



Vlaamse
Beroepsorganisatie
van Vroedvrouwen



VBOV
careforlife

KORTE VERSIE

Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg

Aanbevelingen voor vroedvrouwen



Voorwoord

De zorg voor moeder en kind in België staat voor een veranderd landschap met grote uitdagingen voor de eerste, tweede en derde lijn. Het verkort ziekenhuisverblijf na een ongecompliceerde bevalling zorgt ervoor dat de zorg geboden door vroedvrouwen een belangrijke invulling krijgt. Continuïteit van zorg, kwaliteit van zorg en het uitbouwen van een sterk geïntegreerd netwerk zijn essentieel.

Dit document maakt deel uit van het project 'Bevallen Kort Ziekenhuisverblijf (BKZ)' opgesteld voor de VBOV-vzw, waarin kwaliteitscriteria voor de vroedvrouw werkzaam in de eerste lijn staan beschreven. Het netwerk in de eerste lijn wordt versterkt door zogenaamde vroedvrouwenkringen, die dienen te voldoen aan kwaliteitscriteria. De aanbevelingen voor een goede praktijkvoering voor de postnatale zorg bieden de vroedvrouw een op evidentie gebaseerde leidraad voor het inhoudelijke van haar/zijn werk.

Een sterker netwerk en multidisciplinaire samenwerking zijn noodzakelijk om tot een goede moeder- en kindzorg te komen. Dit document kwam mede tot stand in samenwerking met de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG), de Vlaamse Vereniging van Kinderartsen (VVK), Kind & Gezin (K&G), en de Expertisecentra Kraamzorg (ECK).

Joke Muyldermans, voorzitter VBOV

Marlene Reyns, schatbewaarder VBOV

Februari 2016.

Inleiding

De verblijfsduur in het ziekenhuis na een ongecompliceerde bevalling in Vlaanderen wordt steeds korter en volgt daarmee de internationale tendens naar een kort ziekenhuisverblijf (Helsloot & Walraevens, 2015; KCE, 2014). Om een goede postnatale zorg uit te bouwen, is het een must de zorg rondom elk kraamgezin te verzekeren en versterken. Centraal binnen de zorg staat het kraamgezin, omringd door een perinataal netwerk van professionele en niet-professionele zorgverleners. Het verzekeren van continuïteit van zorg en het bieden van evidence-based zorg zijn sleutelbegrippen. In de postnatale periode speelt de vroedvrouw in Vlaanderen een belangrijke rol. Een kortere verblijfsduur in het ziekenhuis vraagt om een flexibele aanpak op maat van het kraamgezin én een sterke multidisciplinaire samenwerking. Vanuit de huidige evolutie en vanuit een steeds grotere vraag naar kwalitatieve zorg, werd een voorstel tot goede praktijkvoering voor de postnatale zorg uitgewerkt voor de Vlaamse vroedvrouw.

Dit voorstel vraagt om structurele, organisatorische en zorg-specifieke aanpassingen. Het zal tijd vragen opdat de aanbevelingen ingebed geraken in de zorg. De vertaling naar de praktijk is een noodzaak willen we verantwoorde zorg bieden opdat elke moeder en haar baby het ziekenhuis kunnen verlaten met een gerust hart. Kwetsbare en/of kansarme gezinnen hebben daarenboven nood aan een specifieke omkadering, ook al hadden ze een normale fysiologische bevalling en kan een normaal verloop van de postnatale periode worden verwacht. Kwetsbaarheid kan een reden zijn tot langere hospitalisatie zodat de nodige ondersteuning thuis voldoende kan voorbereid worden. Het KCE stelt dan ook in haar rapport over postnatale zorg (2014) dat er een geïntegreerde zorgcoördinatie moet zijn voor kwetsbare doelgroepen om te voorkomen dat zij in het postnatale zorgtraject verdwijnen met alle risico's die eraan verbonden zijn.

Om een sterk perinataal netwerk rondom elk kraamgezin te kunnen uitbouwen, moeten zorgverleners en zorgorganisaties de handen in elkaar slaan. 'Samen' werken we aan een betere zorg voor moeder en kind!

Inhoud

Voorwoord	2
Inleiding.....	3
Achtergrond	6
Begrippenlijst.....	7
Overzicht: 30 aanbevelingen voor de postnatale zorg.....	8
Hoofdstuk 1: Algemene aanbevelingen	11
AANBEVELING 1	11
AANBEVELING 2	11
AANBEVELING 3	13
AANBEVELING 4	13
Hoofdstuk 2: Aanbevelingen voor de aanvang van de zorgen.....	15
AANBEVELING 5	15
AANBEVELING 6	17
AANBEVELING 7	18
Hoofdstuk 3: Aanbevelingen voor de frequentie en timing van de (huis)- bezoeken	22
AANBEVELING 8	22
AANBEVELING 9	22
Hoofdstuk 4: Aanbevelingen voor de postnatale zorgen.....	24
4.1 ZORGEN VOOR MOEDER	24
AANBEVELING 10	25
AANBEVELING 11	26
AANBEVELING 12	27
4.2 ZORGEN VOOR BABY	28
AANBEVELING 13	29
AANBEVELING 14	30
AANBEVELING 15	31
AANBEVELING 16	33
AANBEVELING 17.....	34
AANBEVELING 18	35
AANBEVELING 19	37
AANBEVELING 20	37
AANBEVELING 21	38

Hoofdstuk 5: Aanbevelingen voor gezondheidsvoorlichting	39
AANBEVELING 22	40
AANBEVELING 23	41
Hoofdstuk 6: Aanbeveling voor de voeding van de baby	45
AANBEVELING 24	45
Hoofdstuk 7: Aanbevelingen voor de opvolging van huishouden en gezin	48
AANBEVELING 25	49
AANBEVELING 26	49
Hoofdstuk 8: Aanbevelingen voor multidisciplinaire samenwerking.....	50
AANBEVELING 27	50
AANBEVELING 28	50
Hoofdstuk 9: Aanbevelingen voor gegevensregistratie en onderzoek	52
AANBEVELING 29	52
AANBEVELING 30	52
Hoofdstuk 10: Schematisch overzicht	53
Bibliografie	60

Publicatie: VBOV vzw, 8 maart 2016 (1^{ste} druk) – korte versie

Disclaimer: De interne en externe experts werden op verschillende momenten tijdens het proces geconsulteerd. Hun bemerkingen en aanvullingen werden verwerkt in dit document. De geconsulteerde experts zijn echter geen co-auteur. Zij zijn het niet noodzakelijkerwijs eens met alle inhoud. De uiteindelijke verantwoordelijkheid wordt gedragen door de VBOV vzw.

Refereren: Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV). Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg: Aanbevelingen voor vroedvrouwen. VBOV vzw, Antwerpen, 2016.

Achtergrond

AUTEUR

Kaat Helsloot (VBOV)

WERKGROEP

Marlene Reyns (VBOV), Joke Muyldermans (VBOV)

STAKEHOLDERS

INTERNE STAKEHOLDERS

AFGEVAARDIGDEN VAN DE VBOV-WERKGROEPEN:

- WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK
- HOOFDVROEDVROUWEN
- ZELFSTANDIGE VROEDVROUWEN

EXTERNE STAKEHOLDERS

AFGEVAARDIGDEN VAN:

- VLAAMSE VERENIGING VOOR KINDERGENEESKUNDE (VVK)
- VLAAMSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE (VVOG)
- KIND EN GEZIN (K&G)
- EXPERTISECENTRA KRAAMZORG VLAANDEREN (ECK)

Begrippenlijst

Perinatale periode | De periode rondom de geboorte. Volgens de definitie van de WHO (2010) start deze periode vanaf de 22^{ste} zwangerschapsweek en loopt tot en met de 7^{de} dag postnataal.

Prenatale periode | De periode tijdens de zwangerschap.

Intra partum periode | De periode tijdens arbeid en bevalling.

Postnatale periode | De periode die begint onmiddellijk na de geboorte van de baby en die duurt tot 6 weken (42 dagen) na de geboorte. Volgens de definitie van de WHO (2010) is dit de meest kritische periode voor moeder en kind. Deze periode kan opgedeeld worden in de onmiddellijk postnatale periode (de eerste 24 uur), de vroege postnatale periode (dag 2 t.e.m. dag 7) en de late postnatale periode (dag 8 t.e.m. dag 42). De term 'postnataal' verwijst naar de eerste weken na de geboorte van de neonat. De term 'postpartum' verwijst naar het herstel van de moeder na de bevalling. Naar analogie met de definities van de WHO wordt in dit document de term 'postnataal' zowel voor moeder als neonat gebruikt.

Postnatale zorg | Dit 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/ neonatoloog, huisarts, vroedvrouw en verpleegkundige (K&G). De niet-medische zorgen, in de praktijk ook wel kraamzorg genoemd, worden verleend door kraamverzorgenden.

Intramurale zorg | Dit is de gezondheidszorg die gedurende een onafgebroken verblijf van meer dan 24 uur geboden wordt in een zorginstelling, zoals een ziekenhuis.

Extramurale zorg | Dit is de gezondheidszorg waarbij de cliënt vanuit de eigen woon- en werkomgeving naar de hulpverlener toekomt (vb. op de praktijk) of waarbij de hulpverlener de cliënt in haar of zijn omgeving bezoekt. Dit wordt ook wel ambulante zorg genoemd.

Overzicht: 30 aanbevelingen voor de postnatale zorg

ALGEMENE AANBEVELINGEN

1. Elke moeder en haar baby worden door een **vroedvrouw** opgevolgd binnen een **postnataal zorgpad**.
2. De vroedvrouw stelt **continuïteit van zorg** voorop bij de perinatale zorgen.
3. **Professionalisering** en het bieden van **evidence-based zorg** maken deel uit van de opdracht van de vroedvrouw.
4. Van de vroedvrouw wordt verwacht **cliëntgerichte zorg** te bieden.

AANBEVELINGEN VOOR DE AANVANG VAN DE ZORGEN

5. De postnatale zorg wordt, zoveel mogelijk, reeds **voorbereid** in de zwangerschap, eventueel met een huisbezoek. Dit oriënterend gesprek wordt gedocumenteerd in een (elektronisch) zorgplan.
6. Het moment waarop de **intra partum zorg** overgaat in de **postnatale zorg** dient gepaard te gaan met een **overdracht**.
7. Het moment waarop de postnatale intramurale zorg (ziekenhuiszorg) overgaat in de postnatale extramurale (ambulante) zorg moet gepaard gaan met vooraf bepaalde **ontslagcriteria** voor moeder en kind.

AANBEVELINGEN VOOR DE FREQUENTIE EN TIMING VAN (HUIS)- BEZOEKEN

8. Het **eerste postnatale huisbezoek** door de vroedvrouw vindt plaats binnen de 24 uur na ontslag wanneer het ontslag plaatsvindt binnen de 72 uur na de geboorte.
9. Er worden door de vroedvrouw postnataal een **minimum aan (huis)- bezoeken** voorzien na ontslag uit het ziekenhuis of vanaf dag 0 in het geval van een thuisbevalling.

AANBEVELINGEN VOOR DE ZORGEN VAN DE MOEDER

10. Tijdens de eerste 7 dagen na de geboorte **beoordeelt** de vroedvrouw bij elk postnataal contact een aantal zaken **standaard**, terwijl andere **observaties** enkel dienen te gebeuren **op indicatie**.
11. Het is aanbevolen dat moeders die tijdens de zwangerschap seronegatief bleken voor rubella, binnen de 72 uur postnataal een **MMR-vaccinatie** krijgen en daarover voldoende worden geïnformeerd.

12. De vroedvrouw zorgt ervoor dat Rhesus-D negatieve moeders binnen de 24 uur na de geboorte van een Rhesus-D positieve baby **anti-D-immunoglobulines** toegediend krijgen.

AANBEVELINGEN VOOR DE ZORGEN VAN DE BABY

13. Alle baby's worden, naast de geboortedag, **tenminste gewogen** op dag 3, op dag 5, tussen dag 10-14, op 1 maand en tussen 6-8 weken.
14. Bij de opvolging van de baby na ontslag uit het ziekenhuis houdt de vroedvrouw rekening met volgende minimale **basisparameters**: ademhaling (30 - 60/min), hartslag (100 - 160 sl/min), temperatuur (36,5 - 37,4°C) in open bedje met aangepaste kledij, mictie en ontlasting (< 24 u spontaan geplast, < 48 u meconium geloosd), normale kleur (volgens etniciteit).
15. Alle baby's worden minimum 1 maal per dag gedurende de eerste 72 uur gecontroleerd op **geel zien**. Dit gebeurt middels visuele inspectie.
16. Het is aanbevolen dat alle baby's **vitamine K-profylaxe** na de geboorte krijgen volgens de richtlijnen van de Vlaamse Vereniging van Kinderartsen (VVK) en dat alle ouders/ primaire verzorgers daarover worden geïnformeerd.
17. Het is aanbevolen dat alle baby's **vitamine D-suppletie** krijgen volgens de richtlijnen van de VVK en dat alle ouders/ primaire verzorgers daarover worden geïnformeerd.
18. Alle baby's krijgen een **Vlaams bevolkingsonderzoek** naar **aangeboren aandoeningen** bij pasgeborenen volgens de bepalingen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
19. Alle baby's krijgen een **gehoortest** binnen de 4 weken na de geboorte, uitgevoerd door Kind en Gezin.
20. Pasgeborenen met een moeder die positief testte op HbsAg krijgen binnen de 24 uur volgend op de geboorte **hepatitis B-immunoglobulines** toegediend en worden gevaccineerd voor hepatitis B.
21. Alle baby's krijgen 8 weken na de geboorte het nationaal **vaccinatieschema** aangeboden volgens de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad.

