

Kwaliteitsindicatoren voor de pre- en postnatale zorg door vroedvrouwen

Kwaliteitsindicatoren voor de pre- en postnatale zorg door vroedvrouwen

Hoe verwijzen naar dit rapport

Florence D'Haenens, Delphine Maes, Sarah Michel, Céleste Vincent, Inge Tency.
Kwaliteitsindicatoren voor pre- en postnatale zorg door vroedvrouwen.
Sint-Niklaas. Odisee-hogeschool. Opleiding Vroedkunde. 2025.

Florence D'Haenens, Delphine Maes, Sarah Michel,
Céleste Vincent, Inge Tency.

2025



Inhoud

Inleiding	4
Projectteam en begeleidingscomité.....	6
Methodologie	7
DEEL 1: ONTWIKKELEN VAN KWALITEITSINDICATOREN VOOR DE PERINATALE ZORG DOOR DE VROEDVROUW.....	9
Stap 1: Ontwikkelingsgroep samenstellen.....	10
Stap 2a: Huidige stand van wetenschappelijke kennis in kaart brengen.....	11
Literatuursearch.....	11
Search naar bestaande richtlijnen, nationale rapporten en grijze literatuur	12
Selectie en screening van de richtlijnen	13
Selectie van de aanbevelingen.....	14
Beoordeling van de aanbevelingen	15
Stap 2b: Good practices en bestaande initiatieven binnen de Belgische perinatale zorg	20
Stap 3: Selectie van potentiële indicatoren en validering van conceptindicatoren	21
Stap 3a: Ontwikkeling van een lijst met potentiële indicatoren.....	21
Stap 3b: Delphi-procedure met stakeholders voor validatie van een definitieve indicatorenlijst	21
Stap 4: Opstellen van de indicatoren	23
Soorten indicatoren	23
Opbouw van de indicatorfiches	23
Stap 5: Pilootmeting en evaluatie van de haalbaarheid	25
Stap 6: Kritische evaluatie van de resultaten	26
DEEL 2: ONTWIKKELING VAN EEN IMPLEMENTATIEPLAN.....	27
Stap 1: Identificatie	28
Stap 2: Context analyse	30
Stap 3: Ontwikkeling van het implementatieplan	32
(Internationale) voorbeelden van kwaliteitsbevorderende systemen.....	32
Een implementatieplan met vijf thema's.....	33
Stap 4: Evaluatie.....	37
Monitoring en borging van kwaliteit: noden, suggesties en randvoorwaarden	37
Portfolio en zelfevaluatie als instrumenten voor kwaliteitsborging	37
Casusbespreking, mentorschap en peer audit	37
Registratie en selectie van kwaliteitsindicatoren	38
Beleidsoverwegingen en randvoorwaarden	38
Stap 5: Duurzaamheid.....	39
Contactgegevens	40
Bijlagen	41
Supplementen	73



Inleiding

In 2022 werden 113.593 baby's levend geboren in België. De meerderheid (n=103.164, 92%) van deze geboortes vonden plaats na een a terme zwangerschap (>37 weken) in het ziekenhuis (n=111.080) of thuis (n=942)¹. In België wordt pre- en postnatale zorg verleend door diverse perinatale zorgverleners zoals vroedvrouwen, gynaecologen, kinderartsen, huisartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, psychologen, kraamverzorgende, enz. Een universele en geïntegreerde opvolging van zwangerschap en postpartum is noodzakelijk om een optimale gezondheid en veiligheid van moeder en kind te verzekeren en zo een naadloze overgang te garanderen van preconceptie tot postpartum, van de ene naar de andere gezondheidsprofessional, en van basiszorg tot gespecialiseerde zorg². Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) voerde de voorbije jaren dan ook onderzoek naar de organisatie van de pre- en postnatale zorg en ontwikkelde diverse klinische praktijkrichtlijnen: (1) Rapport 232 (2014): De organisatie van de zorg na een bevalling; (2) Rapport 248 (2015): Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap?; (3) Rapport 326 (2019): Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen en (4) Rapport 363 (2023): Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschap met laag risico, waarbij de basis werd gelegd voor een doorverwijsinstrument betreffende de opvolging van zwangerschappen in de eerste lijn.

Door de huidige tendens naar een verkorte ligduur op de materniteit komt de focus van de postnatale zorg meer op de thuiszorg te liggen. Dit vormt een uitdaging voor de organisatie van postpartumzorg en vereist goede samenwerkingsafspraken tussen perinatale (eerstelijns) professionals. Uit het KCE-rapport rond de organisatie van de postpartumzorg werd aanbevolen om evidence-based klinische praktijkrichtlijnen te ontwikkelen voor postnatale zorg, gezien de diversiteit aan betrokken zorgverleners³. In opdracht van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL, ebpracticenet) werd daarom een multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg in de eerste lijn deel 1 en 2 ontwikkeld.

De verkorting van de ligduur op materniteit lag ook aan de basis van de ontwikkeling van een kader voor kwaliteitsvolle perinatale vroedvrouwenzorg in Vlaanderen, nl. het Good Practice Logo⁴ (GPL). Dit logo, in 2016 geïntroduceerd door de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV), omvat 30 aanbevelingen voor de postnatale zorg door de vroedvrouw, gebaseerd op kwaliteitsindicatoren ontwikkeld in de masterproef van Helsloot en Walraevens (2015)⁵. Deze aanbevelingen geven een houvast bij de dagelijkse vroedvrouwenpraktijk (in eerste en tweede lijn) en hebben tot doel de kwaliteit van de postnatale zorg te optimaliseren. Afstemming met de multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg deel 1 (2022) en deel 2 (2024) dringen zich echter op, maar ook een uitbreiding naar de prenatale zorg, aangezien in het GPL slechts één good practice aanbeveling opgenomen is voor prenatale zorg.

Dergelijke initiatieven zoals GPL zijn noodzakelijk, aangezien vroedvrouwen en andere zorgverleners geconfronteerd worden met een grote hoeveelheid wetenschappelijke evidentie, wat een uitdaging vormt om up-to-date te blijven. Dit blijkt ook uit een bevraging van de werkgroep Wetenschappelijk onderzoek van de VBOV, waarbij een aanzienlijke kloof werd vastgesteld tussen EBP-gerelateerde attitudes en de actuele vroedvrouwenpraktijk in Vlaanderen. Hoewel vroedvrouwen een positieve attitude tonen ten aanzien van evidence-based practice (EBP), blijkt dat ze zich minder bekwaam voelen om EBP te implementeren. Verder worden EB-bronnen zoals klinische praktijkrichtlijnen eerder beperkt geraadpleegd door de vroedvrouwen⁶.

¹ <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/geboortecijfer-en-vruchtbaarheid>

² Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen (KCE 326, 2019)

³ Multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg in de eerste lijn deel 1 (2022) en deel 2 (2024) (WOREL)

⁴ <https://www.vroedvrouwen.be/good-practice-logo>

⁵ Helsloot K, Walraevens M. Een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande postnatale zorg. Ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren vanaf ontslag uit het ziekenhuis [masterproef]. Universiteit Gent: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, 2015.

⁶ Lamsens, D., Goemaes, R., Vrielinck, C., Tency, I. (2022). Knowledge, attitudes and use of evidence-based practice among midwives in Belgium: A cross-sectional survey. Eur J Midwifery, 6:36. <https://doi.org/10.18332/ejm/147478>



Praktijkrichtlijnen bieden nochtans potentiële voordelen voor zorgverleners, cliënten en gezondheidszorgsystemen, omdat ze besluitvorming ondersteunen en de efficiëntie en kwaliteit van zorgverlening verbeteren, maar ook variaties in praktijkvoering verminderen. De implementatie ervan is echter een complex proces, dat gehinderd kan worden door barrières op individueel, organisatorisch en systemisch niveau⁷.

Een manier om EB-richtlijnen te implementeren in de praktijk is via de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Kwaliteitsindicatoren zijn gestandaardiseerde, evidence-based maatstaven om de kwaliteit van zorg te meten, op te volgen en te stimuleren⁸. Ze zijn gebaseerd op onderliggend bewijs (of consensus) waarbij een verbetering van de indicator een verbetering van de zorg kan teweegbrengen⁹.

Dit project kadert binnen de doelstellingen van het Evikey netwerk¹⁰ en werd gefinancierd door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD Volksgezondheid). Het **doel van dit project** was dan ook om **kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor de pre- en postnatale zorg door de vroedvrouw** en zo de perinatale zorg in overeenstemming te brengen met de multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg in de eerste lijn deel 1 (2022) en deel 2 (2024) en de KCE-richtlijnen met betrekking tot prenatale zorg nl. rapport 326 (2019) en 363 (2023).

De **doelgroep** zijn **alle vroedvrouwen die pre- en postnatale zorg verlenen, ongeacht de werksetting**. Aangezien de wettelijke bevoegdheid van vroedvrouwen beperkt is tot fysiologische zwangerschap en postpartum, ligt de focus op **laagrisico zorg** aan zwangere vrouwen en kraamvrouwen. Hoewel een duidelijke (inter)nationale definitie of consensus over laagrisico ontbreekt, wordt in de bestaande richtlijnen (KCE, WOREL) vertrokken van risicofactoren, waarbij 'laagrisico' wordt gedefinieerd als de afwezigheid van identificeerbare risicofactoren, bekende of bestaande aandoeningen of complicaties, waarvoor extra tests of aangepaste zorg nodig kan zijn. De intrapartale zorg wordt in dit project buiten beschouwing gelaten, omdat de herziening van de KCE-richtlijn 'Goede klinische praktijk bij laagrisico bevallingen' (rapport 139) nog niet was gevalideerd en gepubliceerd bij aanvang van dit project.

