

Geïntegreerd Perinataal Zorgtraject bij laag-risico zwangerschap

(PerPlex - Perinataal zorgpad in het Plexus zorgnetwerk)

Regio Oost-Vlaams-Brabant



Zorgnetwerk Oost-Vlaams-Brabant

 AZDIEST  Regionaal ziekenhuis Heilig Hart Leuven  IZ tinnen  UZ LEUVEN



Verbonden in
ZOHrg



Vlaamse
Beroepsorganisatie
van Vroedvrouwen



Inhoud

1. Introductie.....	4
1.1 HET GEÏNTEGREERD PERINATAAL ZORGTRAJECT - OPVOLGSCHEMA	5
1.2 DEFINIËRING.....	7
Begrippenlijst	7
Zorgverleners/zorgorganisaties.....	7
Kwaliteitsvolle zorg in de eerste lijn binnen de geïntegreerde perinatale samenwerking	9
2. Het geïntegreerd prenataal zorgtraject.....	12
2.1 ALGEMEEN PRINCIPE VOOR EEN UNIVERSELE EN GEÏNTEGREERDE PRENATALE OPVOLGING	12
2.2 OPVOLGSCHEMA LAAG-RISICO-ZWANGERSCHAP	12
2.3 GEÏNTEGREERDE PRENATALE ZORG IN DE PRAKTIJK.....	12
2.4 AFSPRAKEN OVER COMMUNICATIE T.A.V. DE ZWANGERE VROUW	13
2.5 HET ZORGPAD IN DETAIL.....	13
Preconceptieconsult (huisarts of gynaecoloog of vroedvrouw).....	14
Eerste consult (huisarts of gynaecoloog of vroedvrouw)	15
Consultatie 8 weken (gynaecoloog)	16
Consultatie 6-10 weken (vroedvrouw)* + integratie eerste PPA consultatie	17
Consultatie ≥ 12-13 weken (gynaecoloog)	18
Consultatie 15-16 weken (huisarts of vroedvrouw)	19
Consultatie 20-22 weken (gynaecoloog)	20
Consultatie 24-26 weken (vroedvrouw)	21
Consultatie 28 weken (huisarts).....	22
Consultatie 30-32 weken (gynaecoloog)	23
Consultatie 32-37 weken (vroedvrouw)*	24
Consultatie 35 weken (gynaecoloog)	25
Consultatie 37 weken (vroedvrouw of huisarts)	26
Consultatie 39-40 weken (gynaecoloog)	27
2.6 VERWIJSMOMENTEN VAN EERSTE- NAAR TWEEDE LIJN.....	28
2.7 SCREENING KWETSBAARHEID.....	28
2.8 SPECIEFIEKE PRENATALE VOORBEREIDING OP VERKORT ZIEKENHUISVERBLIJF	30
Doelstellingen prenatale informatie in het kader van verkort ziekenhuisverblijf.....	30
Prenatale gezondheidspromotie in het kader van verkort ziekenhuisverblijf	30
3. Het geïntegreerd postnataal zorgtraject	32
3.1 ONTSLAGCRITERIA	32
3.1.1 Ontslagcriteria moeder	33
3.1.2 Ontslagcriteria pasgeborene	34
3.2 OVERGANG POSTNATAAL ZORGTRAJECT INTRAMURAAL – EXTRAMURAAL	34
Postnatale gezondheidspromotie binnen een verkort ziekenhuisverblijf.....	35

Overdracht van intramurale naar extramurale zorg	36
3.3 POSTNATAAL EXTRAMURAAL ZORGTRAJECT	37
Frequentie postnataal extramuraal zorgtraject	37
Postnatale extramurale zorg door verschillende zorgverleners.....	38
Verlengde geelzucht.....	42
4. Bijlages	43
BIJLAGE 1: SCREENING PSYCHOSOCIALE KWETSBAARHEID VIA BORN IN BELGIUM PROFESSIONALS TOOL VOLGENS VOLGENDE SCHEMA'S.	43
BIJLAGE 2: DOORVERWIJLSINSTRUMENT VOOR HET OPVOLGEN VAN ZWANGERSCHAPPEN IN DE EERSTE LIJN IN HET PERPLEX ZORGNETWERK.....	44
BIJLAGE 3: GEÏNTEGREERD PRENATAAL ZORGPAD: LABO-SCHEMATISCH OVERZICHT	58
BIJLAGE 4: PRENATALE SCREENING – COUNSELING	59
BIJLAGE 5: THEMA'S VOOR PRENATALE VGO SESSIONS.....	66
BIJLAGE 6: GEWICHTSVERANDERING IN DE ZWANGERSCHAP	67
BIJLAGE 7: BORSTVOEDING – ALGEMENE VISIE EN BELEID	70
BIJLAGE 8: FLOWCHART VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING (VGV)	74
BIJLAGE 9 : TOOL – ROOKVRIJE START.....	75
BIJLAGE 10: AANVRAAG RH CFFDNA (UZ LEUVEN).....	76
BIJLAGE 11: BELEID BIJ HYPERBILIRUBINEMIE VOOR ZUIGELINGEN OP DE KRAAMAFDELING EN BIJ KORT ZIEKENHUISVERBLIJF.....	78
BIJLAGE 12: VERLENGDE GEELZUCHT BIJ ZUIGELINGEN	81
BIJLAGE 13: STOELGANGSKAART	82
BIJLAGE 14: KLINISCH ONDERZOEK VAN DE PASGEBORENE	83
BIJLAGE 15: GETRAPT SCREENINGSPROTOCOL VOOR DETECTIE VAN DEPRESSIE EN ANGST.....	84
BIJLAGE 16: POSTPARTUM GVO NAAR ONTSLAG, BIJ KORT VERBLIJF.....	86
BIJLAGE 17: CHARTER GEÏNTEGREERDE PERINATALE SAMENWERKING	88
BIJLAGE 18: ALGEMEEN PRINCIPE VOOR EEN UNIVERSELE EN GEÏNTEGREERDE PRENATALE OPVOLGING (KCE)	90
1. Een volledig en geïntegreerd zorgpad.....	90
2. Een multidisciplinaire entourage	94
3. Een zorgplan voor elke zwangere vrouw	95
BIJLAGE 19: SCREENING ZWANGERSCHAPSDIABETES (VLAAMSE CONSENSUS 2024).....	96
BIJLAGE 20: ZORGAANBOD PIMH VLAAMS-BRABANT (PERINET)	98
BIJLAGE 21: ORGANISATIE VAN PERPLEX (PERINATAAL ZORGPAD BINNEN HET PLEXUS ZORGNETWERK).....	99

Geïntegreerd Perinataal Zorgtraject bij laag-risico zwangerschap

(PerPlex - Perinataal zorgpad in het Plexus zorgnetwerk)

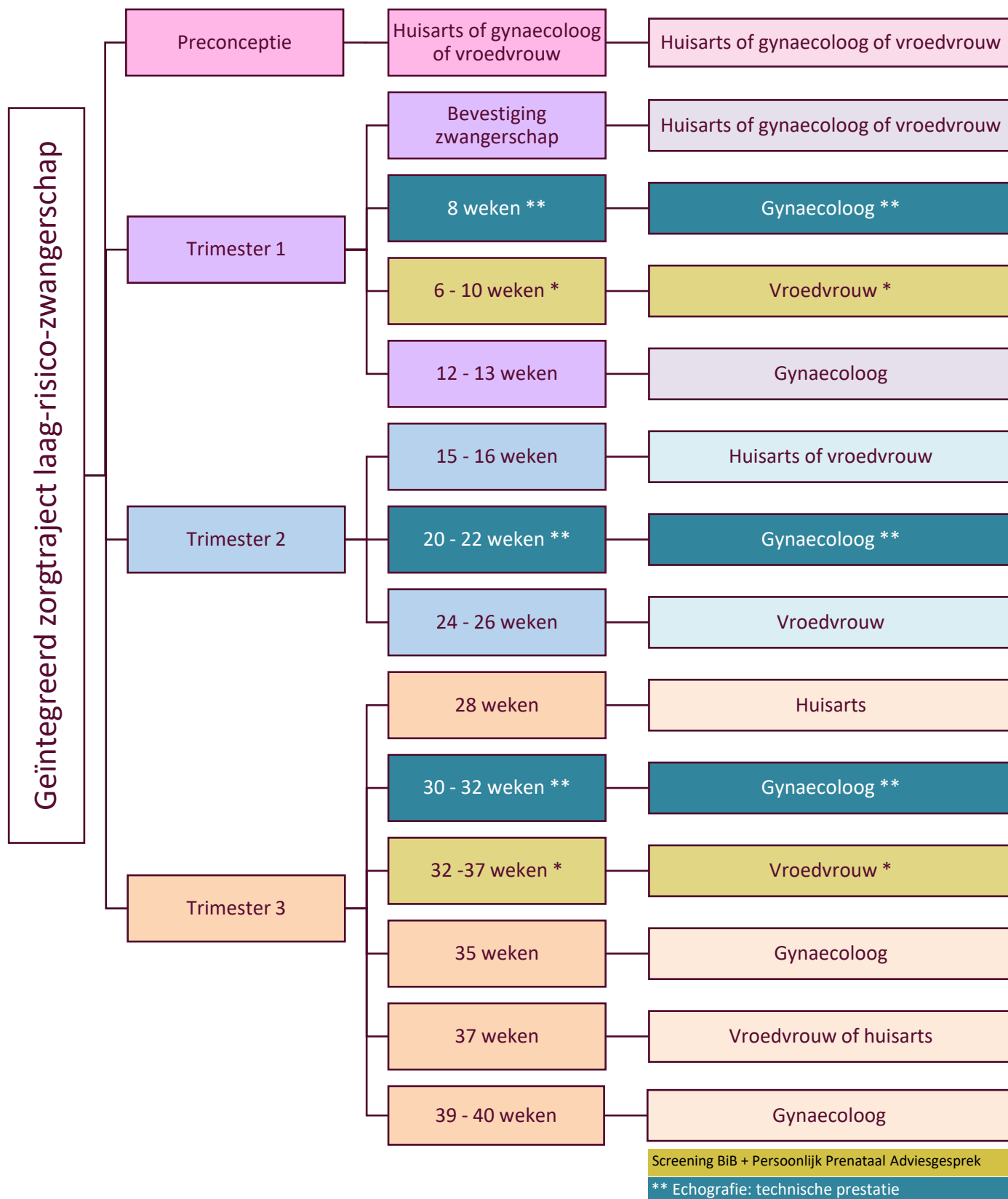
1. Introductie

Dit Zorgpad voor Geïntegreerde Perinatale Zorg bij laag-risicozwangerschap omschrijft de manier waarop de perinatale zorg in het Plexus zorgnetwerk, regio Leuven-Tienen-Diest, wordt georganiseerd en waarop de verschillende zorgverleners samenwerken op vlak van de preconceptiezorg, de prenatale zorg en de zorg tot 6 weken na de geboorte.

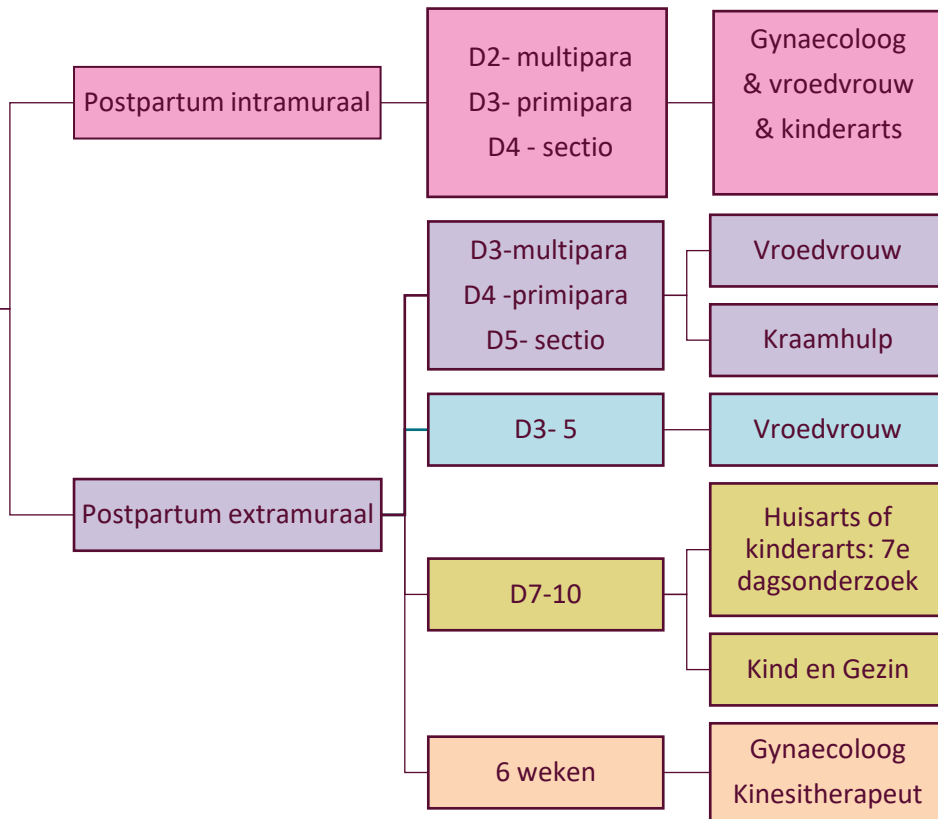
Het zorgpad kwam tot stand in co-creatie met de verschillende zorgpartners uit onze regio, met als doel een duurzame, kwaliteitsvolle pre- en postnatale zorg voor de (toekomstige) moeder en de pasgeborene.

Dit geïntegreerd perinataal zorgtraject is voortdurend in evolutie en wordt up-to-date gehouden. Het overleg en de samenwerking tussen de verschillende zorgpartners uit de regio blijft evolueren binnen een gecoördineerde regionale structuur. De manier waarop de samenwerking wordt georganiseerd en aangestuurd is terug te vinden in [bijlage 19](#).

1.1 Het Geïntegreerd Perinataal Zorgtraject - Opvolgschema



Geïntegreerd postnataal zorgtraject



1.2 Definiëring

Begrippenlijst

PRENATALE PERIODE

De periode tijdens de zwangerschap.

INTRAPARTALE PERIODE

De periode rondom de geboorte, startende bij de start van de arbeid en eindigend na de placentaire fase en het toedienen van de eerste zorgen aan moeder en kind.

POSTNATALE PERIODE

De periode die begint onmiddellijk na de placentaire fase en na het toedienen van de eerste zorgen aan moeder en kind. Deze periode duurt tot 6 weken na de geboorte. De periode kan opgedeeld worden in 'de onmiddellijke postnatale periode' (de eerste 24 uur), 'de vroege postnatale periode' (dag 1 t.e.m. dag 7) en de 'late postnatale periode' (dag 8 t.e.m. dag 42).

POSTNATALE ZORG

Alle professionele medische en niet-medische zorg voor moeder en kind verleend tijdens de postnatale periode.

KRAAMZORG

De zorg verleend door medische (en niet-medische) zorgverleners aan moeder en kind tijdens de postnatale zorg.

INTRAMURALE ZORG

De zorg geboden in een zorginstelling, zoals een ziekenhuis, gedurende een onafgebroken verblijf van meer dan 24 uur.

EXTRAMURALE ZORG

Ook wel de ambulante zorg genoemd, de zorg verleend in de eerstelijns gezondheidszorg, dit kan zowel bij het gezin thuis als op een locatie waarbij het gezin vanuit de eigen woonomgeving naar de hulpverlener toekomt (bvb. in de praktijk).

LAAG-RISICO ZWANGERSCHAP

Zwangerschap waarbij er geen medische of psychosociale risicofactoren aanwezig zijn.

Zorgverleners/zorgorganisaties

GYNAECOLOOG

Arts specialist, gespecialiseerd in de diagnose, behandeling en het onderzoek van ziekten en afwijkingen van de vrouwelijke geslachtsorganen, vruchtbaarheidsproblemen en in de begeleiding van zwangerschappen en bevallingen met of zonder complicaties. De gynaecoloog kan werkzaam zijn in de intramurale en/of extramurale zorg.

KINDERARTS

Arts specialist, gespecialiseerd in de opvolging van de ontwikkeling van pasgeborenen en kinderen en de preventie en de diagnose, behandeling en het onderzoek van bij hen voorkomende ziekten. De kinderarts kan werkzaam zijn in de intramurale en/of extramurale zorg.

HUISARTS

Arts met bijzondere bekwaming in de huisartsgeneeskunde. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor ziekte en gezondheid en beheert en deelt het globaal medisch dossier van de patiënt.

VROEDVROUW

De vroedvrouw is een deskundige op het gebied van zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Zij is medisch geschoold in het begeleiden en opvolgen van de normale zwangerschap, bevalling en postpartum.

VROEDVROUW INTRAMURAAL

Ook wel de ziekenhuisvroedvrouw genoemd. De vroedvrouw werkzaam in het ziekenhuis of een zorginstelling.

VROEDVROUW EXTRAMURAAL

Ook wel de eerstelijns vroedvrouw genoemd. De vroedvrouw werkzaam in de eerstelijnszorg.

KRAAMHULP/KRAAMVERZORGENDE

Kraamhulp is intensieve, kortdurende en professionele hulp die onmiddellijk na het ziekenhuisverblijf of na de bevalling thuis wordt opgestart. Kraamhulp wordt geboden door een speciaal opgeleide kraamverzorgende. De kraamverzorgende helpt bij de babyverzorging en –voeding, heeft aandacht voor de andere kinderen en neemt licht huishoudelijke taken over zodat het gezin in alle rust kan wennen aan de nieuwe situatie.

KINESITHERAPEUT

Deskundige die preventieve informatie verschaft d.m.v. oefeningen of massage met het oog op de fysieke aspecten van zwangerschap, bevalling en postpartum en die specifieke zwangerschapsgerelateerde klachten behandelt, zoals rug- en bekkenklachten.

APOTHEKER

Deskundige op het gebied van geneesmiddelen. Het aantal zwangere vrouwen dat geneesmiddelen neemt die potentieel schadelijk zouden kunnen zijn voor hun ongeboren kind ligt veel te hoog in ons land. Dat bleek uit een ophefmakende [studie die de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2018 publiceerde](#). Binnen een multidisciplinair team neemt de huisapotheker een belangrijke rol op in het informeren en begeleiden van vrouwen met een zwangerschapswens, tijdens en na de zwangerschap. Voorbeelden van farmaceutisch zorgverlening: medicatiebewaking en medicatie nazicht, advies om tijdig te starten met foliumzuur, voorzichtig omgaan met pijnstillers en ontstekingsremmers, opvolgen dat chronische medicatie niet abrupt wordt stopgezet, veilig zelfzorgadvies bij ongemakken, advies over het belang van vitamines, gezonde levensstijl, vaccinatie ...

KIND EN GEZIN

Begeleiding van ouders en gezinnen tijdens de zwangerschap en na de geboorte. De zorgverlening van Kind & Gezin bestaat uit huisbezoeken en consultaties in een lokaal bureau.

Kwaliteitsvolle zorg in de eerste lijn binnen de geïntegreerde perinatale samenwerking

Om kwaliteitsvolle zorg te waarborgen binnen de geïntegreerde perinatale samenwerking hebben zowel de eerstelijnsvroedvrouwen als de kraamzorgdiensten binnen de regio Leuven-Tienen-Diest zich geëngageerd een samenwerkingsovereenkomst te ondertekenen met de Plexus ziekenhuizen en hiermee een aantal kwaliteitscriteria te hanteren.

OVEREENKOMST TUSSEN DE PLEXUS ZIEKENHUIZEN EN DE GROEPSPRAKTIJKEN VAN VROEDVROUWEN

Uitgaande van de doelstellingen van Geïntegreerde Perinatale Samenwerking in regio Leuven-Tienen-Diest, zijnde:

De geïntegreerde perinatale samenwerking tussen de verschillende zorgpartners in regio Leuven-Tienen-Diest formaliseren met als doel:

- Het zorgpad binnen de regionale Geïntegreerde Perinatale Samenwerking, dat kwaliteitsvolle zorg garandeert ongeacht waar de zwangere vrouw en/of moeder en kind verzorgd worden, toepassen en bijsturen
- Kwaliteitsvolle zorg in de pre- en postnatale periode, met bijzondere aandacht voor kwetsbare gezinnen
- Een geïntegreerde perinatale zorg met verbinding en vlotte overgang tussen de verschillende actoren betrokken bij de begeleiding van een vrouw vanaf conceptie tot in het postpartum, zonder overlap en zonder gaten in het vangnet
- De neuzen van alle betrokken zorgverstrekkers in dezelfde richting houden en streven naar interdisciplinaire samenwerking

Wordt overeengekomen wat volgt:

De Plexus ziekenhuizen en de groepspraktijken van vroedvrouwen

1. onderschrijven en verklaren zich akkoord met het volgen van **het geïntegreerd perinataal zorgpad** en respecteren de taakverdeling tussen de verschillende zorgverstrekkers in eerste en tweede lijn tijdens de zwangerschap en het postpartum (opvolging zwangerschap, 7^e dagsonderzoek, kraamzorgtaken,...), het zorgpad wordt in dialoog met de verschillende zorgpartners geüpdatet.
2. gebruiken de Born in Belgium (BiB) screening bij het begin van elke zwangerschap. Beide partijen hanteren hiervoor de BiB-tool en leiden de zwangere vrouw naar het meest optimale zorgtraject volgens de gemaakte afspraken in het zorgpad. Zij werken hiervoor samen met de gepaste zorg- en welzijnswerkers.
3. stemmen de zorg af op de noden van de zwangere en haar partner en handelen volgens de geldende wet op de patiëntenrechten. De zwangere mag te kennen geven de geboden zorg en/of informatie te weigeren.
4. geven **gezondheidsvoorlichting** aan de ouders conform de regionale, nationale en internationale richtlijnen.
5. stellen tijdig aan het coördinatieteam en/of de wetenschappelijke stuurgroep de nodige **informatie en documentatie** (klinische en/of statistische gegevens) uit het **elektronisch**

patiëntendossier ter beschikking indien nodig binnen het kader van onderzoek/monitoring of in het kader van de optimalisatie van de kwaliteit van de zorg.

6. nemen deel aan de **gestructureerde overlegmomenten en vorming** voor evaluatie en bijsturing van de regionale geïntegreerde perinatale samenwerking.
7. zullen t.a.v. de patiënten **transparant communiceren over de kosten van de zorg**, werken zo **kostenefficiënt** als mogelijk en zorgen voor een **financieel toegankelijke zorg**, in het bijzonder bij financieel kwetsbare gezinnen.

De Plexus ziekenhuizen

1. engageren zich er toe dat elke betrokken zorgverstrekker in het ziekenhuis op de hoogte is van de regionale geïntegreerde perinatale samenwerking, de patiënten informeert en handelt conform de afspraken in het zorgpad.
2. zorgen voor een zo adequaat mogelijke communicatie met de eerstelijns zorgverstrekkers.

De groepspraktijk van vroedvrouwen

1. heeft het **Good Practice Logo van de VBOV**, zowel voor de praktijk als voor elke individuele vroedvrouw binnen de praktijk.
2. verbindt zich tot **continuïteit van zorg** en voorziet een permanentie 24/7, alle dagen van het jaar.
3. zorgt voor het adequaat beantwoorden (= conform het zorgpad) van de zorgvragen gesteld door de patiënten, zowel via telefonisch contact, als aan de hand van consultaties, en/of huisbezoeken. Het eerste postnataal huisbezoek vindt plaats ten laatste **de dag na ontslag uit het ziekenhuis** bij < = 3 nachten na vaginale bevalling en < = 5 nachten na sectio. Indien nodig vindt het huisbezoek plaats de dag van ontslag.
4. bestaat uit **ten minste drie vroedvrouwen (of uit meerdere groepspraktijken van minstens twee vroedvrouwen die een onderlinge overeenkomst voorleggen) die één gezamenlijk/gedeeld elektronisch patiëntendossier** gebruiken waarbinnen elke vroedvrouw van de praktijk over een eigen licentie beschikt, met een gemiddelde van minimum 50 patiëntendossiers per vroedvrouw per jaar. Er wordt een wachtregeling en een telefonische permanentie voorzien voor de 24/7 permanentie.
5. geeft elke wijzing in de praktijkinformatie en/of de conventiestatus van de vroedvrouwen in de praktijk meteen door aan de coördinator van Perplex.

OVEREENKOMST MET DE KRAAMZORGDIENSTEN

Uitgaande van de doelstellingen van Geïntegreerde Perinatale Samenwerking in regio Leuven-Tienen-Diest, zijnde :

De geïntegreerde perinatale samenwerking tussen de verschillende zorgpartners in regio Leuven-Tienen-Diest formaliseren met als doel:

- Het zorgpad binnen de regionale Geïntegreerde Perinatale Samenwerking, dat kwaliteitsvolle zorg garandeert ongeacht waar de zwangere vrouw en/of moeder en kind verzorgd worden, toepassen en bijsturen

- Duurzame en kwaliteitsvolle zorg in de pre- en postnatale periode, met bijzondere aandacht voor kwetsbare gezinnen
- Een geïntegreerde perinatale zorg met verbinding en vlotte overgang tussen de verschillende actoren betrokken bij de begeleiding van een vrouw vanaf conceptie tot in het postpartum, zonder overlap en zonder gaten in het vangnet
- De neuzen van alle betrokken zorgverstrekkers in dezelfde richting houden en streven naar interdisciplinaire samenwerking

Wordt overeengekomen wat volgt:

De kraamzorgdienst

1. engageert zich om een **equipe van polyvalent verzorgenden met specifieke opleiding in kraamzorg, 'kraamverzorgenden' genoemd**, binnen de dienst gezinszorg vrij te stellen die de kraamzorggezinnen verzorgt
2. voorziet in een **door de Expertisecentra gevalideerde en kwaliteitsvolle opleiding en in adequate bijscholing** van haar kraamverzorgenden, met de nodige aandacht voor de baby en met kennis van borstvoeding
3. engageert zich om **kraamzorg op maat** van, en in overleg met het gezin te geven; indien nodig te kunnen opstarten de dag na ontslag en indien nodig en/of gewenst ook tijdens het weekend en op feestdagen.
4. elke opstart kraamzorg dient in totaal **minstens 4 uren** zorg te bevatten, dit kan ook in beurten worden opgenomen. Elke aanvraag kraamzorg dient uiterlijk in de zesde zwangerschapsmaand aangevraagd te worden. De ouders worden geadviseerd de dag van de bevalling de dienst gezinszorg te verwittigen.
5. zorgt voor een **telefonische permanentie**, ook in het weekend en op feestdagen
6. engageert zich tot het uitbouwen van een goede **samenwerking** met de eerstelijns vroedvrouwen (conform het zorgpad en uitgeklaard takenpakket kraamverzorgende/vroedvrouw) en met de ziekenhuizen.
7. engageert zich om deel te nemen aan de **gestructureerde overlegmomenten en vorming** voor evaluatie en bijsturing van de geïntegreerde perinatale samenwerking
8. engageert zich te houden aan de gemaakte tariefafspraken gebaseerd op de regelgeving van diensten voor gezinszorg, waarbij de prijs bepaald wordt adhv het gezinsinkomen met het oog op **betalbare zorg voor iedereen**.
9. stelt zo nodig data ter beschikking ten einde de continuïteit en kwaliteit van zorg binnen de geïntegreerde perinatale samenwerking te kunnen monitoren.
10. geeft elke wijzing in de contactgegevens en andere relevante informatie over de organisatie meteen door aan de coördinator Perplex.

2. Het geïntegreerd prenataal zorgtraject

2.1 Algemeen principe voor een universele en geïntegreerde prenatale opvolging

Dit geïntegreerd prenataal zorgpad is gebaseerd op het algemene principe voor een universele en geïntegreerde prenatale opvolging zoals aanbevolen door het KCE (2019).

De prenatale opvolging moet universeel en geïntegreerd zijn om een optimale gezondheid en veiligheid te garanderen voor alle zwangere en recent bevallen vrouwen op Belgisch grondgebied. De draagwijdte en intensiteit moeten ook kunnen worden afgestemd op ieders behoeften (proportioneel universalisme). Ze moet een naadloze overgang garanderen vanaf de preconceptieperiode tot de post-partumperiode, van de ene zorgverlener naar de andere en van basiszorg naar gespecialiseerde zorg. Dit alles zou ondersteund moeten worden door een geschikt financieringssysteem.