AANBEVELINGEN VOOR GEZONDHEIDSVORLICHTING

22. **Binnen de 24 uur** na de geboorte geeft de vroedvrouw ouders en primaire verzorgers minimaal voorlichting over: veilig slapen en een veilige hechting; fysiologisch herstelproces moeder; symptomen en tekens van potentieel levensbedreigende condities bij moeder en baby; 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.

23. Tijdens de **eerste 6 tot 8 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.

AANBEVELING VOOR DE VOEDING VAN DE BABY

24. Van de vroedvrouw wordt verwacht dat hij/zij aan lacterende moeders **borstvoedingsondersteuning** geeft vanaf het eerste voedingsmoment en daarbij gebruik maakt van een geëvalueerd, gestructureerd programma met als minimumstandaard het Baby Friendly Initiative (BFI) en dit volgens het zeven punten plan ter bescherming, promotie en ondersteuning van borstvoeding in de maatschappelijke gezondheidszorg.

AANBEVELINGEN VOOR DE OPVOLGING VAN HUISHOUDEN EN GEZIN

25. De vroedvrouw bevordert een goed verloop van de **huishoudelijke taken** en de opvang van andere **huisgenoten** binnen het gezin.
26. De vroedvrouw bevordert de **integratie** van het **kind** in het gezin.

AANBEVELINGEN VOOR INTER- EN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

27. De vroedvrouw bevordert en onderhoudt **goede contacten** met collega **vroedvrouwen**.
28. De vroedvrouw bevordert en onderhoudt **goede contacten** met andere **zorgverleners** en **zorgorganisaties** binnen een ruim perinataal en gezinsondersteunend netwerk.

AANBEVELINGEN VOOR GEGEVENSREGISTRATIE EN ONDERZOEK

29. De vroedvrouw **registreert** de gevraagde **perinatale gegevens** bij het Studiecentrum Perinatale Epidemiologie (SPE).
30. De vroedvrouw **participeert** bij **wetenschappelijk onderzoek** dat het belang van perinatale zorg vooropstelt.

Hoofdstuk 1: Algemene aanbevelingen

AANBEVELING 1

Elke moeder en haar baby worden door een vroedvrouw opgevolgd binnen een postnataal zorgpad (KCE, 2014; NICE, 2006, updated 2014).

Dit postnataal zorgpad moet, zoveel mogelijk, reeds worden voorbereid in de zwangerschap (aanbeveling 5). De opvolging door de vroedvrouw start voor de meeste moeders in het ziekenhuis. Op het moment dat moeder en kind het ziekenhuis verlaten, worden de zorgen overgedragen aan de vroedvrouw die het kraamgezin extramuraal verder zal opvolgen. Wanneer moeder en kind het ziekenhuis verlaten binnen de 72 uur volgend op de bevalling, is het aangewezen dat zij thuis verder opgevolgd worden door een vroedvrouw. De opvolging na ontslag gebeurt volgens het schema voorgesteld in aanbeveling 9, dat de minimale zorgen voor moeder en kind omvat. De uitwerking van dit postnataal zorgpad gebeurt in nauw overleg met de intramurale vroedvrouw, gynaecoloog, kinderarts, huisarts, Kind & Gezin, ...

AANBEVELING 2

De vroedvrouw stelt continuïteit van zorg voorop bij de perinatale zorgen (KCE, 2014; Helsloot & Walraevens, 2015). Concreet betekent dit dat de vroedvrouw continuïteit van zorg verzekert op 3 vlakken: continuïteit op het niveau van de organisatie, continuïteit aangaande informatie-uitwisseling en relationele continuïteit (Freeman, et al., 2006).

Continuïteit op het niveau van de organisatie: Postnatale zorg is een verderzetting van de zorg tijdens de zwangerschap, arbeid en bevalling. Dit wil zeggen dat de postnatale zorg zoveel mogelijk reeds in de zwangerschap wordt voorbereid middels een oriëntatiegesprek. Het voorbereiden, plannen en op regelmatige basis (her)evalueren en bijsturen van de zorg bevordert de continuïteit van zorg. Het eerste postnatale huisbezoek vindt plaats binnen de 24 uur na ontslag uit het ziekenhuis (indien het ontslag plaatsvindt binnen de 72u na de geboorte) en er wordt een minimum aan (huis)bezoeken voorzien. Bij een thuisbevalling vindt het eerste postnataal huisbezoek plaats binnen de eerste 24 uur na de bevalling. De

afspraken voor het eerste bezoek worden gemaakt vooraleer moeder en kind het ziekenhuis verlaten (bij voorkeur reeds tijdens de zwangerschap).

Tijdens de postnatale follow-up moet het kraamgezin kunnen rekenen op 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van hun vroedvrouw. Dit wil zeggen dat moeders de eerste 5 dagen postnataal hun vroedvrouw in dringende gevallen moeten kunnen bereiken en dat hun vroedvrouw tijdens deze periode ook 24/7 beschikbaar is om dringende zorg te kunnen verstrekken. Om dit mogelijk te maken, kan het nodig zijn om samenwerkingsverbanden aan te gaan met collega-vroedvrouwen of andere postnatale zorgverleners. Goede voorlichting tijdens de eerste dagen postnataal vertelt moeders, vaders en andere primaire verzorgers wat onder 'dringend' wordt verstaan.

Continuïteit aangaande informatie-uitwisseling: Elke vroedvrouw moet steeds op de hoogte zijn van de bijzonderheden van elk kraambed, wil men goede zorg bieden. Hiervoor is het aan te bevelen dat gewerkt wordt met een gezamenlijk (elektronisch) moeder-kinddossier, en volgens een vooraf bepaald overdrachtsprotocol. Niet alleen interdisciplinaire samenwerking, maar ook multidisciplinaire samenwerking zijn voorwaarden om continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Goede afspraken (o.a. een ontslagprotocol) met lokale ziekenhuizen kunnen een naadloze overgang tussen intra- en extramurale zorg verzekeren.

Relationele continuïteit: Er wordt zoveel mogelijk gestreefd naar continuïteit van zorgverlener, vandaar ook dat het werken met een zorgcoördinator een meerwaarde kan zijn. Continuïteit van zorgverlener kan verzekerd worden door één- op- één zorg te bieden of binnen een team van vroedvrouwen.

Wanneer in teamverband wordt gewerkt vanuit een of meerdere eerstelijns praktijken, een ziekenhuis, of andere zorginstelling, kan de continuïteit van zorg worden gewaarborgd binnen een team van vroedvrouwen. Hierbij wordt het aantal vroedvrouwen per kraambed zo mogelijk beperkt tot 2 (max. 3).

AANBEVELING 3

Professionalisering en het bieden van evidence-based zorg maken deel uit van de opdracht van de vroedvrouw. De vroedvrouw wordt verondersteld evidence-based zorg te bieden, kwaliteit van zorg na te streven en zich bij te scholen in het kader van de wettelijke accreditering (Familiezorg, 2007; Zorginstituut Nederland, 2012). Dit houdt o.a. in dat de vroedvrouw:

- Beschikt over het vereiste (geviseerde) diploma
- Aangemeld is bij het RIZIV
- Voldoet aan de voorwaarden voor permanente vorming betreffende het koninklijk besluit van 1 februari 1991 betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw (K.B. 8 juni 2007), namelijk 75 u/ 5 jaar (Vlaamse regering, 1991). Hierbij dienen minstens 7 uur reanimatievaardigheden van de neonat en van de volwassene geïncorporeerd te zijn, alsook bijscholing in het onderzoek van de neonat.
- De deontologische regels van haar/zijn beroep en de internationale ethische code voor vroedvrouwen (ICM, 1999, updated 2002 & 2003), opgesteld door de ICM¹, onderschrijft.

AANBEVELING 4

Van de vroedvrouw wordt verwacht cliëntgerichte zorg te bieden. Moeder en kind zijn de centrale focus van de postnatale zorgen. Dit betekent dat de moeder en haar gezin een volwaardige partner zijn binnen het zorgproces (WHO, 2010). Beslissingen omtrent zorg worden dan ook genomen in samenspraak met het kraamgezin (NICE, 2007). Binnen de Belgische regelgeving heeft elke cliënt vrije keuze inzake zorgverlener (Vlaamse regering, 2002). Deze vrijheid wordt dan ook gerespecteerd. Het zorgproces wordt geïndividualiseerd, op maat van het kraamgezin, waarbij het zorgaanbod afgestemd wordt op de vraag met respect voor de financiële mogelijkheden, de eigenheid, culturele achtergrond en privacy van elk kraamgezin (Zorginstituut Nederland, 2012). Dit houdt in dat moeders reeds van in

¹ International Confederation of Midwives

de zwangerschap gepast en voldoende worden geïnformeerd over het zorgaanbod- en proces (de Vos & Graafmans, 2007, Familiezorg, 2007; Zorginstituut Nederland, 2012).

Zorg op maat wordt geboden aan kwetsbare groepen zoals socio-economisch benadeelde moeders, maar ook alleenstaande moeders, primipara, Voor hen dient gewerkt te worden binnen een aangepast zorgpad voor kwetsbare gezinnen om aan hun specifieke noden te kunnen voldoen.

Het is belangrijk dat postnatale zorg financieel toegankelijk is en blijft (Familiezorg, 2007; Zorginstituut Nederland, 2012). Correcte informatie over de zorgkosten zijn in dat opzicht van belang. Dit wil zeggen dat de vroedvrouw bekend maakt of zij al dan niet geconventioneerd is en wat dat betekent voor het kraamgezin, of zij een wachtvergoeding vraagt, een kilometervergoeding vraagt, dossierkosten rekent, ... Als de familiale situatie dit vereist, wordt gewerkt met de derdebetalersregeling of wordt het kraamgezin doorverwezen naar de bevoegde instanties (OCMW, kansarmoede projecten, ...). De tevredenheid van moeders is in dit opzicht een belangrijke outcome indicator.

Hoofdstuk 2: Aanbevelingen voor de aanvang van de zorgen

AANBEVELING 5

De postnatale zorg wordt, zoveel mogelijk, reeds voorbereid in de zwangerschap, eventueel met een huisbezoek² (KCE, 2014; Helsloot & Walraevens, 2015).

Dit gebeurt bij voorkeur vroeg tijdens de zwangerschap tijdens de eerste contacten bij de gynaecoloog, huisarts, en/of vroedvrouw. Van dit oriënterend gesprek wordt een verslag gemaakt in een (elektronisch) zorgplan dat tenminste volgende elementen bevat (Fenwick, et al., 2007; NICE, 2013; NICE, 2006, updated 2014):

- De **algemene, sociaal-culturele, verloskundige, en psychische anamnese** van de moeder
- De **foetale ontwikkeling**
- **Risicoselectie:** mogelijke risicofactoren op basis van de algemene, familiale, verloskundige en/of psychische anamnese van moeder en foetale ontwikkeling van de neonat die postnataal een potentiële bedreiging kunnen vormen voor moeder/ kind. Kwetsbare gezinnen worden gedefinieerd en een ondersteunend netwerk wordt opgezet.
- **Het kraamgezin:** partner, (inwonende) kinderen, etc.
- **Beschikbare mantelzorg:** de vroedvrouw brengt het ondersteunende netwerk van de moeder (partner, (schoon)ouders, zus(sen)/ broer(s), vrienden, ...) in kaart.
- **Kraamzorg:** informatie wordt gegeven over de mogelijkheden (praktisch, financieel, meerwaarde, ...) ^{3,4}.

² De VBOV adviseert om het oriëntatiegesprek thuis te laten doorgaan. De thuissituatie geeft extra informatie om mogelijke risicofactoren reeds tijdens de zwangerschap te kunnen definiëren en kwetsbare gezinnen te detecteren.

³ Voor professionele ondersteuning m.b.t. kraamzorg kan de zorgverlener terecht bij de Expertisecentra Kraamzorg (ECK).

⁴ Kraamzorg kan vooral een meerwaarde betekenen voor kwetsbare moeders met weinig sociale steun (socio-economisch benadeelde moeders, alleenstaande moeders, primipara en moeders van huilbaby's, ...) (Helsloot & Walraevens, 2015).

- **De wensen** van de moeder, haar partner en het kraamgezin omtrent de bevalling en de (vroeg) postnatale periode.
- **Keuzes omtrent voeding.** Borstvoeding is hierbij de norm. De moeder krijgt informatie over borstvoeding, het belang van borstvoeding, colostrum en de timing van de eerste voeding én krijgt de garantie over de nodige professionele borstvoedingsondersteuning te kunnen beschikken tijdens de postnatale periode. Moeders die kunstvoeding wensen te geven, worden verder geïnformeerd hierover.
- De moeder ontvangt de **contactgegevens** van haar vroedvrouw (en ev. andere zorgverleners) én 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid⁵ (met inbegrip van zon- en feestdagen)
- **Afspraken** worden gemaakt voor het **1^{ste} postnatale contact** met de vroedvrouw.

Het oriënterend gesprek vult de gebruikelijke prenatale zorg aan. Goede afspraken en het werken met een gezamenlijk elektronisch moeder-kinddossier voorkomen dat zorg dubbel gebeurt.