Dit rapport bestaat uit **twee delen**, aangevuld met **zeven bijlagen** en **drie supplementen**. In **deel 1** worden **kwaliteitsindicatoren** ontwikkeld **voor de pre- en postnatale zorg door de vroedvrouw** volgens het zeven stappenplan van Plessers et al. (2019). Er werd een ontwikkelingsgroep samengesteld met vertegenwoordigers uit het perinatale werkveld. Het projectteam bracht de huidige wetenschappelijke evidentie, good practices en bestaande initiatieven binnen de perinatale zorg in kaart. Vervolgens werden kwaliteitsindicatoren voor de pre- en postnatale zorg ontwikkeld met input van de ontwikkelingsgroep via Delphi-rondes en een focusgroep. In **deel 2** werd een **implementatieplan** ontwikkeld voor deze kwaliteitsindicatoren, met specifieke aandacht voor interventies, ondersteuning, evaluatie en monitoring. Dit gebeurde volgens het vier stappenplan van Peters et al. (2020). Het projectteam consulteerde (inter)nationale voorbeelden van kwaliteitsbevorderende modellen en identificeerde mogelijke barrières via een Delphi-ronde en focusgroep bij de ontwikkelingsgroep.

⁷ Peters, S., Bussi res, A., Depreitere, B., Vanholle, S., Cristens, J., Vermandere, M. & Thomas, A. (2020). Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices. Journal of Primary Care & Community Health, 11: 1-9. <https://doi.org/10.1177/2150132720916263>

⁸ Plessers, M., Ghekiere, A., De Wachter, D., Deneckere, S., Tambuyzer, E. & Ramaekers, D. (2019). Het ontwikkelen van evidence-based indicatoren van kwaliteit van zorg in Vlaanderen: een methodologie. <https://www.zorgkwaliteit.be/methodologie-voor-het-ontwikkelen-van-evidence-based-indicatoren-van-kwaliteit-van-zorg>

⁹ <https://www.cebam.be/evaluatie/kwaliteitsindicatoren>

¹⁰ <https://www.evikey.be/nl/>



Projectteam en begeleidingscomité

Het projectteam bestond uit **vijf vroedvrouw-onderzoekers**: Florence D'Haenens (FD), Inge Tency (IT) en Delphine Maes (DM), werkzaam aan Odisee-hogeschool, Campus Sint-Niklaas, Sarah Michel (SM), werkzaam in de eerste lijn en aan de Haute Ecole Léonard de Vinci (Brussel) en Céleste Vincent (CV), werkzaam in CHU Saint-Pierre (Brussel). Het project werd gecoördineerd door IT. Deel 1 werd uitgewerkt door FD, DM en SM, waarbij IT ook betrokken was bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren. Deel 2 werd uitgewerkt door FD, SM en IT. Een adviserende en ondersteunende rol bij de uitwerking van het project (o.a. samenstelling ontwikkelingsgroep, Delphi-rondes en focusgroep) werd opgenomen door CV. Een gedetailleerde omschrijving van het projectteam is terug te vinden in **bijlage 1**.

Het projectteam werkte nauw samen met het **begeleidingscomité**, opgericht door de FOD Volksgezondheid (**bijlage 1**). Dit comité bestond uit vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid, het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), de coördinatie van het Evikey netwerk en betrokken kernpartners, nl. de priorisatiecel (KCE), implementatiecel (ebpracticenet) en evaluatiecel (CEBAM, Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine). Dit begeleidingscomité kwam op regelmatige tijdstippen digitaal samen om het projectteam te ondersteunen en te adviseren bij de uitwerking van het project. Het projectteam stemde het plan van aanpak af met het begeleidingscomité. Dit begeleidingscomité volgde de geplande werkzaamheden van het projectteam op en keurde de eindproducten goed.



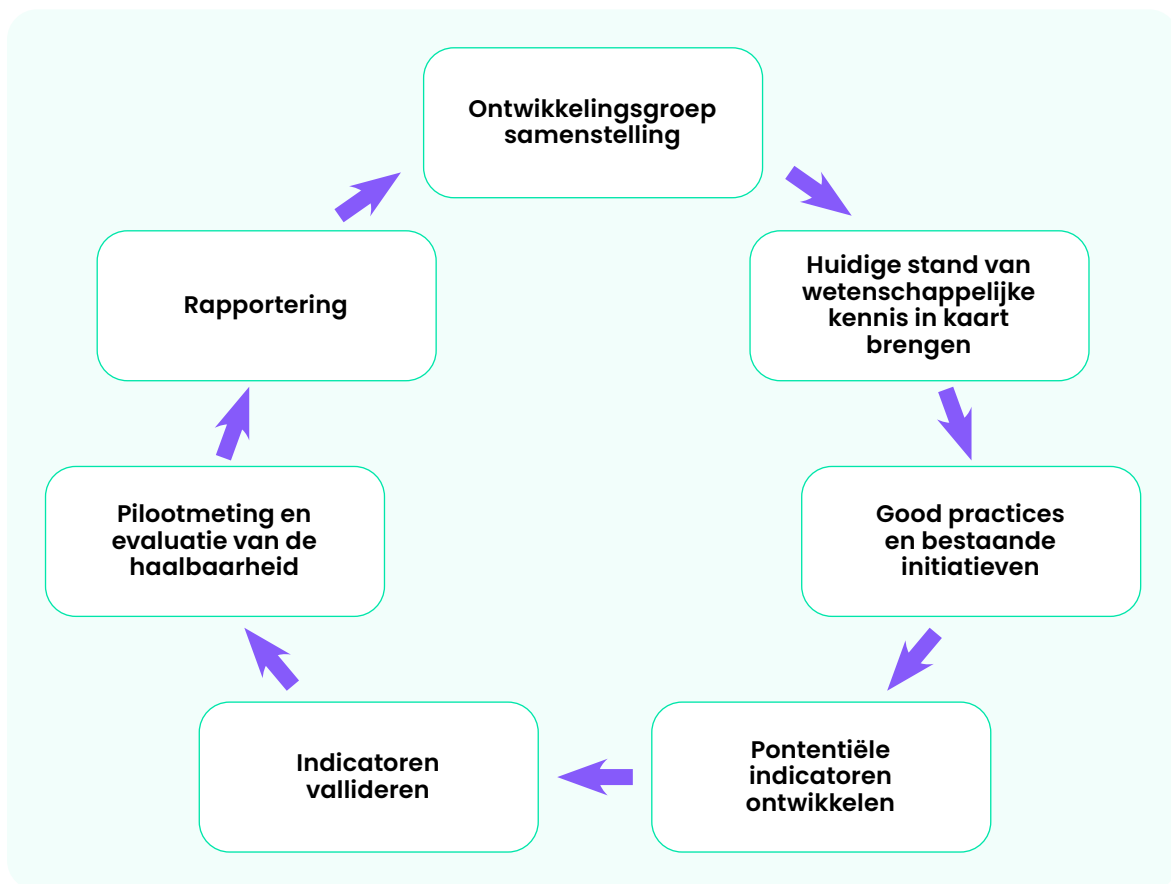
Methodologie

Het projectteam vertrok bij de uitvoering van dit onderzoek van een gestandaardiseerde methodologie van Plessers et al. (2019) (figuur 1) en het implementatiemodel van Peters et al. (2020) (figuur 2).

Plessers et al. (2019)¹¹ formuleren een stappenplan voor het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren. Stap 1 omvat de samenstelling van een ontwikkelingsgroep die betrokken wordt bij de ontwikkeling van de indicatoren. In de tweede stap wordt de huidige stand van de wetenschappelijke kennis in kaart gebracht. Vervolgens volgt een selectie van de indicatoren (stap 3) met de uitwerking van bijhorende indicatorenfiches (stap 4). In stap 5 wordt een pilootmeting in de praktijk uitgevoerd om de haalbaarheid te onderzoeken. Tot slot is er een kritische evaluatie (stap 6) en rapportage van de resultaten (stap 7).