Het doel is om een complete, gestructureerde en gecoördineerde zorg voor alle zwangere vrouwen te garanderen, ongeacht het risiconiveau van de zwangerschap, aangevuld met de nodige elementen voor de veiligheid van vrouwen met een hoger medisch risico. Bijzondere inspanningen moeten worden geleverd om kwetsbare vrouwen te bereiken die het risico lopen tussen de mazen van het net te glippen en hierdoor niet of pas laattijdig opgevolgd kunnen worden.

De prenatale opvolging steunt op drie essentiële elementen:

- Een volledig en geïntegreerd prenataal zorgpad,
- Een multidisciplinaire entourage aangepast aan ieders behoeften, die wordt gecoördineerd door een zorgcoördinator,
- Een zorgplan.

(KCE, 2019)

Meer info in [bijlage 18](#).

2.2 Opvolgschema laag-risico-zwangerschap

Het opvolgschema voor een laag-risicozwangerschap kan variëren naargelang de lokale en regionale afspraken tussen zorgverstrekkers en de keuze van de zwangere vrouw.

Voor het opvolgschema binnen de regio Leuven-Tienen-Diest werd, naargelang de consultaties, steeds maximaal ingezet op de expertise van de verschillende zorgverstrekkers.

Er is in dit traject aandacht om zo efficiënt en “lean” mogelijk te werken om overconsumptie van publieke middelen te voorkomen.

2.3 Geïntegreerde prenatale zorg in de praktijk

Geïntegreerde prenatale zorg betekent dat zwangere vrouwen continuïteit ervaren in de zorgverlening en dit vanuit diverse invalshoeken:

- van zwangerschap tot geboorte en de zorg voor de baby en peuter in zijn gezin
- tussen eerste en tweede lijn

- tussen gezondheid en geestelijke gezondheid en welzijn
- van preventie naar diagnose en behandeling (gezondheid) of naar indicatiestelling, ondersteuning en hulp tot aanklappende zorg bij verontrusting (welzijn)

De zorg wordt afgestemd op de noden van de zwangere en haar partner. Het is een dynamisch zorgtraject dat kan aangepast worden aan nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen. Binnen de regio Leuven- Tienen- Diest richten we ons momenteel met het geïntegreerd perinataal zorgtraject enkel op de pre- en postnatale begeleiding.

Het sluit de keuze van de plaats en zorgverstrekker voor de partus niet uit.

De zwangere mag te kennen geven de geboden zorg en/of informatie te weigeren.

Elke zorgvertrekker handelt volgens de geldende wet op de patiëntenrechten.

2.4 Afspraken over communicatie t.a.v. de zwangere vrouw

Ongeacht waar de zwangere zich voor het eerst aanmeldt zal dit zorgpad en de multidisciplinaire samenwerking worden voorgesteld als de standaard manier van werken, de ideale follow-up bij een laag-risico-zwangerschap.

Indien de zwangere het toch anders wil, kan zij nog steeds kiezen voor 1 zorgverstrekker.

2.5 Het zorgpad in detail

Onderstaande pagina's bieden een overzicht van het prenatale zorgpad in detail. Voor iedere consultatie wordt dezelfde structuur aangehouden alsook wordt er meegegeven bij welke zorgverstrekker de consultatie kan plaatsvinden.

Overzicht van de contactmomenten:

- [Preconceptieconsult](#)
- [Eerste consult bij de huisarts, gynaecoloog of vroedvrouw](#)
- [8 weken bij de gynaecoloog](#) **
- [6 – 10 weken + integratie eerste PPA consultatie, bij de vroedvrouw](#) *
- [≥ 12 – 13 weken bij de gynaecoloog](#)
- [15 – 16 weken bij de huisarts of vroedvrouw](#)
- [20 – 22 weken bij de gynaecoloog](#) **
- [24 – 26 weken bij de vroedvrouw](#)
- [28 weken bij de huisarts](#)
- [30 – 32 weken bij de gynaecoloog](#) **
- [32 – 37 weken bij de vroedvrouw](#) *
- [35 weken bij de gynaecoloog](#)
- [37 weken bij de vroedvrouw of huisarts](#)
- [39 – 40 weken bij de gynaecoloog](#)

Preconceptie

Preconceptieconsult (huisarts of gynaecoloog of vroedvrouw)

Anamnese	KOZ	Labo	VGO	Plan	Foliumzuur
•Beleving en klachten •Leefgewoonten •Risicogedrag/ SOA •Medisch risico •Erfelijk risico •Doorverwijzen naar tweede lijn indien nodig	•Bloeddruk •Gewicht •Lengte •Borstonderzoek	•ABO en RhD •Hb (op indicatie) •Irreguliere antistoffen •Rubella IgG (herhalen eerste consult indien negatief preconceptie) •Toxoplasmose IgG + IgM •CMV IgG + IgM •Hepatitis BsAg •HIV •Syphilis TPHA •Varicella IgG (indien nodig) •TSH •PAP	•Rookstopadvies •Kinderwens en planning •Info over follow-up tijdens de zwangerschap •BMI >25: counselen naar eetgedrag en gewichtsreductie. •Advies rond toxoplasmose, CMV en Listeria •Prenatale counseling	•Vaccinatie Rubella, zo nodig + 1 maand contraceptie! •Cervixuitstrijkje indien >3 jaar geleden	•R/ foliumzuur (1m preconceptie tot 12w zws) •Normaal risico: 0,4mg/d •Verhoogd risico: 4mg/d bij - DM type I en II - Thalassemie - VG neuralebuisdefecten - Carbamazepine of valproaat - BMI >35 - Bariatrische chirurgie

Eerste trimester

Eerste consult (huisarts of gynaecoloog of vroedvrouw)

Anamnese	KOZ	Labo	VGO	Foliumzuur
• Bevestiging zwangerschap • Actieve medische risicostratificatie • Herevalueren risico-niveau • Beleving en klachten • Doorverwijs-instrument	• Bloeddruk • Gewicht / Lengte • Urine: proteïnurie	• ABO en RhD (indien niet gekend) • Irreguliere antistoffen • Hb, Hct, RDB, trombocyten, WBC • Hep BsAg • Ferritine • HCG (op indicatie) • TSH • HIV • Toxoplasmose IgG + IgM • CMV IgG + IgM (IgG aviditeit) <i>(niet terugbetaald)</i> • Syfilis TPHA • Rubella IgG (indien negatief preconceptie) • Glycemie nuchter of vroege OGTT (risicofactoren?)	• Multidisciplinaire samenwerking bespreken: • zorgpad als ideale follow-up • informeren BiB screening als onderdeel van opvolging • Bijlage 1: flowcharts BiB • GVO sessies bij vroedvrouw • Levensstijl en rookstop advies indien nodig. • Counseling prenatale screening • Prenatale counseling	• R/foliumzuur (1m preconceptie tot 12 w zws)

Eerste trimester

Consultatie 8 weken (gynaecoloog)

Anamnese

- Herevalueren van het risiconiveau (eventuele doorverwijzing)
- Beleving en klachten

KOZ

- Bloeddruk
- Gewicht

VGO

- Resultaten prenataal labo
- Prenatale screening
- Andere prenatale onderzoeken en consequenties (labo, echo, urine, GBS)
- Counseling
- informeren over + toeleiden naar BiB

[Bijlage 1: flowcharts](#)

[BiB](#)

Plan

- Influenza vaccinatie indien relevant
- Vaccinatie Covid-19
- Datingecho

Foliumzuur

- R/ foliumzuur (1m preconceptie tot 12w zws)

Eerste trimester

Consultatie 6-10 weken (vroedvrouw)* + integratie eerste PPA consultatie

KOZ

- Bloeddruk
- Gewicht (zie bijlage 6)

PPA-consultatie (voor 14 weken)

- Bespreking mogelijkheden zwangerschapsopvolging
- Zorgplan opstellen
- Screening psychosociale kwetsbaarheid met BiB-tool
 - indien nodig eerste Persoonlijk Prenataal Adviesgesprek of doorverwijzen voor PPA-gesprek
- indien nodig extra ondersteuning + contactname PERINTI/PAREL
- indien nodig: keuze zorgcoördinator

[Bijlage 1: flowcharts](#)

VGO

- Extra info over prenatale screening (zie ook afspraken rond counseling)
 - Kinderopvang
 - Veranderingen in de zwangerschap (lichamelijk en emotioneel)
 - Voeding en medicatie
 - Belang van lichaamsbeweging in zwangerschap
 - Levensstijl (roken, drugs, alcohol)
 - Seksualiteit in de zwangerschap
 - Bespreken van de GVO sessies
- [\(VGV flowchart\)](#)

Tweede trimester

Consultatie ≥ 12 -13 weken (gynaecoloog)

Anamnese	KOZ	Labo	Echografie	VGO
• Herevalueren van het risiconiveau (eventuele doorverwijzing) • Beleving en klachten	• Bloeddruk • Gewicht	• NIPT • Indien Rh negatieve zwangere: cffDNA analys foetale D (niet terugbetaald, 55 euro) - (aanvraagdocument in bijlage 10, zet huisarts in kopie) • TSH- indien substitutie (nieuwe controle op 20 weken) • Urinecultuur (asymptomatische bacteriurie) • CMV IgG + IgM indien negatief bij intake (niet terugbetaald)	• Eerste trimester echografie ≥ 12 weken	• check BiB-screening en verwijs indien nodig door voor screening Bijlage 1: flowcharts BiB

Tweede trimester

Consultatie 15-16 weken (huisarts of vroedvrouw)

Anamnese

- Herevalueren van het risiconiveau (eventuele doorverwijzing)
[Doorverwijs-instrument](#)
- Beleving en klachten

KOZ

- Bloeddruk
- Gewicht
- Fundushoogte
- Doptone

VGO

- BiB-screening indien nog niet gebeurd
 - PPA-gesprek
 - Zorgcoördinatie[Bijlage 1: flowcharts BiB](#)
- Bespreken VGO sessies
- Lichamelijke en emotionele vernaderingen
- Kinderopvang oke?
- Bevraging voedingskeuze, belang van borstvoeding (bijlage 7)
- Wanneer ga ik naar het ziekenhuis?
- GCT of OGTT op 24-28 weken afhankelijk van risicofactoren

Plan

- Influenza vaccinatie indien relevant en nog niet uitgevoerd in trimester 1

Tweede trimester

Consultatie 20-22 weken (gynaecoloog)

KOZ

- Bloeddruk
- Gewicht
- Urine: proteïnurie en glucosurie
- Fundushoogte
- Doptone

Labo

- TSH bepaling (indien substitutie)

Echografie

- Structurele 2e trimester echografie

VGO

- Check BiB:
 - afgenomen?
 - opvolging: PPA en Zorgco?
 - Geen BiB: asap doorverwijzen naar Parel/Perinti/...

[Bijlage 1: flowcharts BiB](#)

Tweede trimester

Consultatie 24-26 weken (vroedvrouw)

Anamnese	KOZ	Labo	VGO	Plan
• Herevalueren van het risiconiveau (eventuele doorverwijzing) <u>Doorverwijsinstrument</u> • Beleving en klachten	• Bloeddruk • Gewicht • Urine: proteïnurie + glucosurie • Fundushoogte • Doptone • Kindsbewegingen	• GCT indien geen risicofactoren • OGTT bij risicofactoren (BMI ≥ 30 of voorgeschiedenis GDM) • Toxoplasmose IgG en IgM indien IgG negatief (niet terugbetaald) • Hb • Ferritine • MCV, MCH, MCHC <u>Labo</u>	• Belang borstvoeding • Aanvraag groeipakket • Verlof (bevalling, borstvoeding, ouderschap) • Kraamhulp • Wanneer naar ziekenhuis? • Signalen vroegtijdige ontsluiting • Verminderde kindsbeweging • VGO sessies • PPA-gesprek (indien niet eerder of door andere zorgverlener gedaan) • Geboorteplan, verloop gang van zaken • Angsten en bezorgdheden • Opstellen postnataal zorgpad	• 2de PPA consultatie indien nodig • Kinesist • Aanmelden startgesprek Kind&Gezin • Erkenning van het kind indien niet gehuwd • Rubella vaccinatie plannen in postpartum indien Rubella preconceptioneel negatief (huisarts)

Derde trimester

Consultatie 28 weken (huisarts)

Anamnese	KOZ	Labo	Vaccinatie	VGO
• Herevalueren van het risiconiveau (eventuele doorverwijzing) Doorverwijs-instrument • Beleving en klachten	• Bloeddruk • Gewicht • Urine: proteïnurie + glucosurie • Fundushoogte • Ligging baby • Harttonen • Kindsbewegingen	• OGTT (indien nodig) • <u>Irreguliere antistoffen</u> (indien NIPT Rh-D onbekend of positief)	• Kinkhoestvaccinatie • Rhogam (indien NIPT Rh-D onbekend of positief)	• 1ste PPA-gesprek indien nog niet eerder afgerond of opgenomen door andere zorg-of welzijnsprofessional. Bijlage 1: flowcharts BIB

Derde trimester

Consultatie 30-32 weken (gynaecoloog)

KOZ

- Bloeddruk
- Gewicht
- Urine: proteïnurie en glucosurie
- Fundushoogte
- Doptone
- Ligging
- Indaling
- Contracties
- Oedemen
- Kindbewegingen

Echografie

- Echo 3 + raadpleging samen met echo of aparte sessie in de eerste of de tweedelij door KOZ

Derde trimester

Consultatie 32-37 weken (vroedvrouw)*

VGO

- VGO sessies bespreken
- Wanneer begint de arbeid en wat doe ik dan?
Wanneer ga ik naar het ziekenhuis?
- Verwachtingen en voorbereidingen op bevalling
- Keuzemogelijkheden geboorteplan
- Voorbereiding postpartum
- Infomoment borstvoeding
- Emoties in de eerste week postpartum
- Follow-up thuis na de geboorte
 - Vroedvrouw bij thuiskomst
 - 7e dagsonderzoek van de pasgeborene
 - Huisbezoek door trajectbegeleider Kind en Gezin
- Bevallings- en borstvoedingsverlof
- Startbedrag aanvragen
- Kraamhulp

PPA-consultatie (tussen 32w en 35w)

- Verwachtingen en voorkeuren van de zwangere vrouw met betrekking tot arbeid en bevalling vastleggen in het gedeeld digitaal dossier. Deze worden vooraf besproken met het verloskundig team.
- 2de PPA-gesprek
- Voorbereiden overdracht zorgcoördinatie conform regionale afspraken (in opbouw)
- Zorgplan afronden

Derde trimester

Consultatie 35 weken (gynaecoloog)

Anamnese

- Herevalueren van het risiconiveau (eventuele doorverwijzing)
- Beleving en klachten

KOZ

- Bloeddruk
- Gewicht
- Urine: proteïnurie + glucosurie
- Fundushoogte
- Ligging baby
- Harttonen
- Kindsbeweging
- Oedemen

Labo

- GBS wisser (tussen 35 en 37w)

Derde trimester

Consultatie 37 weken (vroedvrouw of huisarts)

Anamnese

- Herevalueren van het risiconiveau (eventuele doorverwijzing)
- Beleving en klachten
- [Doorverwijsinstrument](#)

KOZ

- Bloeddruk
- Gewicht
- Urine: proteïnurie + glucosurie
- Fundushoogte
- Ligging baby
- Harttonen
- Kindsbeweging

VGO

- Bespreken resultaten GBS screening + kopie resultaten in zwangerschapsboekje
- Informatie en vragen rond bevalling en borstvoeding
- Indien gewenst: bespreken van anticonceptie na de bevalling (heropnemen in postpartum)
- Verzekeren FU 39 weken

Derde trimester

Consultatie 39-40 weken (gynaecoloog)

Anamnese

- Herevalueren van het risiconiveau (eventuele doorverwijzing)
- Beleving en klachten

KOZ

- Bloeddruk
- Gewicht
- Urine: proteïnurie + glucosurie
- Fundushoogte
- Ligging baby
- Indaling
- Harttonen
- Kindsbeweging
- Oedemen

2.6 Verwijsmomenten van eerste- naar tweede lijn

Een duidelijke eensgezindheid tussen professionals is van essentieel belang in situaties waarin een toekomstige moeder moet worden doorverwezen naar specialistische zorg. Dit geldt voor heel de periode van de zwangerschap alsook in het postpartum. Een lijst met alarmsignalen moet ervoor zorgen dat zwangeren met risicofactoren tijdig opgespoord worden.

Continuïteit van de begeleiding, nabijheid en toegankelijkheid van de zorg moeten steeds goed bewaard worden bij doorverwijzing. Het verlenen en de overdracht van informatie zijn cruciaal voor de veiligheid en de kwaliteit van het zorgtraject doorheen de verschillende zorgniveaus.

Bij risicozwangerschappen kan – afhankelijk van het risico – de opvolging van de zwangere eventueel gebeuren door een samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Dit onder verhoogde waakzaamheid en mits regelmatig overleg. Echter is het zo dat een aantal problemen advies van een specialist, een directe doorverwijzing of een spoedverwijzing vereisen. Andere problemen kunnen na correctie terug naar het gedeeld zorgpad verwezen worden.

In [bijlage 2](#) kan het **doorverwijsinstrument** teruggevonden worden voor het opvolgen van zwangerschappen in de eerste lijn. Dit doorverwijsinstrument is gebaseerd op het KCE rapport over de Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico (2023) en werd aangevuld met regionale afspraken in co-creatie met de verschillende zorgpartners in het Perplex netwerk.

2.7 Screening kwetsbaarheid

Naast de standaard medische anamnese wordt er ook routinematig – bij iedere zwangere – gescreend naar factoren die kwetsbaarheid kunnen verhogen.

Hiervoor wordt door de verschillende zorgverstrekkers gebruik gemaakt van de **Born in Belgium Tool**. Screening naar psychosociale kwetsbaarheid wordt vroeg in de zwangerschap gedaan, waarna volgens gedetecteerde kwetsbaarheden verdere zorg gepland en opgestart zal worden ([Bijlage 1: flowcharts BiB](#)).

Aan de hand van de Born in Belgium Professionals screening zullen volgende indicatoren van kwetsbaarheid bevraagd worden:

- Communicatiemoeilijkheden (taal)
- Geboorteland
- Verblijfsstatus (wettelijke verblijfsstatus)
- Opleiding
- Professionele situatie (en die van partner)
- Financiële situatie
- Huisvesting
- Sociale steun
- Psychologische antecedenten / Depressie / Angst
- Medicatiegebruik
- Middelengebruik
- Geweld

Indien het nodig zou blijken, kunnen er steeds bijkomende vragen gesteld worden. Een goede samenwerking met de Perinatale coaches van o.a. PERINTI en PAREL (of met andere organisaties) zijn van belang om tijdig te kunnen doorverwijzen.

Zij kunnen op basis van de sociale kaart de gepaste zorgactor betrekken. Ook de lokale teams van Kind en Gezin kunnen reeds in de zwangerschap ondersteuning opstarten bij kwetsbare gezinnen.

Bij kwetsbare gezinnen, en zeker wanneer in de zwangerschap al ingeschat wordt dat het kind na de geboorte sterk in zijn ontwikkeling wordt bedreigd of niet veilig is in het gezin en er dus extra ondersteuning en/of aanklappende zorg nodig zal zijn, is het aangewezen vroegtijdig contact op te nemen met het **lokaal team van Kind en Gezin**. Er kan dan samen met alle hulpverleners gekeken worden welk traject er kan gegaan worden met het aanstaande gezin en kan elkaars expertises daarin versterkt worden.

[Flowcharts in bijlage 1.](#)

2.8 Specifieke prenatale voorbereiding op verkort ziekenhuisverblijf

Doelstellingen prenatale informatie in het kader van verkort ziekenhuisverblijf

Het geven van prenatale informatie in het kader van een verkort ziekenhuisverblijf binnen de geïntegreerde perinatale samenwerking kent verschillende doelstellingen. Elke doelstelling heeft betrekking op een vlotte overgang van de intramurale zorg naar extramurale zorg. Onderstaande doelstellingen moeten bereikt worden na het geven van de prenatale gezondheidspromotie in kader van verkort ziekenhuisverblijf.

- Het gezin kent de normale/vermoedelijke duur van een opname in het ziekenhuis na een vaginale bevalling en na een niet-gecompliceerde sectio.
- Het gezin is ervan op de hoogte dat de organisatie van het postnataal zorgtraject reeds prenataal moet worden opgestart.
- Het gezin weet hoe een normale postnatale periode verloopt.
- Het gezin weet welke zorg ze thuis moet en kan organiseren en weet bij welke zorgberoepen/zorgorganisaties ze hiervoor terecht kan.
- Het gezin weet hoe ze het aangereikte zorgtraject zelf kan gebruiken en bespreken bij volgende prenatale consultaties.
- Het gezin weet dat de verschillende zorgverleners actief in de postnatale periode samenwerken en doorverwijzen naar elkaar indien nodig.
- Het gezin neemt, reeds prenataal, contact op met een eerstelijns vroedvrouw of vroedvrouwenpraktijk voor de planning en opvolging van de postnatale extramurale zorg.

Prenatale gezondheidspromotie in het kader van verkort ziekenhuisverblijf

De informatie die de prenatale voorbereiding in kader van het verkort ziekenhuisverblijf binnen de geïntegreerde perinatale samenwerking minimaal moet bevatten, wordt hieronder weergegeven. Deze informatie is aanvullend aan het standaard prenataal medisch zorgtraject en de standaard gegeven gezondheidspromotie. Deze informatie kan zowel intra- als extramuraal door een vroedvrouw, gynaecoloog of huisarts gegeven worden. Deze informatie kan in groep of individueel gegeven worden. Indien in groep kan de mogelijkheid geboden worden om extra verdieping te voorzien tijdens een individueel prenataal informatiemoment.

Informatie over het verloop van de normale postnatale periode

- Duur van de opname in kader van het verkort ziekenhuisverblijf, afhankelijk van de pariteit en wijze van bevallen (op basis van de gemaakte afspraken binnen de KIK-samenwerking)
- Ontslagmoment uit het ziekenhuis
- Ontslagcriteria voor de moeder
- Ontslagcriteria voor de baby
- Gebruik van visuele ondersteuning door de tijdslijn (zie p. 5)

Bespreken van de organisatie van de extramurale zorg

- Overzicht geven van de opvolging en ondersteuning na het ontslag uit het ziekenhuis
- Medische opvolging voor moeder en kind
 - o Eerstelijns vroedvrouw

- Huisarts
- Kinderarts
- Gynaecoloog
- Extra opvolging, ondersteuning en hulp voor moeder en kind
 - Kraamhulp
 - Kind en Gezin
 - Postnatale kinesitherapie
- Inschatten van de context en steunfiguren (in kader van verhoogde kwetsbaarheid/kansarmoede): persoonlijke begeleiding met individuele aftoetsing van de context en bepalen van de nood aan extra zorgondersteuning
- Bevragen van hospitalisatieverzekering
- Gebruik van visuele ondersteuning door de tijdslijn

Bespreken van het verloop van de normale postnatale periode voor moeder en kind

- Inhoudelijke informatie over het normaal herstel en alarmsignalen van de moeder
- Inhoudelijke informatie over de normale groei, ontwikkeling en het gedrag en alarmsignalen van de baby

Organisatie van de kraamtijd

- Prenataal contact opnemen met een eerstelijns vroedvrouwenpraktijk
- Kraamhulp aanvragen bij een kraamzorgdienst
- Administratieve regelingen
- Materiaal te voorzien voor extramurale zorg van moeder en kind
- Afspraken met de extramurale zorg door de vroedvrouwenpraktijk
- Afspraken voor het zevendedagsonderzoek van de pasgeborenen met de huisarts/pediater
- Aanwezigheid en verlofregeling van de partner
- Eventuele opvang en zorg voor de andere kinderen
- Informatie over rust tijdens de eerste dagen en beperken van bezoek
- Er zal in het hele traject aandacht zijn om zo efficiënt en “lean” mogelijk te werken om overconsumptie van publieke middelen te voorkomen.

3. Het geïntegreerd postnataal zorgtraject

Helsloot & Walraevens (2015) en NICE (2006) stellen dat het moment waarop de intrapartale periode overgaat in de postnatale periode dient gepaard te gaan met een overdracht. Ook de VBOV vzw (2016) neemt deze aanbeveling op in het document 'Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg' (aanbeveling 6). Wanneer deze overgang samengaat met een wisseling van zorgverlener dient een schriftelijke en mondelinge overdracht te gebeuren. Intramuraal gebeurt dit door de vroedvrouw.

De overgang van de postnatale zorgverlening van intramuraal naar extramuraal dient gepaard te gaan met een overdracht. Dit kan zowel schriftelijk en/of mondeling gebeuren, waarbij er contact is met de zorgverleners die de extramurale zorg zullen overnemen.

3.1 Ontslagcriteria

Aanbeveling 7 opgesteld door de VBOV vzw (2016) stelt dat het moment waarop de postnatale intramurale zorg overgaat in de postnatale extramurale zorg moet gepaard gaan met vooraf bepaalde ontslagcriteria voor moeder en kind.

De ontslagcriteria voor moeder en kind in het kader van de geïntegreerde perinatale samenwerking werden opgesteld in samenspraak met de verschillende betrokken partijen. Consensus omtrent de ontslagcriteria werd bekomen op basis van de voorwaarden voor ontslag en aanbevelingen opgesteld door de American Academy of Pediatrics (AAP, 2012), de American Colleges of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2012, 2015), de Haute Autorité de Santé (HAS, 2014), het KCE (2014), de Vlaamse Vereniging van Kinderartsen (VVK, 2016) en het klinisch pad voor bevallingen met een kort ziekenhuisverblijf (De Bakermat vzw, 2003).

De gehanteerde ontslagcriteria bij vervroegd ontslag uit het ziekenhuis (<72u) binnen de geïntegreerde perinatale samenwerking worden onderverdeeld in medische criteria voor moeder en kind, psychosociale factoren, omgevingsfactoren, zelfstandigheid en informatie.

Het geïntegreerd postnataal zorgpad werd geüpdatet aan de hand van de aanbevelingen uit de Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (WOREL, 2022 en 2024).

3.1.1 Ontslagcriteria moeder

De gehanteerde ontslagcriteria voor de moeder bij vroeg ontslag uit het ziekenhuis (<72u) worden hieronder weergegeven.

Medische ontslagcriteria moeder

De medische ontslagcriteria voor de moeder worden klinisch goedgekeurd en ondertekend door de gynaecoloog.

- Vaginale partus of sectio
- Geen aanwezigheid van maternale pathologie (bijv. zwangerschapsdiabetes, hypertensie...)
- Eenlinggeboorte
- Geen koorts (<37,5°C)
- Normale pols (60'-90'/min)
- Normale bloeddruk (>90/50 mmHg - <140/90 mmHg)
- Normale ademhaling
- Normaal lochia
- Harde baarmoederfundus
- Adequaat plassen
- Goede evolutie van episiotomie/ruptuur
- Normale wondheling bij sectio
- Tolereert eten en drinken
- Vertoont geen tekenen van postdurale-punctie hoofdpijn
- Rhogam® gegeven indien nodig (Rhesus negatief met bewezen Rh D positieve foetus)
- Hemoglobine gecontroleerd bij ontslag (inschatting hemodynamische status)
- Afspraak 6 weken gemaakt

Psychosociale factoren

De psychosociale factoren worden door de vroedvrouw intramuraal nagekeken en overlopen met de moeder.

- Normale emotionele en psychische toestand
- Heeft de nodige informatie en educatie gekregen en kan deze begrijpen en toepassen

Omgevingsfactoren

De omgevingsfactoren worden door de vroedvrouw intramuraal nagekeken en overlopen met de moeder.

- Regeling voor opvang en ondersteuning thuis (kraamhulp, familie...)
- Scenario voor urgenties met moeder overlopen
- Zorgverleners beschikbaar na ontslag met kennis over voeding, icterus en dehydratatie
- Oplossing voorzien voor sociale risicofactoren: drugs, kindermishandeling, tienermoeders....

