and scientific relevance of the planned research. This should be done in a sufficiently elaborated way so that readers can get a sufficient understanding of the performed research in the area and the research questions of this project.

In 2016 lanceerden 7 ziekenhuizen in Vlaanderen een traject “verkorte ligduur”, waarbij moeders na een ongecompliceerde bevalling sneller naar huis gaan. In Leuven gebeurde dit onder vorm van het “KiK-project” (Kort in Kraamkliniek).(1) In dit project verlaten de multipare vrouwen op dag twee het ziekenhuis, de primipare vrouwen op dag drie en vrouwen die een keizersnede ondergingen op dag vier. Hierdoor verschuift de postpartum zorg naar de eerste lijn. Uit vorige studies bleek dat veel huisartsen zich onvoorbereid voelden. Een gevoel van onbekwaamheid, gebrek aan communicatie en het ontbreken van een nationale richtlijn blijken de voornaamste valkuilen voor huisartsen om het postpartumbeleid mee op zich te nemen.(2,3) Een vorig onderzoek toonde aan dat een goed navormingsprogramma over het zevendedagsonderzoek bij kon dragen tot meer kennis en zelfzekerheid bij de huisartsen. (4) Huisartsen gaven ook aan nood te hebben aan een duidelijke richtlijn omtrent postpartumzorg voor moeder en kind. Daarom willen we de navorming omtrent de postpartum zorg voor de moeder verder uitwerken.

De onderzoeksvragen voor deze studie zijn:

- Hoe kan de kennis en het zelfvertrouwen van huisartsen omtrent de zorg voor de moeder in het postpartum bevorderd worden?
    - Kan blended learning de kennis en het zelfvertrouwen van de huisarts voor het begeleiden van de vrouw in het postpartum vergroten?
    - Kan een Vlaamse richtlijn de huisartsen ondersteunen in het begeleiden van de vrouw in het postpartum?

3. STUDY OBJECTIVES

Explain the aims and objectives of your study.

In dit project willen we de navorming voor huisartsen verder uitwerken voor de zorg rond de moeder in het postpartum aan de hand van een duidelijke richtlijn en blended learning (een combinatie van e-learning, theoretische en praktische sessies). De doelgroep zijn huisartsen uit regio Leuven-Diest-Tienen met toegang tot het Sofia e-learning platform. Bij hen willen we nagaan of de kennis en het zelfvertrouwen van huisartsen omtrent de zorg in het postpartum vergroot werd na de blended learning.

4. RESEARCH METHOD

Present the methodologies and explain potential ethical implications of the planned methodologies.

Wij stellen een prospectieve studie op waarbij we nagaan wat het effect is van blended learning op de kennis en het zelfvertrouwen van de huisartsen.

Een reeds bestaande e-learning op het online leerplatform Sofia zal geactualiseerd worden aan de hand van onderzoek via de databases Medline, Trip Database en Cochrane. Voor de theoretische en praktische sessies zal samengewerkt worden met gynaecologen en vroedvrouwen. De huisartsen worden gecontacteerd via de voorzitters van de wachtkringen in regio Diest-Leuven-Tienen. De toetsing vindt plaats onder de vorm van een pre- en post-test omtrent de stof uit de blended learning via het Sofia-platform voor de e-learning en via een anonieme vragenlijst tijdens de theoretische en praktische bijscholingen.

Om de richtlijn op te stellen, zal een literatuurstudie gebeuren. Aan de hand van onderzoek via de databases Medline, Trip Database en Cochrane zullen richtlijnen en systematische reviews gezocht worden over het postpartum met betrekking tot de moeder. De richtlijnen en reviews zullen vervolgens door 2 onafhankelijke onderzoekers beoordeeld worden aan de hand van het AGREE II-model, en de systematische reviews aan de hand van het AMSTAR-model. Op basis van de richtlijnen zullen aanbevelingen geformuleerd worden, waarna deze aanbevelingen nagekeken worden op courantheid aan de hand van updaterapporten en met behulp van de systematische reviews. Vervolgens wordt aan elke aanbeveling een score van aanbeveling toegekend volgens het GRADE-scoresysteem. De richtlijn zal dan aan een panel (idealiter bestaande uit huisartsen, vroedvrouwen en gynaecologen) worden voorgelegd, waarna op basis van feedback over de toepasbaarheid, haalbaarheid en het gebruiksgemak er nog een laatste aanpassing zal gebeuren.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1. Inclusion and exclusion criteria

List details such as age, sex, disease, characteristics etc., under which a participant is deemed to be suitable (eligible) to participate into the study. Informed consent to participate must be stated as an inclusion criterion. The study will require prior informed consent of the participants, or their legal representatives, to participate in the study. For all clinical studies, the investigators and participating sites shall obtain a signed informed consent form from all participants prior to their enrollment and participation in the study in compliance with all applicable laws, regulations and the approval of the OBC/Ethics Committee. The Investigators and participating sites shall retain such informed consent forms in accordance with the requirement of all applicable regulatory agencies and laws. The informed consent form must be integrated in this template.

De inclusiecriteria voor deelname omvatten huisartsen en huisartsen-in-opleiding in de regio Leuven-Tienen-Diest, die na het geven van een informed consent deelnemen aan de e-learning module op het Sofia leerplatform (en hier reeds toegang toe hebben) en tevens deelnemen aan één van de theoretische en praktische bijscholingen (blended learning).

De exclusiecriteria zijn de volgende: het niet invullen van een informed consent, het onvolledig invullen van de vragenlijst (post- en pre-test), het niet doorlopen van de drie aspecten van blended learning (e-learning, theoretische en praktische sessie). Ook deelnemers die geen huisarts of huisarts in opleiding zijn worden geëxcludeerd.