Figuur 1:

Zeven stappenplan van Plessers et al. (2019)



¹¹ Plessers, M., Ghekiere, A., De Wachter, D., Deneckere, S., Tambuyzer, E. & Ramaekers, D. (2019). Het ontwikkelen van evidence-based indicatoren van kwaliteit van zorg in Vlaanderen: een methodologie. <https://www.zorgkwaliteit.be/methodologie-voor-het-ontwikkelen-van-evidence-based-indicatoren-van-kwaliteit-van-zorg>

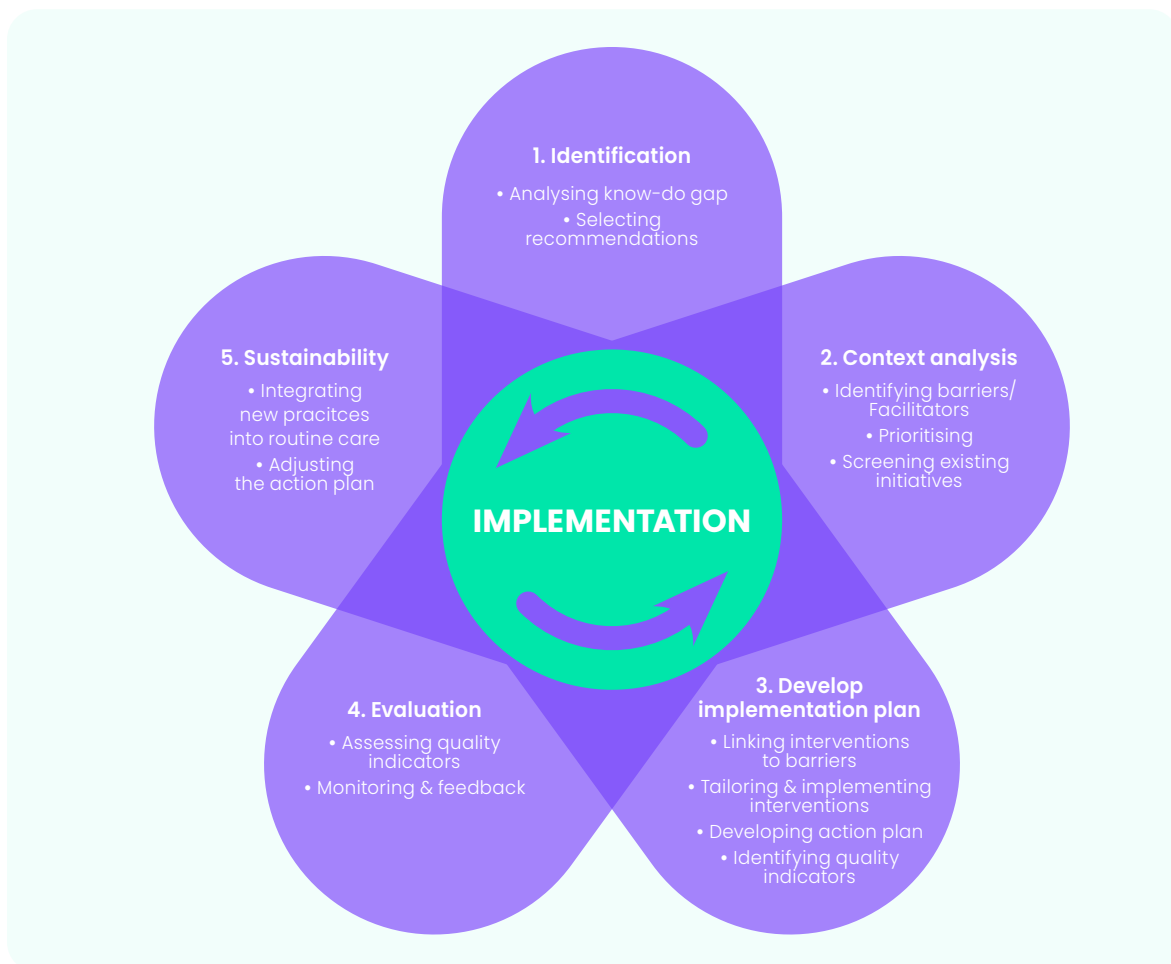


Het implementatiemodel van Peters et al. (2020)¹² bestaat uit vijf stappen die deels overlappen met het stappenplan van Plessers. In stap 1 (identificatie) wordt een team van stakeholders samengesteld en de kloof tussen de beschikbare evidentie en de praktijk in kaart gebracht. Uiteindelijk worden aanbevelingen geselecteerd. Een tweede stap omvat een contextanalyse, waarbij barrières en facilitators worden opgelijst en geprioriteerd. Het projectteam maakte hierbij gebruik van de Integrated Checklist of Determinants of Practice (TICD-checklist), een uitgebreide en geïntegreerde checklist die werd ontwikkeld om determinanten van praktijkvoering te identificeren en te evalueren binnen het project Tailored Implementation for Chronic Diseases (TICD). Deze checklist dient als screeningsinstrument om determinanten te signaleren die verdere, diepgaandere analyse vereisen.

Verder worden bestaande initiatieven in kaart gebracht. Stap 3 bestaat uit de ontwikkeling van een implementatieplan, waarbij interventies aan de barrières worden gekoppeld en concrete acties geformuleerd. Tot slot worden kwaliteitsindicatoren geïdentificeerd. Evaluatie vindt plaats in stap 4, waarbij bekeken wordt hoe de kwaliteitsindicatoren kunnen worden geoperationaliseerd en duurzaam geïntegreerd in de praktijk (stap 5).

Figuur 2:

Vijf stappenplan voor de implementatie van richtlijnen (Peters et al, 2020)



¹² Peters, S., Bussi res, A., Depreitere, B., Vanholle, S., Cristens, J., Vermandere, M. & Thomas, A. (2020). Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11: 1-9. <https://doi.org/10.1177/2150132720916263>

DEEL 1

**Ontwikkeling van
kwaliteitsindicatoren voor de
perinatale zorg door de vroedvrouw**





Stap 1:

Ontwikkelingsgroep samenstellen

Bij aanvang van het project stelde het projectteam een ontwikkelingsgroep samen met verschillende relevante stakeholders binnen de Belgische perinatale zorg. Hierdoor kreeg het team een goed zicht op de betrokken zorgverleners in de geboortezorg in de verschillende regio's. Het team vertrok van de stakeholders die bij de indiening van het project een engagementsverklaring hadden bezorgd en bouwde stelselmatig verder aan een transdisciplinaire ontwikkelingsgroep waarin alle perinatale zorgverleners de kans kregen om betrokken te worden.

De ontwikkelingsgroep bestond uit volgende stakeholders:

- Eerstelijns vroedvrouwen (n=4)
- Expertisecentrum Kraamzorg (n=1)
- Individuele gynaecologen (n=6)
- Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde (n=1)
- Domus Medica (n=1)
- Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) (n=1)
- Individuele huisarts (n=1)
- Kind en Gezin (n=1)
- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) (n=2)
- BFHI-coördinator (n=1)
- Perinet (n=1)
- Federale Raad voor Vroedvrouwen (n=1)
- Wetenschappelijke Raad van AXXON, de beroepsvereniging voor kinesitherapeuten, en ABSG BICAP, gespecialiseerd in bekkenbodembreëducatie en perinatale kinesithérapie (n=1)
- Professionele bacheloropleidingen vroedkunde in Vlaanderen en Franstalig België (n=2)
- Belgian Midwives Association (n=1)
- Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (n=1)
- Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges (n=1)
- Plateforme Citoyenne pour une Naissance Respectée (n=1)
- La Ligue des Familles (n=1)
- Hoofdvroedvrouwen van Vlaamse en Brusselse ziekenhuizen (n=6)



Stap 2a:

Huidige stand van wetenschappelijke kennis in kaart brengen

In deze stap voerde het projectteam een systematische screening uit naar relevante literatuur en richtlijnen en beoordeelde de methodologische kwaliteit van de geselecteerde bronnen.

Literatuursearch

Het projectteam voerde een literatuursearch uit om de laatste evidence over pre- en postnatale zorg in kaart te brengen, rekening houdend met de publicatiedatum van de geselecteerde richtlijnen en rapporten.

Het projectteam doorzocht drie databanken, namelijk PubMed, CINAHL en Web of Science met de volgende inclusiecriteria:

- **Publicatiedatum tussen 2014 en 2024**
- **OECD landen**
- **Engels, Frans, Nederlands**

Het projectteam stelde geen restricties in qua studiedesign: zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek (primaire studies), reviews en systematische reviews (al dan niet met meta-analyse) kwamen in aanmerking. Het team sloot beleidsdocumenten, discussie- en opiniepapers, editoriaalen, commentaren, congresabstracts en protocollen uit. De zoek sleutel per databank is weergegeven in **tabel 1. Figuur 3** toont de zoektocht naar de wetenschappelijke kennis.