Zelfstandigheid en informatie

De gegevens over zelfstandigheid en noodzakelijke informatie die gegeven moet worden aan het gezin worden door de vroedvrouw intramuraal nagekeken en overlopen met de moeder.

- Moeder voelt zich psychisch en fysisch in staat om naar huis te gaan
- Moeder kan na een sectio voldoende voor zichzelf zorgen
- Moeder kan de temperatuur van de baby meten en interpreteren
- Moeder kan zelfstandig voeding geven en kan verluieren
- Moeder kent alarmsignalen: wanneer/welke zorgverlener raadplegen. *Deze alarmsignalen worden uitgebreid beschreven in de Multidisciplinaire richtlijn Postpartum in de eerste lijn (deel 1) (WOREL, 2022, p. 14 & 89).*
- Moeder kreeg informatie over wiegendood en slaaphouding

3.1.2 Ontslagcriteria pasgeborene

De gehanteerde ontslagcriteria voor de pasgeborene bij vroeg ontslag uit het ziekenhuis (<72u) worden hieronder weergegeven. Deze ontslagcriteria moeten klinisch goedgekeurd en ondertekend worden door de kinderarts.

- Zwangerschapsduur 37+0 weken
- Geen perinatale verwikkelingen bij de baby
- Vitale tekens stabiel sinds minstens 12u
- Urine binnen de 24u en stoelgang binnen de 48u gehad
- Minstens 2 succesvolle voedingen
- Normaal klinisch onderzoek
- Niet zichtbaar geel de eerste 24u of indien ontslag voor 1^{ste} 24u, geen gele verkleuring van de navelstrengstomp
- Bilicheck werd uitgevoerd en schema hyperbilirubinemie werd gevolgd ([bijlage 11](#))
- Hepatitis B status en/of vaccinatie zijn gekend
- Medisch opvolgonderzoek geregeld op het einde van de eerste levensweek (7^{de} dagsonderzoek) ([bijlage 14](#))
- Saturatiemeting werd uitgevoerd (inschatting cardiale problemen)
- Bloedafname ter opsporing van aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen (Guthrie-test) is gebeurd (>48u) of meegegeven (datum afname + kaartnummer zijn gekend)

3.2 Overgang postnataal zorgtraject intramuraal – extramuraal

De overdracht van intramurale zorg naar extramurale zorg moet tenminste schriftelijk en zo nodig mondeling gebeuren. Vooraleer moeder en kind het ziekenhuis verlaten, dient de extramurale vroedvrouwenpraktijk die de verdere postnatale zorg op zich zal nemen op de hoogte te zijn van het ontslag.

Het ontslag uit het ziekenhuis wordt enerzijds gekenmerkt door de ontslagcriteria voor moeder en kind. Daarnaast zal de vroedvrouw in het ziekenhuis erop toezien dat de moeder alle informatie

gekregen heeft met betrekking tot het verdere verloop van de postnatale periode. Ook dient de moeder in staat te zijn om een minimaal aantal zorgen op zich te nemen. Deze aspecten werden afgesproken binnen de KIK-samenwerking en worden hieronder toegelicht.

Postnatale gezondheidspromotie binnen een verkort ziekenhuisverblijf

Wat moet een moeder minimaal weten/kunnen bij ontslag uit het ziekenhuis?

Tijdens het ziekenhuisverblijf krijgt de moeder de nodige informatie die hoort bij de eerste dagen postpartum en bij de voorbereiding van de overgang naar de thuiszorg (zie ook [bijlage 16](#)):

- Algemeen
 - o Normaal verloop van opname op kraamafdeling voor baby en moeder
 - o Ontslagmoment
 - o Thuiszorg in orde (eerstelijnsverpleegkundige, kraamzorg, huisarts)
 - o Alarmsignalen (WOREL, 2022, p. 14 & 89)
 - o Contactgegevens bij problemen
- Baby
 - o Navelverzorging
 - o Verluieren
 - o Kleur en temperatuur
 - o Aantal plasluiers en ontlastingspatroon
 - o Rooming-in
 - o Belang van en toepassen van veilig huidcontact
 - o Medicatie toedienen
 - o Braken/slijmen
 - o Wiegendoodpreventie/veilig slapen (slaaphouding en locatie)
 - o Info neonatale screening aangeboren aandoeningen (Guthrie)
 - o Gewichtsverlies pasgeborene
 - o Vaccinatie pertussis (kinkhoest)
 - o Veilig vervoer in de auto
 - o Huidverzorging (WOREL, 2022, p. 96)
 - o Vitamines (WOREL, 2022, p. 121 & 134)
- Moeder
 - o Info over rust
 - o Bloedverlies eerste dagen PP
 - o Zelfzorg episio/wonde
 - o Plas- en stoelgangproblemen
 - o Medicatie
 - o Geruststelling babyblues
 - o Opdracht eventueel verwijderen hechtingen
- Borstvoeding
 - o Voeden op vraag
 - o Aanlegtechniek en voedingshoudingen (pijn?)
 - o Tekens van efficiënte borstvoeding
 - o Hongersignalen
 - o Slik- en drinkgedrag

- Onderhouden melkproductie
- Manueel afkolven en borstmassage
- Tepel - speenverwarring
- Borstcompressie en borstmassage
- Stuwing
- Tweede nacht/clusteren
- Zo nodig:
 - Elektrisch kolven
 - Pijnlijke tepels
- Flesvoeding
 - Houding om flesvoeding te geven
 - Aantal voedingen en hoeveelheid KV/dag
 - Steriliseren, bereiden en opwarmen, soort water
 - Gebruik fopspeen

Overdracht van intramurale naar extramurale zorg

De overdracht binnen de geïntegreerde perinatale samenwerking gebeurt standaard via een schriftelijke briefing, hetzij op papier, hetzij via elektronische weg.

Dit verslag bevat minstens:

- Samenvatting van relevante voorgeschiedenis
- Verloop arbeid en bevalling
- Medische ingrepen tijdens de perinatale periode en de indicatie ervan
- Perinatale gegevens van de pasgeborene
- Wijze van toediening Vitamine K
- Gegevens van de moeder met inbegrip van bloedgroep en Rhogam
- Relevante medicatie moeder en neonaat
- Het verloop van de eerste dagen postpartum moeder en pasgeborene
- Het voorschrift voor de toediening van een LMWH (Low molecular weight heparin) (zo nodig) (vb. Clexane® of Fraxiparine®)

De moeder brengt de eerstelijns vroedvrouw tijdig op de hoogte van de bevalling en haar komend ontslag. Er zal een afspraak gemaakt worden voor een eerste huisbezoek dat ten laatste de eerste dag na het ontslag uit het ziekenhuis zal plaatsvinden. Een ontslag kan pas doorgaan wanneer een afspraak met de eerstelijns vroedvrouw is gepland.

In specifieke situaties, bijvoorbeeld bij een Parel/Perinti-moeder of bij nood aan specifieke medische opvolging, zal de vroedvrouw uit het ziekenhuis zelf contact opnemen met de eerstelijns vroedvrouw.

De kraamkliniek organiseert een centraal telefoonnummer of geeft een lijst door van telefoonnummers waarop de zorgpartners terecht kunnen in geval van een medisch probleem.

3.3 Postnataal extramuraal zorgtraject

Frequentie postnataal extramuraal zorgtraject

Extramurale vroedvrouw

Continuïteit van zorg bij de overgang van de intramurale zorg naar de extramurale zorg is van groot belang. Het eerste postnatale huisbezoek door de vroedvrouw vindt plaats binnen de 24 uur na het ontslag, wanneer het ontslag plaatsvindt binnen de 72 uur na de geboorte (Aanbeveling 8, VBOV vzw) (AAP, 2012; ACOG, 2012; Helsloot & Walraevens, 2015, KCE, 2014; NICE, 2006; NICE, 2013).

Binnen de geïntegreerde perinatale samenwerking zal een moeder met een ongecompliceerde vaginale bevalling en na het voldoen aan de ontslagcriteria voor moeder en kind het ziekenhuis verlaten tussen 24u en 72u na de bevalling. Vrouwen die bevallen zijn met een ongecompliceerde sectio en die voldoen aan de ontslagcriteria voor moeder en kind, verlaten het ziekenhuis tussen 24u en 96u na de sectio.

De eerstelijns vroedvrouw plant een eerste huisbezoek in binnen de 24 uur na het ontslag van moeder en kind, om een intensieve en continue opvolging te voorzien. De extramurale vroedvrouwenpraktijk is vanaf het moment van ontslag 24u/24u en 7d/7d bereikbaar voor het gezin.

Er wordt door de eerstelijns vroedvrouw postnataal een minimum aan (huis)-bezoeken voorzien na het ontslag uit het ziekenhuis (aanbeveling 9, VBOV vzw) (KCE, 2014; NICE, 2006; WHO, 2010). De eerste vijf dagen na de bevalling vinden de bezoeken plaats bij het kraamgezin thuis. Een dagelijkse opvolging door de eerstelijns vroedvrouw tot en met dag 5 wordt aangeraden. Latere consulten worden ingepland op basis van medische noodzaak. Dit wordt onderling tussen het gezin en de vroedvrouw afgesproken. Deze verdere opvolging kan plaatsvinden bij het gezin thuis of in de praktijk.

Kinderarts/huisarts

Het 7^{de} dagsonderzoek kan uitgevoerd worden door de pediater of de huisarts die hiervoor een extra opleiding volgde. Dit gebeurt ideaal gezien tussen de 7^{de} en 10^{de} dag na de geboorte.

Naast het uitvoeren van het 7^{de} dagsonderzoek zijn de kinderarts en/of de huisarts het eerste aanspreekpunt voor terugverwijzing bij medische problemen bij het kind.

De huisarts kan in het kader van het project Zoet Zwanger de jaarlijkse screening naar diabetes type 2 uitvoeren bij vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad tijdens de zwangerschap.

Gynaecoloog

Pas bevallen moeders krijgen ongeveer 6 weken na de bevalling een postnataal onderzoek bij de gynaecoloog. Het postnataal onderzoek is van belang om de algemene gezondheidstoestand van de moeder na afloop van de zwangerschap en bevalling te onderzoeken.

Naast het uitvoeren van 6 weken postnataal onderzoek zijn de huisarts en/of de gynaecoloog het eerste aanspreekpunt voor terugverwijzing bij medische problemen bij de moeder.

Kind en Gezin

Het huisbezoek van Kind & Gezin wordt gepland tussen 1 week à 10 dagen na de geboorte. Nadien worden verdere afspraken gemaakt met het gezin omtrent de opvolging van het kind en het opstarten van het vaccinatieschema zoals aanbevolen volgens de Hoge Gezondheidsraad.

Kraamhulp

Het gezin is niet verplicht om kraamhulp te nemen, maar dit wordt wel aanbevolen. Er wordt aangeraden om de kraamhulp zo snel mogelijk na de thuiskomst op te starten.

Postnatale extramurale zorg door verschillende zorgverleners

Extramurale vroedvrouw

De vroedvrouw neemt in eerste instantie de dagelijkse medische nazorg van moeder en kind op zich.

Postnatale zorg voor de moeder bestaat uit een evaluatie van de fysieke en mentale gezondheidstoestand van de moeder, zodat pathologie tijdig kan opgespoord worden. Verder omvat de opvolging van de vroedvrouw ook aandacht voor een veilige hechting en het opsporen van mentale problematiek. Aanbeveling 10 van de VBOV vzw (2016) stelt dat de vroedvrouw tijdens de eerste 7 dagen na de geboorte bij elk postnataal contact een aantal aspecten standaard beoordeelt, terwijl andere observaties enkel dienen te gebeuren op indicatie (NICE, 2013; NICE, 2006; de Vos & Graafmans, 2007; WHO, 2010).

Naast de opvolging van de moeder is het de opdracht van de vroedvrouw te waken over de lichamelijke gezondheid van de baby. Vroegtijdig signaleren en monitoren van de gezondheidstoestand van de baby staan hierbij centraal, met als doel pathologie tijdig op te sporen en te onderkennen ten einde een gepast beleid te kunnen opstellen.

Pasgeborenen die fototherapie nodig hebben, worden hiervoor in overleg met de kinderarts, terug opgenomen in het ziekenhuis.

Uitvoeren bloedafname ter opsporing van aangeboren aandoeningen bij pasgeborene (Guthrie test) tussen 48 uur en 96 uur na de geboorte; alle info voor ouders en zorgverstrekkers is te vinden op <https://aangeboren.bevolkingsonderzoek.be/>

De eerstelijns vroedvrouw zal verder nog andere, niet -medische aspecten, op zich nemen. Thuis wordt er door de vroedvrouw verder gebouwd op de informatie die de moeder reeds kreeg in het ziekenhuis, zo nodig met herhaling of verduidelijking (zie ook [bijlage 16](#)). Sommige van deze aspecten kunnen deels opgenomen worden door de kraamhulp.

Medische opvolging kraamvrouw	Psychosociale opvolging kraamvrouw	Observatie baby	Voeding baby	Extra baby	Algemeen
Perineum (wonde, pijn, hygiëne) Wondzorg sectio Lochia, gevoeligheid baarmoeder Mictie & defecatie Pijn, gevoeligheid en roodheid borsten, toestand tepels Hoofdpijn, rugpijn Griepachtige symptomen Pijn, roodheid of zwelling kuit Kortademigheid of borstpijn Vermoeidheid, rust en slaap Lichamelijke klachten en zorgen Fysiologisch herstelproces	Angst en depressie → getrappt screeningsmodel (bijlage 15) + passende ondersteuning of doorverwijzing Beoordeling sociaal en psychologisch welzijn Psycho-educatie Ruimte voor bevallingsverhaal Extra kraamvrouw Vaccinaties & anti-D immunoglobulines Ferriprive anemie & ijzersuppletie Schildklierstoornissen Zwangerschaps-diabetes → Registratie Zoet Zwanger indien nog niet gebeurd Bekkenbodern Seksualiteit & contraceptie Intrafamiliaal geweld	Gewicht Ademhaling (30-60/min) Hartslag (100-160 sl/min) Temperatuur Mictie en ontlasting Braken Huidskleur (volgens etniciteit) Navelstrengstomp Luieruitslag Oogjes Abdomen (opgezette buik) Stuipen, abnormale bewegingen Fontanel Vitamines en medicatie Neonatale screening aangeboren aandoeningen (48-96u)	Borstvoeding: Aanlegtechniek & voedingshouding Eet- en drinkpatroon Tekens van efficiënte BV Pijnlijke tepels Tepel en speenverwarring Voeding van moeder Belang van exclusieve BV tot 6 maanden Verstopt melkkanaal & tekens van borstontsteking BV en werken Groeispurten Kolven, bewaren en opwarmen moedermelk Steun door partner Kunstvoeding: Bereiden kunstvoeding in eigen setting Aantal voedingen & hoeveelheid kunstvoeding	Aandacht voor hechting en sociale interactie Reflux Verzorging nagels, ogen, oren, neus en huid(plooien) Badje in eigen setting Veilig slapen Medicatie & vitamines Onrust & krampen Huidcontact Troosten en verwennen Nachtelijk ouderschap & nachtvoedingen Kindermishandeling	Aangifte gebeurd? 7^{de}-dagsonderzoek gepland? Bezoek Kind en Gezin Opvolging bij kinesist 6 weken controle gepland? Extra aandacht mentale gezondheid bij: Psychiatrische voorgeschiedenis Verwikkelingen Ongewenste zwangerschap Gebrek aan sociale steun Intrafamiliaal geweld Etnische minderheid Lage sociaal economische status Taalproblemen, vluchtelingen- of asielzoekersstatuut LGBTQ2S+ personen Tienermoeder

Kinderarts/huisarts

Na de geboorte worden pasgeborenen geconfronteerd met een aantal fysiologische aanpassingen. Het is onder andere belangrijk alert te zijn op cardiologische problematiek wanneer een pasgeborene het ziekenhuis verlaat <72 uur na de geboorte. In dit opzicht zal de kinderarts of de huisarts met specifieke opleiding de medische controle van de baby ongeveer 7 dagen na de geboorte op zich nemen.

De kinderarts of huisarts zal nagaan of de eerste levensweek goed verlopen is en de huidige status van de baby medisch nakijken. Volgende aspecten worden standaard nagekeken en opgenomen in het 7^{de} dagsonderzoek ([bijlage 14](#))

- Houding
- Symmetrie in bewegingen
- Kleur
- Biometrie: gewichtsevolutie, lengte, hoofdomtrek
- Hoofd: schedel, fontanel, oren en oorschelpen, ogen en mond
- Neurologisch nazicht
- Nazicht hals en wervelkolom
- Hartauscultatie, hartritme
- Longauscultatie
- Abdomen: navel, navelbreuk
- Liesstreek
- Genitalia
- Heupen
- Reflexen

Naast het uitvoeren van het 7^{de} dagsonderzoek zal de huisarts en/of kinderarts geconsulteerd worden als eerste aanspreekpunt bij medische problemen in de opvolging van de postnatale periode.

Iedere vrouw die zwangerschapsdiabetes heeft gehad tijdens de zwangerschap kan geregistreerd worden in het project Zoet Zwanger van de Diabetes Liga. Het doel van deze registratie is het voorkomen en vroegtijdig opsporen van diabetes type 2 door de vrouwen op jaarlijkse basis te screenen. Deze jaarlijkse screening met nuchtere glycemie gebeurt bij de huisarts.

Kind en Gezin

Kind & Gezin staat in voor de verdere opvolging van groei en ontwikkeling van het kind.

De regioteamleden van Kind & Gezin geven advies over gezondheid, opvoeding, veiligheid en voeding en zorgen voor het uitvoeren van de gehoortest en het inplannen van verdere afspraken omtrent preventie opvolging van de baby en het opstarten van het vaccinatieprogramma zoals aanbevolen volgens de Hoge Gezondheidsraad.

Gynaecoloog

Het postnataal onderzoek gebeurt rond 6 weken na de bevalling. De algemene gezondheidstoestand van de moeder na afloop van de zwangerschap en bevalling wordt hierbij onderzocht. Volgende aspecten worden standaard nagekeken en opgenomen tijdens deze postnatale controle:

- Parameters
- Lochia
- Involutie van de baarmoeder
- Herstel van het perineum
- Contraceptie
- Postnatale kinesitherapie
- Screening postpartumdepressie
- Controle cytologisch onderzoek (uitstrijkje) indien geïndiceerd

Naast het uitvoeren van het 6 weken postnataal onderzoek bij de moeder zal de huisarts en/of de gynaecoloog geconsulteerd worden als eerste aanspreekpunt bij medische problemen bij de moeder in de opvolging van de postnatale periode.

Kraamhulp

Kraamhulp, gegeven door de kraamverzorgende, staat in voor de praktische ondersteuning van het gezin. De kraamverzorgende helpt bij de babyverzorging en -voeding, heeft aandacht voor de andere kinderen en neemt licht huishoudelijke taken over zodat het gezin in alle rust aan de nieuwe situatie kan wennen.

De kraamverzorgende kan de vroedvrouw bijstaan en niet-medische taken op zich nemen. Mogelijke taken voor de kraamverzorgende zijn:

- Verzorging baby
 - o Badje
 - o Verzorging navelstrengstomp, nagels, oren, oogjes, huidplooien
 - o Observatie van de baby
- Praktische ondersteuning bij de voeding
- Praktische huishoudelijke ondersteuning
 - o Inkopen doen, maaltijden bereiden
 - o Kleine huishoudelijke taken
 - o Zorg voor de andere kinderen

Kinesitherapeut

Idealiter wordt er met kinesitherapeutische opvolging gestart rond week 5 à 6 postpartum. De sessies bevatten best volgende aspecten:

- Herstel van de functionaliteit van de bekkenbodemspieren
- Oefentherapie gericht op het herstel van een eventuele diastase van de rechte buikspieren (DRA) om opnieuw een functioneel, sterke buikwand te verkrijgen.
- Algemene versterking van het vrouwelijk lichaam via oa. core stability training, krachttraining.
- Wederopbouw naar sport.

Verlengde geelzucht

Een groot deel van alle pasgeborenen maakt een periode van geelzucht (= icterus) door, m.n. ongeveer 50% van de atermen en 80% van de pretermen. Doorgaans is deze icterus of geelzucht een onschuldig fysiologisch fenomeen dat ongeveer 2 dagen na de geboorte ontstaat en na 1 tot 2 weken spontaan weer verdwijnt. Bij 15% van alle pasgeborenen is dit echter niet het geval en is er sprake van verlengde geelzucht, dit is per definitie geelzucht die nog aanwezig is na de leeftijd van 2 weken. Bij 2 tot 5% van deze kinderen, goed voor ongeveer 200 tot 500 pasgeborenen per jaar in Vlaanderen, zal het uiteindelijk blijken te gaan om pathologische geelzucht, zelfs als het kind op dat moment in een ogenschijnlijke uitstekende klinische conditie verkeert.

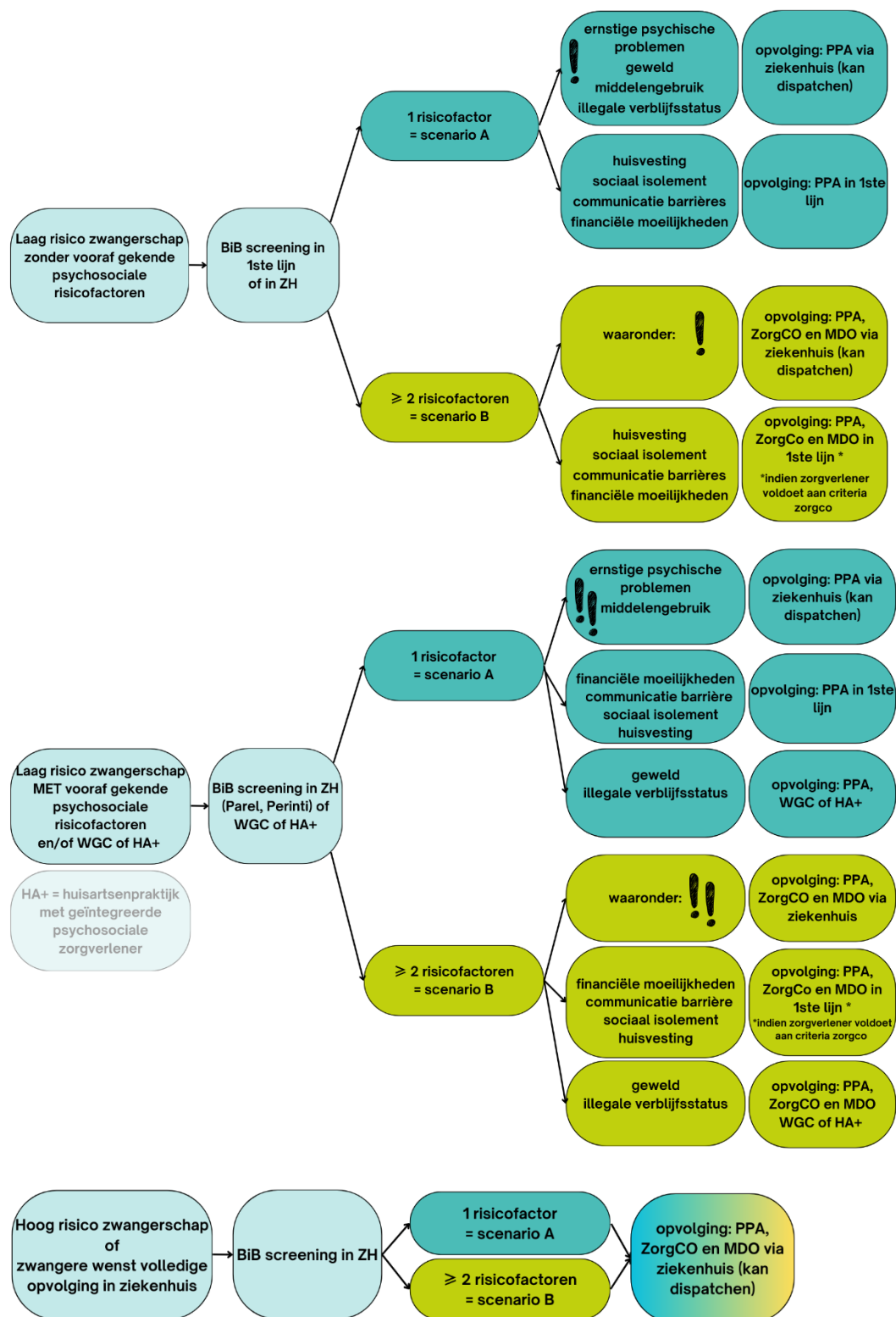
Het protocol verlengde geelzucht ([bijlage 12](#)) omvat 3 vragen op 3 leeftijden. De drie vragen zijn:

- (1) Is het kind geel?
- (2) Wat is de kleur van de stoelgang?
- (3) Wordt je kind opgevolgd voor geelzucht?

Omdat bleke verkleuring van de stoelgang een belangrijk alarmteken is dat gepaard kan gaan met een belemmerde afvoer van bilirubine en kan wijzen op een ernstige leverziekte, is de beoordeling van de stoelgang in het protocol opgenomen ([bijlage 13](#)). Om de kleur van de stoelgang te beoordelen, werd een stoelgangskaart opgesteld waarmee de arts of verpleegkundige samen met de ouders een inschatting kan maken over de kleur van de stoelgang. De vragen worden gesteld tijdens - het huisbezoek op 2 weken (door de regioverpleegkundige), - op het consult 4 weken (door consultatie bureau-arts) - op het consult 8 weken (door consultatiebureau-arts). Deze vragen zijn ook ingebouwd in het elektronisch kinddossier van Kind en Gezin – Opgroeien (Mirage) en verplicht in te vullen.

4. Bijlages

Bijlage 1: Screening psychosociale kwetsbaarheid via Born in Belgium Professionals tool volgens volgende schema's.



Bijlage 2: Doorverwijsinstrument voor het opvolgen van zwangerschappen in de eerste lijn in het PerPlex zorgnetwerk

Dit doorverwijsinstrument is gebaseerd op het KCE rapport over de Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico (2023) en werd aangevuld met regionale afspraken in co-creatie met de verschillende zorgpartners in het PerPlex zorgnetwerk.

Inleiding

Dit instrument is een niet-exhaustieve lijst van klinische situaties (of criteria) en de passende doorverwijsacties. Het is bedoeld voor gebruik door eerstelijns zorgverleners als leidraad bij het nemen van beslissingen over doorverwijzing naar specialistische zorg tijdens de opvolging van de zwangerschap.

Dit instrument kan niet worden gebruikt als checklist voor de anamnese van een zwangere vrouw of ter vervanging van een klinisch oordeel.

Overweeg indien mogelijk casusbespreking in een multidisciplinair prenataal overleg en zo nodig opvolging in een multidisciplinaire setting.

Bij een klinische situatie die op de lijst van zeldzame ziekten staat, wordt een verwijzing naar specialistische zorg aanbevolen. Bij een belangrijke klinische situatie die niet in deze lijst is opgenomen, wordt een verwijzing naar een specialist aanbevolen.

Als de belangrijkste zorgverlener (van eerste of tweede lijn) van de zwangere vrouw geen deel uitmaakt van het team van de instelling waar de vrouw volgens planning zal bevallen, moet zij ten minste eenmaal en ten laatste op 36 weken, naar deze instelling worden doorverwezen, met haar volledige opvolginformatie.

Algemene afspraken binnen het PerPlex zorgnetwerk

Dit document werd opgemaakt in samenspraak met de zorgpartners binnen het PerPlex zorgnetwerk.

Op de zwangerschapsleeftijd van 12 weken wordt gedefinieerd als het om een laag-risico-zwangerschap gaat die volgens het zorgpad kan opgevolgd worden of indien doorverwijzing naar de specialist/gynaecoloog nodig is om een aangepast zorgplan op te stellen.

Op de intake raadpleging bij de gynaecoloog in het eerste trimester van de zwangerschap wordt op basis van de risico-inschatting een opvolgschema voorgesteld: PerPlex opvolgschema of een aangepast opvolgschema met 2^e lijns- of 3^e lijnsopvolging.

Het doel binnen het PerPlex zorgnetwerk is dat elke zwangere vrouw op 12 weken een zorgpad heeft waarbij onder- en overconsumptie vermeden wordt.