Voor de richtlijn is geen recrutering van deelnemers noodzakelijk.

5.2. Expected duration

Specify the expected duration and define the end of the study for the study participant.

De studie zal gelijk aan onze masterthesis lopen. Doorlopen e-learnings en bijscholingen tussen het behalen van de goedkeuring van de ethische commissie en februari 2020 zullen geïncludeerd worden.

De literatuur voor de richtlijn zal nagekeken worden in de periode tussen de goedkeuring van de ethische commissie en eind juli 2019.

5.3. Recruitment

Specify who will recruit the participants and how and by whom the participants will be approached for inclusion and obtainment of informed consent.

Het rekruteren van deelnemers voor de theoretische en praktische bijscholingen zal via de voorzitters van de wachtkringen (in de regio waar het KIK-project actief is) gebeuren, waarbij wij hen vragen om hun leden uit te nodigen voor deze sessies en om de e-learning te doorlopen. Om de drie aspecten van de blended learning te kunnen doorlopen is er dus een toegang tot het Sofia learn platform noodzakelijk. Bij aanvang van de e-learning wordt hen gevraagd deel te nemen aan het onderzoek en hun informed consent te geven voor de verwerking van de vragenlijsten. Na afloop van de laatste sessie wordt opnieuw gevraagd een vragenlijst in te vullen.

De richtlijn zal geen patiëntencontacten noodzakelijk maken. Wel wordt een (hopelijk multidisciplinair) team gecontacteerd voor feedback.

6. ANALYSIS

Describe the measures taken to avoid, or at least minimize, biases. Give the number of participants to be enrolled, together with the rationale for the sample size. Describe also methods for data analysis.

Zo veel mogelijk huisartsen zullen via hun wachtkring bereikt worden om een zo groot mogelijke poule te creëren. Deze poule zal erg verkleind worden door enkel deelnemers te selecteren met toegang tot het e-learning platform. Gezien de HAIO's van het nieuwe systeem (6-jarige opleiding + 3 jaar specialisatie huisartsgeneeskunde) reeds allen toegang hebben tot het Sofia leerplatform, kan hier een selectiebias verwacht worden. Deze groep kan een subanalyse ondergaan.
De kennis en het zelfvertrouwen over de post-partumzorg worden getoetst aan een pre-test vragenlijst een een post-test vragenlijst met verschillende vragen met een gelijkaardige focus, zodat tijdens de blended learning geen bias ontstaat. De resultaten van de pre-en post-test zullen statistisch geanalyseerd worden in samenwerking met de promotor Prof dr. Birgitte Schoenmakers.

Voor de richtlijn gebeurt de analyse van de beschikbare richtlijnen en systematische reviews aan de hand van respectievelijk het AGREE II-model en het AMSTAR model.
Om de aanbevelingen toepasbaar te maken, wordt een panel van zorgverleners gevraagd om feedback.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1. Data storage and management

Explain which type of data you are using, how the privacy of the participants is being protected (e.g. coding or anonymization), how the data is safely stored, and what will happen to the data at the end of the project.

Door middel van elektronische en papieren vragenlijsten zal gepeild worden naar demografische gegevens van de artsen (geslacht, leeftijd, interesses) en hun ervaring met zwangerschapsbegeleiding. Vervolgens

zullen ook kennisvragen gesteld worden voor en na het doorlopen van de sessie. Deze antwoorden zullen aan elkaar gelinkt worden: online gebeurt dit automatisch, op papier zal er gecodeerd worden. Hoewel de artsen zich wel moeten inloggen op het Sofia leerplatform, zullen de gegevens die daar verzameld worden, niet gelinkt worden aan hun mailadres. Er zullen geen gegevens gevraagd worden die kunnen gelinkt worden aan de identiteit van de deelnemer.

Het databeheer gebeurt door de promotor, conform de richtlijnen. Data worden dus wel bewaard, maar gecodeerd en geanonimiseerd, gescheiden van elkaar.

7.2. Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*
- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In case of safety issues (adverse events / serious adverse events) the student will promptly contact the Principal Investigator / Promoter who will be responsible for follow up. In the information letter to the participants the name of the Principal Investigator has also been integrated.

Bij elke communicatie met deelnemende artsen zullen naam en contactgegevens van de promotor geïncludeerd worden. Wij voorzien voor deze studie geen gezondheidsrisico's.

9. APPROVAL

Data can only be collected if the head of the unit(s) or department(s) where the data will be collected has been informed of the study and has approved the study.

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

Please read carefully following section

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

Please add references mentioned above

1. Kort verblijf in kraamkliniek (KIK) [Internet]. uzleuven.be. [geciteerd 5 februari 2019]. Beschikbaar op: http://www.uzleuven.be/nl/gynaecologie-en-verloskunde/kort-verblijf-in-kraamkliniek-kik
2. Ghoos E. Bevallen met verkorte ligduur: Haalbaarheid en tevredenheid bij de betrokken zorgverleners. :42.
3. Schoenmakers DB. Verkorte ligduur na de bevalling: het gebruik van handleidingen en andere informatiebronnen door huisartsen. :27.
4. De Koninck N, Dickens C, Lambrecht M, Linssen J, Schoenmakers B. Verkorte ligduur na de bevalling: hoe bevalt dat? Het Zevendedagsonderzoek. :19.

13.ANNEXES

All annexes should be integrated in this form, unless it would not be possible.

Please add here the information letter (if applicable)

Please add here the informed consent form (if applicable)

Please add here the questionnaire, information guide, test, etc. (if applicable)

Other (if applicable)