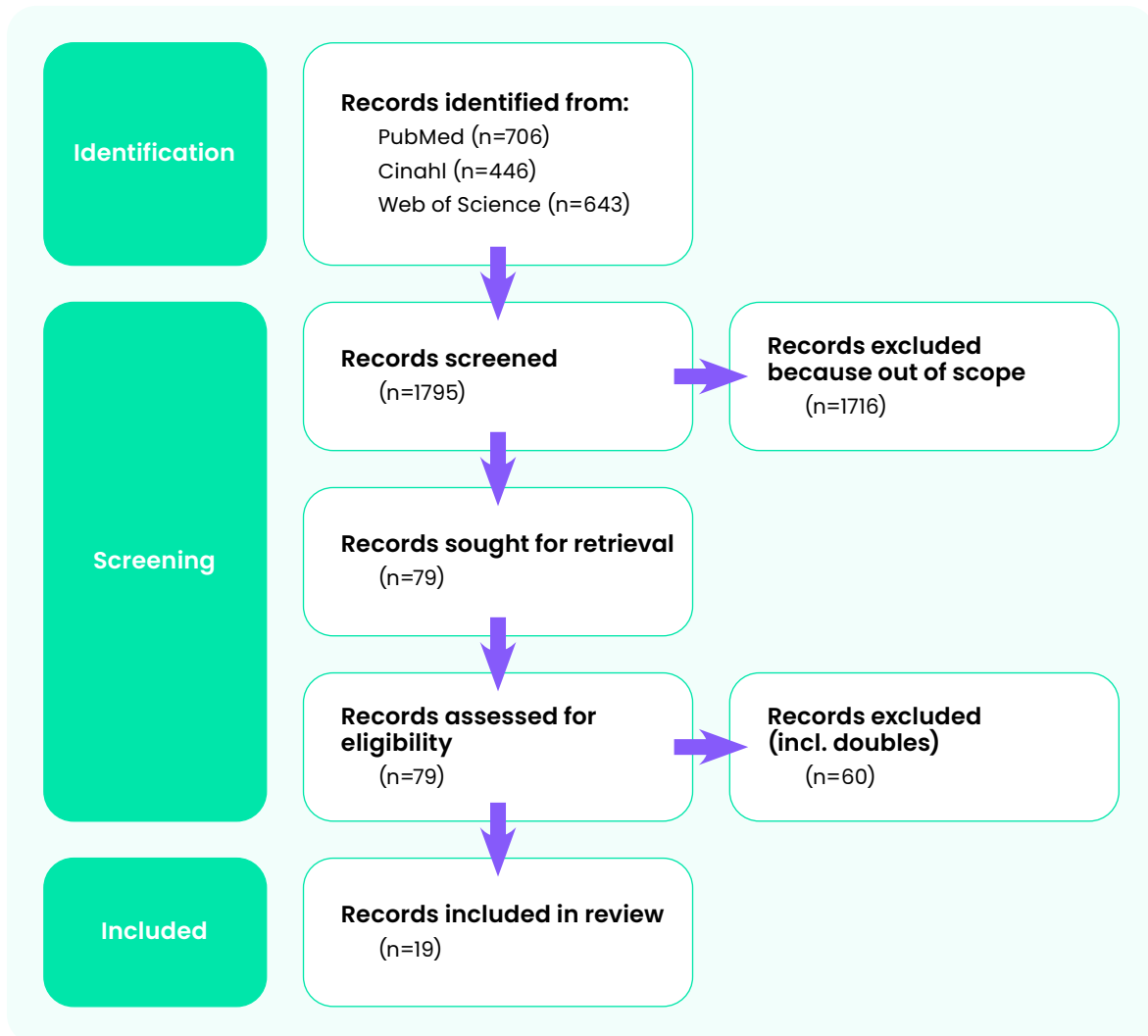
Tabel 1:

Zoeksleutel per databank

Databank	Zoeksleutel	Aantal hits
PubMed 23/02/2024	("Guideline" [Publication Type] OR "Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Guideline Adherence"[Mesh] OR "Practice Guideline" [Publication Type] OR "Health Planning Guidelines"[Mesh] OR "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]) AND ("Perinatal Care"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh])	706
Cinahl 04/03/2024	((MH "Prenatal Care") OR (MH "Perinatal Care") OR (MH "Perinatal Nursing+")) AND ((MH "Guideline Adherence") OR (MH "Practice Guidelines") OR (MH "Clinical Indicators"))	446
Web of Science 04/03/2024	"quality indicator" AND "perinatal care"	2
	"quality indicator" AND "prenatal care"	4
	guideline AND "prenatal care"	272
	recommendation AND "prenatal care"	278
	recommendation AND "perinatal care"	82
	guideline AND "perinatal care"	98

**Figuur 3:**

PRISMA 2020 flow diagram



Search naar bestaande richtlijnen, nationale rapporten en grijze literatuur

Het projectteam zocht ook internationale richtlijnen op. Op 15/4/2024 werd gezocht in de Guidelines International Network (G.I.N.)-database op 'prenatal care' en 'perinatal care'. Dit resulteerde in de volgende vijf richtlijnen:

- Antenatal care (NICE 2021)
- Mental health care in perinatal period (Austin, Highet and the Expert Working Group, 2017)
- Intrapartum care (NICE, 2023)
- Australian Pregnancy Care Guidelines (Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care (LEAPP), 2024)
- Zwangerschap en kraamperiode (Damen et al., 2023)



Het projectteam voegde nog één bijkomende internationale richtlijn toe, die niet werd bekomen met bovenstaande zoekstrategie, maar wel relevant leek om mee te nemen in het project. Het gaat om de richtlijn 'Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression', ontwikkeld in het kader van een COST-action RiseUp-PPD¹³ (Peripartum Depression Disorder, 2023). Het projectteam maakte kennis met deze richtlijn via een slotevent in het Europees parlement.

Naast deze internationale richtlijnen en de wetenschappelijke literatuur raadpleegde het projectteam ook nationale richtlijnen en rapporten, (inter)nationale kwaliteitslabels en criteria, en bijkomende grijze literatuur. Een overzicht van de geraadpleegde bronnen staat in **bijlage 2**.

Gezien het grote aantal aanbevelingen besloot het projectteam, in overleg met het begeleidingscomité, enkel aanbevelingen op te nemen uit (inter)nationale richtlijnen en nationale rapporten die minder dan vijf jaar waren op het moment van de literatuursearch.

Selectie en screening van de richtlijnen

Op basis van de bestaande richtlijnen en stap2a selecteerde het projectteam uiteindelijk 7 richtlijnen en 1 rapport (blauw gearceerd in **bijlage 2**), met in totaal 746 aanbevelingen. Deze werden onderverdeeld in drie categorieën: perinataal, prenataal of postnataal.

1. **KCE rapport 363 (2023): Referral during low-risk pregnancy follow-up in primary care: 8 aanbevelingen**
2. **Research Network in PeriPartum Depression Disorder (RiseUp- PPD), 2023: Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression: 44 aanbevelingen**
3. **Tency et al., 2022: Multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg in de eerste lijn deel 1: 48 aanbevelingen**
4. **Tency et al., 2024: Multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg in de eerste lijn deel 2: 47 aanbevelingen**
5. **Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care (LEAPP), 2024: Australian Pregnancy Care Guidelines: 184 aanbevelingen**
6. **NICE, 2021: Antenatal care: 101 aanbevelingen**
7. **NICE, 2023: Intrapartum care: 286 aanbevelingen**
8. **NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode (Damen et al., 2023) (Nederlands Huisartsen Genootschap)**

De zeven (inter)nationale richtlijnen werden gescreend met de mini-AGREE om de methodologische kwaliteit te beoordelen. Twee onderzoekers scoorden de richtlijnen onafhankelijk op de items 7 (Er zijn systematisch methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal), 9 (De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven) en 23 (Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken) van AGREE II (WOREL, Leidraad richtlijnontwikkeling¹⁴).

Omwille van het hoge aantal aanbevelingen, kostte het projectteam ervoor om in een eerste fase alle aanbevelingen te onderwerpen aan een SMART-analyse (zie verder) in plaats van eerst de richtlijnen te beoordelen volgens AGREE II. De twee NICE-richtlijnen, de NHG-richtlijn en de multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg (deel 1 en 2) werden reeds gevalideerd door CEBAM (waardoor een AGREE II-beoordeling overbodig was). Na de SMART-analyse bleef slechts één aanbeveling uit de RiseUp-PPD-richtlijn over, waardoor het projectteam besloot om deze niet te beoordelen volgens AGREE II¹⁵.

De LEAPP-richtlijn daarentegen werd volledig beoordeeld volgens de AGREE II-criteria. Dit was nodig om de methodologische kwaliteit grondig te evalueren alvorens de geselecteerde indicatoren in de praktijk te implementeren.

¹³ <https://riseupppd18138.com/>

¹⁴ <https://www.worel.be/worel/what?globals=%7B%22gSessionId%22%3A%227d35e62c-afa3-4f73-8778-e67bc3813556%22%7D>