Verklarende woordenlijst

Eerstelijns zorgverlener: een eerstelijns zorgverlener die zwangerschappen opvolgt, over het algemeen een vroedvrouw of een huisarts

Specialist: een specialist in de gynaecologie-verloskunde (tweede- of derdelijns zorgverlener), die kan op haar/zijn beurt doorverwijzen naar een collega specialist. De huisarts kan die mee bepalen of initiëren.

Doorverwijsacties

Prenatale opvolging in eerste lijn: Als aan het criterium wordt voldaan, kan de coördinatie van de prenatale opvolging in de eerste lijn verder gezet worden. Zoals voorzien door de wet, worden 2 evaluaties bij de gynaecoloog voorzien: één in het eerste en één in het laatste trimester van de zwangerschap, uitgezonderd de drie aanbevolen echografieën. Eén echografisch onderzoek kan beschouwd worden als een medische evaluatie indien de echografie wordt uitgevoerd door een gynaecoloog en gelinkt is aan een consultatie.

Directe doorverwijzing naar huisarts: Als aan het criterium wordt voldaan, moet de zwangere doorverwezen worden naar de huisarts.

Doorverwijzing naar specialist: Als aan het criterium wordt voldaan, moet de zwangere vrouw doorverwezen worden naar een specialist en de coördinatie van de prenatale opvolging wordt verdergezet op specialistisch niveau. De specialist zal, in dialoog met de eerstelijns zorgverlener initieel gekozen door de zwangere vrouw en de zwangere vrouw zelf, beslissen of de prenatale zorg gedeeltelijk of volledig verdergezet wordt op specialistisch niveau. In een tweede tijd kan, wanneer de gynaecoloog oordeelt dat de klinische situatie is verholpen, de coördinatie van de prenatale opvolging opnieuw worden overgedragen aan de eerste lijn. De specialist stelt zo nodig een aangepast zorgplan op.

Spoeidverwijzing: Als aan het criterium wordt voldaan, moet de zwangere vrouw onmiddellijk doorverwezen worden naar een specialist.

Opmerking: Als u een klinische situatie tegenkomt die niet in het instrument wordt beschreven, raden wij u aan advies van een specialist in te winnen.

Overzicht

Algemene informatie en levensstijl

Persoonlijke medische voorgeschiedenis

Chirurgische voorgeschiedenis

Gynaecologische voorgeschiedenis

Psychosociale factoren

Verloskundige voorgeschiedenis

Huidige zwangerschap

Zeldzame ziekten waarbij doorverwijzing naar specialist aangewezen is

- De situaties waarbij de regionale consensus de gekozen doorverwijsactie heeft bepaald zijn aangeduid met *.
- De regionale keuzes (situaties waar in het KCE-rapport geen consensus was over het al dan niet opnemen in de lijst) zijn aangeduid met **
- Regionale aanvulling van situaties zijn aangeduid met ***

Algemene informatie en levensstijl

Omschrijving van de klinische situatie	Prenatale opvolging in de eerste lijn	Directe doorverwijzing naar huisarts	Doorverwijzen naar specialist	Spoedverwijzing
Alcoholmisbruik			X	
BMI van ≤ 18 of minder, of van ≥ 35			X	
Een getuige van jehova zijn**	X			
Huidig gebruik van recreatieve drugs zoals marihuana, heroïne, cocaïne (inclusief crackcocaïne), amfetaminen (bv. 'ice') en ecstasy*			X	
Kleine gestalte < 1m50**	X			
Leeftijd <18 jaar of ≥ 40 jaar			X	
Roken bij de eerste prenatale raadpleging* (afhankelijk van hoeveelheid)	X			
Scoliose**	X			
Seksueel risicogedrag*	X			
Complexe sociale problematiek			X	

Persoonlijke medische voorgeschiedenis

Omschrijving van de klinische situatie	Prenatale opvolging in de eerste lijn	Directe doorverwijzing naar huisarts	Doorverwijzen naar specialist	Spoedverwijzing
Allergie (afhankelijk van ernst/type)	X		X	
Antifosfolipiden syndroom			X	
Arrhythmie*			X	
Astma* (afhankelijk van ziektecontrole)	X		X	

Bestaande diabetes			X	
Chronische nierziekte			X	
Chronisch obstructief longlijden (COPD)*			X	
Colitis ulcerosa			X	
Congenitale hartziekte			X	
Discus hernia	X			
Epilepsie*			X	
Familiale of erfelijke ziekte			X	
Gekende HIV infectie***			X	
Hemoglobinopathie (behalve dragerschap beta-thalassemia minor)*			x	
Hemoglobinopathie beta-thalassemia minor	X (mits partner getest en gekend zonder Hb-pathie)			
Hepatitis B			X	
Hepatitis C*			X	
Hypertensie			X	
Hypo- of hyperthyroïdie*			X	
Kanker in de voorgeschiedenis*			X	
Mitralisklep prolaps (afhankelijk van ernst)	X		X	
Multiple sclerose			X	
Reumatoïde artritis*			X	
Stollingsziekte			X	
Syfilis*			X	
Systemische lupus erythematosus (SLE)			X	
Voorgeschiedenis van depressie*			X	
Voorgeschiedenis van psychose*			X	
Voorgeschiedenis van veneuze trombose*			X	

Ziekte van Crohn			X	
------------------	--	--	---	--

Chirurgische voorgeschiedenis

Omschrijving van de klinische situatie	Prenatale opvolging in de eerste lijn	Directe doorverwijzing naar huisarts	Doorverwijzen naar specialist	Spoedverwijzing
Voorgeschiedenis van bariatrische chirurgie*			X	
Voorgeschiedenis van cardiale chirurgie*			X	
Voorgeschiedenis van chirurgie ter hoogte van de wervelzuil			X	
Voorgeschiedenis van hersenchirurgie			X	
Voorgeschiedenis van reconstructieve chirurgie van de blaas en/of vagina en/of darm			X	

Gynaecologische voorgeschiedenis

Omschrijving van de klinische situatie	Prenatale opvolging in de eerste lijn	Directe doorverwijzing naar huisarts	Doorverwijzen naar specialist	Spoedverwijzing
Abnormale cervicale cytologie (vb. LSIL, H-SIL)	X (LSIL zonder vorige chirurgie)		X (HSIL/vorige chirurgie)	
Baarmoedermalformatie*			X	
Genitale mutilatie type I, II of III*			X	
Verloskundig relevante myomatosis			X	
Voorgeschiedenis van cervicale amputatie			X	
Voorgeschiedenis van een bekkenafwijking			X	

Voorgeschiedenis van myomectomie met opening van de baarmoederholte	X (tot 30 weken)		X (vanaf 30 weken)	
Voorgeschiedenis van myomectomie zonder opening van de baarmoederholte*	X			
Voorgeschiedenis van cervicale cryotherapie of lixexisie*			X	
Voorgeschiedenis van conisatie*			X	
Voorgeschiedenis van endometriose*			X	
Voorgeschiedenis van uteriene septumresectie*			X	

Psychosociale factoren - zie ook BiB – tool (Born in Belgium)

Omschrijving van de klinische situatie	Prenatale opvolging in de eerste lijn	Directe doorverwijzing naar huisarts	Doorverwijzen naar specialist	Spoedverwijzing
Aanhoudend huiselijk geweld			X	
Handicap			X	
Kind met een congenitale/erfelijke abnormaliteit uit een vorige zwangerschap met een laag herhalingsrisico***	X			
Kind met een congenitale/erfelijke abnormaliteit uit een vorige zwangerschap met een hoog herhalingsrisico***			X	
Voorgeschiedenis van postnatale depressie (afhankelijk van ernst en herstel)*	X		X	
Voorgeschiedenis van postpartumpsychose			X	

Verloskundige voorgeschiedenis

Omschrijving van de klinische situatie	Prenatale opvolging in de eerste lijn	Directe doorverwijzing naar huisarts	Doorverwijzen naar specialist	Spoedverwijzing
Kind met een congenitale/erfelijke abnormaliteit uit een vorige zwangerschap			X	
Keizersnede (één) in voorgeschiedenis, zonder corporeale incisie*	X			
Keizersnede in voorgeschiedenis, twee of meer/corporeale incisie*			X	
Voorgeschiedenis van acute leververvetting (zwangerschapssteatose)			X	
Voorgeschiedenis van cervixinsufficiëntie en de zwangerschap bereikte 37 weken zonder interventies	X			
Voorgeschiedenis van cerclage			X	
Voorgeschiedenis van een 3 ^e of 4 ^e graadsruptuur zonder continentieproblemen	X			
Voorgeschiedenis van een 3 ^e of 4 ^e graadsruptuur met continentieproblemen			X	
Voorgeschiedenis van een baby met late groeirestrictie (<p10 in derde trimester)	X (bijkomend 2 ^e lijn consult op 36w)			
Voorgeschiedenis van een ernstige groeirestrictie			X	
Voorgeschiedenis van een buitenbaarmoederlijke zwangerschap*	X			

Voorgeschiedenis van een kind met niet-accidenteel overlijden			X	
Voorgeschiedenis van placenta accreta spectrum (PAS)			X	
Voorgeschiedenis van abruptio placentae*			X	
Voorgeschiedenis van bloedgroep immunisatie*	X (indien niet relevante titer)		X	
Voorgeschiedenis van macrosome baby*	X (met groeiconrole 36w)			
Voorgeschiedenis van herhaald miskraam (drie of meer opeenvolgende miskramen), of een laattijdig miskraam*			X	
Voorgeschiedenis van incontinentie voor wind of stoelgang na een vorige geboorte**			X	
Voorgeschiedenis van manuele placentaverwijdering**	X (bespreking partus bij consult 2 ^e lijn in 3 ^e trim, thuisbevalling niet toegelaten)			
Voorgeschiedenis van preëclampsie*			X	
Voorgeschiedenis van pre- of postpartumbloeding(en)***	X		X	
Voorgeschiedenis van schouderdystocie zonder neonatale sequellen*	X (tot 30 w)		X (na 30w)	
Voorgeschiedenis van schouderdystocie met neonatale sequellen*			X	

Vorige zwangerschap met ernstige perinatale morbiditeit*			X	
Voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes**	X		X (indien vroege OGTT positief)	
Voorgeschiedenis van zwangerschapshypertensie**		X		
Vorige bevalling minder dan een jaar geleden**			X	

Huidige zwangerschap

Omschrijving van de klinische situatie	Prenatale opvolging in de eerste lijn	Directe doorverwijzing naar huisarts	Doorverwijzen naar specialist	Spoedverwijzing
Aanhoudend bloedverlies voor 12 weken**			X	
Aanhoudend bloedverlies na 12 weken**			X	
Aanwezigheid van een cerclage			X	
Aanwezigheid van schildklierantistoffen**			X	
Abruptio placentae				X
Anemie < 10 mg/dl niet beantwoordend aan orale behandeling*			X	
Cervicale insufficiëntie			X	
Chlamydia			X	
CMV primo infectie/reactivatie /herinfectie*			X	
COVID-19**			X	
Dreigende preterm arbeid				X
Eclampsie				X
Foetale ritmestoornissen (<70 en >180bpm)***			X	
Foeto-pelvische disproportie*			X	

Geplande thuisbevalling***			X (35-36w)	
Geïsoleerde proteïnurie**			X	
Geïsoleerde trombocytopenie < 100000 /uL*			X	
Genitale herpes primo-infectie* of reactivatie			X	
Gonorroë			X	
HELLP (Hemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelets) syndroom				X
Het ontwikkelen van een bloedgroep-immunisatie*	X (zonder klinisch relevante titer)		X (met klinisch relevante titer)	
Het ontwikkelen van een trombose***				X
Het verschijnen van symptomen met vermoeden van longembolen				X
HIV			X	
Hyperemesis gravidarum			X	
Intrahepatische zwangerschapscholestase			X	
Intra-uterien foetaal overlijden*				X
Jeuk/huidletsels***		X		
Kanker tijdens de zwangerschap			X	
Koorts***			X	
Laattijdige prenatale opvolging**			X	
Laparotomie/ laparoscopie tijdens de zwangerschap ondergaan			X	
LGA (Large for Gestational Age) foetus			X	
Meerlingzwangerschap			X	
Oligohydramnios			X	
Parvovirus B19 infectie			X	
Placenta previa			X	
Polyhydramnios			X	

Positieve screening in het eerste trimester voor preëclampsie**			X	
Preëclampsie*				X
Preterm prematuur breken van de vliezen (pPROM)				X
Urinaire klachten + koorts***				X
Rubella			X	
SGA (Small for Gestational Age) foetus			X	
Syfilis*			X	
Toxoplasmose			X	
Trauma of val***				X
Varicella zoster primo-infectie*			X	
Vasa previa			X	
Verminderde kindbewegingen***				X
Vermoeden van congenitale anomalieën bij prenatale diagnostiek			X	
Vermoeden van een buitenbaarmoederlijke zwangerschap				X
Virale hepatitis (A, B, C, D of E)			X	
Zwangerschap ontstond in de aanwezigheid van een spiraaltje (intra uterine device)			X	
Zwangerschap ontstond na een fertiliteitbehandeling zonder andere risicofactoren*	X			
Zwangerschap ontstond na een fertiliteitbehandeling met geassocieerde risicofactoren			X	

Zwangerschapsdiabetes, goed geregeld en zonder verdenking op macrosomie*			X	
Zwangerschapsdiabetes, niet goed geregeld of met verdenking op macrosomie			X	
Zwangerschapsduur langer dan 41 weken*			X	
Zwangerschapsgeïnduceerde hypertensie*			X	

Zeldzame ziekten waarbij doorverwijzing naar specialist aangewezen is

- Auto-immune hepatitis
- Cerebraal aneurysma
- Diabetes insipidus
- Hartfalen
- Hyperaldosteronisme
- Leveradenoom
- Longembolen
- Malaria
- Mucoviscidose
- Myasthenia gravis
- Myocardinfarct
- Periarteritis Nodosa
- Portale hypertensie
- Primaire scleroserende cholangitis
- Prolactinoom
- Pulmonale hypertensie
- Renale agenesie
- Reumatische hartziekte
- Sclerodermie
- Subarachnoïdale bloeding

- Terminaal nierfalen
- TIA of CVA (beroerte)
- Trombocytopenie (immuun trombocytopenie)
- Ziekte van Addison
- Ziekte van Cushing

*** De situaties waarbij de regionale consensus de gekozen doorverwijsactie heeft bepaald.**

**** De regionale keuzes (situaties waar in het KCE-rapport geen consensus was over het al dan niet opnemen in de lijst)**

***** Regionale aanvulling van situaties**

Bron:

*Costa E, Christiaens W, Zeevaert R, Benahmed N. Basis voor het ontwikkelen van een lokaal doorverwijsinstrument voor het opvolgen van zwangerschappen in de eerstelijns. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). D/2023/10.273/72.
<https://doi.org/10.57598/R363AS>*

Bijlage 3: Geïntegreerd prenataal zorgpad: LABO-schematisch overzicht

PRECONCEPTIE	Eerste consult	≥12-13w	20-22w	24-26w	28w	35w
ABO en RhD Hb (op indicatie) Irreguliere antistoffen Rubella IgG (herhalen eerste consult indien negatief preconceptie) Toxoplasma IgG + IgM CMV IgG + IgM Hepatitis BsAg HIV Syphilis TPHA Varicella IgG (indien nodig) TSH PAP	ABO en RhD (indien niet gekend) Irreguliere antistoffen Hb, Hct, RBC, Trombocyten, WBC Hep sAg Ferritine HCG (op indicatie) TSH HIV Toxoplasma IgG + IgM CMV IgG IgM (IgG aviditeit) (niet terugbetaald) Syphilis TPHA Rubella IgG (indien negatief preconceptie) Glycemie nuchter of OGTT (afhankelijk van risicofactoren)	NIPT Indien Rh negatieve zwangere: cffDNA analyse foetale D (niet terugbetaald) (aanvraagdocument, zet huisarts in kopie) TSH (indien substitutie, nieuwe controle op 20 weken) Urinecultuur (asymptomatische bacteriurie) CMV IgG en IgM (indien IgG negatief bij intake) (niet terugbetaald)	TSH bepaling (indien substitutie)	GCT (50gr): indien >130 mg/dl: OGTT (75gr) OGTT (75 g): bij aanwezige risicofactoren maar geen vroege GDM Toxoplasmose IgG en IgM indien IgG negatief (<i>niet terugbetaald</i>) Hb Ferritine MCV, MCH, MCHC	OGTT (indien nodig) Irreguliere antistoffen indien NIPT Rh-D positief	GBS wisser (tussen 35 en 37w)

Bijlage 4: Prenatale screening – counseling

CMV

Het Cytomegalovirus is een wijdverspreid virus dat wordt overgedragen via lichaamsvocht (speeksel, urine, bloed of seksueel contact). De infectie verloopt meestal asymptomatisch al kunnen er soms symptomen zoals koorts, rillingen, spierpijn en een algemeen gevoel van onwel zijn optreden. Na een primaire infectie blijft het virus latent aanwezig in het lichaam van de 'gast'. Ondanks de immuniteit kan een secundaire infectie plaatsvinden door reactivatie van het latente endogene virus of door het oplopen van een CMV infectie, behorende tot een andere groep.

In West Europa hebben zo een 50% van de zwangere vrouwen, antilichamen voor het virus. De kans dat een zwangere zonder antistoffen, een CMV infectie oploopt gedurende de zwangerschap, is minder dan 1%. Wat betreft de overdracht naar de foetus, is het sterk afhankelijk van het tijdstip waarop de infectie opgelopen werd. 3 maanden voor conceptie bedraagt de overdracht 8%, 15% in de periconceptie periode, 30% in het eerste trimester en respectievelijk 50% tot 70% in het tweede en derde trimester. Hierbij is belangrijk om te weten dat enkel een infectie in de periconceptie en het eerste trimester aanleiding geeft tot een hoog risico voor de foetus. Een seroconversie in het tweede of derde trimester worden als weinig relevant beschouwd.

Preventieve hygiënische maatregelen verminderen significant de kans op maternale infectie, maar zijn moeilijk afdwingbaar.

Het bepalen van de CMV serologie vroeg in de zwangerschap laat toe bij de niet-immune zwangere en haar partner deze hygiënemaatregelen te onderschrijven. Een herhaling van de serologie gelijktijdig met de NIPT test (13weken) laat toe om het verhoogd risico op foetale aantasting bij een late eerste trimester primo-infectie en transmissie te kunnen inschatten.

De diagnose van een foetale infectie kan ten vroegste 6 à 8 weken na de vastgestelde seroconversie in het maternale serum – door middel van een amniocentese en het opsporen van het CMV DNA via PCR – vastgesteld worden. De afwezigheid van CMV DNA in het amnionvocht is een zeer geruststellend resultaat. Het geeft aan dat de foetus niet besmet is en dat de kans op ernstige gevolgen van een aangeboren CMV infectie uitgesloten is. De aanwezigheid van het viraal DNA in het vruchtwater daarentegen, bevestigt de foetale infectie en verhoogt het risico op CMV gerelateerde gevolgen. Ernstige gevolgen kunnen echografisch en met een foetale MRI opgespoord worden in 95% van de gevallen.

Recente studies tonen aan dat antivirale middelen (Valaciclovir) aan hoge dosis (8gr/d) starten na het vaststellen van de seroconversie en doornemen tot 18-20 weken zwangerschap het risico op verticale transmissie met 67% verlagen. In Vlaanderen wordt deze medicatie binnen studieverband aan patiënten aangeboden in de grote perinatale centra (UZ Leuven, UZ Antwerpen, UZ Brussel, UZ Gent, GZA Sint-Augustinus, Ziekenhuis Oost-Limburg en AZ Sint-Jan Brugge) waar de verdere opvolging van de zwangerschap dan plaatsvindt. Na de geboorte wordt het gehoor standaard getest. Een behandeling van de geïnfecteerde symptomatische pasgeborene met antivirale medicatie is voorhanden om verdere gehoorschade te voorkomen.

Hepatitis B sAg

Perinatale overdracht van het hepatitis B virus is de op één na belangrijkste oorzaak van chronische hepatitis. Ongeveer 10 – 20% van het HBsAG positieve zwangere dragen het virus over op de neonaat indien deze niet behandeld wordt. Het risico op overdracht is het grootst in het derde trimester (80-90%).

De neonatale behandeling via passieve en actieve immunisatie reduceert de frequentie van de perinatale transmissie voor 85-95%. Echter helpt deze aanpak niet wanneer de infectie reeds in utero werd opgelopen. Vaccinatie voor de zwangerschap wordt om deze reden sterk aanbevolen.

HIV

HIV wordt overgedragen door seksueel contact met een besmette persoon of door het delen van naalden bij druggebruikers. Een zwangere geïnfekteerde vrouw kan het virus overdragen op haar ongeboren kind tijdens de arbeid en de bevalling alsook tijdens de borstvoeding. Een primaire infectie kan vermeden worden door het gebruik van een condoom tijdens het vrijen met een potentieel risicovolle partner en het elimineren van intraveneus druggebruik.

Testen voor HIV kan via een bloedafname. Indien de zwangere positief test, is het belangrijk een antivirale behandeling te starten om de hoeveelheid viruspartikels te reduceren om op deze manier de kans op een infectieoverdracht naar de baby sterk te reduceren.

Opvolging in een gespecialiseerd centrum is aangewezen.

Irreguliere antistoffen

Bij iedere actieve zwangerschapswens (of vroeg in de zwangerschap) wordt er een bepaling van de maternale bloedgroep (indien deze onbekend is) en van de irreguliere antistoffen uitgevoerd.

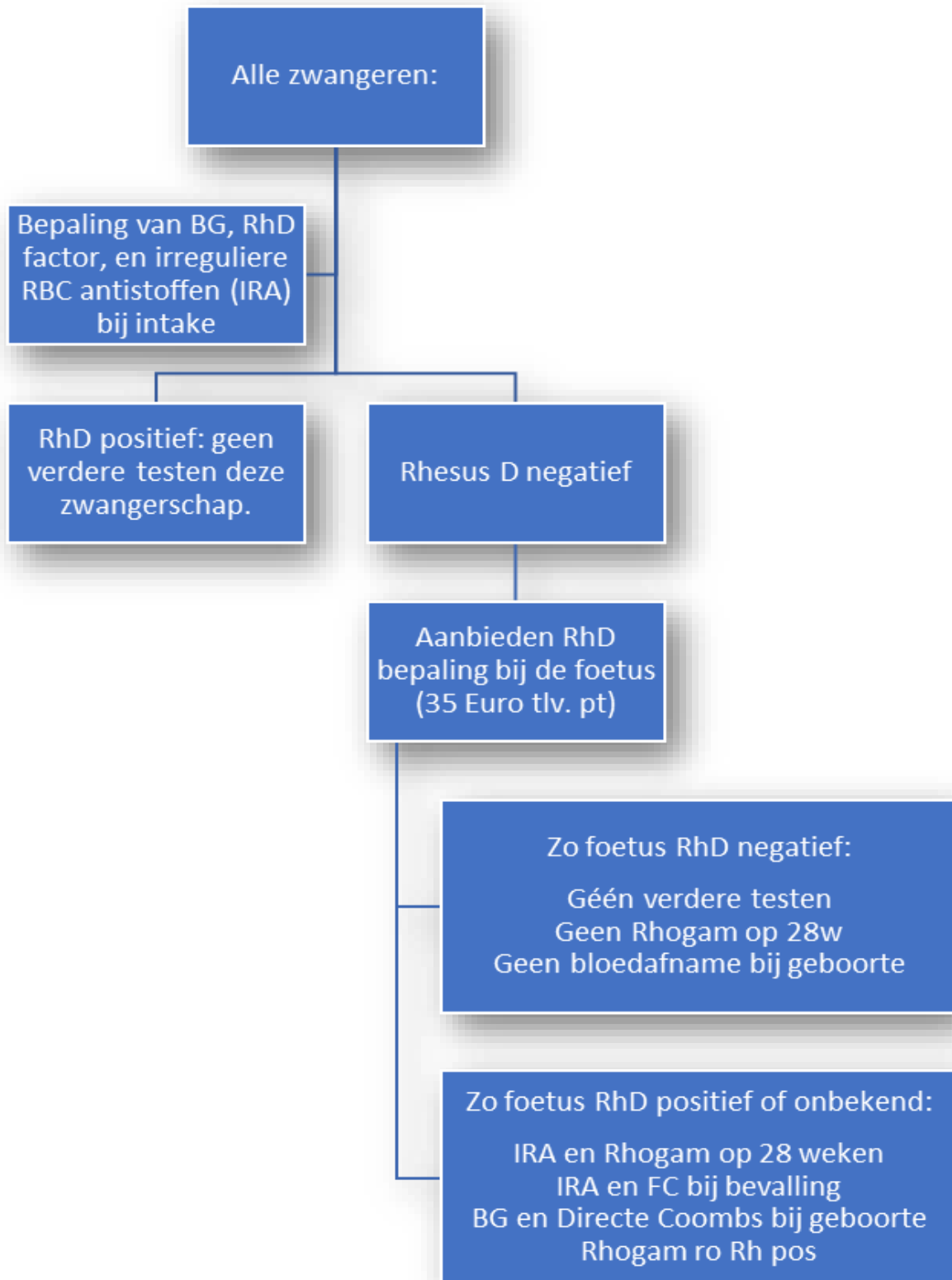
Irreguliere antistoffen kunnen gericht zijn tegen verschillende RBC antigenen (*de meest frequente: D, c, K, E, MNS, Duffy*).

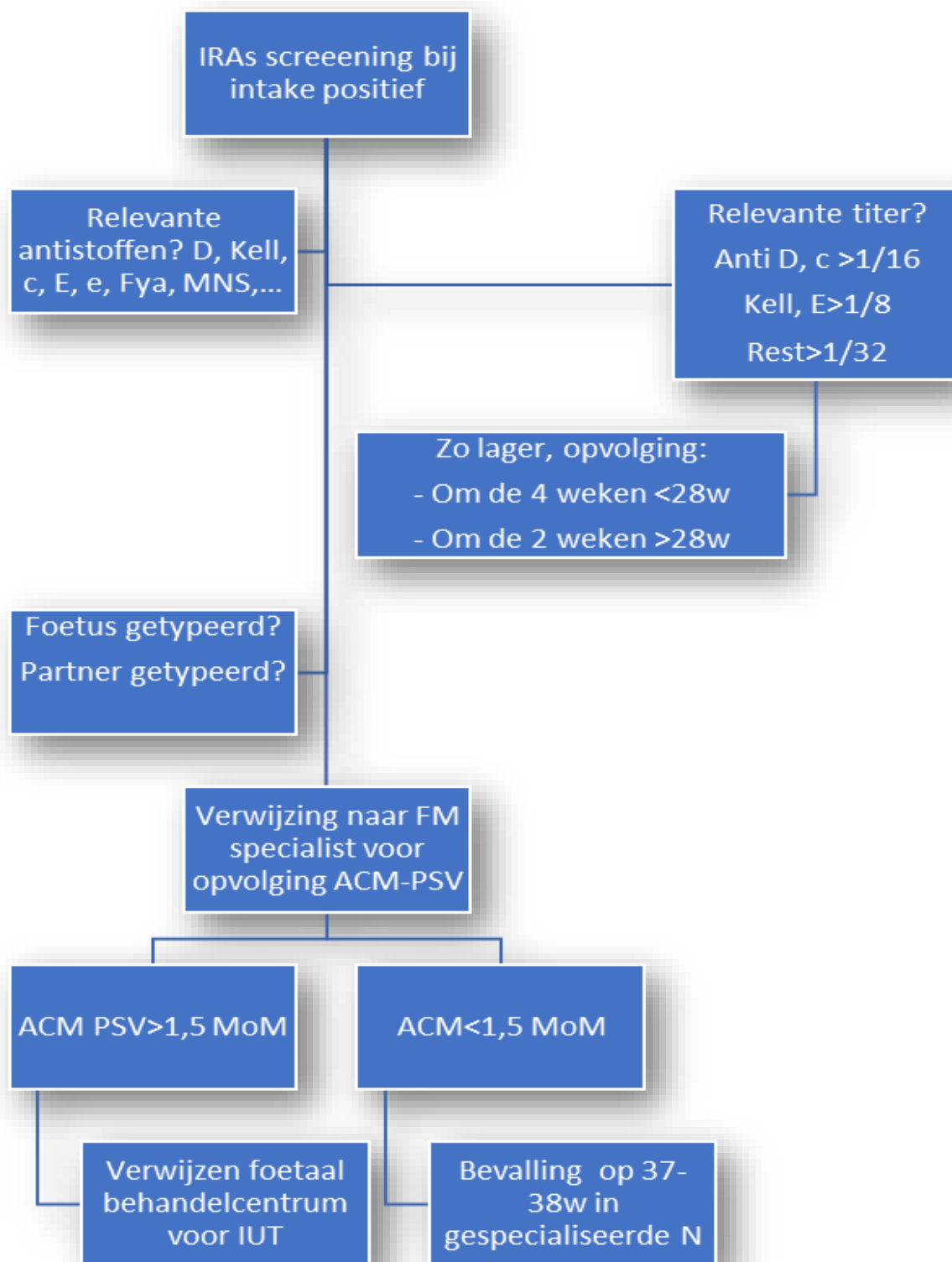
Bij positieve indirecte coombs (IRAS) is steeds overleg met de gynaecoloog noodzakelijk, zo nodig volgt doorverwijzing naar een gespecialiseerd centrum.