Dit oriënterend gesprek kan plaatsvinden in het ziekenhuis (bij de gynaecoloog en/ of intramurale vroedvrouw), op de praktijk van de vroedvrouw /of huisarts of bij het kraamgezin thuis, afhankelijk van de noden van het kraamgezin.

Het oriënterend gesprek is een goed moment om bij kwetsbare gezinnen alvast een ondersteunend netwerk op te zetten. Tot dit netwerk behoren o.a. de Huizen van het Kind en het inloopteam van Kind en Gezin, prenatale steunpunten wijkgezondheidscentra, ...

⁵ 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid kan worden verzekerd binnen de organisatie van een groepspraktijk of middels een samenwerkingsverband met collega vroedvrouwen binnen een vroedvrouwenkring.

Het KCE stelt dat *'om de postnatale zorg beter te gaan coördineren, het aangewezen kan zijn om te werken met een zorgcoördinator'* (KCE, 2014). De VBOV stelt dat dit vooral een meerwaarde kan betekenen voor kwetsbare gezinnen. Bij deze gezinnen organiseert en coördineert de zorgcoördinator dan de postnatale zorg, fungeert binnen het zorgnetwerk als centraal aanspreekpunt voor andere zorgverleners, is vertrouwenspersoon voor het kraamgezin en garandeert de continuïteit van zorg op cruciale momenten binnen de zorg zoals het ontslag uit het ziekenhuis. Volgens het KCE (2014) kan deze rol opgenomen worden door een vroedvrouw, gynaecoloog of een huisarts die actief is in postnatale zorg. Verdere afspraken hieromtrent moeten worden gemaakt binnen een individueel uitgewerkt zorgtraject op maat van het kwetsbare gezin.

AANBEVELING 6

Het moment waarop de intra partum zorg overgaat in de postnatale zorg dient gepaard te gaan met een overdracht (Helsloot & Walraevens, 2015; NICE, 2006, updated 2014). De postnatale periode start op het moment dat de intra partum zorgen zijn afgerond (na afronding van de placentaire fase (NICE, 2014) en de eerste zorgen voor moeder en kind toegediend werden. Een correct management van de intra partum zorgen bevordert een goed verloop van de postnatale periode. Wanneer dit moment samengaat met een wisseling van zorgverlener, dient een overdracht (mondeling en schriftelijk) te gebeuren. Deze overdracht dient te gebeuren op uniforme en bij voorkeur elektronische wijze. Concreet betekent dit dat de vroedvrouw die de zorg overdraagt een complete mondelinge en schriftelijke overdracht voorziet en dat de vroedvrouw die de zorg overneemt, zich ervan vergewist dat zij/hij over voldoende gegevens beschikt om de zorg verder te zetten.

AANBEVELING 7

Het moment waarop de postnatale intramurale zorg (ziekenhuiszorg) overgaat in de postnatale extramurale (ambulante) zorg moet gepaard gaan met vooraf bepaalde ontslagcriteria voor moeder en kind (Helsloot & Walraevens, 2015). Pas wanneer aan alle voorwaarden van ontslag is voldaan en/of een gepast beleid werd opgesteld en afspraken omtrent zorg werden gemaakt, kunnen moeder en kind het ziekenhuis verlaten. Het bepalen van ontslagcriteria is een gedeelde verantwoordelijkheid tussen intramurale zorgverleners en extramurale zorgverleners. De ontslagcriteria worden bepaald in samenspraak met de moeder én in gezamenlijk overleg tussen gynaecoloog, vroedvrouw, kinderarts, huisarts, ... (Helsloot & Walraevens, 2015). De overdracht moet tenminste schriftelijk, en zo nodig ook mondeling gebeuren. Vooraleer moeder en kind het ziekenhuis verlaten, dient de vroedvrouw die de postnatale periode verder zal opvolgen, van het ontslag op de hoogte te zijn. Zo kan een 1^{ste} huisbezoek gepland worden binnen de 24 uur na ontslag (wanneer het ontslag plaatsvindt < 72 uur na de bevalling) (Helsloot & Walraevens, 2015; KCE, 2014). Multidisciplinair overleg waarbij een overdrachtsprotocol wordt uitgewerkt, is dan ook een vereiste. In afwachting van een Vlaamse richtlijn inzake ontslagbeleid, heeft de VBOV geopteerd zelf geen criteria op te stellen. De voorwaarden voor ontslag van de American Academy of Pediatrics (AAP) en de American Colleges of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2012, 2015), en de Haute Autorité de Santé (HAS) (2014) bieden echter een goed houvast. Zij hebben ontslagcriteria opgesteld die als leidraad kunnen gebruikt worden om een lokaal protocol uit te werken. In de volgende paragrafen volgt een lijst van de door hen aanbevolen ontslagcriteria.

Volgens de AAP en ACOG moet het protocol minimum een verslag van de algemene, familiale, verloskundige en psychische gegevens van moeder en kind bevatten. Daarnaast kunnen volgende voorwaarden voor ontslag voor de moeder, de neonat, gezondheidsvoorlichting en thuis follow-up worden gesteld (AAP & ACOG, 2012; Benitz, 2015)⁶. Hierbij wordt er naar gestreefd moeder en kind niet te scheiden.

⁶ De aanbevelingen betreffen de gezonde atermen neonat geboren na een zwangerschapsduur van 37-42 weken na een ongecompliceerde zwangerschap, arbeid en bevalling. Voor de complete lijst voorwaarden verwijzen we naar de originele tekst (Benitz, 2015)

De AAP en ACOG (2012, 2015) stellen volgende ontslagcriteria voorop:

MOEDER

- Klaar zijn voor ontslag (moeder voelt zich voldoende hersteld en voorbereid om voor zichzelf en haar pasgeborene te zorgen)
- De kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen om voor de baby te zorgen werden geëvalueerd

NEONAAT

- Stabiele parameters tijdens de laatste 12u voor ontslag (ademhaling (< 60/min), hartslag (100-160 sl/min), axillaire temperatuur (36,5-37,4°C) in open bedje met aangepaste kledij)
- Mictie en ontlasting (<24u spontaan geplast, <36-48u meconium geloosd)
- Geen overmatig bloedverlies ter hoogte van de navelstomp de laatste 2 uur voor ontslag
- Minimaal 2 succesvolle voedingen (borstvoeding of kunstvoeding)
- Icterus klinisch beoordeeld en eventueel beleid opgesteld
- Beoordeling van sepsis
- Klinisch pediatrisch onderzoek na de geboorte (<72u) wijst geen abnormale bevindingen uit
- (Hepatitis B-vaccinatie), (hiv), (maternale syfilis), ...
- Geschikt gecertificeerd autostoeltje is aanwezig en ouders weten het correct te gebruiken

VOORLICHTING

Volgende informatie wordt gegeven voor ontslag:

- Instructies aangaande borstvoeding (belang, voordelen)
- Het normaal fysiologisch herstelproces moeder (lichamelijk en mentaal)
- Normale fysiologische veranderingen neonaat (normale huidskleur, temperatuur, ademhaling, mictie, ontlasting, ...)
- Verzorging en hygiëne van de neonaat
- Veilig slapen (wiegendood en veilige slaaphouding)

FOLLOW-UP

Volgende afspraken werden gemaakt aangaande:

- Professionele opvolging van moeder en kind, en beschikbare mantelzorg
- De neonatale metabole screening (wie? wanneer?)
- Bilirubinescreening en eventueel beleid + follow-up
- Aangemeld voor de gehoortest
- Beleid en follow-up omtrent hepatitis B, hiv, ...
- De pediatrische opvolging: geadviseerd wordt dat elke neonaat een volledig onderzoek krijgt door een geaccrediteerd arts binnen de 72u na de geboorte en op 6-8 weken postnataal.

(AAP & ACOG, 2012; Benitz, 2015)

De Haute Autorité de Santé stelt volgende voorwaarden voor ontslag (HAS, 2014):

VOORWAARDEN BIJ ONTSLAG > 72 U NA VAGINALE PARTUS OF > 96 U NA SECTIO:

MOEDER

- Afwezigheid van kwetsbare psychische of sociale problematiek of ernstige verslavingsproblematiek
- Aangepaste familiale en sociale ondersteuning is aanwezig
- Afwezigheid van chronische (niet-gestabiliseerde) pathologie
- Afwezigheid van complicaties of pathologie die continu observatie of medische zorgen vragen
- Een ev. postpartumbloeding werd correct behandeld en is onder controle
- Afwezigheid van infectieuze toestand of tekenen van infectie
- Afwezigheid van tekenen van trombo-embolie
- Goede pijncontrole
- Goede moeder-kindbinding

BABY

- Gezonde atermen neonaat >37w (eenling zwangerschap)
- Pediatrisch onderzoek normaal (uitgevoerd <48u na geboorte en voor ontslag)
- Axillaire temperatuur tussen 36-37°C of centraal tussen 36.5 en 37.5°C.
- Goede voedingstoestand (bij borstvoeding minimaal 2 succesvolle voedingen, mictie en meconiumlozing normaal)
- Gewichtsverlies < 8% t.o.v. het geboortegewicht
- Afwezigheid van icterus die foto therapeutische behandeling vraagt (op indicatie volgens transcutane meting of bloedafname)
- Afwezigheid van tekenen van infectie
- Neonatale screening is gebeurd
- Thuis follow-up is voorzien door een professionele zorgverlener < 48 uur a ontslag

BIJKOMENDE VOORWAARDEN BIJ ONTSLAG < 72U NA VAGINALE PARTUS OF < 96U NA SECTIO

MOEDER

- Afwezigheid van ernstige postpartumbloeding
- Akkoord moeder en/of koppel is vereist

BABY

- Na zwangerschapsduur van 38w
- APGAR > 7 na 5 min
- Pediatrisch onderzoek normaal op dag van ontslag
- Voedingstoestand: spontane mictie en meconiumlozing
- Afwezigheid van icterus
- Vitamine K gegeven
- Neonatale screening werd georganiseerd
- Thuis follow-up is georganiseerd (< 24u na ontslag eerste huisbezoek)

(HAS, 2014)

Volgens het KCE moet de ontslagprocedure tenminste volgende zaken omvatten (KCE, 2014):

- Een adequate inschatting van de zorgbehoeften van moeder en kind
- Een afspraak met de vroedvrouw voor de eerste huisbezoeken, zoals vermeld in het individuele perinatale zorgplan.
- Een afspraak voor een pediatrische consultatie tussen dag 7 en dag 10⁷
- Een verzoek om kraamhulp, indien gewenst.

(KCE, 2014)

Bovenstaande voorwaarden voor ontslag zijn bedoeld als houvast bij het opstellen van eigen lokale ontslagcriteria. Een goed protocol ontstaat vanuit multidisciplinair overleg en is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten, klinische expertise, individuele voorkeuren van het kraamgezin en beschikbare middelen.

Van de vroedvrouw wordt verwacht dat als zij/hij de zorg overdraagt, een complete mondelinge en schriftelijke overdracht voorziet en dat de vroedvrouw die de zorg overneemt, zich ervan vergewist dat zij/hij over voldoende gegevens beschikt om de zorg verder te zetten.

⁷ Reden: Wanneer het ontslag plaatsvindt ten minste 72 u na de geboorte is het aanbevolen een bijkomend pediatriesch consult te voorzien vóór ontslag. Wanneer het ontslag plaatsvindt voor 72 u, is een afspraak voor een pediatriesch consult tussen dag 7 en dag 10 een ontslagvoorwaarde. Dit bijkomend onderzoek heeft als doel cardiovasculaire problemen te detecteren (Helsloot & Walraevens, 2015). Na icterus blijkt de meest voorkomende pathologie tussen dag 2 en dag 10 van cardiovasculaire aard te zijn (Straczek, et al., 2008). De diagnose aan de hand van het horen van een soufflé kan echter pas gesteld worden ten vroegste 72 uur na de geboorte.

Hoofdstuk 3: Aanbevelingen voor de frequentie en timing van de (huis)- bezoeken

Het gehanteerde zorgmodel vraagt om een flexibel omgaan met de verblijfsduur in het ziekenhuis. Afhankelijk van die verblijfsduur vindt de postnatale zorg tijdens de eerste 5 dagen postnataal deels plaats in het ziekenhuis, deels thuis, of in het geval van een poliklinische bevalling of thuisbevalling volledig thuis. Latere consulten kunnen zowel op de praktijk als thuis plaatsvinden. (Huis)- bezoeken worden ingepland volgens een minimaal schema en naargelang de behoeften van het kraamgezin.

AANBEVELING 8

Het eerste postnatale huisbezoek door de vroedvrouw vindt plaats binnen de 24 uur na ontslag wanneer het ontslag plaatsvindt binnen de 72 uur na de geboorte (AAP & ACOG, 2012; Helsloot & Walraevens, 2015; KCE, 2014; NICE, 2006, updated 2014; NICE, 2013).

Dit is van belang om de continuïteit van zorg te kunnen verzekeren bij transfer van ziekenhuiszorg naar ambulante zorg. De eerste 72 uur na de geboorte vragen om een intensieve follow-up van moeder en kind. Daarom wordt het eerste bezoek thuis gepland binnen de 24 uur na ontslag (indien het ontslag plaatsvindt binnen de 72 uur na de geboorte). Bij een thuisbevalling vindt het eerste huisbezoek plaats binnen de eerste 24 uur na de bevalling. Vindt het ontslag plaats 72 uur na de geboorte of later, dan worden bezoeken ingepland volgens het schema in aanbeveling 9.