¹⁵ Deze ene aanbeveling werd tijdens de eerste Delphi-ronde geëxcludeerd

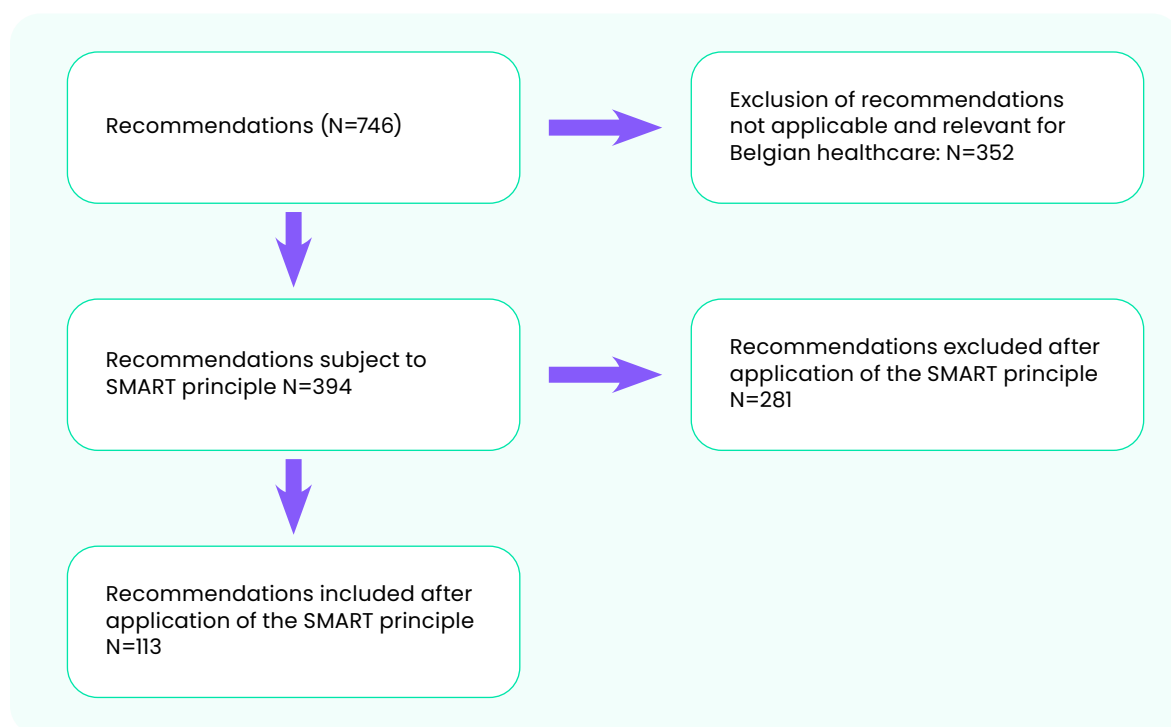


Selectie van de aanbevelingen

In een eerste stap screende het projectteam de 746 aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijnen/rapport op toepasbaarheid en relevantie voor de Belgische gezondheidszorg. In een tweede stap onderwierp het team 394 van deze relevante aanbevelingen aan een dubbelblind beoordelingsproces op basis van het SMART-principe (Specifiek, Meetbaar, Haalbaar, Realistisch/Relevant en Tijdsgebonden). Het projectteam nam een aanbeveling alleen op als deze op alle vijf de domeinen goed scoorde, wat resulteerde in 113 aanbevelingen (**bijlage 3 en figuur 4**), namelijk twee perinatale, 66 prenatale en 45 postnatale aanbevelingen.

Figuur 4:

Selectie van aanbevelingen voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren



In totaal werden 281 aanbevelingen niet weerhouden. De belangrijkste redenen hiervoor waren een gebrek aan relevantie voor de Belgische context of het feit dat de aanbevelingen onvoldoende 'SMART' waren geformuleerd. Dit proces wordt geïllustreerd via onderstaande voorbeelden, opgesplitst naar perinatale fase.

Perinatale aanbevelingen

Bouw een multidisciplinair netwerk uit van zorgverleners om adequaat te kunnen doorverwijzen en definieer daarbij de rol van elke deelnemer aan dit netwerk, de samenwerkingsmodaliteiten en de doorverwijsregels. (KCE, 2023, Rapport 363: Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico)

Reden voor niet weerhouden: te algemeen geformuleerd en onvoldoende SMART; vereist complexe hervormingen op systeemniveau die niet binnen de scope van dit project vallen.

Mensen hebben het recht om betrokken te zijn bij discussies en weloverwogen beslissingen te nemen over hun zorg. (NICE, 2021 Antenatal care)



Reden voor niet weerhouden: hoewel dit een belangrijke ethische basis vormt, is de aanbeveling te breed en onvoldoende operationeel om in een specifieke kwaliteitsindicator om te vormen.

Prenatale aanbevelingen

Stel voor dat zwangere vrouwen elke dag een jodiumsupplement van 150 µg nemen. Vrouwen met reeds bestaande schildklieraandoeningen moeten advies vragen aan hun arts voordat ze een supplement nemen. (Australian pregnancy care guidelines – 2024)

Reden voor niet weerhouden: jodiumsuppletie is niet opgenomen in Belgische voedingsrichtlijnen, en er bestaan geen uniforme aanbevelingen hierover binnen de Belgische context.

Van geneesmiddelen uit categorie A van de Therapeutic Goods Administration is vastgesteld dat ze veilig zijn tijdens de zwangerschap. (Australian pregnancy care guidelines – 2024)

Reden voor niet weerhouden: de classificatie van de Therapeutic Goods Administration (Australië) wordt niet gebruikt in België; dit maakt de aanbeveling niet toepasbaar.

Postnatale aanbevelingen

Geef vrouwen met spanningshoofdpijn of migraine advies over relaxatie en hoe ze factoren geassocieerd met het ontstaan van hoofdpijn kunnen vermijden. (Tency et al., 2022; Multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg in de eerste lijn, deel 1)

Reden voor niet weerhouden: te specifiek en niet prioritair binnen de perinatale basiszorg; hoofdpijnmanagement valt eerder onder algemene huisartsgeneeskunde.

Neem bijkomende maatregelen bij aanhoudende bezorgdheden rond de borstvoeding (GPP). (Tency et al., 2024; Multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg in de eerste lijn, deel 2)

Reden voor niet weerhouden: aanbeveling is te vaag (geen duidelijke omschrijving van welke maatregelen); voldoet niet aan SMART-criteria.

Beoordeling van de aanbevelingen

In dit onderzoek werd gekozen voor de Delphi-methode als systematische consensusbenadering. Deze keuze werd ingegeven door de complexiteit van het onderzoeksdomein, waarin empirisch bewijs beperkt is en heterogene perspectieven van diverse belanghebbenden een cruciale rol spelen. De Delphi-methode biedt in dergelijke contexten een robuust raamwerk om via een iteratief proces convergentie van opinies te bereiken, terwijl bias door groepsdynamieken wordt geminimaliseerd.

Definitie en kenmerken van de Delphi-methode¹⁶

De Delphi-methode is een gestructureerde procedure die gebruikmaakt van opeenvolgende vragenlijstrondes bij een panel van experts, waarbij geanonimiseerde feedback en statistische terugkoppeling worden ingezet om systematisch naar consensus toe te werken. Kenmerkende elementen van deze methode zijn:

1. **Anonimiteit van de deelnemers, om dominantie-effecten en conformiteitsdruk te reduceren.**
2. **Iterativiteit door meerdere rondes, waarbij deelnemers hun oordeel kunnen herzien op basis van geaggregeerde groepsfeedback.**
3. **Statistische aggregatie van groepsresponsen om transparantie en reproduceerbaarheid te waarborgen.**

Door deze kenmerken wordt de Delphi-methode internationaal erkend als een valide techniek voor consensusvorming in gezondheidszorgonderzoek en beleidsontwikkeling.

¹⁶ Van de Bulck, S.A., Vankrunkelsven, P., Goderis, G., Broekx, L., Dreesen, K., Ruijten, L., Mpoukouvalas, D. & Hermens, R. (2020). Development of quality indicators for type 2 diabetes, extractable from the electronic health record of the general physician. A rand-modified Delphi Method. Primary Care Diabetes: 14: 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.05.002>



Implementatie in dit project

De Delphi-procedure werd in dit project uitgevoerd in **drie rondes** met een zorgvuldig geselecteerd panel (zie ontwikkelingsgroep).

In de **eerste online Delphi-ronde** vroeg het projectteam de ontwikkelingsgroep om het belang van de 113 aanbevelingen te evalueren voor het meten van de kwaliteit van de pre- en postnatale zorg door de vroedvrouw. Ze deden dit via een 9-punt Likertschaal. Dit is een schaal met nummers variërend van 1 tot 9, waarbij 1 de laagste score is (slechte aanbeveling om de kwaliteit van zorg te meten) en 9 de hoogste score is (uitstekende aanbeveling om de kwaliteit van zorg te meten). Daarnaast vroeg het team de deelnemers een top-5 van aanbevelingen op te stellen, gebaseerd op hun geschiktheid voor het meten van de kwaliteit van zorg. Deelnemers kregen bovendien de mogelijkheid om opmerkingen te maken, aanbevelingen aan te passen of eigen aanbevelingen toe te voegen die niet in de vragenlijst waren vermeld. Hiervoor kon gebruik worden gemaakt van de voorziene ruimte aan het einde van de vragenlijst.

Het projectteam analyseerde de beoordelingen van de online Delphi-ronde met behulp van de publicatie van Van den Bulck et al. (2020)¹⁷ om de aanbevelingen te classificeren als **hoog, onzeker of laag** potentieel om de kwaliteit van de perinatale zorg te meten. Ze baseerden deze classificatie op drie criteria: de mediaanscore van de Likertschaal, de prioritering (hoe belangrijk de deelnemers een aanbeveling vonden in vergelijking met andere aanbevelingen) en de overeenkomst (de mate van consensus tussen de deelnemers over de aanbeveling).

Berekening van de mediaanscore. Het projectteam berekende voor elke aanbeveling de mediaanscore op basis van de individuele 9-punt Likert-scores van alle panelleden. De schaal varieerde van 1 (minst belangrijk) tot 9 (meest belangrijk).

Definitie van prioritering: De prioritering werd bepaald aan de hand van het percentage waarmee panelleden een aanbeveling in hun top vijf plaatsten. Hierbij kregen aanbevelingen punten volgens hun positie: eerste plaats = 5 punten, tweede = 4 punten, derde = 3 punten, vierde = 2 punten, en vijfde = 1 punt. Aanbevelingen buiten de top vijf kregen 0 punten. Deze scores werden omgezet naar een percentage, rekening houdend met de maximale score en het aantal panelleden.