Bij de Rh-D negatieve zwangere kan er in het eerste trimester het foetale Rh-D antigen opgespoord worden in het cffDNA via een bloedafname bij de moeder op het moment van de NIPT. Deze test wordt aan alle RhD negatieve zwangeren aangeboden (om onnodige toediening van Rhogam te vermijden). Deze test wordt momenteel door het labo van het UZ Leuven aangeboden aan een prijs van 55 euro, ten laste van de patiënt.

- Is de foetus Rh-D negatief, hoeft er geen verdere opvolging gepland te worden. Ook niet bij de bevalling.
- Daarentegen wanneer dat de Rh-D positief is, of onbekend, zal er bij een negatieve IC een nieuwe bepaling gebeuren op 28 weken samen met de toediening van Rhogam. Bij de bevalling zal er ook een nieuwe bepaling gebeuren en toediening van Rhogam, zo nodig na een bloedgroep-bepaling van de baby.

Zie ook onderstaande flowchart.





De NIPT

Tot voor kort werd het opsporen van chromosomale afwijkingen zoals het syndroom van Down aangeboden via een combinatie van echografische markers en een bloednamen in het eerste trimester uitgevoerd. Vandaag kiest men voor een nieuwe aanpak via het aanbieden van de NIPT.

De NIPT is een niet-invasieve test waarbij DNA van de placenta dat in het bloed van de moeder terecht komt, onderzocht wordt. Op deze manier wordt er gescreend voor de meest voorkomende chromosomale afwijkingen (chromosoom 21, 18 en 13). De NIPT spoort 99% van de foetale aneuploidies voor chromosoom 21, 94% voor chromosoom 18 en 80% voor chromosoom 13 op. Om de screening op een correcte manier uit te voeren is er voorafgaand een echografisch onderzoek nodig om de correcte zwangerschapsduur (≥ 12 weken) in te schatten en aandoeningen die de NIPT niet opspoot uit te sluiten. De ouders dienen voorafgaand aan de NIPT test goed geïnformeerd te worden over de voor- en nadelen van de test en het type test vooraleer deze uitgevoerd wordt.

In minder dan 1% van de gevallen wordt een vals positief resultaat bekomen. In dat geval geeft de test aan dat de baby een trisomie 21 heeft, terwijl dit niet het geval is. Een afwijkende NIPT wordt daarom **altijd gevolgd voor een invasieve test** (bij voorkeur een vruchtwaterpunctie). De duur van de analyse bedraagt ongeveer 5 dagen. Bij $<10\%$ van de NIPT is er onvoldoende foetaal DNA, en kan er dus geen resultaat waargenomen worden. Ook bij zwangere met overgewicht of specifieke medische condities bestaat er een mogelijkheid op het mislukken van de test.

Er zijn twee verschillende uitvoeringsvormen van de NIPT. De eerste is een beperkte uitvoering, waarbij er gefocust wordt op de chromosomen 21, 18, 13 en het geslacht. Er is dus geen informatie over de meer zeldzame genetische aandoeningen. Er is een sterke betrouwbaarheid van de test voor het opsporen van opgesomde chromosomale afwijkingen.

De tweede test of de genoom wijde NIPT gaat naast de chromosomen 21, 18, 13 en de geslachtschromosomen ook de andere chromosomen nakijken. Dit is de reden dat deze NIPT in zeldzame gevallen ook andere chromosomale afwijkingen kan nakijken. Een nadeel dat hierbij vermeld moet worden is dat er soms veranderingen terug te vinden zijn waarbij er niet steeds duidelijk geweten is wat dit betekent voor de gezondheid van de moeder en de baby, zowel op korte termijn als naar het verleden toe. Dit creëert veel vragen en bezorgdheden waarbij een duidelijk antwoord formuleren niet altijd mogelijk is. De geneticus zal in dit geval de moeder (en haar partner) hier verder over inlichten. Bij het opsporen van abnormale bevindingen zal een vruchtwaterpunctie ter bevestiging van het resultaat de volgende stap zijn.

Rubella

Dankzij een geslaagde vaccinatiecampagne is deze virale infectie bijna volledig verdwenen. Echter blijft het belangrijk om een preconceptie screening uit te voeren. Bij een te zwakke of onbestaande immuniteit kan de patiënt gratis gevaccineerd worden bij de huisarts (preconceptie of postpartum). Contraceptie gedurende minstens 1 maand na vaccinatie wordt sterk aangeraden. Indien de patiënte accidenteel gevaccineerd wordt tijdens de vroege zwangerschap is dit geen indicatie tot zwangerschapsafbreking.

Screening naar pre-eclampsie in een laagrisico populatie

Ongeveer 3-4% van de zwangere populatie ontwikkelt PE, 0.5-0.8% voor 34 weken zwangerschap. De laatste groep is de belangrijkste groep als er gesproken wordt over perinatale risico's: iatrogene vroeggeboorte, intra uterine groeirestrictie, perinatale mortaliteit en morbiditeit en ernstige maternale morbiditeit. Het screenen naar pre-eclampsie steunt op het evalueren van de maternale risicofactoren enerzijds en het meten van de bloeddruk anderzijds. De gevoeligheid van deze parameter voor detectie van pre-eclampsie voor 37 weken (10% positieve screeningresultaten) is 49%. Bij de groep voor 34 weken ligt dit percentage op 65%. Dit wil zeggen dat 35% van de meest ernstige vormen niet wordt opgepikt.

Hypertensieve aandoeningen en meer in het bijzonder pre-eclampsie kenmerken zich door een verminderde compliantie van de maternale uterine bloedvaten. Deze weerstandsverhoging ligt aan de basis van de meer beperkte uterus en placentaire bloeddoorstroming.

Zowel in het eerste als in het tweede trimester van de zwangerschap is het gebrek aan weerstandsverlaging in de uterine bloedvaten meetbaar via het dopplersonderzoek. Dit echografisch onderzoek verhoogt – in ervaren handen – de detectiegraad van pre-eclampsie tot 74% en 88% respectievelijk voor 37 en voor 34 weken. Ook in het maternale bloed zijn er parameters geassocieerd met pre-eclampsie, o.a. PIGF (de placentaire groeifactor). Toevoegen van deze parameter aan de screening verhoogt de gevoeligheid tot respectievelijk 82% en 90%.

Het preventief toedienen van Aspirine vanaf het eerste trimester van de zwangerschap (80-160 mg), reduceert het risico op ernstige pre-eclampsie significant waardoor de screening zinvol is.

Deze aanpak wordt voorlopig niet terugbetaald door het RIZIV. De gecombineerde screening wordt best in een referentiecentrum uitgevoerd.

Screening naar vroeggeboorte in een laagrisico populatie d.m.v. een cervixlengtemeting op de 20 – 22 weken echografie

Zowat 85% van alle zwangere vrouwen die te vroeg bevallen, hebben geen vooraf bestaande risicofactoren. De cervixlengte is bepalend voor het risico op vroeggeboorte. In een laagrisico populatie kan er op basis van een transvaginale cervixlengtemeting – uitgevoerd rond 18-22 weken – een voorspelling gemaakt worden van het vroeggeboorterisico. Een cervixlengte van <25mm wordt gevonden bij 7.8% van de zwangere en het hieraan verbonden risico op bevalling <34 weken is dan ongeveer 10%.

Een behandeling met progesteron (Uterogestan® 200mg 's avonds) in deze groep halveert het risico op partus voor 34 weken.

Syfilis

Een syfilisinfectie is een bacteriële infectie die in het merendeel van de gevallen overgedragen wordt door seksueel contact met een persoon met een letsel in de genitale regio of huiduitslag die in een later stadium van de ziekte verschijnt. Het ziektebeeld dat hierbij gepaard gaat verschilt sterk van stadium. De diagnose of het testen gebeurt via een bloedname. Onbehandelde vormen kunnen zelfs

jaren later belangrijke complicaties teweegbrengen zoals hersenletsels. Ook de foetus heeft een verhoogd risico op afwijkingen en sterfte voor de geboorte.

Preventie gebeurt door het vermijden van risicovol seksueel gedrag en het gebruik van een condoom. Bij het vaststellen van een syfilis is een behandeling met antibiotica (Penicilline G) zeer effectief (inclusief bedpartners).

Toxoplasmose

Toxoplasmose kan worden opgelopen door het eten van rauw vlees, ongewassen rauwe groenten en contact met uitwerpselen van katten. De infectie verloopt meestal asymptomatisch. Af en toe (10-20%) gaat het gepaard met koorts, algemeen ziektegevoel of een klierzwellings in de hals.

Wanneer de zwangere antistoffen vertoont (50%) is er geen gevaar voor de zwangerschap. Bij ongeveer 0,1% van de zwangere zonder immuniteit treedt er een infectie op tijdens de zwangerschap wanneer de preventieve maatregelen niet grondig in acht genomen worden. Het gevaar op een overdracht naar de foetus neemt af met de mate van de zwangerschapsduur. Het risico op overdracht naar de foetus is het grootst in het eerste trimester van de zwangerschap. De meeste geïnfecteerde foetussen hebben geen symptomen bij de geboorte maar 80-90% van hen ontwikkelt chorioretinitis en gezichtsbeperking, gehoorverlies en neurologische ontwikkelingsstoornissen.

Opsporen van een toxoplasmose infectie bij de zwangere kan d.m.v. een bloedafname en bepaling van de IgG en IgM antistoffen vroeg in het eerste trimester (soms herhaling rond 24 weken). Bij seroconversie wordt zo snel als mogelijk een preventieve antibioticabehandeling opgestart. De infectiestatus van de foetus wordt bepaald via een gevoelige test op het vruchtwater rond 18 weken. Een negatief resultaat is geruststellend, echter wordt er vaak gekozen om een late transmissie vanuit de placenta te verhinderen door voortzetting van de antibioticabehandeling. Blijkt de foetus toch geïnfecteerd te zijn, wordt de behandeling aangepast.

Echografische opvolging (eventueel met een additioneel MRI onderzoek) laat toe om toxoplasmose gerelateerde afwijkingen bij de foetus op te sporen. De aanwezigheid van deze afwijkingen doet een ernstige vorm van aangeboren toxoplasmose vermoeden. Een zwangerschapsafbreking kan dan overwogen worden.

Voeding tijdens de zwangerschap

Zie alle info op [Gezonde voeding tijdens de zwangerschap | UZ Leuven](#)

Bijlage 5: Thema's voor prenatale VGO sessies

De zwangerschap

- Ontwikkeling van de foetus
- Lichamelijke veranderingen in de zwangerschap
- Emotionele veranderingen in de zwangerschap
- Prenatale screening
- Toelichting bij het multidisciplinair geïntegreerd zorgtraject
- Levensstijl
- Seksualiteit en hormonen in de zwangerschap
- Bekkenbodemoefeningen/perineummassage
- Groeipakket, kinderopvang, sociale rechten, etc
- Babyuitzet

Postpartum periode

- Zorg na de geboorte (multidisciplinaire follow-up) en ondersteuning via Kind en Gezin
- Transitie naar het ouderschap
- Hechting
- Mentaal welzijn na de geboorte
- Bekkenbodemspieren oefeningen in het postpartum
- Administratie na de geboorte (aangifte, etc.)

Arbeid en bevalling

- Fysiologie van de arbeid en de bevalling
- Geboortewensen/geboorteplan
- Mogelijke plaatsen om te bevallen en keuze van zorgverstreker
- Signalen van de arbeid - wanneer ga ik naar het ziekenhuis?
- Latente fase - ontsluitingsfase - uitdrijvingsfase - nageboorte
- Rol van de partner
- Pijn tijdens de arbeid en mogelijke pijnbestrijdingstechnieken
- Wat als het anders loopt: sectio, kunstverlossing, inductie

Voeding van de zuigeling

- **Borstvoeding:**
 - Het belang voor moeder en kind
 - Belang van onmiddellijk huid op huid contact na de geboorte
 - Hongersignalen
 - Voeden op vraag
 - Frequent voeden voor een optimale melkproductie
 - Borstvoedingshoudingen
 - Aandachtspunten voor een goede zuigtechniek van de baby
 - Belang uitsluitende borstvoeding in de eerste 6 maanden
 - Nadelen van fopspenen
 - Nadelen van bijvoeden zonder medische indicatie

Bijlage 6: Gewichtsverandering in de zwangerschap

Gewichtstoename in verhouding tot uw BMI

BMI kleiner dan 18,5 (gele zone)

U heeft een te laag gewicht voor uw lengte. Daalt uw BMI nog dan stijgt het risico op tekorten aan bepaalde voedingsstoffen.

- Het is aangeraden om tijdens de zwangerschap 12,5 tot 18 kg gewicht bij te komen.
- Voor vrouwen met ondergewicht en een tweelingzwangerschap zijn er geen richtlijnen voor gewichtstoename.

BMI tussen 25 en 29,9 (oranje zone)

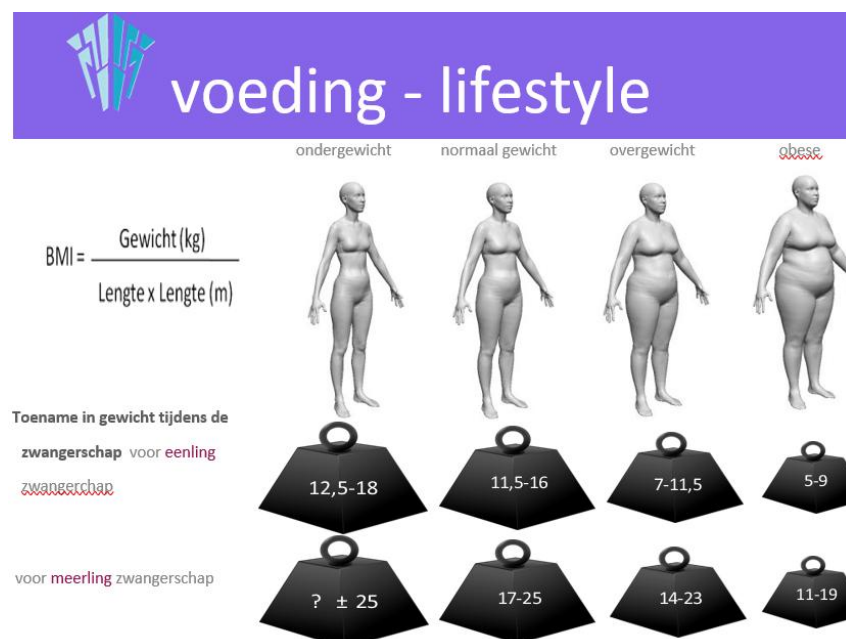
U heeft overgewicht. Voor uw gezondheid is het aangeraden uw gewicht in het oog te houden om te voorkomen dat het nog verder stijgt.

- Het is aangeraden om tijdens de zwangerschap 7 tot 11,5 kg gewicht bij te komen.
- De aanbevolen gewichtstoename voor een tweelingzwangerschap is 14 tot 23 kg.

BMI tussen 18,5 en 24,9 (groene zone)

U heeft een gezond gewicht voor uw lengte en zo de laagste kans op het krijgen van hart- en vaatziekten, diabetes, hoge bloeddruk en zelfs vroegtijdig overlijden.

- Uw ideale gewichtstoename tijdens de zwangerschap is 11,5 tot 16 kg.
- In het geval van een tweelingzwangerschap is de aanbevolen gewichtstoename 17 tot 25 kg.



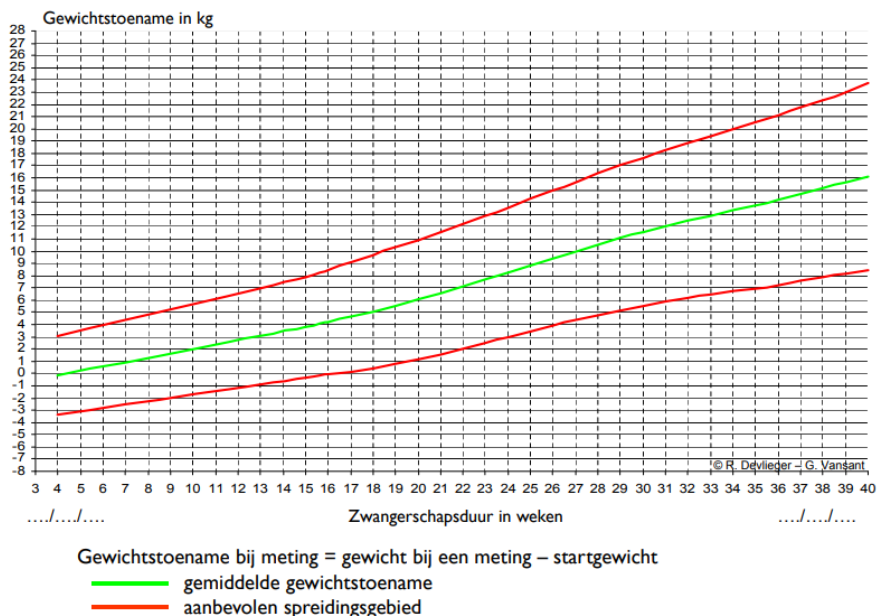


**UZ
LEUVEN**

Aanbevolen gewichtstoename tijdens de zwangerschap

BMI < 19,8 kg/m²

Zwangerschapsduur	Gewicht in kg	Gewichtstoename
41		
40		
38		
36		
32 (30-34)		
28 (28-32)		
24 (24-28)		
20 (18-22)		
16		
12 (11-14)		
Startgewicht		

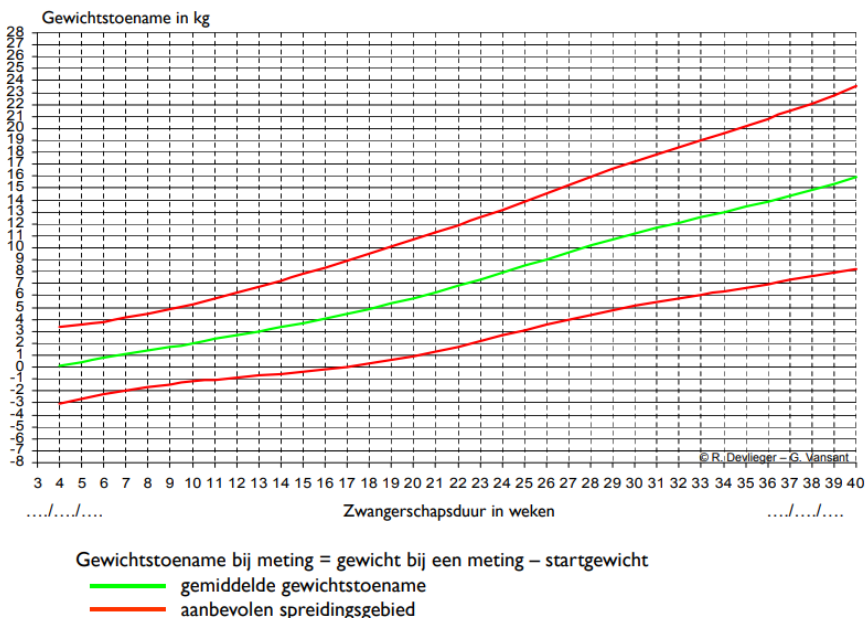


**UZ
LEUVEN**

Aanbevolen gewichtstoename tijdens de zwangerschap

19,8 ≤ BMI ≤ 26,0 kg/m²

Zwangerschapsduur	Gewicht in kg	Gewichtstoename
41		
40		
38		
36		
32 (30-34)		
28 (28-32)		
24 (24-28)		
20 (18-22)		
16		
12 (11-14)		
Startgewicht		



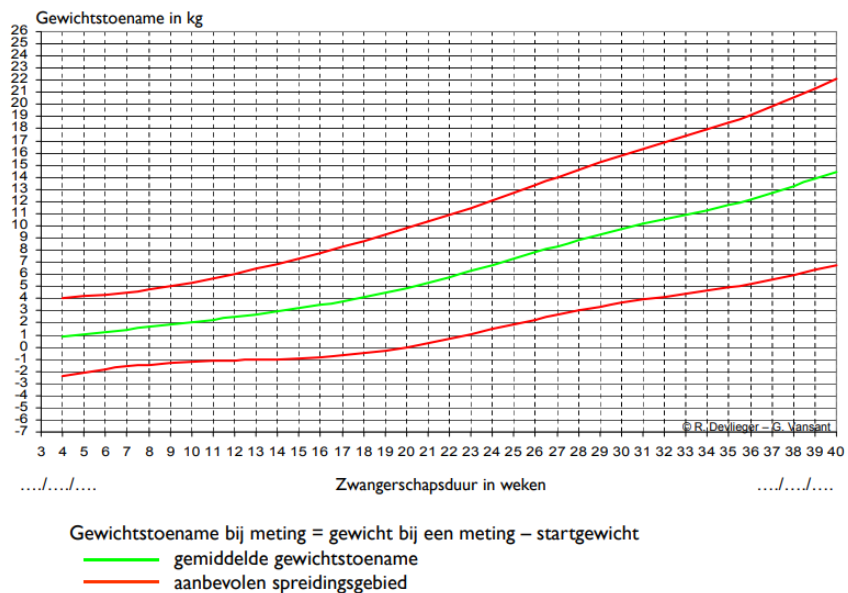


**UZ
LEUVEN**

Aanbevolen gewichtstoename tijdens de zwangerschap

26,0 < BMI < 29,1 kg/m²

Zwangerschapsduur	Gewicht in kg	Gewichtstoename
41		
40		
38		
36		
32 (30-34)		
28 (28-32)		
24 (24-28)		
20 (18-22)		
16		
12 (11-14)		
Startgewicht		

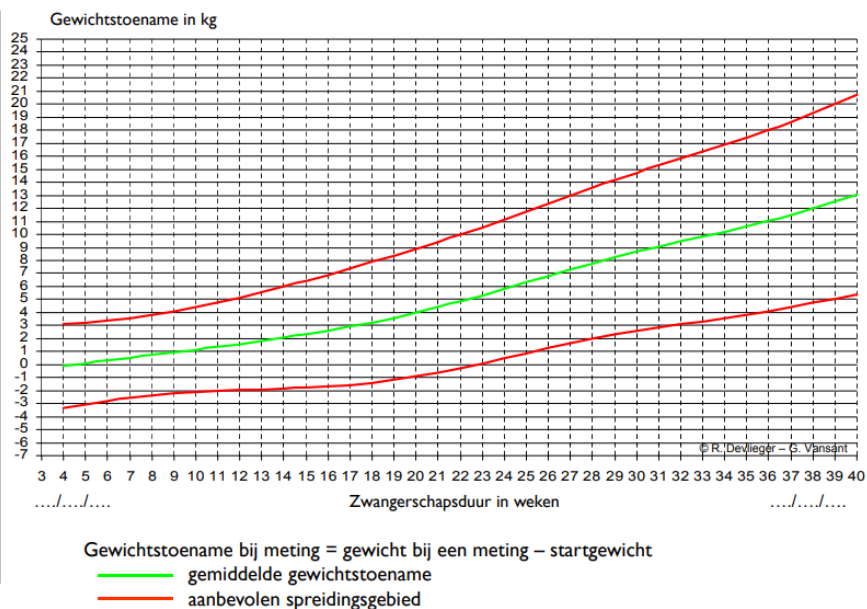


**UZ
LEUVEN**

Aanbevolen gewichtstoename tijdens de zwangerschap

BMI > 29,0 kg/m²

Zwangerschapsduur	Gewicht in kg	Gewichtstoename
41		
40		
38		
36		
32 (30-34)		
28 (28-32)		
24 (24-28)		
20 (18-22)		
16		
12 (11-14)		
Startgewicht		



Bron: UZ Leuven, Aanbevolen gewichtstoename tijdens de zwangerschap op basis van BMI, 2021.

Bijlage 7: Borstvoeding – algemene visie en beleid

Borstvoeding is en blijft de optimale voeding, met voordelen op korte, middellange en lange termijn voor de gezondheid van de baby en voor de gezondheid van de moeder. Vandaar het belang voor wat betreft de volksgezondheid, om borstvoeding te promoten, te beschermen en te ondersteunen (BFHI WHO/UNICEF)

1. Belang borstvoeding

Voor de baby

- Bevat alle noodzakelijke voedingsstoffen die de baby de eerste 6 maanden nodig heeft en het blijft daarna nog lange tijd een belangrijke voedingsbron naast het vaste voedsel dat aan de baby gegeven wordt.
- Colostrum bevat zeer veel afweerstoffen en geeft daarmee de baby een belangrijke bescherming tegen infectieziekten mee. Bovendien werkt colostrum laxerend en helpt het om het meconium sneller het lichaam te doen verlaten.
- Moedermelk bevat levende cellen, antistoffen, waardoor kinderen minder vaak ziek zijn. Aanzienlijk minder vaak oorontsteking, luchtweginfecties, maag- en darmstoornissen en diarree. Ze hebben een betere opbouw van het immuunsysteem.
- Minder kans op chronische aandoeningen als jeugddiabetes, jeugdkanker, ziekten waarbij het (auto)immuunsysteem een rol speelt.
- De vetzuren in moedermelk spelen een belangrijke rol bij de rijping en ontwikkeling van de hersenen. Scoren daardoor beter op mentale en motorische tests.
- Beschermst tegen wiegendood.

Voor de moeder

- Elk jaar dat een moeder borstvoeding geeft, vermindert het risico op het ontwikkelen van invasieve borstkanker met 6%.
- Vermindering risico ovariumkanker.
- Beter herstel na de bevalling.
- Psychologische voordelen (bevordert zelfvertrouwen en de hechting, sneller vertrouwd met de gewoonten van de baby).

Algemeen

- Het is veilig, altijd beschikbaar, altijd op temperatuur en het kan niet bederven.
- Borstvoeding bevordert de hechting tussen moeder en kind. Beiden hebben hier voordeel aan. Het kind, omdat een goede ouderhechting een voorwaarde is voor een gezonde emotionele ontwikkeling. En de moeder, omdat een goede hechting er voor zorgt dat zij haar kind beter begrijpt en dus makkelijker aan de behoeften van het kind tegemoet kan komen.
- Een huilende baby vindt (bijna) altijd troost aan de borst. Het resultaat is een tevreden baby en een tevreden moeder.
- Moedermelk is milieuvriendelijk, geen fabricage, geen afval.