AANBEVELING 9

Er worden door de vroedvrouw postnataal een minimum aan (huis)- bezoeken voorzien na ontslag uit het ziekenhuis of vanaf dag 0 in het geval van een thuisbevalling^{8,9} (KCE, 2014; NICE, 2006, updated 2014; WHO, 2010). Deze dagen komen overeen met kritische momenten in de postnatale zorg waarop een consult noodzakelijk is voor de moeder en/ of de baby. De eerste 5 dagen na de bevalling vinden de bezoeken bij voorkeur bij het

⁸ Dag 0 = de dag van de bevalling

⁹ Hier wordt uitgegaan van het aantal dagen/ uren na de bevalling. CAVE: Dit moment is niet gelijk aan het moment van opname in het ziekenhuis.

kraamgezin thuis plaats, conform de RIZIV-voorschriften (RIZIV, 2014). Latere consulten kunnen op de praktijk plaatsvinden of thuis. Volgend schema geeft een overzicht van de frequentie, timing en inhoud van de minimale zorgen en gezondheidsvoorlichting voor moeder en kind. De plaats van de zorgen kan na ontslag uit het ziekenhuis zowel thuis bij het kraamgezin en na de 5^{de} dag op de praktijk of thuis bij het kraamgezin zijn.

SCHEMATISCH OVERZICHT VAN DE MINIMALE POSTNATALE ZORGEN EN VOORLICHTING¹⁰

	Plaats zorgen na ontslag	Zorgen voor:		Voorlichting
		Moeder	Baby	
DAG 0	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)*	
<p>* opvolging door Kind & Gezin</p> <p>** of bij gynaecoloog/ huisarts</p> <p>*** wordt gedoseerd gegeven tijdens de eerste 6 – 8 weken</p>				

Afhankelijk van de verblijfsduur in het ziekenhuis én het moment van ontslag wordt de postnatale zorg ingepland volgens dit schema.

Het aantal consulten kan steeds uitgebreid worden op voorschrift naargelang de individuele noden en behoeften van het kraamgezin. De minimale zorgen door de vroedvrouw vinden plaats de eerste 6 tot 8 weken na de bevalling. Deze periode wordt beschouwd als de meest kritische periode (WHO, 2010). De zorgen door de vroedvrouw kunnen echter verstrekt worden tot maximum 1 jaar na de geboorte, volgens de geldende nomenclatuur. Beslissingen omtrent het zorgproces worden steeds genomen in overleg met het kraamgezin.

¹⁰ Een volledig overzicht van de postnatale zorgen en voorlichting werd opgenomen in hoofdstuk 10.

Hoofdstuk 4: Aanbevelingen voor de postnatale zorgen

4.1 ZORGEN VOOR MOEDER

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 pathologie; m.n. het opsporen van (pre-) eclampsie, fluxus, kraamvrouwenkoorts, diepe veneuze trombose, mastitis, borstabces, ... Maar omvat ook aandacht voor een veilige hechting en het opsporen van mentale problematiek zoals postnatale depressie¹¹ en psychose. Dit gebeurt in het kader van een risicoselectie teneinde een preventief beleid te kunnen voeren en pathologie tijdig te kunnen onderkennen. Zo kan een gepast beleid worden opgesteld, en zo nodig overlegd worden met andere actoren uit de eerste lijn of met de tweede lijn. In een aantal gevallen zal doorverwijzing en overdracht van zorg noodzakelijk zijn. De Nederlandse verloskundige indicatielijst (VIL) kan een houvast bieden als richtinggevend instrument bij het nemen van beslissingen omtrent overleg, doorverwijzing en overdracht van zorg¹² (Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen, 2003). Daarnaast is het belangrijk de nodige afspraken te maken met lokale ziekenhuizen, gynaecologen, kinderartsen en huisartsen. Vroegtijdig onderkennen van pathologie kan het aantal maternale heropnames en het gebruik van specialistische medische zorgen postnataal beperken¹³ (KCE, 2014; Van Kelst, et al., 2002).

¹¹ In Vlaanderen zouden naar schatting jaarlijks bijna 10.000 vrouwen worden getroffen door een postpartumdepressie (Saeys, et al., 10-07-2015).

¹² De VIL is te raadplegen via de website van de KNOV:
http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/769/file/Verloskundig%20Vademecum%202003.pdf?download_category=richtlijnen-praktijkaarten

¹³ 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%) (Ellberg, et al., 2008). Een consultatie bij de gynaecoloog gebeurt het meest voor hypertensie, koorts en wondinfectie (Brumfield, et al., 1996).

AANBEVELING 10

Tijdens de eerste 7 dagen na de geboorte beoordeelt de vroedvrouw bij elk postnataal contact een aantal zaken standaard (NICE, 2013; NICE, 2006, updated 2014; de Vos & Graafmans, 2007; WHO, 2010), terwijl andere observaties enkel dienen te gebeuren op indicatie. Wanneer er aanwijzingen zijn, dient een vermoeden voor pathologie te worden bevestigd (met een correcte diagnosestelling).

Volgende zaken worden standaard beoordeeld¹⁴:

Observeren van/ bevragen van:	Opsporen van o.a.:
<ul style="list-style-type: none">- perineum (ruptuur, episiotomie, heling, ...)- lochia (frequentie, hoeveelheid, kleur, geur, ...)- mictie (pijn, ongemak, uitblijven van, ...)- pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten	Infecties/ sepsis
<ul style="list-style-type: none">- hoofdpijn- algemeen welzijn- griepachtige symptomen	Pre-eclampsie
<ul style="list-style-type: none">- lochia (frequentie, hoeveelheid)- algemeen welzijn	⇒ Postpartum hemorragie
<ul style="list-style-type: none">- pijn, roodheid of zwelling aan de kuit- kortademigheid of borstpijn	Trombo-embolie
<ul style="list-style-type: none">- emotioneel welzijn- vermoeidheid, rust en slaap	Psychologische problemen
<ul style="list-style-type: none">- defecatie	Constipatie, hemorroïden

¹⁴ Dit is geen complete lijst met observaties, maar een lijst van symptomen/ tekens die minstens worden bevraagd/ geobserveerd bij elk postnataal contact.

Het meten van de temperatuur en het opnemen van de bloeddruk van de kraamvrouw gebeurt eenmalig binnen de 6 uur na de bevalling, verdere controles moeten enkel gebeuren op indicatie. Bij (het vermoeden op) pathologie vindt overleg plaats met de tweede lijn of wordt zo spoedig mogelijk doorverwezen.

Voor de screening van postnatale depressie is de 'Edinburgh Postnatal Depression Scale' (EPDS) een goed instrument (Saeys, et al., 10-07-2015). Deze vragenlijst bestaat uit 10 vragen om vrouwen met een verhoogd risico op postnatale depressie op te sporen. Bij vermoeden op mentale problematiek, wordt doorverwezen naar relevante hulpverleners binnen de eerste lijn en/ of naar de Geestelijke Gezondheidszorg.

AANBEVELING 11

Het is aanbevolen dat moeders die tijdens de zwangerschap seronegatief bleken voor rubella, binnen de 72 uur postnataal een MMR-vaccinatie¹⁵ krijgen en daarover voldoende worden geïnformeerd (Helsloot & Walraevens, 2015). Het doormaken van rubella tijdens de zwangerschap kan immers leiden tot ernstige afwijkingen of overlijden van de baby (NICE, 2006, updated 2014). In het geval van een ziekenhuisbevalling gebeurt het vaccineren vóór ontslag uit het ziekenhuis door de verantwoordelijke vroedvrouw onder de supervisie van de gynaecoloog. De eerstelijns vroedvrouw vergewist zich ervan bij de overdracht naar de ambulante zorg dat dit gebeurd is. In het geval van een thuisbevalling zorgt de vroedvrouw die de bevalling doet ervoor dat een afspraak wordt gemaakt bij een arts.

¹⁵ Mazelen, bof, rubella (rodehond)

AANBEVELING 12

De vroedvrouw zorgt ervoor dat Rhesus-D negatieve moeders binnen de 24 uur na de geboorte van een Rhesus-D positieve baby anti-D-immunoglobulines toegediend krijgen (Helsloot & Walraevens, 2015; NICE, 2006, updated 2014; Qureshi, et al., 2014). In het geval van een ziekenhuisbevalling gebeurt dit vóór ontslag uit het ziekenhuis door de verantwoordelijke vroedvrouw. In het geval van een thuisbevalling ligt de verantwoordelijkheid bij de vroedvrouw die de bevalling doet. De eerstelijns vroedvrouw vergewist zich ervan bij de overdracht naar de ambulante zorg dat dit gebeurd is.

4.2 ZORGEN VOOR BABY

Baby's kunnen tijdens de eerste uren, dagen en weken volgend op de geboorte ernstige gezondheidsproblemen ervaren die kunnen leiden tot ernstige ziekte of in zeldzame gevallen de dood. Het is de opdracht van de vroedvrouw te waken over de lichamelijke gezondheid van de baby. Vroegsignalering en monitoring staan daarbij centraal, met als doel pathologie tijdig op te sporen en te onderkennen teneinde een gepast beleid te kunnen opstellen. Zo kunnen heropnames van de neonat en het gebruik van medische spoedzorgen worden beperkt¹⁶ (KCE, 2014; Van Kelst, et al., 2002).

Een vroeg ontslag kan een risico vormen voor de gezondheid van de neonat. Het zorgen voor de neonat houdt in dat rekening wordt gehouden met de fysiologische veranderingen die de pasgeborene doormaakt. Daarnaast kan het missen van de neonatale basisscreening, zoals de screening voor hyperbilirubinemie, cardiologische aandoeningen, fenylketonurie en neonatale infecties, problematisch zijn (Helsloot & Walraevens, 2015).

¹⁶ De belangrijkste redenen voor neonatale heropname zijn: infecties (43%), voedingsproblemen (9%), icterus (8%), hartziekte (2%), andere (27%). De voornaamste redenen voor consultatie bij een kinderarts zijn: icterus, de verzorging van de neonat en hartgeruis. (Ellberg, et al., 2008)

AANBEVELING 13

Alle baby's worden, naast de geboortedag, tenminste gewogen op (Ahmed & Sands, 2010; Vanhaesebrouck, et al., 2001; Van Kelst, et al., 2002):

Dag 1	Dag 3	Dag 5	Dag 10-14	1 maand	6-8 weken
-------	-------	-------	-----------	---------	-----------

Wegen gebeurt bij voorkeur steeds met dezelfde, geijkte weegschaal, liefst een tafelmodel¹⁷. Er is weinig evidentie over de optimale frequentie van wegen. Wegen is enerzijds een goede manier om zeldzame aandoeningen op te sporen zoals hypertone ondervoeding (stille ondervoeding, voorkomen 2,5/ 10000 geboorten). Anderzijds is het routinematig dagelijks wegen af te raden omdat het geassocieerd is met angst bij de ouders. Daarnaast kan dagelijks wegen het geven van exclusief borstvoeding negatief beïnvloeden. (NICE, 2006, updated 2014)

De klinische ervaring vertelt ons dat wegen op dag 1, dag 3, dag 5, dag 10 - 14, 1 maand en op 6 - 8 weken een gulden middenweg vormt tussen dagelijks wegen en wegen op indicatie (Helsloot & Walraevens, 2015; interne stakeholders VBOV, 2015). Overige weegmomenten gebeuren op indicatie. Het wegen na dag 5 kan plaatsvinden bij Kind en Gezin. Het is voor ouders af te raden zelf een weegschaal in huis te halen.

Een gewichtsverlies van 10% van het geboortegewicht wordt gezien als een alarmteken van mogelijke ondervoeding. Er dient met een aangepast beleid te worden gereageerd.

¹⁷ Regelmatig nazicht (min. 1x/ jaar) van praktijkmateriaal is noodzakelijk om te kunnen vertrouwen op meetinstrumenten.

AANBEVELING 14

Bij de opvolging van de baby na ontslag uit het ziekenhuis houdt de vroedvrouw rekening met volgende minimale basisparameters (AAP & ACOG, 2012; NICE, 2006, updated 2014):

- Ademhaling (30 - 60/min),
- Hartslag (100 - 160 sl/min),
- Temperatuur (36,5 - 37,4°C) in open bedje met aangepaste kledij,
- Mictie en ontlasting (< 24 u spontaan geplast, < 48 u meconium geloosd)
- Normale kleur (volgens etniciteit)

Stabiele parameters zijn een voorwaarde voor ontslag en zijn een voorwaarde voor verdere opvolging thuis. Volgens het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) hebben gezonde baby's een normale kleur (volgens hun etniciteit), kunnen ze hun eigen temperatuur stabiel houden, en hebben ze op regelmatige basis ontlasting en mictie. Gezonde baby's zijn niet overmatig prikkelbaar, gespannen, slaperig of passief (NICE, 2006, updated 2014).

Na de geboorte worden pasgeborenen geconfronteerd met een aantal fysiologische aanpassingen. Veranderingen in de cardiopulmonaire circulatie vinden plaats tijdens de eerste 12 (tot 24 uur) na de geboorte (Benitz, 2015; Straczek, et al., 2008). Het is belangrijk alert te zijn op cardiologische problematiek wanneer een pasgeborene het ziekenhuis verlaat < 72 uur na de geboorte. In dit opzicht adviseren we dat baby's niet alleen na de geboorte een pediatrisch consult krijgen, maar ook een 2^{de} consult tenminste 72 uur na de geboorte. Dit consult kan plaatsvinden na 72 uur en voor ontslag uit het ziekenhuis of 7 tot 10 dagen na de geboorte zoals het KCE dit vooropstelt.