Voorbeeld: als 5 van de 12 panelleden een aanbeveling op de eerste plaats zetten (5 punten) en de overige 7 deze niet in hun top vijf opnamen, bedraagt de prioriteringsscore $25/60$ ($12 \times 5 = 60$), of 41,6%.

Definitie van overeenstemming: Het team definieerde de mate van overeenkomst als volgt: overeenstemming wanneer $\geq 70\%$ van de panelleden een score van ≥ 7 gaf, onbeslist wanneer $\geq 30\%$ een score ≥ 7 én $\geq 30\%$ een score ≤ 3 gaf, en niet overeenstemmend in alle overige gevallen.

Om uiteindelijk tot een classificatie van de aanbevelingen te komen (**tabel 2** en **figuur 5**), hanteerde het projectteam de volgende regels: aanbevelingen classificeerden zij als hoog potentieel wanneer de mediane score op de Likertschaal ≥ 7 was, het prioriteringspercentage $\geq 20\%$ was en er overeenstemming binnen het panel bestond. Onzeker potentieel werd toegekend aan aanbevelingen die voldeden aan één van de volgende voorwaarden:

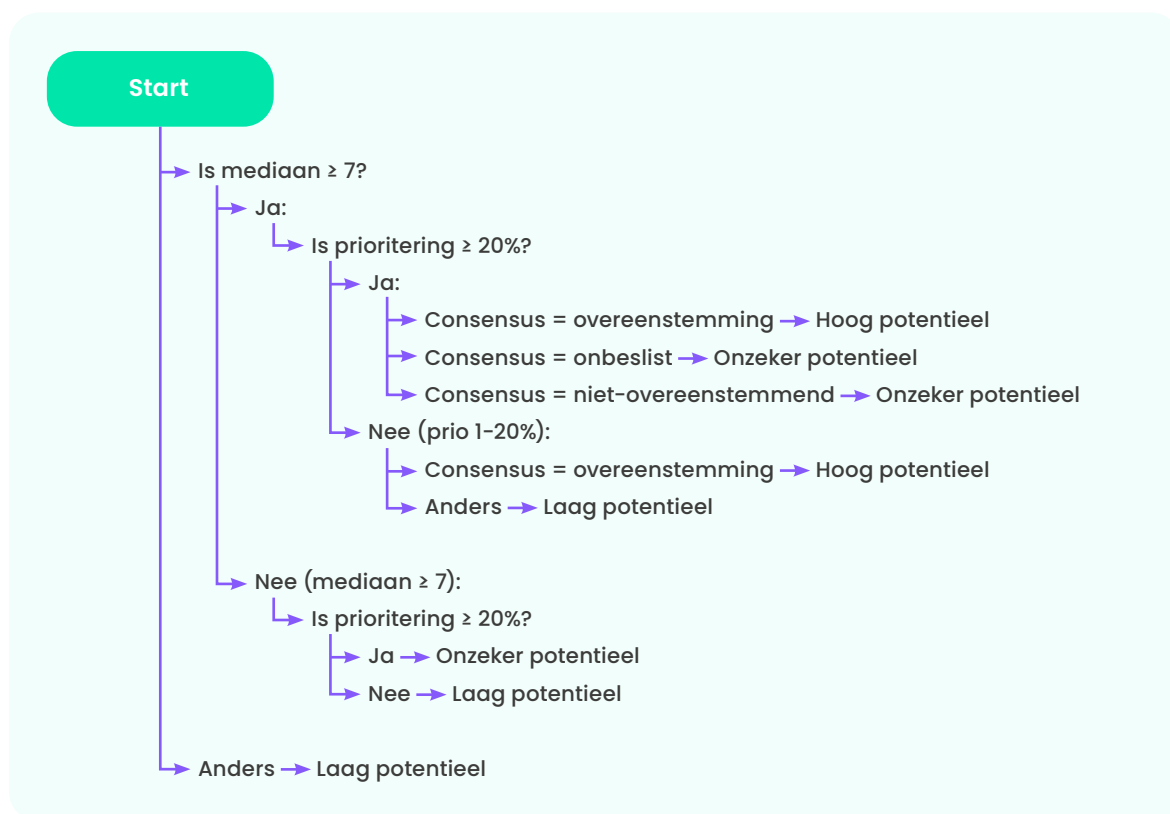
1. **Mediane score ≥ 7 , prioriteringspercentage tussen 1% en 20% en overeenstemming;**
2. **Mediane score < 7 , prioriteringspercentage $\geq 20\%$ en overeenstemming of niet-overeenstemming;**
3. **Mediane score ≥ 7 , prioriteringspercentage $\geq 20\%$ en de mate van consensus was onbeslist.**

Alle andere aanbevelingen werden beschouwd als aanbevelingen met een laag potentieel.

¹⁷ Van de Bulck, S.A., Vankrunkelsven, P., Goderis, G., Broekx, L., Dreesen, K., Ruijten, L., Mpoukouvalas, D. & Hermens, R. (2020). Development of quality indicators for type 2 diabetes, extractable from the electronic health record of the general physician. A rand-modified Delphi Method. Primary Care Diabetes: 14: 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.05.002>

**Tabel 2:****Classificatie van aanbevelingen volgens mediane score, prioritering en consensus**

Mediane score	Prioritering	Consensus	Classificatie
≥ 7	$\geq 20\%$	Overeenstemmend	Hoog potentieel
≥ 7	1-20%	Overeenstemmend	Onzeker potentieel
< 7	$\geq 20\%$	Overeenstemmend/niet-overeenstemmend	Onzeker potentieel
≥ 7	$\geq 20\%$	Onbeslist	Onzeker potentieel
Overige combinaties	/	/	Laag potentieel

Figuur 5:**Classificatie van aanbevelingen volgens mediane score, prioritering en consensus**



Bijlage 3 toont het overzicht van de beoordeling van elke aanbeveling per Delphi-ronde, inclusief de bron en de graad van evidentie.

Het projectteam nam de hoog geclassificeerde aanbevelingen (N=21) op in de lijst met sleutelaanbevelingen en sloot de laag geclassificeerde aanbevelingen uit (N=36). De 56 onzeker geclassificeerde aanbevelingen behandelde het team in **focusgroep discussies** (één per regio) met de ontwikkelingsgroep. De deelnemers merkten op dat sommige aanbevelingen te specifiek waren of overlap vertoonden, en stelden voor om ze te bundelen, te herformuleren of weg te laten (**bijlage 4**). Omdat niet alle aanbevelingen in elke focusgroep konden worden besproken, organiseerde het team een **tweede online Delphi-ronde**.

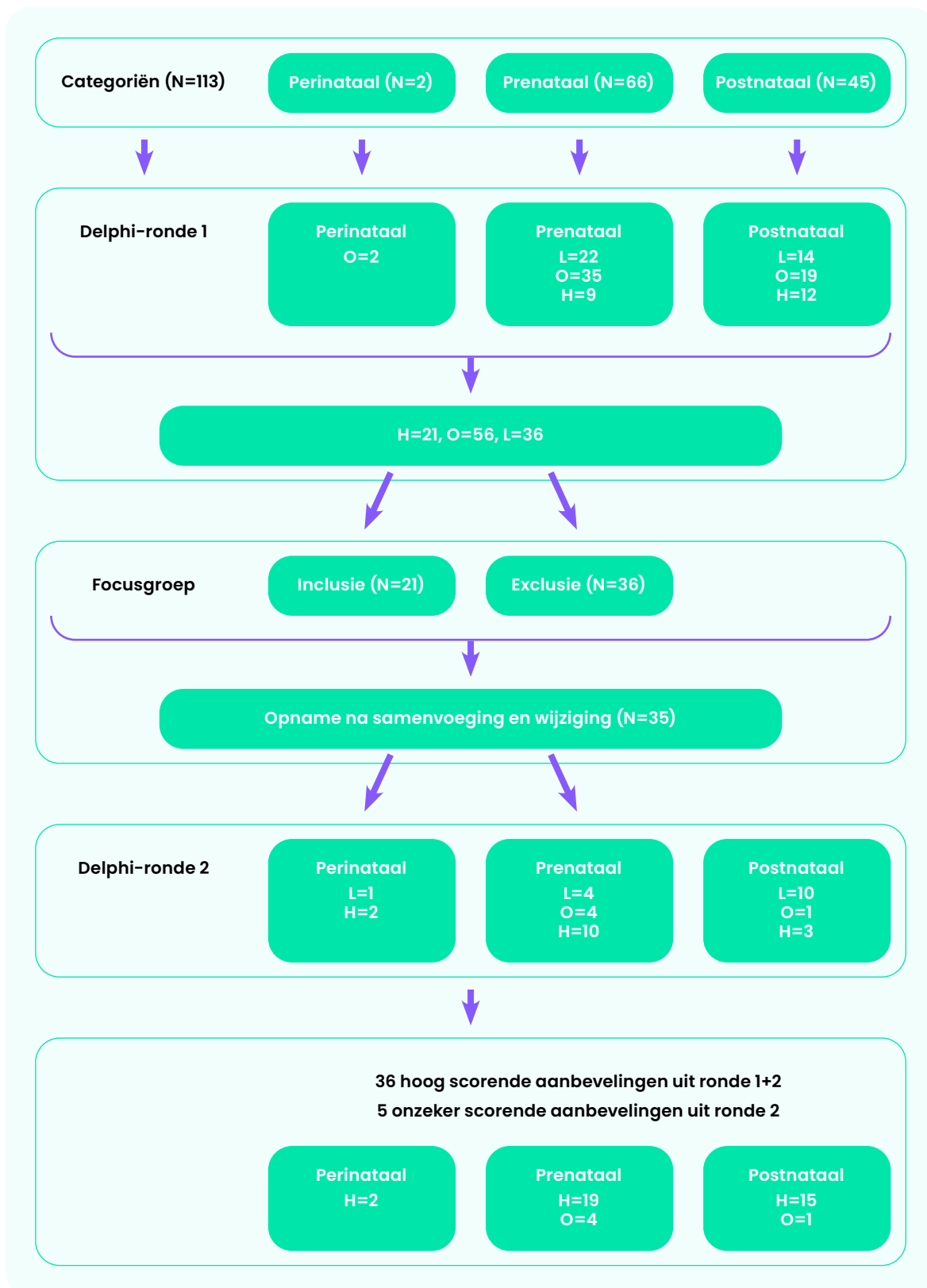
In de **tweede Delphi-ronde** scoorde de ontwikkelingsgroep de geherformuleerde, samengevoegde en onzeker geclassificeerde aanbevelingen (N=35), op basis van de feedback uit de focusgroepen, opnieuw op hun belang voor het meten van de kwaliteit van de pre- en postnatale zorg door de vroedvrouw. Het team hanteerde hierbij dezelfde aanpak als in de eerste Delphi-ronde.