2. Aanbevelingen WHO en Unicef

- Borstvoedingsinitiatie binnen het eerste uur na de geboorte
- Uitsluitend borstvoeding in de eerste 6 levensmaanden (geen ander voedsel of andere vloeistoffen, ook geen water)
- Borstvoeding op vraag van het kind, dag en nacht.
- Vanaf 6 maanden: initiatie van veilig en adequaat aanvullend voedsel

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:

Tien Vuistregels voor het welslagen van de borstvoeding

Alle instellingen voor moeder- en kindzorg dienen er zorg voor te dragen:

1. dat er een geschreven beleid over borstvoeding is, dat standaard bekend gemaakt wordt aan alle betrokken medewerkers.
2. dat alle betrokken medewerkers de nodige opleiding en vaardigheden aanleren, die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van dat beleid.
3. dat alle zwangere vrouwen voorgelicht worden over de voordelen en de praktijk van de borstvoeding.
4. dat de baby onmiddellijk na de geboorte gedurende minimum een uur huid op huid contact met de moeder wordt gelegd. Moedig de moeders aan om hongersignalen van hun baby te herkennen en bied hulp aan indien nodig.
5. dat aan vrouwen uitgelegd wordt hoe ze hun baby aan moeten leggen en hoe zij de melkproductie in stand kunnen houden, zelfs als de baby van de moeder gescheiden moet worden.
6. dat pasgeborenen geen andere voeding dan borstvoeding krijgen, noch extra vocht, tenzij op medische indicatie.
7. dat moeder en kind dag en nacht bij elkaar op een kamer mogen blijven ('rooming-in').
8. dat borstvoeding op verzoek van het kind wordt nagestreefd.
9. dat aan pasgeborenen die borstvoeding krijgen geen speen of fopspeen gegeven wordt.
10. dat er borstvoedingsbegeleidingsgroepen (moedergroepen) gevormd kunnen worden en dat vrouwen bij het beëindigen van de zorg naar deze groepen verwezen worden.

*Verklaring van WHO/UNICEF (1989, Nederlandse uitgave 1991, herziene druk 1997):
"Bescherming, bevordering en ondersteuning van borstvoeding: de bijzondere rol van de gezondheidszorg"*

Bijgewerkt met de BFHI-richtlijnen voor de integrale gezondheidszorg, januari 2006

3. Internationale code voor het op de markt brengen van middelen ter vervanging van moedermelk

Elke zorgverlener moet kennis hebben van de Internationale Code:

- Geen gratis stalen van/of vervangingsmiddelen voor moedermelk aan gereduceerde prijzen in de ziekenhuizen.
- Geen promotie van kunstvoeding (geen posters, kalenders, foto's, balpennen van kunstvoeding).
- Het demonstreren van de bereiding van kunstvoeding mag en moet enkel door het verzorgend personeel gebeuren, voor de zwangeren, moeders en hun familie waarbij dit noodzakelijk is.
- Personeel moet ouders waarschuwen voor de gezondheidsrisico's van het niet gebruiken van de juiste hoeveelheid en het niet correct bereiden.

- Bewaring van vervangingsmiddelen van moedermelk uit het zicht van de moeders.
- Geen giften aan personeel en familieleden.

4. VGO individueel of in groep

Aanbevelingen prenataal

Doorheen de verschillende contacten met de vroedvrouw komt het volgende aan bod:

- Eerlijk en transparant gesprek
 - o Gesprek starten met een open vraag ('Ga je borstvoeding geven'? => 'Welke voeding ga je geven?')
 - o Bevragen attitude, (voor)oordelen, vorige ervaringen
 - o Rekening houden met ondersteuning voor en door partner, cultuur, netwerk, werk, financieel.
 - o Aandacht voor medicatie en borstvoeding
- Bevragen risicofactoren
 - o Platte of geïnverteerde tepels
 - o Voorgeschiedenis van heekunde
 - o Weinig borstontwikkeling tijdens zwangerschap
 - o Obese moeders, diabetes, oudere leeftijd
 - Info prenataal kolven
 - o Negatieve borstvoedingservaring
- Contra-indicaties van borstvoeding
 - o Zuigeling: Galactosemie, Maple syrup urine disease, Fenylketonurie
 - o Moeder: HIV-infectie, Onbehandelde actieve TBC, Humaan T-cel lymphotropisch virus type I of II, Chemotherapie / bestraling, Illegaal druggebruik

Alle zwangere vrouwen worden prenataal geïnformeerd over **baby- en moedervriendelijke aspecten**. Dit kan in groep of individueel.

Voeding van de zuigeling

- **Borstvoeding:**
 - Het belang voor moeder en kind
 - Belang van onmiddellijk huid op huid contact na de geboorte
 - Hongersignalen
 - Voeden op vraag
 - Frequent voeden voor een optimale melkproductie
 - Borstvoedingshoudingen
 - Aandachtspunten voor een goede zuigtechniek van de baby
 - Belang uitsluitende borstvoeding in de eerste 6 maanden
 - Nadelen van fopspenen
 - Nadelen van bijvoeden zonder medische indicatie

- + Belang van rooming-in
- + Manueel kolven
- + Belang van borstvoeding na de leeftijd van 6 maand naast vaste voeding

"Baby Friendly Hospital Initiative"

- + Mogelijkheid tot het bijzijn van personen die de vrouw verkiest tijdens de arbeid
- + Niet medicamenteuze pijnbestrijding
- + Mogelijkheid om naar behoefte te drinken en te eten
- + Bewegingsmogelijkheden tijdens arbeid en bevalling
- + Vermijden van invasieve technieken, tenzij medisch verantwoord

"Mother Friendly Hospital Initiative"

Doorheen de gesprekken staat men stil bij de uitdagingen rond borstvoeding. Men heeft respect voor de uiteindelijke keuze van de ouders. Men ondersteunt hen bij de beste keuze voor zichzelf en voor het gezin (ont-schuldigen).

Aanbevelingen postnataal

- 24 u postpartum
Binnen de 24 uur na de geboorte geeft de vroedvrouw ouders en primaire verzorgers minimaal voorlichting over de voordelen van borstvoeding en colostrum, het ideale tijdstip van het eerste voedingsmoment en het belang van huid-op-huidcontact.
- Eerste 6-8 weken

Tijdens de eerste 6 tot 8 weken na de bevalling geeft de vroedvrouw ouders en primaire verzorgers minimaal voorlichting over

- 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

Basisprincipes tijdens borstvoedingsbegeleiding

- Face to face ondersteuning
- Continuïteit van de zorgverlener
- Aandacht voor ondersteuning door en voor de partner/netwerk
- Belang van peer support
- Hands off begeleiding (Indien je toch wilt helpen vraag je toestemming)
- Informatie over mogelijke alternatieven (geen alles of niets-verhaal)

The Lancet, Breastfeeding Series 2016

An Eerdekens, MD, PhD, IBCLC, Neonatologie, UZ Leuven, 2022

Baby Friendly Hospital Initiative BFHI WHO / UNICEF, Praktische gids om te voldoen aan de BFHI-criteria voor het behalen van het kwaliteitscertificaat, 2017.

VBOV, Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg, Aanbevelingen voor vroedvrouwen, 2016.

Bijlage 8: Flowchart vrouwelijke genitale verminking (VGV)

1^{ste} Prenatale consultatie door vroedvrouw of gynaecoloog

⇒ Anamnese rekening houdend met origine (Wereldkaart: zie website GAMS)

Risicolanden

- Somalië
- Soedan
- Egypte
- Jemen
- Indonesië
- Irak (Koerdistan)
- ...

⇒ Uitgebreid medisch onderzoek van de externe genitaliën

Identificatie van het type VGV

⇒ Patiënt informeren (eventueel met tekeningen) + gezondheidsaspecten

⇒ Herinnering aan het verbod (wetgeving)

Notatie in het medische dossier van de patiënte

Doorverwijzing

1. Naar arts

2. Naar organisaties voor verdere bijstand: GAMS, INTACTvzw, Huis van het Kind Leuven

Aandachtspunten

⇒ Specifieke opvolging: anemie, urinaire infectie, onvoldoende gewichtstoename, weigering vitamines, angst instrumenten, pijn...

⇒ Advies inwinnen en/of de patiënt naar gespecialiseerde organisaties doorverwijzen :GAMS/Huis van het Kind/INTACT voor de voorbereiding op de bevalling, info...

⇒ Signaleren van de patiënt op het bevallingskwartier

⇒ Risico op herinfibulatie evalueren: vroegtijdige postnatale consultatie met referentie gynaecoloog om met de partner/de familie te spreken en indien nodig signaleren bij GAMS/Huis van het Kind/INTACT

⇒ Mogelijk risico op VGV evalueren binnen de directe entourage (dochter, zus)

Tot wie zich richten ?

GAMS

België vzw (Groepering voor de afschaffing van vrouwelijke genitale verminking)

Gabrielle Petit straat n°6 te 1080 Molenbeek Tel.: 02/219 43 40

<https://gams.be> , e-mail: info@gams.be

INTACTvzw

Tel.: 02/ 539 02 04

<http://www.intact-association.org>, e-mail: contact@intact-association.org

Aanvraag individueel gesprek, op aanvraag en op de locatie waar de vrouw zich aanmeldt:

Katrien De Koster, katrien@gams.be of 0495/93 93 18

Bijlage 9 : Tool – Rookvrije Start

HOE BESPREEK JE STOPPEN MET ROKEN?

Daar bestaan een aantal technieken voor! Deze gesprekshulp is gebaseerd op de principes van **motiverende gespreksvoering**. Het zijn handvatten om stoppen met roken bespreekbaar te maken met zwangere vrouwen en hun partner. Ze helpen bij het geven van **een duidelijk**

stopadvies en het doorverwijzen naar rookstophulp. Dit kun je al doen in 1 minuut, of 5 minuten wanneer je meer tijd hebt.

Lees meer op rookvrijestart.be.

HOE VERWIJS JE DOOR?

Roken bespreekbaar maken en een stopadvies geven zijn heel belangrijke stappen. Maar vaak hebben zwangere vrouwen die roken meer ondersteuning nodig bij het te stoppen. Verwijs je cliënt door voor gedragsmatige ondersteuning. Dit wordt aangeboden door de **tabakoloog**. Gedragsmatige ondersteuning is het meest effectief in combinatie met nicotinevervangers. Nicotinevervangers mogen gebruikt worden tijdens de zwangerschap.

NAAR WIE VERWIJS JE DOOR?

- Naar de **gratis stoplijn van Tabakstop** (0800 111 00) en tabakstop.be.
- Naar een tabakoloog in de buurt via tabakologen.be.

1 Vraag de rookstatus na	2 Geef een stopadvies	3 Beoordeel de motivatie om te stoppen	4 Bespreek de mogelijkheden voor ondersteuning / Verwijs door naar een tabakoloog	5 Maak een stopafpraak en/of begeleid naar rookstophulp
Ik wil het graag hebben over roken. Vind je dat goed? Wordt er gerookt in je omgeving? Rook jij of rookt je partner?	Ik adviseer jou en je partner om te stoppen met roken. Wat knap dat je al geminderd bent. Wat kan je helpen om ook van die laatste sigaretten af te komen? Als je straks naar huis gaat, wat ga je dan tegen je partner vertellen over stoppen met roken?	Kun je mij vertellen waarom je rookt? Hoe graag wil je stoppen met roken (schaal van 1 tot 10)? Wat weet je over (stoppen met) roken tijdens de zwangerschap?	Heb je behoefte aan extra ondersteuning? Je kunt hulp krijgen van een tabakoloog. Een tabakoloog kan je helpen als stoppen met roken moeilijk is. Zal ik uitleggen wat een tabakoloog is? Ik kan je doorverwijzen naar Tabakstop of een tabakoloog in de buurt	Wat is een geschikte datum voor jou om te stoppen? Ik bel woensdag om te horen hoe je eerste stopdag is gegaan Zullen we samen een afspraak maken bij Tabakstop / een tabakoloog in de buurt?

1-minuutgesprek
5-minutengesprek

MEER INFORMATIE

OVER HET BEVORDEREN
VAN EEN ROOKVRIJE START
VIND JE OP ROOKVRIJESTART.BE



Deze A4 is een uitgave van het Vlaams Instituut Gezond Leven en gebaseerd op materialen ontwikkeld door het Trimbos-instituut. V.U.: Vlaams Instituut Gezond Leven vzw, Linda De Boeck, Gustave-Schildknechtstraat 9, 1020 Brussel

Art 613004

U.Z. Leuven campus Gasthuisberg, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België

TOESTEMMINGSFORMULIER

NIET-INVASIEVE FOETALE RHESUS BEPALING in combinatie met NIPT

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING VAN DE ZWANGERE VROUW

1. Ik ben geïnformeerd over de mogelijkheden en beperkingen van beide testen, zoals beschreven in de informatiebrochures of op de website www.uzleuven.be/nipt. Ik heb de mogelijkheid gehad om aan mijn arts bijkomende informatie te vragen.
 2. Ik begrijp dat de **NIPT** bedoeld is voor het opsporen van trisomie 21, 18 en 13 vanaf 10 weken zwangerschap. Andere, meer geschikte testen zijn aangewezen wanneer er een verhoogd risico is voor welbepaalde genetische aandoeningen.
 3. Ik begrijp dat de NIPT heel nauwkeurig is, maar niet 100%. In geval van een normaal resultaat is de kans dat de baby toch trisomie 21, 18 of 13 heeft heel klein, maar niet volledig uitgesloten. Een afwijkend resultaat dient bevestigd te worden met behulp van een invasief prenataal onderzoek (bij voorkeur met een vruchtwaterpunctie).
 4. Ik begrijp dat de NIPT in zeldzame gevallen niet conclusief of niet interpreteerbaar is. In dit geval kan de test eenmalig gratis herhaald worden op een tweede bloedstaal.
 5. Bij de NIPT analyse worden alle chromosomen nagekeken. Daarom kan de NIPT in zeldzame gevallen ook andere chromosoomafwijkingen opsporen (bijvoorbeeld een trisomie van een ander chromosoom of een klinisch relevante chromosoomafwijking bij mezelf of bij mijn baby). Het Centrum voor Menselijke Erfelijkheid zal in dit geval contact opnemen met mij of mijn gynaecoloog.
 6. Ik begrijp dat de **niet-invasieve foetale Rhesus bepaling** de Rhesus status van mijn baby bepaalt, wat van belang is voor de verdere opvolging van mijn zwangerschap. Ook deze test is heel nauwkeurig, maar niet 100%. In geval van een negatief, dan wel positief, testresultaat is de kans dat de baby toch Rhesus positief, dan wel negatief is, heel klein, maar niet volledig uitgesloten.
 7. Ik begrijp dat de NIPT, en in sommige gevallen ook de niet-invasieve foetale Rhesus bepaling, wordt terugbetaald in België. Mijn arts heeft mij op de hoogte gebracht van de kostprijs van beide testen. Ik kan de actuele prijzen consulteren op de website www.uzleuven.be/nipt.
 8. Ik begrijp dat de resultaten in de meeste gevallen na 7 à 10 kalenderdagen beschikbaar zullen zijn (gerekend vanaf de datum van ontvangst van het bloedstaal in ons laboratorium). Ik kan mijn NIPT resultaten online raadplegen in mijn elektronisch medisch dossier via www.mynexuzhealth.be. Ik begrijp dat de resultaten van de niet-invasieve foetale Rhesus bepaling enkel naar mijn arts/gynaecoloog worden gestuurd.
 9. Ik begrijp dat het restmateriaal en de bekomen genomische gegevens na uitvoering van beide testen gebruikt kunnen worden voor validatie, interne kwaliteitscontroles of onderzoeksdoeleinden (bijvoorbeeld optimalisatie van de testen en nieuwe ontwikkelingen).
- ☐ Ik bevestig dat ik tijdens deze zwangerschap nog geen niet-invasieve foetale Rhesus bepaling of NIPT heb laten uitvoeren die terugbetaald werden door het ziekenfonds.
- ☐ Ik begrijp bovenstaande informatie en stem ermee in dat de niet-invasieve foetale Rhesus bepaling in combinatie met NIPT mag uitgevoerd worden.

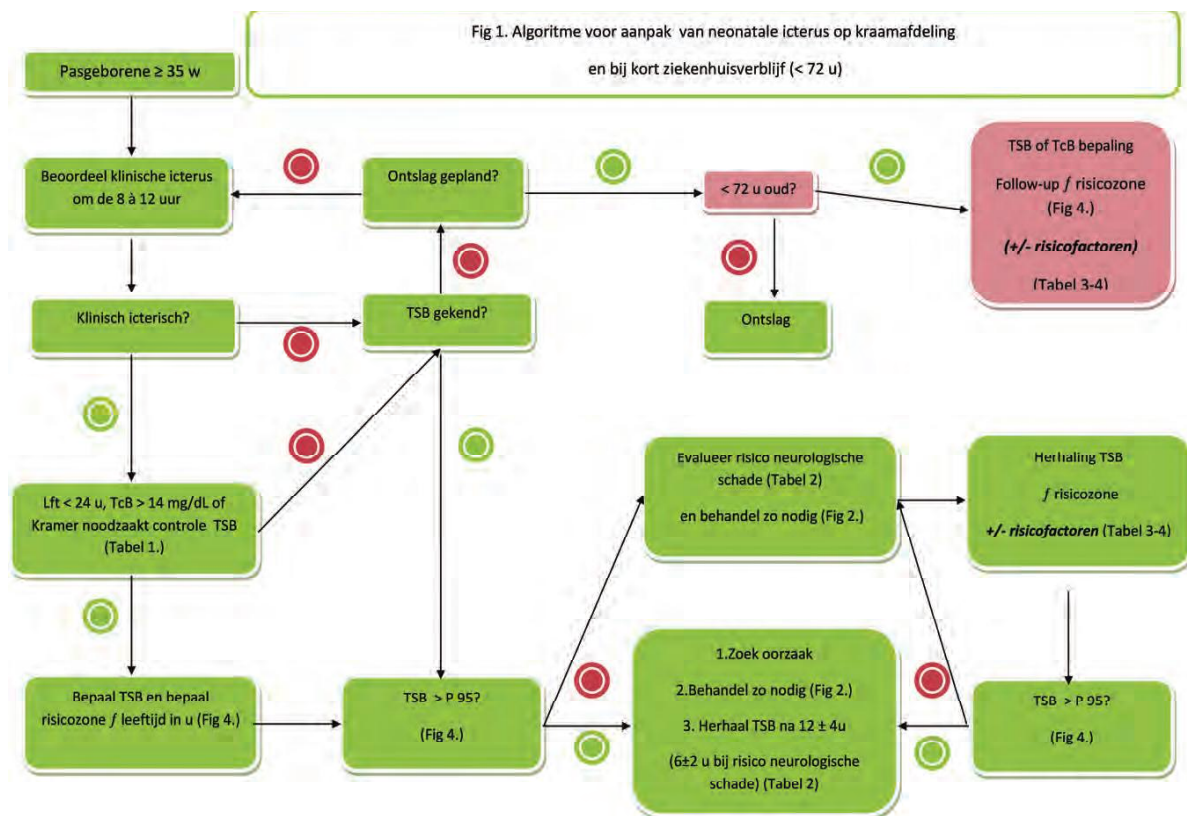
[illegible]

Bijlage 11: Beleid bij hyperbilirubinemie voor zuigelingen op de kraamafdeling en bij kort ziekenhuisverblijf

De bilirubinebepaling gebeurt niet alleen op basis van klinische tekenen, maar ook op basis van de volgende risicofactoren voor ernstige hyperbilirubinemie.

Beleid:

- Blootstelling aan zonlicht moet worden vermeden.
- Minstens 8-12x / dag borstvoeding
- Counseling ouders



14. Beleid bij hyperbilirubinemie

14.1. Algoritme voor aanpak van neonatale icterus op de kraamafdeling – GA 35w

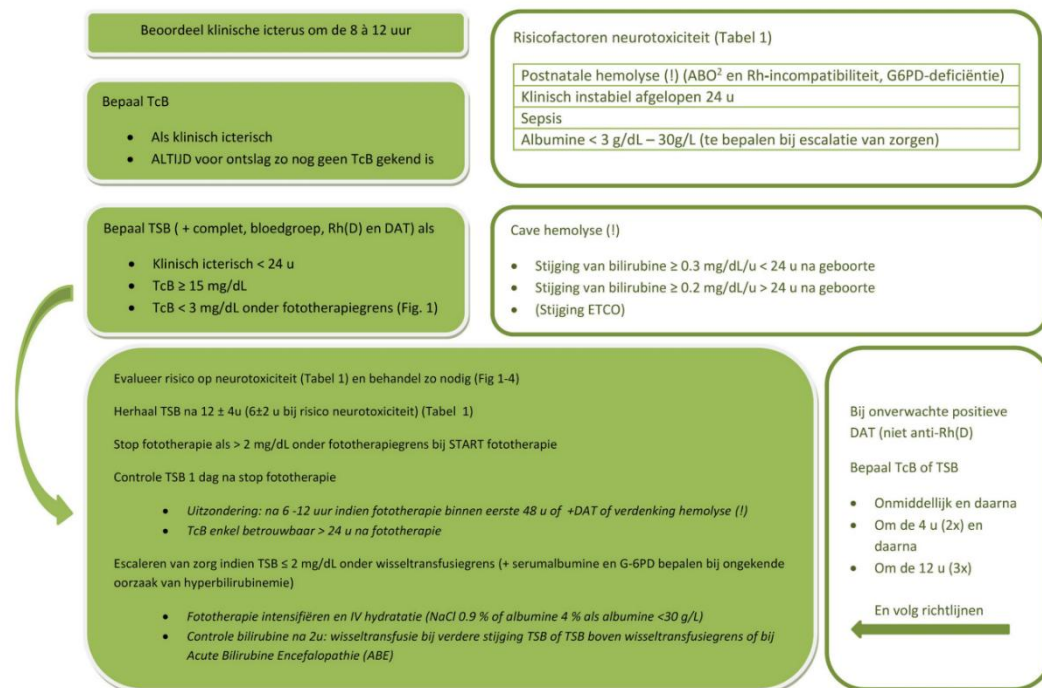


Fig. 1: Indicaties voor fototherapie in functie van leeftijd in uren en GA zonder risicofactoren (Tabel 1)

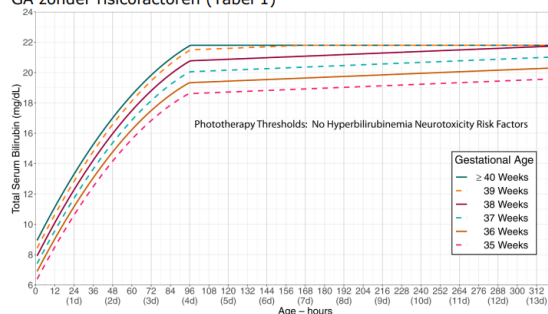


Fig. 2: Indicaties voor fototherapie in functie van leeftijd in uren en GA met risicofactoren neurotoxiciteit (Tabel 1)

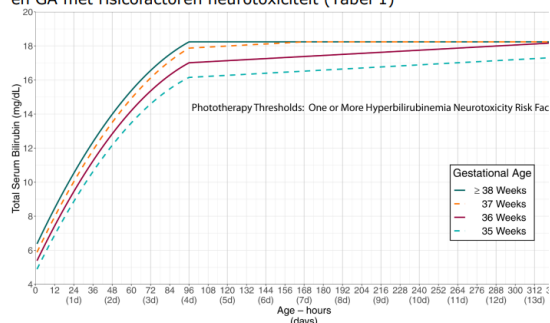


Fig. 1-4: fototherapie- en wisseltransfusie grenzen (AAP richtlijnen)

Tabel 2. Risicofactoren voor het ontwikkelen van ernstige hyperbilirubinemie (klinische opvolging)	
Klinische icterus binnen eerste 24 u	
Bewezen hemolyse of verdenking hemolyse (stijging van TcB of TSB ≥ 0.3 mg/dL/u binnen 24 u na geboorte of ≥ 0.2 mg/dL/u erna)	
Nood aan fototherapie tijdens kraamverblijf	
Exclusief borstvoeding met suboptimale intake of excessief gewichtsverlies (>8-10 %)	
Cefaalhematoom of uitgebreide ecchymosen	
Vorig kind met neonatale geelzucht waarvoor fototherapie of wisseltransfusie	
Familiale anamnese suggestief voor erfelijke rode bloedcel afwijkingen (vb. G6PD deficiëntie)	
Macrosome baby van diabetische moeder	
Baby met Down syndroom	

Fig. 3: Indicaties voor wisseltransfusie in functie van leeftijd in uren, GA en zonder risicofactoren neurotoxiciteit (Tabel 1)

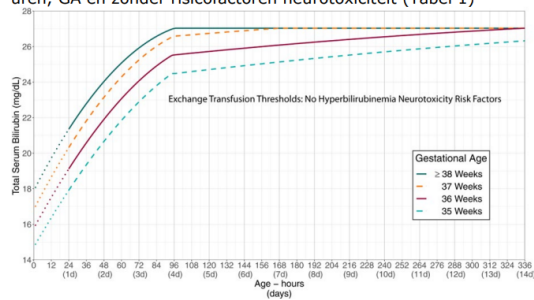
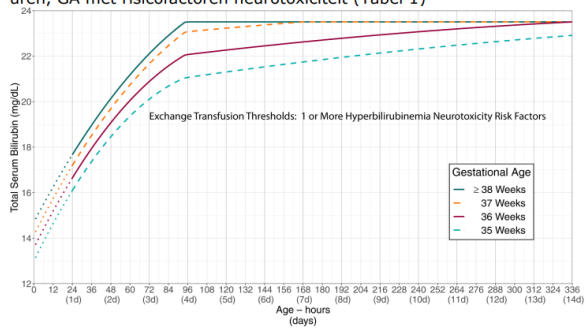


Fig. 4: Indicaties voor wisseltransfusie in functie van leeftijd in uren, GA met risicofactoren neurotoxiciteit (Tabel 1)



Aanbevelingen ontslag en opvolging na verblijf op materniteit

Tabel 3. Follow-up na ontslag (voor baby's die nog geen nood hadden aan fototherapie)		
Fototherapiegrens minus TcB of TSB		Aanbevelingen voor ontslag en FU
0,1-1,9 mg/dL	Leeftijd <24 uur	TSB na 4-8 uur Uitstel ontslag en overweeg fototherapie
	Leeftijd ≥24 uur	TSB na 4-24 uur(*) • Uitstel ontslag en overweeg fototherapie of • Ontslag met FU binnen max 24 uur
2,0-3,4 mg/dL	Leeftijdsonafhankelijk	TSB of TcB na 4-24 uur (*)
3,5-5,4 mg/dL	Leeftijdsonafhankelijk	TSB of TcB na 24-48 uur
5,5-6,9 mg/dL	Ontslag <72 uur	FU binnen 48 uur - TcB of TSB volgens klinische inschatting (**)
	Ontslag ≥72 uur	FU volgens klinische inschatting (**)
≥7,0 mg/dL	Ontslag <72 uur	FU binnen 72 uur - TcB of TSB volgens klinische inschatting (**)
	Ontslag ≥72 uur	FU volgens klinische inschatting (**)

(*) Klinische inschatting en overleg zal bepalen wanneer binnen het tijdsbestek van 4-24 uur TSB of TcB bepaald zal worden.