Afwijkingen in de basisparameters en kleur van de pasgeborene kunnen aanwijzingen zijn van onderliggende pathologie. Een onregelmatig ademhalingspatroon kan als normaal worden beschouwd tijdens de eerste levensweek (Friedman & Spitzer, 2004).

Ook op gastro-intestinaal gebied maakt de pasgeborene aanpassingen door. Het is belangrijk dat de eerste urinelozing gebeurt binnen de eerste 24u na de geboorte om pathologie op te

sporen (Friedman & Spitzer, 2004). Meconiumlozing vindt bij de meeste pasgeborenen plaats binnen de 48u na de geboorte. Indien hierin een vertraging wordt vastgesteld, is verder onderzoek/ doorverwijzing aangewezen.

Een onvolledige profylaxe bij GBS-positieve moeders vraagt extra aandacht en observatie van de pasgeborene. De VVK adviseert om in het geval van een onvolledige GBS-profylaxe, de pasgeborene gedurende minimum 48 uur na de geboorte te observeren in het ziekenhuis en een beperkte evaluatie uit te voeren (CRP-waarden en hemogram) (Mahieu, et al., 2014). Na ontslag is verdere observatie aangewezen. Volgende klinische tekenen kunnen wijzen op sepsis (Hoge Gezondheidsraad, 2003):

KLINISCHE TEKENEN VAN SEPSIS

Pasgeborenen met een combinatie van tekenen waaronder:

- Ademhalingsproblemen (apneu, kreunen, tachypnoe, cyanose),
- Cardiovasculaire problemen (onvoldoende capillaire vulling, hypertensie, shock),
- Aantastingen van het centraal zenuwstelsel (lethargie, hypothermie, koorts, epilepsieaanvallen, apneuaanvallen, prikkelbaarheid, gezwollen fontanel)
- Gastro-intestinale aandoeningen (slechte voeding, abdominale zwelling).

Moeders en vaders (en andere verzorgers zoals kraamverzorgenden) van pasgeborenen kunnen een goede partner zijn in het signaleren van afwijkende tekens en symptomen die kunnen wijzen op onderliggende pathologie. Correct en gepast informeren is in dit opzicht aangeraden.

AANBEVELING 15

Alle baby's worden minimum 1 maal per dag gedurende de eerste 72 uur gecontroleerd op geel zien. Dit gebeurt middels visuele inspectie. (Friedman & Spitzer, 2004; Madden, et al., 2004; NICE, 2010; NICE, 2006, updated 2014; NVK, 2008; Straczek, et al., 2008; Vanhaesebrouck, et al., 2001)

- In een goed verlichte kamer (liefst daglicht)
- Naakte baby (huid, oogwit, tandvlees)

Visuele inspectie wordt gezien als een goede manier om geelzucht bij baby's te screenen, maar mag niet worden gehanteerd als middel om de diagnose te stellen. Daarvoor is deze methode onbetrouwbaar (vooral bij kunstlicht en bij baby's met een donkere huid) (NVK, 2008). Routinebepaling van bilirubinewaarden is niet aanbevolen volgens de NVK (2008) en de NICE (2010). Voor de diagnose en overdracht van zorgen dienen afspraken gemaakt te worden met lokale ziekenhuizen en andere zorgverleners. Het is goed te weten dat er evidentie is dat het bepalen van bilirubinemie bij atermen neonaten tijdens de eerste 48 uur postnataal door middel van transcutane metingen (bilicheck) een sterk voorspellende waarde heeft voor het ontstaan van hyperbilirubinemie tussen dag 2 en dag 10 (Straczek, et al., 2008).

Voor de verdere bepaling van het beleid moet rekening worden gehouden met een grenswaarde van 340 $\mu\text{mol/L}$ (= 19,9 mg/dl). Er is evidentie dat deze waarde voorspellend is voor de (neurologische) outcome van de neonaat. Vanaf deze waarde is er namelijk een verhoogd risico op het ontwikkelen van kernicterus.

Met betrekking tot het beleid kan verder rekening worden gehouden met volgende aanbevelingen (AAP & ACOG, 2012; NICE, 2010; NVK, 2008):

- Het vroeg ontstaan van icterus (< 24 u) is een alarmteken. Doorverwijzing naar de 2^{de} lijn is dan steeds aangewezen.
- Breng mogelijke risicofactoren voor het ontwikkelen van significante hyperbilirubinemie in kaart bij aanvang van de zorgen.
- Interpreteer bilirubinespiegels steeds rekening houdend met de postnatale leeftijd en bepaal het beleid volgens vooraf bepaalde interventiegrenzen voor fotherapie en wisseltransfusie. Welke interventiegrenzen het best gehanteerd worden, dient in samenspraak met de lokale ziekenhuizen en kinderartsen te worden bepaald.

AANBEVELING 16

Het is aanbevolen dat alle baby's vitamine K-profylaxe na de geboorte krijgen volgens de richtlijnen van de Vlaamse Vereniging van Kinderartsen (VVK) en dat alle ouders/ primaire verzorgers daarover worden geïnformeerd (Helsloot & Walraevens, 2015).

Correcte administratie van vitamine K-profylaxe voorkomt onnodig bloedingen bij de pasgeborene (NICE, 2006, updated 2014).

Volgens de VVK is het oorzakelijk verband tussen de vitamine K-titer en het voorkomen van bloedingen niet altijd duidelijk. Symptomatisch verhoogde bloedingsneiging als gevolg van een vitamine K-deficiëntie blijkt eerder uitzonderlijk en het causaal lineair verband tussen biochemische tekorten en de klinische manifestatie daarvan is niet altijd duidelijk. Het nu en dan voorkomen van symptomen ten gevolge van vitamine K-deficiëntie leidde in Vlaanderen tot een consensus dat systematische profylaxe bij de pasgeborenen aangewezen is. Over de beste toedieningswijze, de dosering en de frequentie van toedienen is men het minder eens. In Vlaanderen worden 2 opties gehanteerd (De Ronne, et al., 2014):

- **Optie 1:** Neonataal IM-toediening van 1 mg vitamine K. In geval van malabsorptie moet verdere profylaxe gegeven worden, geleid door bepaling van de stollingsfactoren.
- **Optie 2:** Neonataal PO-toediening van 2 mg vitamine K (Konakion Paediatric®).

IM-toediening blijft aanbevolen in geval van preterm geboren, in geval van het gebruik van bepaalde medicaties (anti-epileptica, tuberculostatica) door de moeder tijdens de zwangerschap, en in het geval van gastro-intestinale pathologie waarbij de baby geen orale voeding kan krijgen.

In geval van kunstvoeding, en indien er geen sprake is van malabsorptie/cholestase, dient geen verdere profylaxe gegeven te worden.

In geval van borstvoeding, en indien er geen sprake is van malabsorptie/cholestase dient één week na de geboorte gestart te worden met vitamine K-

profylaxe. Op basis van de recente literatuurgegevens verdient het de voorkeur om wekelijks 1-2 mg vitamine K (Konakion Paediatric®) oraal te geven tot en met de leeftijd van 3 maanden. Hierbij dient de nadruk gelegd te worden op therapietrouw.

De VBOV adviseert om ouders en primaire verzorgers te informeren over vitamine K-profylaxe en ook de toepassing ervan bij de verschillende contacten na te vragen.

AANBEVELING 17

Het is aanbevolen dat alle baby's vitamine D-suppletie krijgen volgens de richtlijnen van de VVK en dat alle ouders/ primaire verzorgers daarover worden geïnformeerd.

Volgens een consensustekst van Kind & Gezin en de VVK (2003) is een tekort aan vitamine D geassocieerd met hypocalciëmie, rachitis en een lagere botmineralisatie bij zuigelingen en peuters. Daarnaast is er een verband tussen Vitamine D-deficiëntie in de zuigelingen periode en het optreden van verscheidene chronische aandoeningen op latere leeftijd, zoals type 1- diabetes en astma. *'De kans op vitamine D-deficiëntie bij jonge kinderen is vooral groot wanneer moeder en/of kind weinig worden blootgesteld aan de zon (verblijf in de binnenstad, dagopvang zonder tuin) en/of een donkere huidskleur hebben, en/of wanneer het kind geboren is in de wintermaanden. Ook bij jonge kinderen die worden behandeld met anti-epileptica met een enzym-inducerend effect (vooral met fenytoïne, maar ook met carbamazepine en barbituraten) treedt vitamine D- tekort sneller op (De Ronne & De Schepper, 2013).'*

Consensus vitamine D- suppletie (2013):

- Er wordt aanbevolen bij alle kinderen dagelijks 400 IU-vitamine D toe te dienen, vanaf de geboorte tot en met de leeftijd van 6 jaar, gans het jaar door, onafhankelijk van het soort melkvoeding en de vitamine D-suppletie van de lacterende moeder.
- Bij kinderen met een donker (negroïde) huidtype wordt 600 IU/d aanbevolen.

- Bij preterme geboren en zonder co-morbiditeiten wordt dezelfde dosis toegediend (400 of 600 IU/d afhankelijk van het huidtype).
- Er wordt aanbevolen om een vitamine D als een monopreparaat van cholecalciferol toe te dienen.
- Bij een evenwichtige en gevarieerde voeding is het toedienen van vitamine D onder de vorm van multivitaminen preparaten niet aan te bevelen bij het jonge kind. Indien nodig gebeurt dit in de curatieve sector.
- Bij kinderen met hogere noden (chronische nier- en leveraandoeningen, gebruik van bepaalde risico-geneesmiddelen, noodzakelijke zonprotectie, malabsorptie, cholestase, obesitas, veganisme, ...) wordt de vitamine D-suppletie zoals deze door de behandelende arts voorgeschreven, aanbevolen.
- Bij elk contact is het aanbevolen om de compliance van de vitamine D-suppletie na te vragen.

De VBOV adviseert om ouders en primaire verzorgers te informeren over de suppletie van vitamine D en ook de toepassing ervan bij de verschillende contacten na te vragen.

AANBEVELING 18

Alle baby's krijgen een Vlaams bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen volgens de bepalingen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

(Friedman & Spitzer, 2004; Helsloot & Walraevens, 2015; KCE, 2014; Straczek, et al., 2008; Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012). De metabole screening gebeurt in Vlaanderen volgens de bepalingen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Opvolging van de noodzakelijke neonatale screening is belangrijk voor de verdere gezondheid van de pasgeborene en zorgt ervoor dat de zorg kan geëvalueerd worden en zo nodig bijgestuurd. Momenteel worden in Vlaanderen 11 aangeboren aandoeningen opgespoord:

- Fenyketonurie en hyperphenylalaninemie,
- Congenitale hypothyreoïdie,
- Congenitale bijnierschorshyperplasie,

- Biotinidase deficiëntie,
- Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiëntie,
- Multiple acyl-CoA dehydrogenase deficiëntie,
- Isovaleriaanzuuracidemie,
- Propionzuuracidemie,
- Methylmalonzuuracidemie,
- Maple syrup urine disease, en
- Glutaaracidurie 1.

Volgens het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid betreft het zeldzame aandoeningen, maar vormen ze als groep wel een belangrijke oorzaak voor ziekte en sterfte. Volgens de bepalingen moet de metabole screening plaatsvinden 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. (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012)

Elke ouder of primaire verzorger van een pasgeboren baby moet de screening aangeboden krijgen en elk kraamgezin moet voorafgaand aan de screening tijdig en correct geïnformeerd worden over het verloop van de screening en de mogelijke gevolgen bij een afwijkend resultaat. Een folder wordt beschikbaar gesteld via de website zorg-en-gezondheid.be. Ouders zijn vrij om niet in te gaan op het aanbod om deel te nemen aan de opsporing. In dat geval is het belangrijk dat zij een weigering om het bloedstaal af te nemen ondertekenen; een standaarddocument is verkrijgbaar via de website zorg-en-gezondheid.be. Voor de praktische uitvoering van de screening verwijzen wij naar het draaiboek 'Aangeboren aandoeningen bij de pasgeborene' (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012)¹⁸. De screening dient te gebeuren volgens de laatste afspraken, nl. correcte en tijdige uitvoering, registratie en afhandeling. Het principe dat daarbij gevolgd wordt is: het kaartje volgt steeds de pasgeborene tot de bloedafname is gebeurd.

¹⁸ Het draaiboek kan worden geconsulteerd op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Ziektes/Aangeboren_aandoeningen/AAP_draaiboek_2012.pdf

AANBEVELING 19

Alle baby's krijgen een gehoortest binnen de 4 weken na de geboorte (Kind & Gezin, 2012; NICE, 2006, updated 2014; WHO, 2010), **uitgevoerd door Kind en Gezin**. "Ongeveer 1 op 1000 pasgeborenen heeft een blijvend bilateraal of dubbelzijdig gehoorverlies van 40 dB (decibel) of meer. In Vlaanderen zijn dat ongeveer 75 kinderen per jaar. Door begeleiding te starten vóór de leeftijd van zes maanden hebben deze baby's betere ontwikkelingskansen." (Kind & Gezin, 2012)

Er wordt aanbevolen dat de gehoortest wordt uitgevoerd door Kind en Gezin. In de praktijk gebeurt dit wanneer een baby 2 tot 4 weken oud is conform de Europese en Internationale richtlijnen. De gegevens van pasgeborenen worden doorgegeven vanuit de Vlaamse ziekenhuizen. De gehoortest is een uiterst betrouwbare test om aangeboren gehoorafwijkingen al kort na de geboorte op te sporen. De test is veilig, pijnloos, betrouwbaar en wordt gratis aangeboden. Het is de taak van de vroedvrouw om na te gaan of een pasgeborene werd aangemeld bij Kind en Gezin. De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de eerste screening ligt bij Kind en Gezin. Bij een afwijkende test wordt doorverwezen naar een van de referentiecentra.