Het projectteam sloot de laag scorende aanbevelingen uit (N=15) en voegde de hoog scorende aanbevelingen (N=15) toe aan de finale lijst van sleutelaanbevelingen. Vijf aanbevelingen bleven onzeker na de tweede Delphi en nam het team daarom mee bij de uitwerking van de kwaliteitsindicatoren (**bijlage 3 en bijlage 4**). In totaal nam het team **36 hoog gescoorde sleutelaanbevelingen uit Delphi 1 en Delphi 2** mee naar een derde en laatste Delphi ronde (zie stap 3b): twee perinatale, 19 prenatale en 15 postnatale aanbevelingen.

Deze procedure bood een methodologisch verantwoorde aanpak om evidence-informed en breed gedragen aanbevelingen te selecteren. **Figuur 6** geeft een schematisch overzicht van het volledige selectieproces.

**Figuur 6:**

Schematisch overzicht van het selectieproces (H=hoog, L=laag, O=onzeker)





Stap 2b:

Good practices en bestaande initiatieven binnen de Belgische perinatale zorg

De projectactiviteiten brachten Belgische good practices en initiatieven in de perinatale zorg systematisch in kaart. Hieruit blijkt dat diverse stakeholders op lokaal, regionaal en nationaal niveau een ruim aanbod van acties aanbieden, maar dat dit vaak versnipperd, eenmalig (projectgebonden) en ad hoc van aard is, waardoor de duurzaamheid beperkt blijft. Om dit aanbod effectief te benutten, is een centrale coördinatie en een gestructureerde verzameling van good practices noodzakelijk. Daarnaast is het cruciaal om deze initiatieven actueel te houden en perinatale zorgverleners hier consequent over te informeren. **Bijlage 5** van dit rapport bevat een niet-exhaustieve lijst van bestaande voorbeelden en acties in de perinatale zorg.



Stap 3:

Selectie van potentiële indicatoren en validering van conceptindicatoren

Voor de uitwerking van de kwaliteitsindicatoren vertrok het projectteam van **36 hoog gescoorde en 5 onzekere sleutelaanbevelingen**. Het projectteam stelde een lijst met potentiële indicatoren op en legden deze via een derde en laatste Delphi-ronde voor aan de ontwikkelingsgroep, zodat zij ze konden beoordelen op relevantie en haalbaarheid.

Stap 3a: Ontwikkeling van een lijst met potentiële indicatoren

Het projectteam ontwikkelde op basis van **41 sleutelaanbevelingen** een lijst van kwaliteitsindicatoren voor de perinatale zorg. Het team vergeleek de aanbevelingen met bestaande richtlijnen en kwaliteitscriteria en raadpleegde daarnaast relevante (inter)nationale good practices, zoals het VBOV Good Practice-logo (GPL), ICHOM (Pregnancy & Childbirth; Neonatology) en de Indicatorenset Integrale Geboortezorg van het College Perinatale Zorg. Drie projectleden verdeelden de aanbevelingen onderling en formuleerden individuele voorstellen voor indicatoren. Deze werden tijdens meerdere bijeenkomsten besproken en vervolgens geëvalueerd op kwaliteit, zodat een beheersbare en betrouwbare set van kwaliteitsindicatoren werd bekomen.

Voor sommige aanbevelingen formuleerde het projectteam meerdere kwaliteitsindicatoren. Voor vijf aanbevelingen werd geen aparte indicator opgesteld, omdat deze overlaptten met een andere aanbeveling of kwaliteitsindicator. De ontwikkelingsgroep toetste hun instemming met deze keuzes via een derde en laatste Delphi-ronde (zie stap 3b). Uiteindelijk formuleerde het team een lijst van **54 conceptindicatoren**: 4 perinatale, 28 prenatale en 22 postnatale indicatoren (**bijlage 6**).

Stap 3b: Delphi-procedure met stakeholders voor validatie van een definitieve indicatorenlijst

Het projectteam legde de lijst van 54 conceptindicatoren ter validering voor aan de ontwikkelingsgroep tijdens een **derde en laatste online Delphi-ronde**.

De ontwikkelingsgroep beoordeelde elke kwaliteitsindicator op zowel relevantie als haalbaarheid met behulp van een 9-punten Likertschaal. Het criterium relevantie beoordeelt in welke mate de indicator geschikt is om de kwaliteit van de perinatale zorg te meten, terwijl het criterium haalbaarheid nagaat hoe goed de indicator in de vroedvrouwenpraktijk kan worden toegepast, zowel op micro- (individueel) als macro- (organisatie) niveau.

Een indicator werd als relevant of haalbaar beschouwd wanneer er consensus was binnen het panel én een mediaanscore van zeven of hoger werd bereikt. Daarvoor berekende het projectteam de mediaanscore en de mate van overeenstemming (cfr eerste Delphi ronde).

Berekening van de mediaanscore: Het projectteam berekende voor elke aanbeveling de mediaanscore op basis van de individuele 9-punt Likert-scores van alle panelleden. De schaal varieerde van 1 (minst belangrijk) tot 9 (meest belangrijk).

Definitie van overeenstemming: Het team definieerde de mate van overeenkomst als volgt: overeenstemming wanneer $\geq 70\%$ van de panelleden een score van ≥ 7 gaf, onbeslist wanneer $\geq 30\%$ een score ≥ 7 én $\geq 30\%$ een score ≤ 3 gaf, en niet overeenstemmend in alle overige gevallen.