(**) Klinische inschatting impliceert:

- Klinisch onderzoek (bij ontslag)
- De aanwezigheid van risicofactoren voor het ontwikkelen van ernstige hyperbilirubinemie (Tabel 2)
- Voedingsgedrag van de baby en gewichtsevolutie
- Aanwezig netwerk voor het gezin

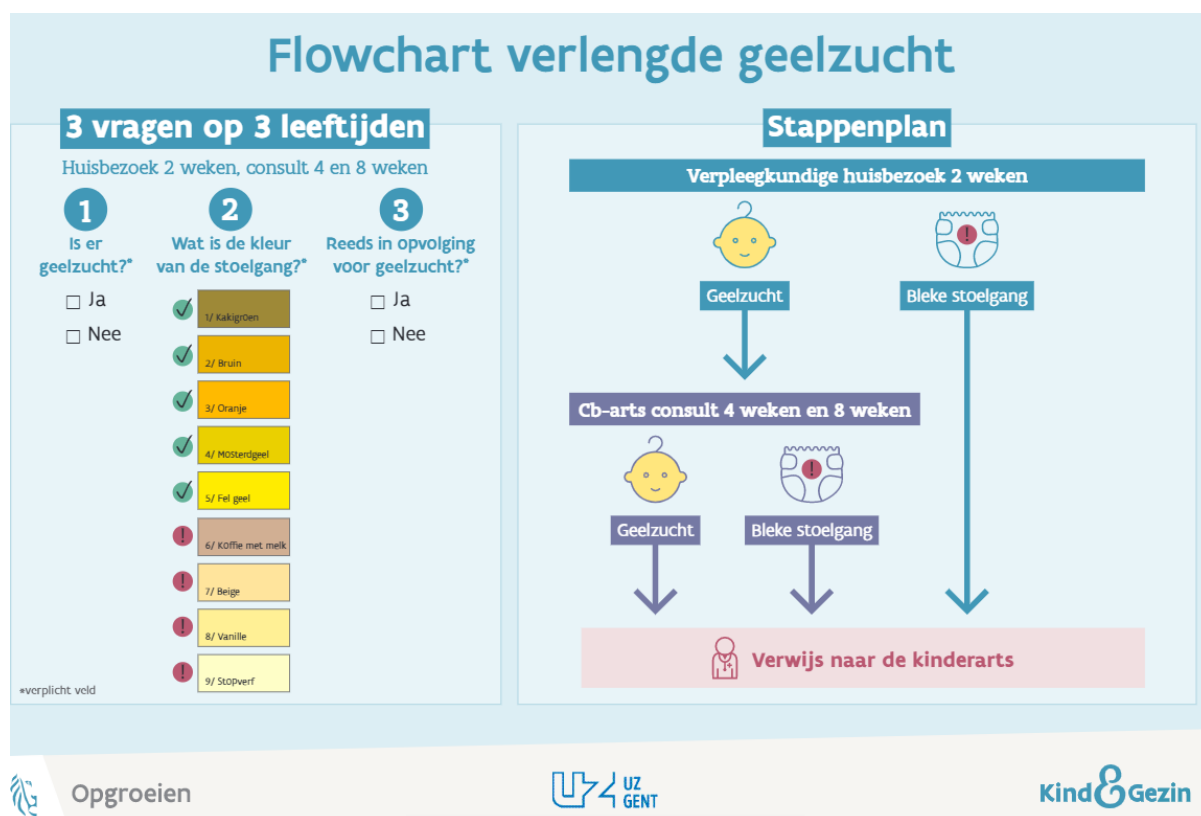
Verlengde icterus

- Borstvoeding
 - Na 3 tot 4 weken controle van totaal en direct (geconjugeerd) bilirubine
 - Verdere exploratie bij stijging van direct bilirubine
 - Moedermelk icterus kan tot 3 maanden duren
- Kunstvoeding
 - Na 2 weken nood aan verdere exploratie

Voetnoot

- Als alternatief voor nomogrammen kan de calculator op <https://www.bilitool.org> gebruikt worden. Er gebeurde update conform de nieuwe AAP richtlijnen van september 2022.

Bijlage 12: Verlengde geelzucht bij zuigelingen



Bijlage 13: Stoelgangkaart

✓	1/ Kakigroen	
✓	2/ Bruin	
✓	3/ Oranje	
✓	4/ Mosterdgeel	
✓	5/ Fel geel	
!	6/ Koffie met melk	
!	7/ Beige	
!	8/ Vanille	
!	9/ Stopverf	

Bijlage 14: Klinisch onderzoek van de pasgeborene

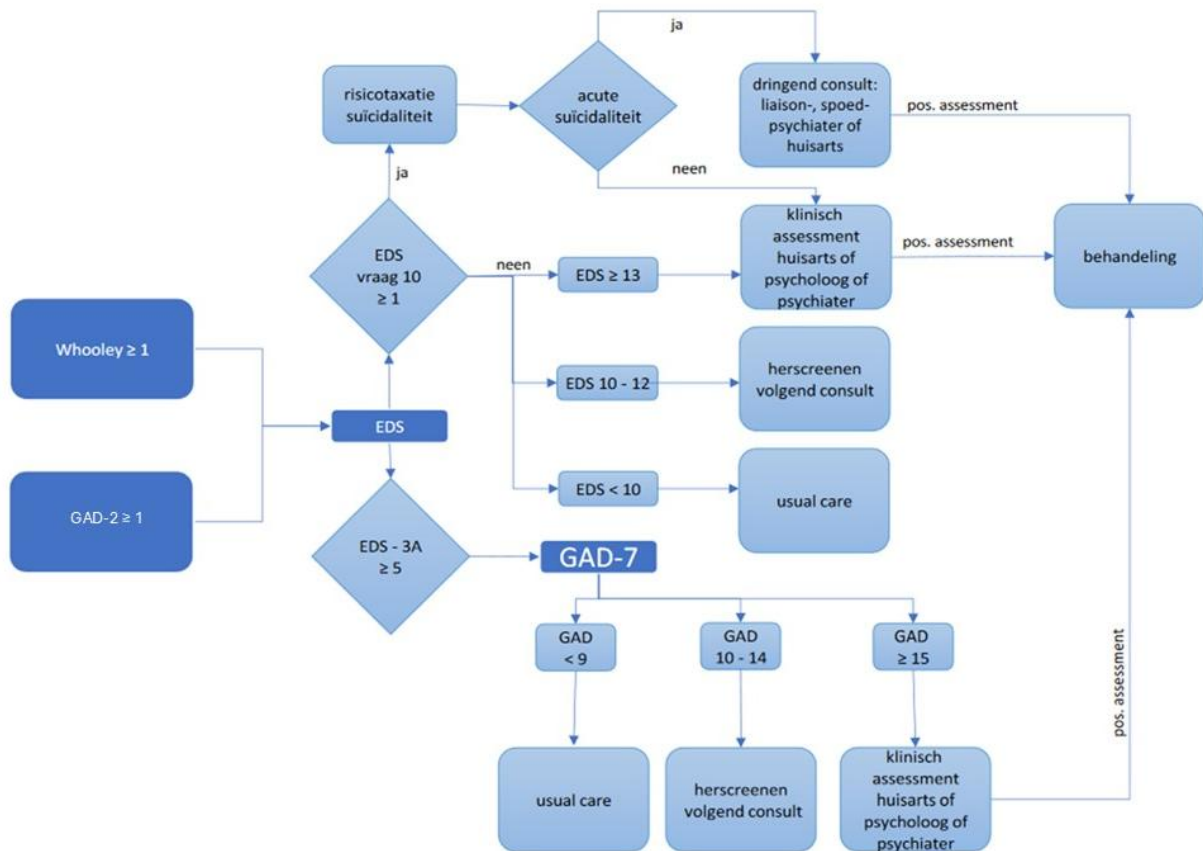
Algemene lichaamsbouw algemene lichaamsbouw ☒ NI ☐ Abnl		onderzoeker Gunnar Naulaers
		datum 02-01-2017 14:58 v

Vitaliteitstekens					
schrei	☒ NI ☐ Abnl		huidskleur	☒ NI ☐ Abnl	
voedingstoestand	☒ NI ☐ Abnl		thermoregulatie	☒ NI ☐ Abnl	
ademhaling	☒ NI ☐ Abnl		spontane motoriek	☒ NI ☐ Abnl	
drinkgedrag	☒ NI ☐ Abnl		tonus	☒ NI ☐ Abnl	

Systematisch onderzoek					
hoofd	☒ NI ☐ Abnl		hart	☒ NI ☐ Abnl	
abdomen	☒ NI ☐ Abnl		longen	☒ NI ☐ Abnl	
genito-ano-sacrale regio	☒ NI ☐ Abnl		ledematen	☒ NI ☐ Abnl	
neurologisch	☒ NI ☐ Abnl				

Check in het bijzonder					
mororeactie	☒ NI ☐ Abnl		claviculae	☒ NI ☐ Abnl	
plexus brachialis	☒ NI ☐ Abnl		a femoralis	☒ NI ☐ Abnl	
heupen	☒ NI ☐ Abnl		stand voeten	☒ NI ☐ Abnl	
verhemelte	☒ NI ☐ Abnl		ogen	☒ NI ☐ Abnl	

Bijlage 15: getrapt screeningsprotocol voor detectie van depressie en angst



Om mentale stoornissen in de perinatale periode te detecteren, wordt almaar meer gebruik gemaakt van universele screeningsmethoden. De diagnostiek daarentegen gebeurt aan de hand van psychosociaal en klinisch onderzoek en niet op basis van een screeningsinstrument. Een toegankelijke en haalbare screening is mogelijk dankzij een getrapt screeningsmodel. Dit model omvat enerzijds vragen van Whooley en anderzijds vragen van de Generalized Anxiety Disorder (GAD)-2 en laten toe om eenvoudig en snel (<1 minuut) een depressie en angstproblematiek uit te sluiten:

• Whooley-vragen:

- Hebt u gedurende de voorbije maand vaak last gehad van neerslachtigheid, een depressief of wanhopig gevoel?
- Hebt u gedurende de laatste maand minder plezier of interesse in wat u doet?

• GAD-2-vragen:

- Hebt u zich de afgelopen twee weken vaak zenuwachtig, ongemakkelijk of gespannen gevoeld?
- Bent u de afgelopen twee weken niet in staat geweest om te stoppen met piekeren of om controle te krijgen over het piekeren?

Antwoordt de vrouw op minstens 1 van de 2 Whooley-vragen positief of positief op beide GAD-2-vragen, dan is verdere screening aan de hand van de Edinburgh Depression Scale (EDS 64) aangewezen (schriftelijk af te nemen, duurt 10 à 15 minuten). De EDS is het meest gebruikte instrument om te screenen naar depressie in de perinatale periode (Nederlandstalige versie, zie bijlage 2 op blz. 159). Deze vragenlijst met 10 vragen werd ontwikkeld om een perinatale depressie op te sporen. De diagnostische performantie van de EDS wordt over het algemeen als goed beschouwd, maar is afhankelijk van de populatie, de prevalentie, de vertaling en de gebruikte cut-off en het moment waarop die in de perinatale periode wordt afgenomen. Is de EDS-score voor de factor angst > 5 (vragen 3, 4 en 5 van de EDS), dan wordt de meer uitgebreide Generalized Anxiety Disorder scale 7 (GAD-7) afgenomen.

Bijlage 16: Postpartum GVO naar ontslag, bij kort verblijf

Welke info krijgt de moeder in het ziekenhuis ? Alle informatie die hoort bij de eerste dagen postpartum en bij de overgang naar de thuiszorg	Welke info krijgt de moeder thuis ? Verder bouwend op de informatie die de moeder reeds kreeg, zo nodig herhaling en verduidelijking
Algemeen Normaal verloop van opname op kraamafdeling voor baby en moeder Ontslagmoment Thuiszorg in orde (eerstelijnsvoedvrouw, kraamzorg, huisarts) Alarmsignalen Contactgegevens bij problemen	Algemeen Aangifte gebeurd? Neonatale screening aangeboren aandoeningen (Guthrie) gebeurd? 7 ^e dagsonderzoek gepland? Bezoek Kind en Gezin Opvolging door kinesist Postpartum controle bij gyn/vrwr op 6 weken postpartum
Baby Navelverzorging Verluieren Kleur en temperatuur Aantal plasluiers en ontlastingspatroon Rooming-in Belang van en toepassen van veilig huidcontact Medicatie toedienen (vitamines) Braken/slijmen Wiegendoodpreventie/veilig slapen (slaaphouding en locatie) Neonatale screening aangeboren aandoeningen (Guthrie) Gewichtsverlies pasgeborene Vaccinatie pertussis (kinkhoest) Veilig vervoer in de auto	Baby Verzorging nagels, oren, ogen, neus en huidplooiën Huidverzorging Navelverzorging Uitleg badje in eigen accommodatie Veilig slapen - herhalen Medicatie en vitamines - herhalen Krampjes/onrust bij de baby Huidcontact Troosten en verwennen (huidcontact, positioneren) Gewichtsverlies Nachtelijk ouderschap en nachtvoedingen Neonatale screening aangeboren aandoeningen (Guthrie)
Moeder Info over rust Bloedverlies eerste dagen PP en massage baarmoederfundus Zelfzorg episio/wonde Temperatuur Plas- en stoelgangproblemen Medicatie Geruststelling babyblues Opdracht eventueel verwijderen hechtingen	Moeder Rust Wondzorg Lusteloosheid Ontzwangeren, hormonen (babyblues) Getrapt screeningsprotocol depressie en angst (bijlage 15) Bloedverlies en verdere perineale hygiëne Contraceptie Bekkenbodemp
Borstvoeding Voeden op vraag Aanlegtechniek en voedingshoudingen (pijn?) Tekens van efficiënte borstvoeding Hongersignalen Slik- en drinkgedrag Onderhouden melkproductie	Borstvoeding Aanlegtechniek Voedingshoudingen Eet- en drinkpatroon Tekens van efficiënte borstvoeding Pijnlijke tepels Tepel - en speenverwarring

Manueel afkolven en borstmassage Tepel - speenverwarring Borstcompressie en borstmassage Stuwing Tweede nacht/clusteren Zo nodig: Elektrisch kolven Pijnlijke tepels	Voeding van de moeder Belang van uitsluitend borstvoeding tot 6 maand Verstopt melkkanaal Tekens van borstontsteking Combinatie borstvoeding en werken Groeispurten Moedergroepen Onderhoud van de melkproductie: Manueel of elektrisch kolven Informatie over het bewaren en opwarmen van moedermelk
Flesvoeding Houding om flesvoeding te geven Aantal voedingen en hoeveelheid KV/dag Steriliseren, bereiden en opwarmen, soort water Gebruik fopspeen	Flesvoeding Bereiden van kunstvoeding in eigen setting Aantal voedingen Hoeveelheid kunstvoeding

CHARTER GEïNTEGREERDE PERINATALE SAMENWERKING

MISSIE

Solidariteit en betrokkenheid ten aanzien van de samenwerking

- Een geïntegreerde perinatale zorg met verbinding en vlotte overgang tussen de verschillende actoren betrokken bij de begeleiding van een vrouw vanaf conceptie tot in het postpartum, zonder overlap en zonder gaten in het vangnet
- Met behoud van kwaliteit van zorg waarin veiligheid en welzijn van cliënt, kind, partner en gezin centraal staan:
 - Cliënt-gestuurde zorg
 - Optimale continuïteit van zorg
 - Aandacht voor kwetsbare gezinnen
 - Kostenefficiënt en -transparant werken voor alle partijen, namelijk naar cliënt, zorginstellingen, zorgpartners en naar de overheid toe
 - Evidence-based met aandacht voor fysiologie

GEDEELDE WAARDEN

Vertrouwen & Waardering

- Wederzijds respect, waarmee we bedoelen:
 - Vertrouwen in ieders deskundigheid
 - Vertrouwen in elkaars welwillendheid
 - Waardering voor ieders visie op zorg en professionele beslissingen (huisartsen en vroedvrouwen; vroedvrouwen en artsen; vroedvrouwen binnen en buiten ziekenhuis; vroedvrouwen en kraamzorg; vroedvrouwen en Kind en Gezin; ...)

Inzicht in zichzelf en elkaar

- Interesse en nieuwsgierigheid in elkaars bijdragen en taken
- Zelfreflectie: stil staan bij eigen werking (kwaliteiten én verbeterpunten)
- Open staan voor feedback en vernieuwing

Communicatie en Samenwerking

De communicatie tussen zorgpartners verloopt steeds vanuit gelijkwaardige, respectvolle dialoog en overleg.

- Vlotte doorverwijzing
- Vertrouwen uitspreken naar de ouders toe
- Transparante communicatie
 - Transparantie ten aanzien van eigen werking

- Laagdrempeligheid
- Open feedback geven in alle richtingen; vlotte terugkoppeling
- Verbindend communiceren: vanuit eigen beleving en vanuit een sfeer van partnerschap

ROLLEN & VERANTWOORDELIJKHEDEN

- Belang van uitklaring van deel-/eindverantwoordelijkheden: wie voor welk onderdeel in functie van deskundigheid, faciliteiten, etc.
 - Kennen van ieders bijdrage, taken en expertise
- Gedeelde verantwoordelijkheid voor het geheel en dus ook voor ieders deelverantwoordelijkheden
 - Met oog op het zo klein mogelijk maken van de mazen van het net
- Patiënten informeren en hen stimuleren tot participatie en opnemen van eigen verantwoordelijkheid
- Aandacht voor kwetsbare cliënten en hun gezin

GEZAMENLIJKE AFSPRAKEN

- **Visie:**
 - Hoe omgaan met verschillende visies? Nastreven van gezamenlijke richtlijnen/guidelines.
 - Gezamenlijke doelen stellen. Patiëntveiligheid vs empowerment.
- **Communicatie:**
 - Zo snel mogelijk open feedback geven
 - Elkaar persoonlijk en zo snel mogelijk contacteren in geval van calamiteiten
 - Verschillen in standpunten bespreken en zelfde standpunt innemen t.a.v. de cliënt, m.a.w. de cliënt niet gebruiken als tussenpersoon
 - Informeren van ouders over 'wat als het anders loopt dan verwacht'
 - Omzichtig omgaan met manier van verwoorden, niet 'veroordelen'
 - Afwijkingen/uitzonderingen op het standaardbeleid communiceren
 - Fora creëren om actieve en open communicatie te faciliteren
- **Wederzijds respect** t.a.v. andere zorgverleners, t.a.v. het gezin en t.a.v. de samenwerking
- **Gezamenlijke, transmurale vorming** organiseren
- Afspraken/engagementen schriftelijk vastleggen in een **samenwerkingsovereenkomst** waar dit charter een onderdeel van is
- **Overleg op regelmatige basis:**
 - Coördinatieteam 3x/j – koppelt terug naar artsen en eerstelijns
 - Overleg eerstelijnsvoedvrouwen/K&G/Kraamzorg/Hoofdvroedvrouwen 1x/j
 - Gezamenlijke vorming voor de partners 1x/j
- Professionele verantwoordelijkheid opnemen wat **sociale media** betreft. Omzichtig omgaan met sociale media en zo nodig kanalen aanreiken waar men vragen/problemen kan bespreken.
- Updates en positieve berichtgeving over de samenwerking, een nieuwsbrief met een stand van zaken.

Bijlage 18: Algemeen principe voor een universele en geïntegreerde prenatale opvolging (KCE)

Voor de uitwerking van dit geïntegreerd prenataal zorgpad hebben we ons gebaseerd op het algemene principe voor een universele en geïntegreerde prenatale opvolging zoals aanbevolen door het KCE (2019).

De prenatale opvolging moet universeel en geïntegreerd zijn om een optimale gezondheid en veiligheid te garanderen voor alle zwangere en recent bevallen vrouwen op Belgisch grondgebied. De draagwijdte en intensiteit moeten ook kunnen worden afgestemd op ieders behoeften (proportioneel universalisme). Ze moet een naadloze overgang garanderen vanaf de preconceptieperiode tot de post-partumperiode, van de ene zorgverlener naar de andere en van basiszorg naar gespecialiseerde zorg. Dit alles zou ondersteund moeten worden door een geschikt financieringssysteem.

Het doel is om een complete, gestructureerde en gecoördineerde zorg voor alle zwangere vrouwen te garanderen, ongeacht het risiconiveau van de zwangerschap, aangevuld met de nodige elementen voor de veiligheid van vrouwen met een hoger medisch risico. Bijzondere inspanningen moeten worden geleverd om kwetsbare vrouwen te bereiken die het risico lopen tussen de mazen van het net te glippen en hierdoor niet of pas laattijdig opgevolgd kunnen worden.

De prenatale opvolging steunt op drie essentiële elementen:

- Een volledig en geïntegreerd prenataal zorgpad,
- Een multidisciplinaire entourage aangepast aan ieders behoeften, die wordt gecoördineerd door een zorgcoördinator,
- Een zorgplan.

(KCE, 2019)

1. Een volledig en geïntegreerd zorgpad

In het prenatale zorgpad krijgen alle zwangere vrouwen een klinische opvolging overeenkomstig de meest recente klinische richtlijnen. Deze opvolging omvat: een continue monitoring van de risico's tijdens de zwangerschap, een doorverwijzing naar de zorgverleners die specifiek werden opgeleid voor consultaties voor **persoonlijk prenataal advies (PPA)**, **sessies ter voorbereiding op geboorte en ouderschap (VGO)**.

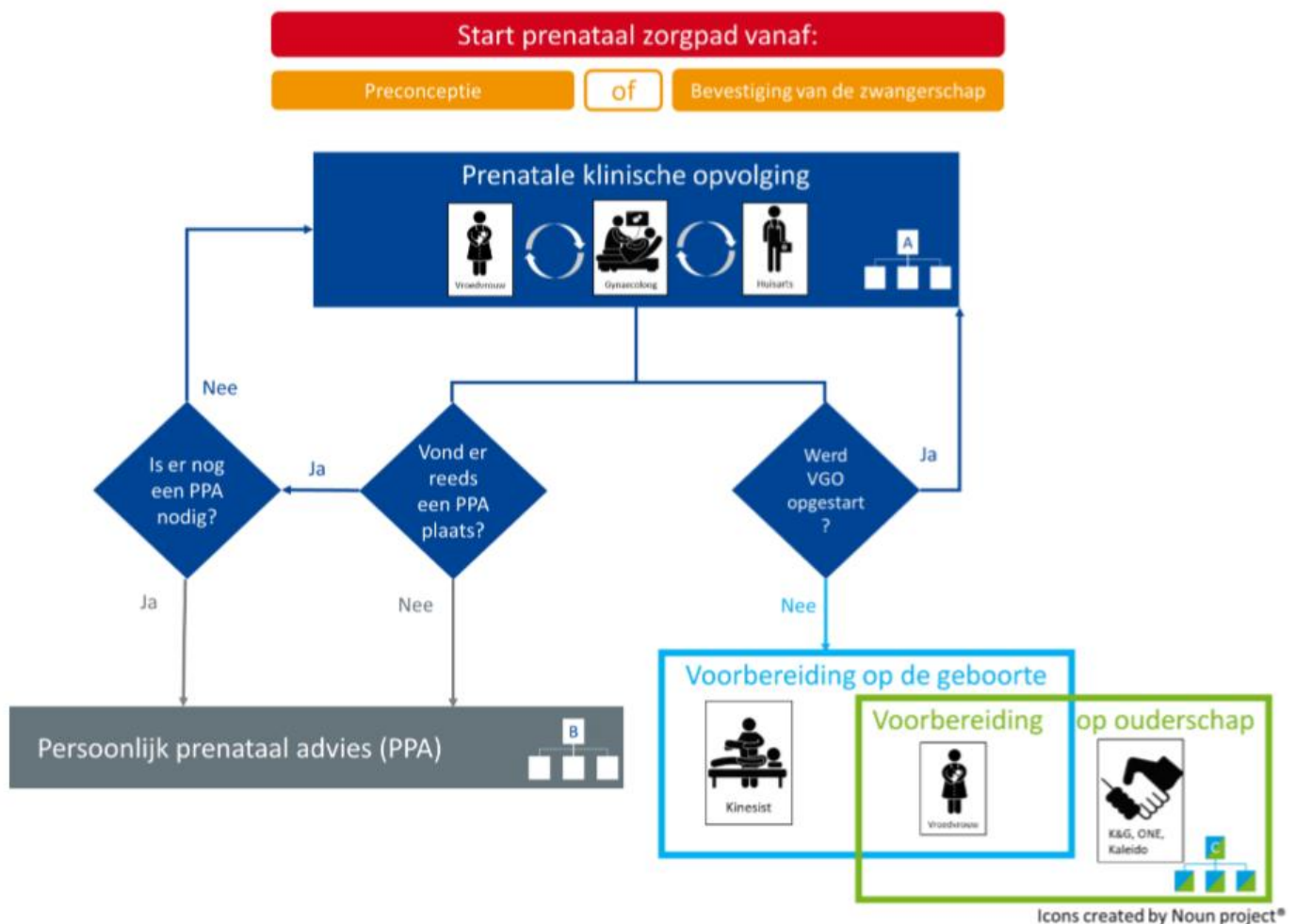
Het prenataal zorgpad is universeel en wordt aangeboden aan alle zwangere vrouwen, ongeacht hun risiconiveau. Afhankelijk van de medische zwangerschapsrisico's of de psychosociale kwetsbaarheid kunnen er andere interventies aan worden toegevoegd. Alle professionals die een rol spelen in de prenatale opvolging (gynaecologen, vroedvrouwen, huisartsen, kinesitherapeuten, psychologen en maatschappelijk werkers, apothekers) en die ambulant of in een ziekenhuisomgeving werken worden betrokken.

Er dient een lijst te worden opgesteld met verloskundige alarmsignalen die wijzen op de noodzaak om een zwangere vrouw door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg. Op die manier kan een veilige overgang tussen professionals en zorgniveaus te verzekeren bekomen worden met respect voor het subsidiariteitsbeginsel.

De zorgverleners moeten het voorgestelde prenatale zorgpad op hun eigen manier organiseren, rekening houdend met de lokale context en met de actoren van de multidisciplinaire entourage. Hoe dan ook zal een prenataal opvolgingstraject altijd moeten bestaan uit drie elementen die worden gecoördineerd door een zorgcoördinator en geformaliseerd in een zorgplan: de klinische opvolging, de consultaties voor persoonlijk prenataal advies (PPA) en de sessies ter voorbereiding op geboorte en ouderschap (VGO).

De toekomstige ouders staan centraal in de besluitvorming. Ze hebben keuzevrijheid waarbij hun beslissingen, behoeften en bezorgdheden worden gerespecteerd. Met alle zorgverleners met wie ze in contact staan, moet er een vertrouwensband ontstaan.

(KCE, 2019)



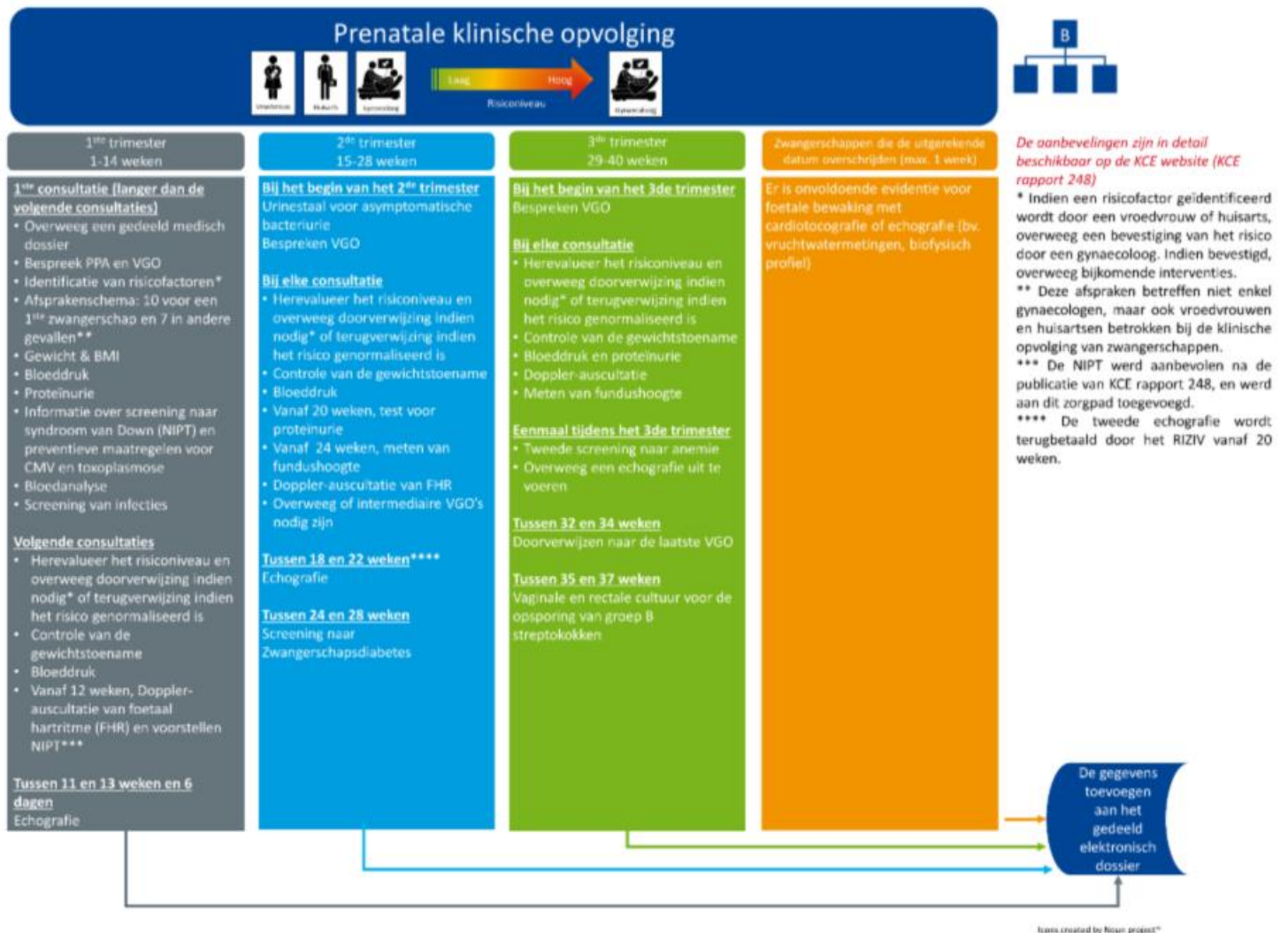
1.1 Consultaties voor klinische opvolging

De **consultaties voor klinische opvolging** zijn voor de zorgverlener - die optreedt als zorgcoördinator - een kans om na te gaan of er PPA-consultaties plaatsvonden of er behoefte was aan VGO-sessies en of deze effectief werden aangeboden. Indien nodig kunnen bijkomende PPA-consultaties worden aangevraagd.