AANBEVELING 20

Pasgeborenen met een moeder die positief testte op HbsAg krijgen binnen de 24 uur volgend op de geboorte hepatitis B-immunoglobulines toegediend en worden gevaccineerd voor hepatitis B (AAP & ACOG, 2012; Helsloot & Walraevens, 2015; KCE, 2004). Het KCE beveelt aan dat de opsporing van hepatitis B voor of aan het begin van de zwangerschap gebeurt om een effectieve opvolging van de moeder en pasgeborene mogelijk te maken (KCE, 2004).

Het toedienen gebeurt voor ontslag uit het ziekenhuis of na een thuisbevalling bij een arts naar keuze. De verantwoordelijke vroedvrouw ziet erop toe dat het vaccineren gebeurt door een geaccrediteerd arts of dient het vaccin zelf toe in de aanwezigheid van een arts. Een goede overdracht voorkomt dat pasgeborenen de nodige toedieningen missen.

AANBEVELING 21

Alle baby's krijgen 8 weken na de geboorte het nationaal vaccinatieschema aangeboden volgens de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (Helsloot & Walraevens, 2015; Hoge Gezondheidsraad, sd). 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. Het is ook aan de vroedvrouw om erop toe te zien dat elke moeder/ vader en/of andere verzorger het aanbevolen vaccinatieschema krijgt aangeboden en wordt ingelicht over vaccinatie. Het vaccineren gebeurt door of onder toezicht van een geaccrediteerd arts bij Kind en Gezin of een arts naar keuze.

Hoofdstuk 5: Aanbevelingen voor gezondheidsvoorlichting

Gezondheidsvoorlichting maakt een belangrijk deel uit van de postnatale zorgen (NICE, 2006, updated 2014) en de opdracht van de vroedvrouw (NRVR, 2006).

Gezondheidsvoorlichting maakt deel uit van gezondheidsbevordering of gezondheidspromotie, 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.'* In enge zin omvat gezondheidsvoorlichting het geven van voorlichting, advies en instructie. Het begrip moet echter in een ruimere context worden geplaatst. 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 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 te helpen onderkennen en adequaat te reageren, vooral wanneer moeders en hun baby's het ziekenhuis binnen de 72 uur na de bevalling verlaten.

Gezondheidsvoorlichting kan opgedeeld worden in voorlichting die moet gegeven zijn binnen de 24 uur na de bevalling (1) en algemene gezondheidsvoorlichting (2). De algemene voorlichting loopt als een rode draad doorheen de postnatale periode en wordt gedoseerd gegeven, aangepast aan de vraag en noden van het kraamgezin. De voorlichting dient te gebeuren met respect voor de privacy, de eigenheid en culturele achtergrond van het kraamgezin en aangepast aan het niveau van health literacy¹⁹.

¹⁹ De vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen (RIVM, 2014)

AANBEVELING 22

Binnen de 24 uur na de geboorte geeft de vroedvrouw ouders en primaire verzorgers minimaal voorlichting over (AAP & ACOG, 2012; Friedman & Spitzer, 2004; Helsloot & Walraevens, 2015; Johansson & Darj, 2004; NICE, 2010; NICE, 2006, updated 2014; Ruchala, 2000; WHO, 2010):

BABY

- **De symptomen en tekenen van potentieel levensbedreigende condities bij de baby**²⁰
Dit omvat minstens informatie over het herkennen van alarmsignalen van infecties, (vroeg) icterus en sepsis (o.a. koorts, sufheid, slecht drinken, ...).
- **Veilig slapen en een veilige hechting**
Dit omvat minstens informatie over wiegendoodpreventie, m.n. een veilige slaaphouding, het creëren van een veilige slaapomgeving (bed, beddengoed, ruimte, ...), de risico's van roken, mogelijke risico's en voordelen van co-sleeping (in hetzelfde bed, zetel, sofa), voordelen van rooming-in en borstvoeding, ...²¹

MOEDER

- **Het fysiologisch herstelproces van de moeder**
Dit omvat minstens informatie over het fysiologisch herstel tijdens de eerste uren en dagen volgend op de bevalling (o.a. normaal bloedverlies, ...)
- **De symptomen en tekenen van levensbedreigende condities bij de moeder**
Dit omvat minstens informatie over het herkennen van alarmsignalen van pre-eclampsie, postpartum hemorrhagie, trombo-embolie en infecties (o.a. excessief bloedverlies, koorts, hoofdpijn, griepachtige symptomen, ...).

VOEDING:

- **Voordelen van borstvoeding en colostrum, het ideale tijdstip van het eerste voedingsmoment en het belang van huid-op-huidcontact.**

²⁰ Uit onderzoek blijkt dat moeders een goede partner zijn in het observeren van icterus (Goulet, et al., 2007).

²¹ Deze lijst is gebaseerd op volgende aanbevelingen omtrent veilig slapen: (AAP & ACOG, 2012; Kind & Gezin, 2008; NICE, 2006, updated 2014; WHO, 2010)

- **Voor moeders die kunstvoeding geven, voorlichting over het toedienen van kunstvoeding en het belang van huid-op-huidcontact.**

Wanneer moeder en kind het ziekenhuis verlaten, moet aangegeven worden welke voorlichting reeds werd gegeven. Dit kan deel uit maken van algemene afspraken binnen een ontslagprotocol.

Met betrekking tot voorlichting over voeding maken we graag deze kanttekening. Alle moeders moeten voorgelicht worden over het belang van borstvoeding, vermits we borstvoeding beschouwen als de norm. Bij moeders en vaders (of primaire verzorgers) die kunstvoeding wensen te geven, moet deze voorlichting gebeuren met respect voor de eigen voorkeuren van het koppel. De voorlichting is een verderzetting van de voorlichting die reeds werd gegeven tijdens de zwangerschap.

AANBEVELING 23

Tijdens de eerste 6 tot 8 weken na de bevalling geeft de vroedvrouw ouders en primaire verzorgers minimaal voorlichting over (AAP & ACOG, 2012; BFI, 2013; BFI, sd; Friedman & Spitzer, 2004; Helsloot & Walraevens, 2015; Johansson & Darj, 2004; KNOV, 2012; NICE, 2010; NICE, 2006, updated 2014; Ruchala, 2000; WHO, 2010):

BABY

- **De symptomen en tekens van potentieel levensbedreigende condities bij de baby**
Dit omvat minstens informatie over het herkennen van alarmsignalen van icterus, infecties en sepsis (o.a. koorts, sufheid, slecht drinken, ...).
- **De algemene hygiëne en verzorging van de baby (met inbegrip van de fysiologische veranderingen)**
Dit omvat minstens informatie over:
 - Normaal mictie- en ontlastingspatroon, normale kleur, ademhaling, hartslag, navelstompheling, en gewichtsevolutie.
 - Dagelijkse huishoudelijke hygiëne en handhygiëne.

- Badje, verluieren, en overige verzorging.
- **Het creëren van een veilige omgeving met inbegrip van veilig slapen**
Dit gebeurt minstens rond dag 7-14 en op 6-8 weken en dit omvat tenminste informatie over:
 - Wiegendoodpreventie, m.n. een veilige slaaphouding, het creëren van een veilige slaapomgeving (bed, beddengoed, ruimte, ...), de risico's van roken, mogelijke risico's en voordelen van co-sleeping (zelfde bed, zetel, sofa), voordelen van rooming-in en borstvoeding, ...
 - Het veilig vervoeren van baby's
 - Babyveilige maatregelen in- en om het huis²².

MOEDER

- **De symptomen en tekens van potentieel levensbedreigende condities bij de moeder**

Dit omvat minstens informatie over het herkennen van alarmsignalen van pre-eclampsie, postpartum hemorrhagie, trombo-embolie en infecties (o.a. excessief bloedverlies, koorts, hoofdpijn, griepachtige symptomen, ...).

- **De algemene hygiëne en verzorging van de moeder**

Dit omvat minstens informatie over perineale verzorging.

- **Het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal)**

Dit omvat minstens informatie over:

- Lichamelijke veranderingen: de normale baarmoederinvolutie; bloedverlies; heling van het perineum; borsten en het geven van borstvoeding; gewicht en mobiliteit.
- Mentale veranderingen: vermoeidheid, rust en slaap; baby blues; moeder-kind binding en een veilige hechting; relationele veranderingen en de transitie naar het ouderschap.

- **De voeding en beweging van de moeder**

²² Voor meer informatie over veiligheid in en om het huis kunnen ouders terecht op de website van Kind en Gezin.

Dit omvat minstens informatie over:

- Een gezond gewicht en gezonde voeding.
- Het belang van beweging en de (her)opname van sport.
- Bekkenbodemedicatie.

- **Seksuele activiteit en anticonceptie**

Dit gebeurt bij voorkeur bij het afsluiten van de zorg aan het eind van de eerste kraamweek en nogmaals 6-8 weken postnataal bij het afsluiten van de kraambedperiode.

VOEDING

- **Bij moeders die borstvoeding geven, is de minimale inhoud:**

- Aanleren van vaardigheden: aanleggen, positie aan de borst en aanhappen
- Borstvoedingsmanagement: voeden op vraag; opbouwen en op peil houden van de melkproductie; omgaan met stuwings; melkinname door de baby, een normaal voedingspatroon en herkennen van hongersignalen; het belang van huid-op-huidcontact, exclusief borstvoeding en rooming-in; en het vermijden van speengebruik
- Kolven en kolfmethoden: waaronder manueel afkolven, bewaren en manipuleren van moedermelk

- **Bij ouders/ primaire verzorgers die kunstvoeding geven, is de minimale inhoud:**

- Benodigd materiaal en hygiënische maatregelen
- Maken, bewaren, en mee nemen van kunstvoeding
- Toedienen van voeding en het belang van huid-op-huidcontact
- Voedingsbehoefte en voedingschema
- Steriliseren van flesjes en de voedingsbehoefte van de neonat. De instructie gaat gepaard met een demonstratie en het uitvoeren van de handelingen onder de begeleiding van de vroedvrouw.

Terwijl de gezondheidsvoorlichting van aanbeveling 22 dient te gebeuren binnen de 24 uur na de geboorte, moet de algemene voorlichting gegeven worden binnen de 6 tot 8 weken postnataal, op het gepaste moment en op gepaste wijze. Het moment wordt gekozen naargelang de behoeften en/of op vraag van het kraamgezin. De voorlichting gebeurt met respect voor de privacy, de eigenheid en culturele achtergrond van het kraamgezin.

In de context van voorlichting is het belangrijk dat moeders en primaire verzorgers worden gewezen op het beschikbare zorgaanbod in Vlaanderen; zoals de regioverpleegkundige²³ en andere diensten van Kind & Gezin (m.n. de inloopteams van het consultatiebureau en Huizen van het Kind), maar ook peersupport (zoals lokale moedergroepen) en andere steunorganisaties voor jonge gezinnen.

²³ Zoals bepaald in het samenwerkingsprotocol tussen Kind & Gezin en vroedvrouwen (29 juni 2009)

Hoofdstuk 6: Aanbeveling voor de voeding van de baby

Voeding neemt een centrale plaats in binnen de postnatale periode. Een goede voedingstoestand van de baby doet het risico op levensbedreigende aandoeningen dalen (Helsloot & Walraevens, 2015). Moedermelk wordt internationaal gezien als de norm en geadviseerd wordt dat moeders ten minste 6 maanden exclusief borstvoeding geven (BFI, 2013; NICE, 2006, updated 2014; WHO, 2006).

AANBEVELING 24

Van de vroedvrouw wordt verwacht dat hij/zij aan lacterende moeders borstvoedingsondersteuning geeft vanaf het eerste voedingsmoment en daarbij gebruik maakt van een geëvalueerd, gestructureerd programma met als minimumstandaard het Baby Friendly Initiative (BFI) en dit volgens het zeven punten plan ter bescherming, promotie en ondersteuning van borstvoeding in de maatschappelijke gezondheidszorg. (BFI, 2013; Flaherman, et al., 2012; Friedman & Spitzer, 2004; Hannula, et al., 2008; KNOV, 2012; Kronborg, et al., 2012; Lewallen, et al., 2006; NICE, 2006; NICE, 2013; Renfrew, et al., 2012; de Vos & Graafmans, 2007).

Van de vroedvrouw wordt verwacht dat zij op een babyvriendelijke manier zorg biedt en het geven van borstvoeding promoot en ondersteunt. Daarnaast wordt verwacht dat zij de Internationale Code voor het op de markt brengen van vervangingsmiddelen voor moedermelk (WGO) respecteert²⁴.

Het BFHI werd in 1991 gelanceerd door de WHO en UNICEF (United Nations Children's Fund), ter bescherming, bevordering en ondersteuning van borstvoeding in en door zorginstellingen. De WHO en UNICEF ontwikkelden de volgende 10 vuistregels voor gezondheidsinstellingen voor het welslagen van de borstvoeding. Alle instellingen voor moeder- en kindzorg dienen er voor zorg te dragen:

²⁴ http://www.unicef.org/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf

1. Dat zij een borstvoedingsbeleid op papier hebben, dat standaard bekend wordt gemaakt aan alle betrokken medewerkers;
2. Dat alle betrokken medewerkers de vaardigheden aanleren, die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van dat beleid;
3. Dat moeders binnen een uur na de geboorte van hun kind worden geholpen met borstvoeding geven;
4. Dat aan vrouwen wordt uitgelegd hoe ze hun baby moeten aanleggen en hoe zij de melkproductie in stand kunnen houden, zelfs als de baby van de moeder moet worden gescheiden;
5. Dat pasgeborenen geen andere voeding dan borstvoeding krijgen, noch extra vocht, tenzij op medische indicatie;
6. Dat moeder en kind dag en nacht bij elkaar op een kamer mogen blijven.
7. Dat borstvoeding op verzoek wordt nagestreefd;
8. Dat aan pasgeborenen die borstvoeding krijgen geen speen of fopspeen wordt gegeven;
9. Dat zij contacten onderhouden met andere instellingen en disciplines over de begeleiding van borstvoeding en dat zij de ouders verwijzen naar borstvoedingsorganisaties.

Het 'Zeven Punten Plan ter Bescherming, Promotie en Ondersteuning van Borstvoeding in de Maatschappelijke Gezondheidszorg' is een instrument om borstvoeding te bevorderen en te ondersteunen gedurende de eerste levensmaanden van het kind en daarna. Het 7-punten plan is een goede aanvulling op de 10 vuistregels voor het welslagen van de borstvoeding aangezien het staat voor een optimale ondersteuning van borstvoeding tot lang na de geboorte.

1. Er is een borstvoedingsbeleid op papier dat standaard bekend gemaakt wordt aan alle medewerkers.
2. Alle betrokken medewerkers leren de vaardigheden aan die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van dat beleid.
3. Alle zwangere cliënten/patiënten worden ingelicht over het belang en de praktijk van borstvoeding geven.
4. Vrouwen die borstvoeding geven, worden daarin gestimuleerd en ondersteund.

5. Aan vrouwen die borstvoeding geven, wordt uitgelegd dat het kind tot de leeftijd van ongeveer zes maanden over het algemeen geen andere voeding nodig heeft dan moedermelk en dat de borstvoeding gecombineerd met andere voedingsmiddelen, daarna kan doorgaan zolang moeder en kind dat wensen.
6. Er wordt voorlichting gegeven over de mogelijkheden van het combineren van borstvoeding met werk (of studie) buitenshuis.
7. Er worden contacten onderhouden met andere organisaties en zorgverleners en de ouders worden verwezen naar borstvoedingsorganisaties.

Organisaties in Vlaanderen die goede zorg leveren op vlak van borstvoeding kunnen bekroond worden met het certificaat 'Borstvoedingsvriendelijke Organisatie' door de implementatie van het 'Zeven Punten Plan ter Bescherming, Promotie en Ondersteuning van Borstvoeding in de Maatschappelijke Gezondheidszorg'. Het verwerven van een borstvoedingscertificaat wordt sterk aangemoedigd.

Hoofdstuk 7: Aanbevelingen voor de opvolging van huishouden en gezin

De transitie naar het ouderschap vraagt heel wat praktische aanpassingen. Pas bevallen moeders geven aan dat de eerste weken en maanden na de geboorte van een kind erg vermoeiend en chaotisch verlopen (KCE, 2014). Het is een periode waarin het gezin wordt geconfronteerd met heel wat uitdagingen. Ouders moeten zelfvertrouwen krijgen in hun nieuwe rol, en moeten zich organiseren om nieuwe balans te vinden. De komst van een baby gaat gepaard met een groot engagement en verantwoordelijkheidsgevoel. Het kind wordt opgenomen in het gezin en krijgt zijn plaats binnen de gezinsstructuur. Een goede integratie van het kind in het gezin draagt bij tot de ontwikkeling en de veiligheid van het kind. (Helsloot & Walraevens, 2015)

Psychische problemen van de moeder of de vader kunnen een invloed hebben op het gezins- en/of relationele functioneren. Daarnaast is de context waarin een kind opgroeit, een belangrijke factor in het ontstaan van allerlei problemen. Zo kunnen huwelijksconflicten, partnergeweld, adoptie, kansarmoede, en lage socio-economische klasse een invloed hebben op de ontwikkeling van het kind. (Kind & Gezin, 14 juli 2010)

De vroedvrouw heeft in dit opzicht een signalerende functie. Van de vroedvrouw wordt dan ook verwacht dat zij/ hij aandacht heeft voor de sociale omgeving waarin een baby terecht komt. Daarnaast kan zij/ hij vanuit haar/ zijn rol als vroedvrouw een vertrouwenspositie innemen binnen een multidisciplinair team van zorgverleners. In het kader van de preventieve gezinsondersteuning heeft Kind en Gezin de huizen van het kind opgericht als multidisciplinaire infrastructuur ter ondersteuning van (aanstaande) ouders. De huizen van het kind fungeren als ankerpunt binnen het aanbod rond preventieve gezinsondersteuning. Een goede opvolging van het kraamgezin vraagt een multidisciplinair samenwerken en dit dient voorbereid te worden tijdens de prenatale periode. Zo kan prenataal reeds de nodige ondersteuning worden voorzien opdat moeder en kind postnataal worden omringd met de zorg die ze nodig hebben.

AANBEVELING 25

De vroedvrouw bevordert een goed verloop van de huishoudelijke taken en de opvang van andere huisgenoten binnen het gezin (Christie & Bunting, 2011; de Vos & Graafmans, 2007; Zadoroznyj, 2009).

Zij/ hij brengt hiervoor (bij voorkeur reeds prenataal) de beschikbare mantelzorg in kaart en ziet erop toe dat kraamzorg wordt georganiseerd indien dit nodig blijkt. Vooral moeders met weinig sociale steun en kwetsbare gezinnen blijken baat te hebben bij kraamzorg, zoals socio-economisch benadeelde moeders, alleenstaande moeders, primipara, moeders van huilbaby's, ...

AANBEVELING 26

De vroedvrouw bevordert de integratie van het kind in het gezin.

Zij/ hij doet dit door het gezin te ondersteunen en te coachen in de transitie naar het ouderschap en heeft daarbij specifieke aandacht voor misbruik en verwaarlozing binnen het gezin (De Bruin-Kooistra, et al., 2012; Kooistra, et al., 2009; NICE, 2006). Bij vermoeden op een onveilige thuissituatie worden de betrokken instanties tijdig verwittigd. Vroegsignalering en samenwerking tussen de verschillende zorgverleners en instanties binnen een sterk perinataal netwerk is een absolute must. Daarbij is een voorzichtige aanpak aangewezen waarbij een open communicatie met het kraamgezin voorop staat.

Hoofdstuk 8: Aanbevelingen voor multidisciplinaire samenwerking

AANBEVELING 27

De vroedvrouw bevordert en onderhoudt goede contacten met collega vroedvrouwen.

Interdisciplinaire samenwerking wordt binnen het beroepsprofiel van de vroedvrouw beschouwt als een belangrijke competentie om als professionele vroedvrouw in de gezondheidszorg te functioneren en om een optimale perinatale zorgverlening te garanderen (NRVR, 2006). Een goede samenwerking bevordert de continuïteit binnen de zorg en dit komt de kwaliteit van zorg voor moeder en kind ten goede. Daarnaast draagt het bij tot een beter werkklimaat voor vroedvrouwen.

De VBOV adviseert daarbij om lid te zijn van een vroedvrouwenkring. Lidmaatschap van een kring vereenvoudigt de dialoog met ziekenhuizen, zorgorganisaties en andere zorgverleners.

AANBEVELING 28

De vroedvrouw bevordert en onderhoudt goede contacten met andere zorgverleners en zorgorganisaties binnen een ruim perinataal en gezinsondersteunend netwerk.

Goede contacten met lokale ziekenhuizen en andere zorgverleners zijn onontbeerlijk om kwalitatieve zorg te kunnen bieden en continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Goede afspraken maken en regelmatig overleg voeren, zijn daarbij van groot belang om bestaande samenwerkingsafspraken te bevestigen/ versterken en nieuwe afspraken te kunnen maken. (De Bruin-Kooistra, et al., 2012; Kooistra, et al., 2009; NICE, 2006, updated 2014; NVK, 2008; WHO, 2010)

De VBOV adviseert daarbij dat:

1. Vroedvrouwen zich kenbaar maken bij lokale ziekenhuizen en andere zorgverleners zoals gynaecologen, pediaters, collega vroedvrouwen, huisartsen, ... Transparantie in de zorg en duidelijke verwachtingen zijn van uitermate belang voor een goede samenwerking.

2. Vroedvrouwen regelmatig overleg hebben met lokale ziekenhuizen en andere zorgverleners/ organisaties actief in de postnatale periode.
3. Vroedvrouwen multidisciplinaire afspraken maken omtrent ontslag, overdracht en follow-up van zorg. Dit houdt onder meer een schriftelijk beleid in omtrent:
 - a. Het ontslagbeleid voor moeder en neonaat
 - b. Icterusbeleid
 - c. Ondervoeding van de neonaat
 - d. Pediatrische opvolging van de neonaat
 - e. Gezondheidsvoorlichting
 - f. Borstvoeding

...
4. Vroedvrouwen een nauwe samenwerking hebben met Kind & Gezin (en/of ONE) en de afspraken in het samenwerkingsprotocol te respecteren.²¹ In dit protocol worden 2 doelen vooropgesteld: het nastreven van complementariteit in de dienstverlening en continuïteit in de zorg (Kind & Gezin, 29-06-2009). Dit omvat onder meer dat de vroedvrouw elk kraamgezin informeert over het aanbod en de dienstverlening van Kind en Gezin en nagaat of elke baby werd aangemeld.
5. Vroedvrouwen een nauwe samenwerking hebben met de Expertisecentra Kraamzorg (ECK). De ECK werden opgericht met als expliciet doel de kennis en ervaring rond kraamzorg aan huis verder te ontwikkelen en verspreiden.

Hoofdstuk 9: Aanbevelingen voor gegevensregistratie en onderzoek²⁵

AANBEVELING 29

De vroedvrouw registreert de gevraagde perinatale gegevens bij het Studiecentrum Perinatale Epidemiologie (SPE).

Perinatale registratie is belangrijk voor de kwaliteit van de zorg. Registreren van perinatale gegevens geeft inzicht in zorguitkomsten (maternale en neonatale morbiditeit en mortaliteit) en biedt een wetenschappelijke basis om op terug te vallen. Dit maakt het mogelijk om via wetenschappelijke analyse vergelijkingen te kunnen maken tussen wat men ervaart in de praktijk en de realiteit. Jaarlijks publiceert het Studiecentrum Perinatale Epidemiologie (SPE) een jaarrapport met de meest belangrijke trends in geboorte en bevalling. Deze trends zijn een leidraad voor het verder uitstippelen van het zorgbeleid en om in dialoog te gaan met elkaar. Het verzamelen van de gegevens berust op een vrijwillige basis. Vanuit een sterke overtuiging de organisatie en inhoud van de postnatale zorgen in Vlaanderen kwalitatief hoog te houden, dringt de VBOV-vzw erop aan om van elke geboorte de gevraagde gegevens te registreren bij het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE).

AANBEVELING 30

De vroedvrouw participeert bij wetenschappelijk onderzoek dat het belang van perinatale zorg vooropstelt.

Evidence based zorg heeft nood aan recente wetenschappelijke kennis. Van de vroedvrouw wordt verwacht dat zij in dit opzicht haar steentje bijdraagt en zich engageert in en/of participeert bij Vlaamse wetenschappelijke studies die het belang van perinatale zorg vooropstellen en dat zij zich engageert om in dit opzicht gegevens te delen.

²⁵ Deze aanbevelingen zijn niet gebaseerd op de kwaliteitsindicatoren, maar werden vanuit de werkgroep geopperd.

Hoofdstuk 10: Schematisch overzicht

Volgend schema geeft een overzicht van de 30 aanbevelingen voor vroedvrouwen. Hierin staan de zorgen en voorlichting die minimaal moeten gebeuren tijdens de eerste 6 – 8 weken postnataal. De zorgen kunnen steeds worden uitgebreid op indicatie.

FREQUENTIE, TIMING EN INHOUD VAN DE POSTNATALE ZORGEN VOOR MOEDER EN BABY, EN VOORLICHTING NA ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS²⁶.

	MOEDER	BABY	VOORLICHTING
DAG 0 (0-24 u)	<p>Medische evaluatie bloedverlies, baarmoeder, heling perineum, borsten, mictie (< 6 uur) en ontlasting, bloeddruk en temperatuur (< 6 uur) en tekenen van pathologie²⁷</p> <p>Psychosociale evaluatie emotioneel welzijn, rust en slaap, tekenen van pathologie</p> <p>Extra zorgen (Anti-D < 24 uur, MMR-vaccinatie < 72 uur en voor ontslag)</p> <p>Pediatriesch consult²⁸ (< 72 uur)</p>	<p>Medische evaluatie vitale parameters, kleur, heling navelstomp, tekenen van pathologie²⁹</p> <p>Evaluatie voedingstoestand geboortegewicht, voedingsinname, 1^{ste} mictie en meconium</p> <p>Psychosociale evaluatie emotionele hechting</p> <p>Extra zorgen toedienen vit K, (HBV vaccin en IgG < 24 uur)</p>	<p>< 24 u wordt volgende voorlichting gegeven:</p> <ul style="list-style-type: none"> - veilig slapen en een veilige hechting; - fysiologisch herstelproces moeder; - symptomen en tekens van potentieel levensbedreigende condities bij moeder en baby; - voordelen van borstvoeding en colostrum, het ideale tijdstip van het eerste voedingsmoment (< 1 uur na de geboorte) 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.