Bij deze interventies moet met het volgende rekening gehouden worden:

- De eerste PPA-consultatie wordt aanbevolen aan alle zwangere vrouwen in het 1^e trimester;
- De VGO-sessies worden besproken aan het begin van ieder trimester;
- De professionals bekijken de noodzaak voor een bijkomende PPA-consultatie in de loop van het 2^e trimester. Op deze manier kunnen eventueel bijkomende interventies georganiseerd worden bij een (risico op): psychosociale kwetsbaarheid, problemen zoals verslavingen, abnormale gewichtstoename, etc.;
- De laatste PPA-consultatie is aanbevolen voor alle zwangere vrouwen in de loop van het 3^e trimester, tussen de 32^e en 35^e week.

(KCE, 2019)



1.2 Consultaties voor Persoonlijk Prenataal Advies (PPA)

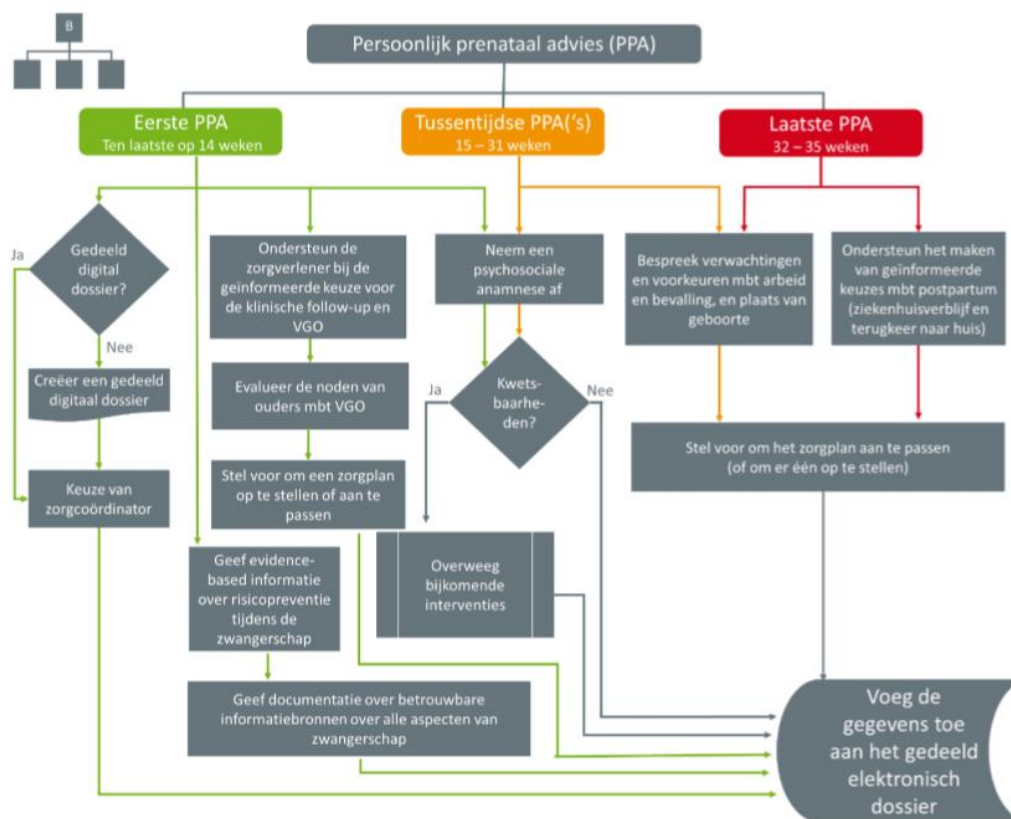
In het prenatale zorgpad krijgen alle zwangere vrouwen **minstens twee consultaties voor persoonlijk prenataal advies (PPA)**; dit aantal moet kunnen worden aangepast aan de specifieke behoeften van elke zwangere vrouw.

De doelstellingen van de eerste PPA-consultatie zijn:

- Het in staat stellen van toekomstige ouders om geïnformeerde keuzes te maken over hun prenatale zorgpad en de professional(s) die ze daarbij willen betrekken;
- Het geven van wetenschappelijk onderbouwde informatie over de zwangerschap aan de toekomstige ouders;
- Het inschatten van psychologische kwetsbaarheden en het eventueel uitbreiden van de entourage;
- Het informeren van de zwangere vrouwen over de noodzaak om een zorgcoördinator/referentiepersoon aan te stellen;
- Het zorgplan opstellen;
- Het gedeelde elektronisch dossier aanmaken (of bijstellen).

Tijdens de **laatste PPA-consultatie** wordt het zorgplan vóór de bevalling gefinaliseerd en wordt de postpartum-periode georganiseerd.

De PPA-consultaties zijn niet bedoeld om de consultatie voor klinische opvolging te vervangen, maar om ze aan te vullen. Ze moeten tegemoet komen aan de behoefte aan informatie die (toekomstige) ouders hebben. (KCE, 2019)

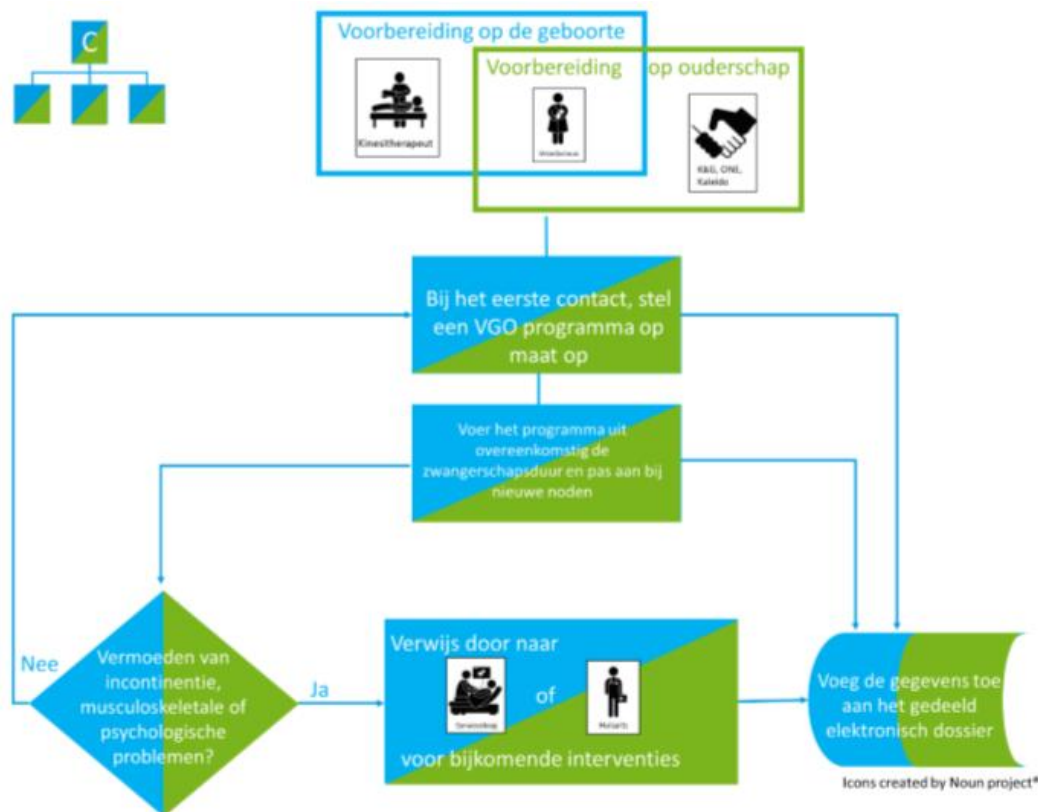


1.3 Voorbereiding op geboorte en ouderschap (VGO)

In het prenatale zorgpad krijgen alle zwangere vrouwen sessies ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap (VGO). Naargelang hun specifieke behoeften en steeds met de mogelijkheid hun partner hierbij te betrekken. Alle interventies tijdens de VGO-sessies moeten worden geregistreerd in het gedeelde elektronische dossier, om overbodige of tegenstrijdige interventies te vermijden.

De VGO-sessies hebben drie doelstellingen:

- De vrouw voorbereiden op haar arbeid en bevalling;
- De vrouw en haar partner informeren zodat ze geïnformeerde keuzes kunnen maken over het verloop van de zwangerschap, de arbeid, de bevalling en het postpartum (waarbij ze geholpen worden om realistische verwachtingen te formuleren);
- De positieve ervaringen van de geboorte en het postpartum maximaliseren, en de toekomstige ouders begeleiden bij hun overgang naar het ouderschap.



(KCE, 2019)

2. Een multidisciplinaire entourage

Elke zwangere vrouw zou omringd moeten zijn door een multidisciplinaire basistentourage. Deze basistentourage bestaat uit professionals die centraal staan in de prenatale begeleiding, nl. de gynaecoloog, de vroedvrouw, de huisarts, de kinesitherapeut en de medewerkers van de gewestelijke diensten voor begeleiding en kinderopvang (K&G, ONE en Kaleido).

Een zorgcoördinator moet worden aangesteld om de multidisciplinaire entourage samen te stellen en te coördineren; in het ideale geval wordt deze gekozen uit de professionals voor de klinische opvolging. De keuze van die coördinator/referentiepersoon hangt af van de voorkeuren en noden van de vrouw, en van de beschikbaarheid van de professionals.

De multidisciplinaire entourage moet worden aangepast aan individuele situaties. Zo moeten steeds de meest passende professionelen worden aangesteld (bv. maatschappelijk werkers, professionals uit

de geestelijke gezondheidszorg, andere gespecialiseerde artsen). Deze aanpassing is de verantwoordelijkheid van de zorgcoördinator.

(KCE, 2019)

3. Een zorgplan voor elke zwangere vrouw

Voor elke zwangere vrouw zou een zorgplan moeten worden opgesteld, dat de hele periode van het begin van de zwangerschap de postnatale periode beslaat.

De toekomstige ouders moeten worden aangemoedigd om na te denken over het verloop van de zwangerschap, de arbeid, bevalling en de postnatale periode. Ze moeten de mogelijkheid hebben om al hun vragen te kunnen stellen en informatie te krijgen over al de mogelijke opties. Hun keuzes moeten beantwoorden aan de principes van de gedeelde besluitvorming en worden geformaliseerd in een individueel zorgplan. De toekomstige ouders moeten bovendien ook worden geïnformeerd over het feit dat de medische omstandigheden of beperkingen van de inrichting die ze voor de bevalling hebben gekozen, een afwijking van het initiële zorgplan noodzaken.

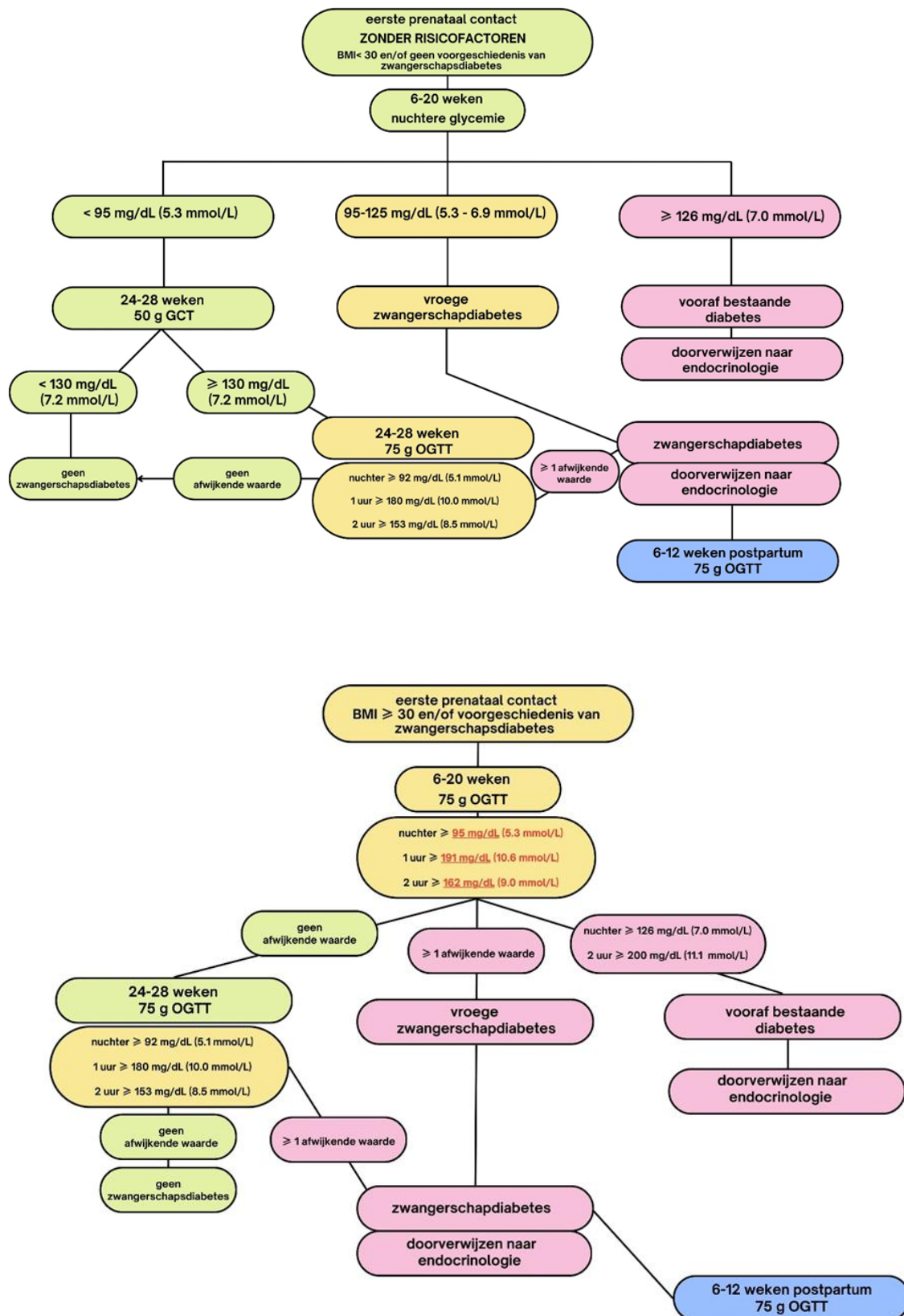
De zorgcoördinator/referentiepersoon moet nagaan of een planning werd opgesteld. Dit geldt ook voor de postnatale periode.

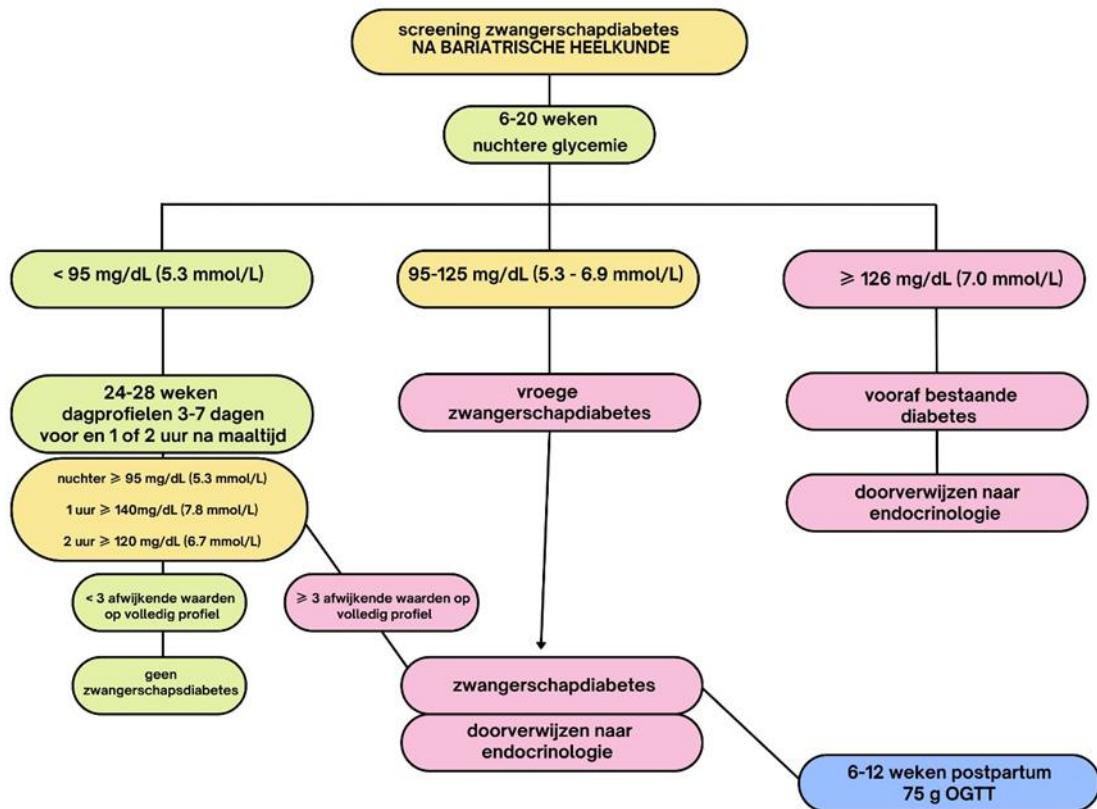
Al deze informatie maakt integraal deel uit van het zorgplan en moet idealiter worden vermeld in een gedeeld (elektronisch dossier).

(KCE, 2019)

Bron: Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S. Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 326As. D/2019/10.273/76.

Bijlage 19: screening zwangerschapsdiabetes (Vlaamse consensus 2024)





Bijlage 20: Zorgaanbod PIMH Vlaams-Brabant (Perinet)



Legende

Zorgaanbod PIMH - provincie Vlaams-Brabant

1G1P	1 Gezin 1 Plan
BiB	(= Born in Belgium Professionals) 6 kwetsbaarheden: socio-economisch, sociale steun, depressie & angst, gebruik van medicatie, middelengebruik, geweld
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
CIG	Centrum voor Integrale Gezinszorg
CKG	Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning
EC	Expertise Centrum
HvhK	Huis van het kind

ECPP	Expertisecentrum Perinatale Psychiatrie
ELP	Eerstelijnspsycholoog
MBE	Moeder Baby Eenheid
MCT	Mobile Crisis Teams
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
PONDO	Perinataal Ondersteuningsnetwerk voor druggebruikende ouders
ECA	Expertisecentrum Autisme

Versie februari 2025		0 de lijn	1 ste lijn	2 de lijn	3 de lijn	Crisis
Mentale ondersteuning Insteek volwassenen (PMG) Insteek infants (IMH) BiB: depressie & angst	Ambulant/mobiel	Informeel netwerk Online aanbod Veerkracht versterkende interventies	EC De Bakermat ELP Kind en Gezin Mutualiteit Fara Klinisch psychologen Klinisch psychotherapeuten Klinisch ortho's Reaners - JOCOWOG Consultdesk GGZ Adem.vzw - Hecht	CGG Ahasverus - De Wieg CGG Vlaams-Brabant Oost CIG De Shelter CGG PassAnt Care YUNECO Connect YUNECO Mobile teams AB Psychiatrische ziekenhuizen Solentra	Psychiatrische ziekenhuizen ECPP Leuven - consultatie, dagbehandeling, en thuisbehandeling CIG De Shelter (Intensiv) COS Leuven ECA Psychiaters	
	Residentieel			PAAZ Asse PAAZ Tienen PAAZ Vilvoorde PAAZ Halle PAAZ Jette	Kleine K PAAZ Moeder-baby-bedden (St Jan Brussel) Psychiatrische ziekenhuizen	
Praktische ondersteuning BiB: socio-economisch BiB: sociale steun		Ouder- en moedergroepen Soeslelekkken HvhK Preago - Lampeke Home Start Buddy bij de Wieg	EC De Bakermat Kraamtorg Mutualiteit OCMW	Sociale dienst AZ Sociale dienst PZ Parel UZ Leuven Parel HH Leuven Perinti		Huisartsenwachtpost MCT GGZ Tienen MCT Pharos MCT Leuven Crisismeldpunt (K&J) Spoeddienst AZ
Sociale ondersteuning Opvoedingsgerichte zorgvragen Verontrusting BiB: sociale steun BiB: geweld		Ouder- en moedergroepen Soeslelekkken HvhK	1G1P CAW Oost-Brabant CAW Halle-Vilvoorde EC De Bakermat Huis van het kind Kind en Gezin Mutualiteit Zorghandje Jonge kind Vix Thuisbehandelingsdiensten VAPH	CIG De Vogelsang CIG De Shelter CKG De Schommel CKG Sloebernest CKG De Kleine Parachute PONDO Thuisbehandelingsdiensten VAPH	CIG De Shelter	
Medische ondersteuning BiB: gebruik van medicatie BiB: middelengebruik			Gynaecologen Huisartsen Eerstelijnsverloskundigen Pediaters VISC MISC Vlaams-Brabant	Gynaecologen Pediaters Moeder-kind afdelingen (NICU, pediatrie, materniteit)		

Voor de aankijkbare versie, ga naar www.perinet.be

Voor de aanklikbare versie, ga naar www.perinet.be

Klik op de afbeelding om naar de aanklikbare versie te gaan.

Bijlage 21: Organisatie van PERPLEX (Perinataal zorgpad binnen het PLEXus zorgnetwerk)

De regionale geïntegreerde perinatale samenwerking werd opgestart in 2016 nav het pilootproject 'Kort in Kraamkliniek'. Deze is intussen geëvolueerd tot de volledige regio van het ziekenhuisnetwerk Plexus, inclusief de geïntegreerde pre- én postnatale zorg.

In wat volgt geven we een overzicht van hoe we de samenwerking organiseren met als doel gezamenlijk een kwalitatieve pre- en postnatale zorg te garanderen.

Regiepartners

De regiepartners zijn de vier ziekenhuizen van het Plexus ziekenhuisnetwerk UZ Leuven, RZ HH Leuven, RZ Tienen en AZ Diest samen met Expertisecentrum De Bakermat

De regiepartners sluiten de overeenkomsten binnen de samenwerking af en duiden, op advies van het coördinatieteam, de coördinator van de regionale perinatale samenwerking aan.

Coördinatieteam

Het coördinatieteam (CT) fungeert als het operationeel team binnen de regionale perinatale samenwerking. Het stuurt de coördinator aan die regelmatig rapporteert aan het CT.

Het coördinatieteam komt ca. 4x/jaar samen en bestaat uit:

- De hoofdvroedvrouwen van elke ziekenhuis en eventueel de verantwoordelijken van moeder-kind in de ziekenhuizen. Naargelang het ziekenhuis kunnen dat twee hoofdvroedvrouwen zijn om zowel de pre- als postnatale zorg te vertegenwoordigen.
- Afgevaardigde(n) van
 - de 1elijns vroedvrouwen/vroedvrouwenkring(en)
 - de huisartsen/huisartsenkring(en)
 - de gynaecologen van het Plexus ziekenhuisnetwerk, 1 gynaecoloog van het universitair ziekenhuis en 1 uit een regionaal ziekenhuis
 - de kinderartsen van het Plexus ziekenhuisnetwerk, 1 kinderarts van het universitair ziekenhuis en 1 uit een regionaal ziekenhuis
 - Opgroeien/Kind en Gezin
 - de eerstelijnszones
 - de diensten voor gezinszorg (kraamzorg)
 - het Expertisecentrum Perinatale Mentale Gezondheid UPC
 - Perinet
- De coördinator van de geïntegreerde perinatale samenwerking (de coördinator Onderzoek en Ontwikkeling van Expertisecentrum De Bakermat)
- Naargelang het onderwerp kunnen andere partners uitgenodigd worden.

Doel van het coördinatieteam:

- Aanspreekpunt binnen de organisatie/het netwerk betreffende de regionale perinatale samenwerking
- Continue afstemming van de zorg en opvolgen van de samenwerking
- Signaleren van noden en problemen binnen de samenwerking, oplossingen formuleren en implementeren ter verbetering ervan

- Opvolgen en bijsturen van de toepassing van het zorgpad binnen de eigen organisatie en binnen de samenwerking
- Bijsturing en controle van de samenwerkingsovereenkomsten
- Actualiseren van de gezamenlijke informatiefolders voor patiënten.
- Organiseren van de nodige vorming, rekening houdend met de noden op het werkveld en de kwaliteitsvoorwaarden binnen de geïntegreerde perinatale samenwerking.
- Opvolgen, bijsturen en evaluatie van de samenwerking
- Formuleren van beleidsaanbevelingen t.a.v. het beleid, de overheden, het RIZIV,...
- Bepalen van de structurele samenwerkingsafspraken

Coördinator

Opdrachten en verantwoordelijkheden van de coördinator:

- Aanspreekpunt voor de verschillende partners
- Uitvoeren van het beleidsplan, opvolgen en bewaken van de operationele doelstellingen
- Logistieke en inhoudelijke ondersteuning bij de 4 bouwstenen up-to-date houden
- Coördineren en organiseren van overleg met de diverse partners op verschillende niveaus:, coördinatieteam, partners
- Samenwerkingsovereenkomsten met de eerstelijnspartners afsluiten en opvolgen
- Opvolgen van de communicatie tussen de partners
- Het up-to-date houden van het zorgtraject en de gemaakte afspraken
- Voortdurende evaluatie en bijsturing van de PERPLEX-samenwerking
- Coördineren van de verschillende overlegstructuren binnen de PERPLEX-samenwerking
- Rapporteren aan het coördinatieteam en aan het dagelijks bestuur van Plexus

Werkgroepen

In verschillende werkgroepen met aanwezigheid van de relevante partners wordt het geïntegreerd perinataal zorgpad verder aangevuld en bijgestuurd.

Overleg met eerste lijn

Indien aangewezen en na overleg met het coördinatieteam kan overleg met de eerstelijnspartners georganiseerd worden met afgevaardigden van:

- De deelnemende vroedvrouwenpraktijken
- De hoofdvroedvrouwen van de ziekenhuizen
- De kraamzorgorganisaties
- Kind en Gezin
- De huisartsen
- Expertisecentrum De Bakermat
- Andere eerstelijnspartners

Doel van het overleg eerste lijn:

- Afstemmen van zorgprotocollen en samenwerking

- Opvolgen en bijsturen van de samenwerking
- Netwerking
- Detectie van gezamenlijke vormingsnoden

Bijkomend kan er overleg en gezamenlijke vorming georganiseerd worden tussen/voor diverse actoren binnen de ruime samenwerking.

Gezamenlijke vorming voor de partners

Jaarlijks wordt er vorming georganiseerd waarop alle partners in het brede werkveld van de perinatale zorg uitgenodigd worden.

Doel van de vormingsmomenten:

- Bekendmaking van de samenwerking en de updates ervan
- Betrokkenheid creëren van de ruime partners in het perinatale zorgnetwerk
- Afstemmen en bijsturen van de samenwerking met de partners in het brede werkveld
- Netwerking

Wetenschappelijke stuurgroep

De wetenschappelijke stuurgroep wordt samengesteld met vertegenwoordigers van de regiepartners en het ACHG KULeuven en aangevuld met de academische partners en andere relevante actoren.

Doel van de wetenschappelijke stuurgroep:

- Opstellen, opvolgen en aansturen van de methodologie en het wetenschappelijke luik van de geïntegreerde perinatale samenwerking
- Aanbevelingen formuleren ter verbetering van de samenwerking, gebaseerd op de wetenschappelijke bevindingen