²⁶ Dit schema houdt rekening met een flexibele verblijfsduur in het ziekenhuis.

²⁷ Dit omvat o.a. griepachtige symptomen; hoofdpijn; kortademigheid of borstpijn; pijn, roodheid en zwelling van de kuit; pijn, gevoeligheid en roodheid van de borsten.

²⁸ Pediatrische consulten gebeuren bij een kinderarts of huisarts.

²⁹ Dit omvat o.a. tekenen van sepsis, infecties en icterus.

<p>DAG 1 (24-48 u)</p>	<p>Medische evaluatie</p> <p>bloedverlies, baarmoeder, heling perineum, borsten, mictie en ontlasting, tekenen van pathologie³⁰</p> <p>Psychosociale evaluatie</p> <p>emotioneel welzijn, rust en slaap, tekenen van pathologie</p>	<p>Medische evaluatie</p> <p>vitale parameters, kleur, heling navelstomp, tekenen van pathologie</p> <p>Evaluatie voedingstoestand</p> <p>gewicht³¹, voedingsinname, mictie en ontlastingspatroon</p> <p>Psychosociale evaluatie</p> <p>emotionele hechting</p>	<p>> 24 u en tijdens de eerste 6-8 weken wordt volgende voorlichting gedoseerd en op gepaste wijze gegeven³²:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de symptomen en tekenen 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.
<p>DAG 2 (48-72 u)</p>	<p>Medische evaluatie</p> <p>bloedverlies, baarmoeder, heling perineum, borsten, mictie en ontlasting, tekenen van pathologie</p> <p>Psychosociale evaluatie</p> <p>emotioneel welzijn, rust en slaap, tekenen van pathologie</p>	<p>Medische evaluatie</p> <p>vitale parameters, kleur, heling navelstomp, tekenen van pathologie</p> <p>Evaluatie voedingstoestand</p> <p>voedingsinname, mictie en ontlastingspatroon</p> <p>Psychosociale evaluatie</p> <p>emotionele hechting</p>	

³⁰ Meten van bloeddruk en temperatuur gebeurt enkel op indicatie.

³¹ Gewichtsbepaling gebeurt standaard op dag 0, dag 1, dag 3, dag 5, dag 7-14, 1 maand en 6-8 weken. Vaker hoeft niet, tenzij op indicatie.

³² De voorlichting wordt op gepaste wijze en gedoseerd gegeven tijdens de eerste 6 tot 8 weken, aangepast aan de vraag en behoefte van het kraamgezin.

<p>DAG 3 (72-86 u)</p>	<p>Medische evaluatie</p> <p>bloedverlies, baarmoeder, heling perineum, borsten, mictie en ontlasting, tekenen van pathologie</p> <p>Psychosociale evaluatie</p> <p>emotioneel welzijn, rust en slaap, tekenen van pathologie en baby blues</p>	<p>Medische evaluatie</p> <p>vitale parameters, kleur, heling navelstomp, tekenen van pathologie</p> <p>Evaluatie voedingstoestand</p> <p>gewicht, voedingsinname, mictie en ontlastingspatroon</p> <p>Psychosociale evaluatie</p> <p>emotionele hechting</p> <p>Metabole screening</p> <p>> 72 en < 96 uur</p> <p>Pediatriesch consult</p> <p>voor ontslag en na 72 uur³³</p>	
<p>DAG 4</p>	<p>Consult niet nodig, tenzij op indicatie</p>		

³³ Als het ontslag plaatsvindt > 72uur na de geboorte moet een pediatriesch consult gebeuren voor ontslag. Bij vroeg ontslag (< 72 uur) moet een pediatriesch consult worden ingepland tussen dag 7 en dag 10.

<p>DAG 5 (120-144 u)</p>	<p>Medische evaluatie</p> <p>bloedverlies, baarmoeder, heling perineum, borsten, mictie en ontlasting, tekenen van pathologie</p> <p>Psychosociale evaluatie</p> <p>emotioneel welzijn, rust en slaap, tekenen van pathologie</p>	<p>Medische evaluatie</p> <p>vitale parameters, kleur, heling navelstomp, tekenen van pathologie</p> <p>Evaluatie voedingstoestand</p> <p>gewicht, voedingsinname, mictie en ontlastingspatroon</p> <p>Psychosociale evaluatie</p> <p>emotionele hechting</p>	
<p>DAG 6 - ...</p>	<p>Enkel op indicatie</p>		

DAG 7 - 14	<p>Medische evaluatie</p> <p>bloedverlies, baarmoeder, heling perineum, borsten, mictie en ontlasting, tekenen van pathologie</p> <p>Psychosociale evaluatie</p> <p>emotioneel welzijn, rust en slaap, tekenen van pathologie</p>	<p>Medische evaluatie</p> <p>vitale parameters, kleur, heling navelstomp, tekenen van pathologie</p> <p>Evaluatie voedingstoestand</p> <p>gewicht, voedingsinname, mictie en ontlastingspatroon</p> <p>Psychosociale evaluatie</p> <p>emotionele hechting</p> <p>(Pediatisch consult)</p> <p>indien ontslag < 72 uur</p>	
	<p>Afsluiten vroege kraambedperiode</p> <p>Specifieke aandacht voor overgaan baby blues (normaliter tussen dag 10-14), seksuele activiteit en anticonceptie, en veilig slapen. Verdere opvolging baby (groei & ontwikkeling, gehoortest, vaccinaties, ...) gebeurt bij K & G (of arts naar keuze).</p>		

1 MAAND	Enkel op indicatie	Enkel op indicatie	
WEEK 6-8	<p>Medische evaluatie bloedverlies, baarmoeder, heling perineum, borsten, mictie en ontlasting, tekenen van pathologie</p> <p>Psychosociale evaluatie emotioneel welzijn, rust en slaap, tekenen van pathologie</p>	Enkel op indicatie	
	<p>Afsluiten kraambedperiode³⁴ Specifieke aandacht voor seksuele activiteit en anticonceptie, en veilig slapen.</p>		
... - 1 jaar	Enkel op indicatie		

³⁴ Bij de vroedvrouw, gynaecoloog of huisarts

Bibliografie

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

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

Baby Friendly Initiative, n.d. *Care Pathways*. [Online]

Available at: <http://www.unicef.org/uk/BabyFriendly/Health-Professionals/Care-Pathways/>

Benitz, W. E., 2015. Hospital stay for healthy term healthy newborns. *Pediatrics*, 135(5), pp. 948-953.

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

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

Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen, 2003. *Verloskundig vademecum*, Diemen: Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen .

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

De Ronne, N., Alliet, P. & van Winckel, M., 2014. *Vitamine K suppletie (12 jan 04 – aangepaste versie 13 oktober 08)*. [Online]

Available at:

http://vkindergeneeskunde.be/userfiles/files/Publicaties/Richtlijnen/20081013_vitamine_K_suppletie.pdf

[Accessed 15 09 2015].

De Ronne, N. & De Schepper, J., 2013. *Vitamine D suppletie bij de zuigeling en het jonge kind*.

[Online]

Available at: <http://www.kindengezin.be/img/vitamineDsuppletie130423.pdf>

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

Ellberg, L. et al., 2008. Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Paediatrica*, pp. 579-583.

Familiezorg, 2007. *Kwaliteitshandboek kraamzorg: de wieg*, Brugge: Familiezorg West-Vlaanderen vzw.

Fenwick, J. et al., 2007. Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and birth*, pp. 20, 153-160.

- Flaherman, V., Hicks, K., Cbana, M. & Lee, K., 2012. Maternal experience of interactions with providers among mothers with milk supply concern. *Clinical Pediatrics*, 51(8), pp. 778-784.
- Freeman, G., Woloshynowych, M., Boulton, M. & Guthrie, B., 2006. *Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? report for national coordinating*, London: centre for NHS service delivery and organisation R&D (NCCSDO).
- Friedman, M. & Spitzer, A., 2004. Discharge criteria for the term newborn. *Pediatric clinics of North America*, pp. 599-618.
- Goulet, L., Fall, A., D'Amour, D. & Pineault, R., 2007. Preparation for discharge, maternal satisfaction and newborn readmission for jaundice: comparing postpartum models of care. *Birth*, 34(2), pp. 131-139.
- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M.-T., 2008. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 1132-1143.
- HAS, 2014. *Recommandation de bonne pratique*, Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé.
- Helsloot, K. & Walraevens, M., 2015. *Een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande postnatale zorg. Ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren vanaf ontslag uit het ziekenhuis*. Gent: Ugent.
- Hoge Gezondheidsraad, 2003. *Preventie van perinatale groep B streptokokkeninfecties*, nr. 7721: Aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad.
- Hoge Gezondheidsraad, juni 2015. *Voedingsaanbevelingen voor België: Partim I vitaminen en spoorelementen*, Brussel: Aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad, Hgr nr. 9164 & 9174.
- Hoge Gezondheidsraad, n.d. *Adviezen vaccinatie Hoge Gezondheidsraad*. [Online] Available at: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/adviezen-vaccinatie-hoge-gezondheidsraad> [Accessed 04 02 2016].
- ICM, 1999, updated 2002 & 2003. *Ethic code for midwives*. [Online] Available at: <http://www.vlov.be/sites/default/files/ICM%20Ethische%20code%20Engels.pdf>
- Johansson, K. & Darj, E., 2004. What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward? *Uppsala Journal of Medical Science*, Volume 109, pp. 229-238.
- KCE, 2004. *Nationale richtlijn prenatale zorg: een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen*, Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- KCE, 2014. *KCE Report 232: Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care*, Leuven: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Kind & Gezin, 14 juli 2010. *Wetenschappelijke State of the Art – PGZ 0-3 – Literatuuronderzoek Psychisch Functioneren Gezin –*, Brussel: Kind & Gezin.
- Kind & Gezin, 2008. *Werken met maatschappelijk kwetsbare gezinnen. Een visietekst*, Brussel: Kind en Gezin.

Kind & Gezin, 2012. *Oortjes getest... Wat doen we nu best?*. [Online]
Available at: <http://www.kindengezin.be/img/Brochure2gehoor.pdf>

Kind & Gezin, 29-06-2009. *protocol voor gestructureerde samenwerking tussen vroedvrouwen en regioteamleden van Kind & Gezin in de postnatale periode*, Brussel: Kind & Gezin.

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

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

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

Lewallen, L. M. et al., 2006. Breastfeeding support and early cessation. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, Volume 35, pp. 166-172.

Madden, J. et al., 2004. Length of stay policies and ascertainment of postdischarge problems in newborns. *Pediatrics*, 113(42), pp. 42-49.

Mahieu, L. et al., 2014. Management of the neonate at risk for early-onset Group B streptococcal disease (GBS EOD): new paediatric guideline in Belgium. *Acta Clinica Belgica*, 69(5), pp. 313-319.

NICE, 2006, updated 2014. *Routine postnatal care of women and their babies*, Londen: National Institute for health and Clinical Excellence.

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

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

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

NICE, 2014. *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*, UK: National Institute for Health and Care Excellence.

NRVR, 2006. *Het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw*, Brussel: Nationale Raad voor Vroedvrouwen/2006/ADVIES 1.

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

Qureshi, H. et al., 2014. BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn. *Transfusion Medicine*, Volume 24, pp. 8-20.

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

RIVM, 2014. *Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.17*. [Online]

Available at:

<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/gezondheidsvaardigheden/wat-zijn-gezondheidsvaardigheden/>

RIZIV, 2014. *Nomenclatuur: hoofdstuk IV verlossingen*. [Online]

Available at:

http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatuurart09_20140601_01.pdf

[Accessed 25 11 2015].

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

Saeyns, F. et al., 10-07-2015. *Voorstel van resolutie betreffende de vroegtijdige detectie en behandeling van de postnatale depressie*, brussel: Vlaams Parlement.

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

University of South Australia, 2011. *Critical appraisal tools*. [Online]

Available at: <http://www.unisa.edu.au/cahe/resources/cat/default.asp>

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

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

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012. *Draaiboek 2012 Vlaams bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen*. [Online]

Available at: [http://www.zorg-en-](http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Ziektes/Aangeboren_aandoeningen/AAP_draaiboek_2012.pdf)

[gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en Gezondheid/Ziektes/Aangeboren aandoeningen/AAP draaiboek_2012.pdf](http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Ziektes/Aangeboren_aandoeningen/AAP_draaiboek_2012.pdf)

Vlaamse regering, 1991. *Koninklijk besluit betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw*.

[Online]

Available at:

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1991020135&table_name=wet

Vlaamse regering, 2002. *Wet betreffende de rechten van de patiënt*. [Online]

Available at:

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2002082245

WHO, 2006. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*, Geneva: World Health Organisation.

WHO, 2010. *Newborn and infant hearing screening. Current issues and guiding principles for action*, Geneva: World Health Organisation.

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

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

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