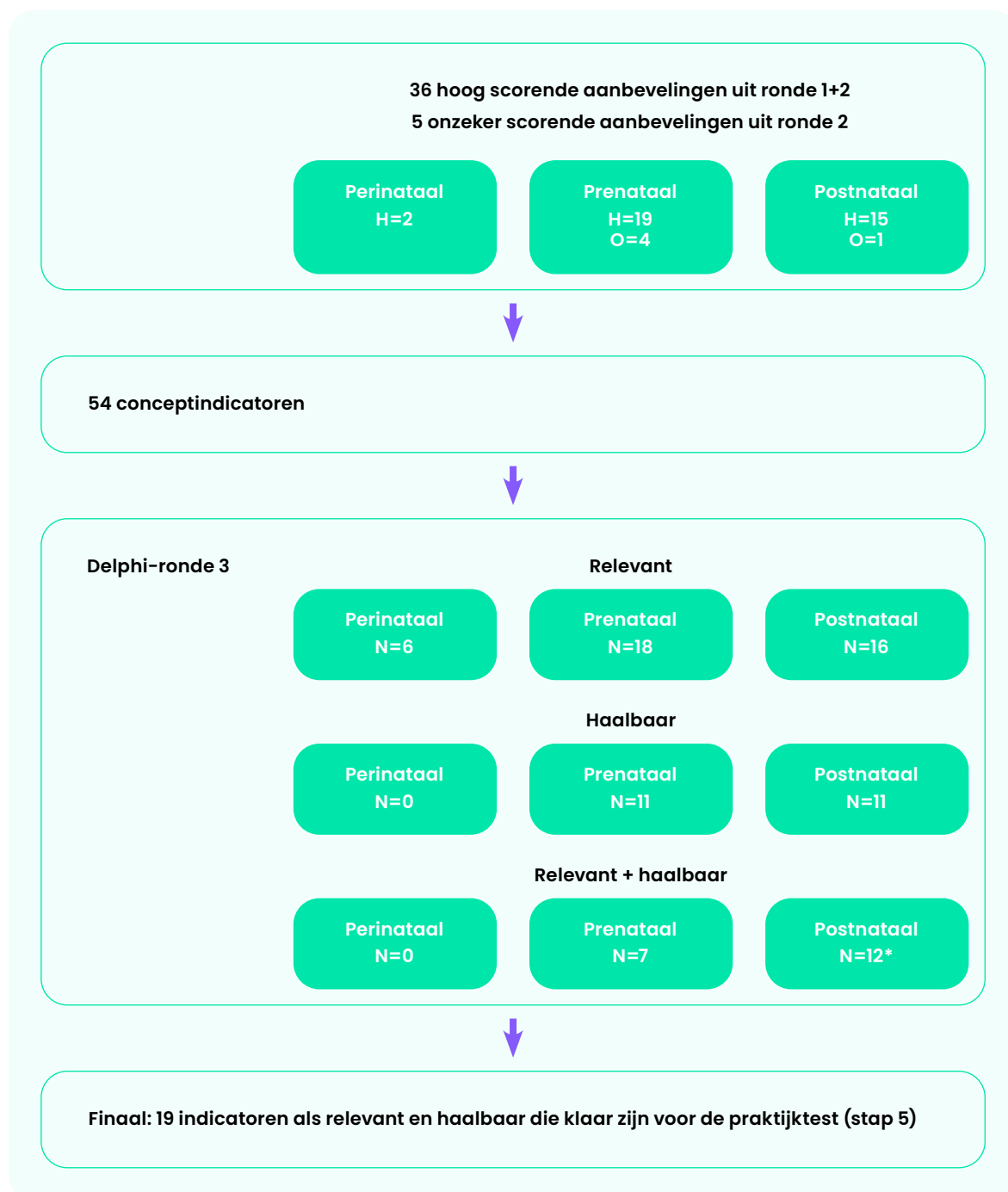


Het panel beoordeelde 40 kwaliteitsindicatoren als relevant (twee perinatale, 20 prenatale en 18 postnatale) en 22 indicatoren als haalbaar (11 prenatale en 11 postnatale). **Negentien indicatoren** scoorden **zowel relevant als haalbaar** (7 prenatale en 12 postnatale). Voor de vijf aanbevelingen, die reeds gedekt waren door andere aanbevelingen/kwaliteitsindicatoren, stemde het panel ermee in dat geen aparte kwaliteitsindicatoren nodig waren (**bijlage 6**).

Tijdens de derde Delphi-ronde bevroeg het panel tevens de meetbronnen van de indicatoren en bracht het mogelijke barrières en implementatiebehoeften in kaart (zie indicatorfiche en deel 2, tweede focusgroep). Het volledige proces wordt schematisch voorgesteld in **figuur 7**.

Figuur 7:

Schematische voorstelling van het validatieproces (H=hoog, L=laag, O=onzeker)



* Tijdens de opmaak van de indicatorfiches werd de indicator Pre-19/OI-21, die betrekking heeft op kraamvrouwen, aanvankelijk onder het prenatale luik opgenomen. Bij herziening werd vastgesteld dat deze indicator inhoudelijk tot het postnatale luik behoort. Om die reden bedraagt het aantal haalbare postnatale indicatoren N=11, en het aantal relevante én haalbare postnatale indicatoren N=12.



Stap 4:

Opstellen van de indicatoren

Voor de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren werden 19 indicatoren geselecteerd die door de ontwikkelingsgroep als haalbaar en relevant werden beoordeeld. Voor elke indicator werd een afzonderlijke **indicatorfiche** opgesteld waarin de rationale, meetmethode, databronnen en toepassing in de praktijk worden toegelicht (**supplement 1**).

Soorten indicatoren

Procesindicatoren meten de uitvoering van zorgactiviteiten of interventies door vroedvrouwen (bijvoorbeeld opvolging van prenatale afspraken of begeleidingspraktijken). **Uitkomstindicatoren** richten zich op de resultaten van de zorg voor ouders en pasgeborenen (bijvoorbeeld tevredenheid, borstvoedingsduur of veilige zorgpraktijken). **Structuurindicatoren** hebben betrekking op de organisatorische en materiële context van de zorg (bijvoorbeeld aanwezigheid van protocollen of multidisciplinair overleg).

De 19 indicatoren omvatten zowel proces- als uitkomstindicatoren, maar geen structuurindicatoren.

Opbouw van de indicatorfiches

Elke indicatorfiche bevat de volgende elementen:

- **Indicator ID** – Uniek nummer om de indicator te identificeren binnen het project.
- **Indicator code** – Korte code of afkorting voor snelle referentie en consistentie in documenten.
- **Beschrijving** – Een korte, duidelijke omschrijving van wat wordt gemeten.
- **Teller** – Het aantal keren dat de beoogde gebeurtenis, handeling of uitkomst voorkomt.
- **Noemer** – De populatie of het totaal aantal situaties waarop de teller van toepassing is.
- **Exclusiecriteria bij noemer** – Situaties of patiënten die niet meetellen voor deze indicator.
- **Rationale (relatie tot kwaliteit)** – Waarom deze indicator belangrijk is, en hoe deze bijdraagt aan kwaliteitsverbetering en/of patiëntveiligheid.
- **Bewijskracht van de aanbeveling** – Kwaliteit van de onderliggende wetenschappelijke literatuur of richtlijnen waarop de indicator is gebaseerd (bijv. hoge, gemiddelde, lage bewijskracht).
- **Bronnen** – (Inter)nationale richtlijnen, literatuur, consensusdocumenten of lokale protocollen die de indicator ondersteunen.
- **Opmerkingen** – Eventuele aanvullende informatie over toepassing, interpretatie of bijzonderheden.
- **Maataanduiding** – De eenheid of schaal waarop de indicator wordt uitgedrukt (bijv. %, aantal, score).
- **Benchmark** – Referentiewaarde of streefdoel, indien beschikbaar, waarmee resultaten kunnen worden vergeleken.
- **Type indicator** – Proces, structuur of uitkomst, afhankelijk van wat wordt gemeten.
- **Databron** – Waar de gegevens vandaan komen, bijvoorbeeld dossierregistratie, vragenlijsten, observaties of interviews.
- **Zorgverlener** – Wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren of registreren van de gemeten handeling (bijv. vroedvrouw, arts, multidisciplinair team).



Door deze systematische aanpak zijn de indicatoren niet alleen theoretisch onderbouwd, maar ook praktisch toepasbaar. Ze zijn afgestemd op de doelstellingen van het project, met een balans tussen proces- en uitkomstindicatoren om zowel de uitvoering van zorg als de resultaten voor ouders en pasgeborenen te kunnen monitoren.



Stap 5:

Pilootmeting en evaluatie van de haalbaarheid

In deze stap wordt nagegaan of de indicatoren praktisch meetbaar zijn en aansluiten bij bestaande werkprocessen van vroedvrouwen. De 19 geselecteerde kwaliteitsindicatoren werden tot nu toe enkel via consensus ontwikkeld, maar omwille van beperkte tijd en middelen, niet systematisch getest in de praktijk.

In deze stap werd ook geprobeerd (toekomstige) ouders te betrekken. De rekrutering bleek echter een uitdaging: in Vlaanderen en Brussel werd geen respons verkregen, en in Wallonië slechts één reactie. Dit benadrukt de nood aan alternatieve strategieën voor ouderparticipatie in dergelijke projecten en toont het belang van toekomstig onderzoek om dit verder in kaart te brengen.

Het projectteam toetste de indicatoren af bij de softwarepakketten die momenteel beschikbaar zijn voor eerstelijns vroedvrouwen (nl. CareConnect Midwife (Corilus), Patientmanager en AllsoftPlus Vroedvrouwen), om haalbaarheid, dataverzameling en integratie in de dagelijkse praktijk te evalueren (**bijlage 6**). Er wordt verder bekeken om via eindwerken en/of stageprojecten de integratie van de indicatoren in de vroedvrouwenpraktijk en praktische haalbaarheid te evalueren en waar nodig bij te sturen.

Resultaten van een pilootmeting en evaluatie kunnen gebruikt worden om de indicatorfiches bij te sturen, indicatoren aan te passen of te schrappen waar nodig, zodat deze zowel wetenschappelijk onderbouwd als praktisch bruikbaar zijn voor kwaliteitsverbetering in de pre- en postnatale zorg.



Stap 6:

Kritische evaluatie van de resultaten

In het model van Plessers vormt stap 6 de kritische evaluatie van de resultaten. Omdat er in dit project nog geen praktijktests of pilootmetingen werden uitgevoerd, is een formele evaluatie van de resultaten op dit moment nog niet mogelijk. Het opnemen van een volledige kritische evaluatie in het rapport zou daarom niet logisch zijn.

DEEL 2

Ontwikkeling van een implementatieplan

In deel 2 ontwikkelde het projectteam een implementatieplan, met specifieke aandacht voor interventies, ondersteuning, evaluatie en monitoring van de kwaliteitscriteria voor pre- en postnatale zorg door de vroedvrouw. Dit gebeurde in nauwe samenwerking met het begeleidingscomité en de ontwikkelingsgroep, waarbij het implementatiemodel van ebpracticenet (Peters et al., 2020) het uitgangspunt vormde. Ook bestaande Belgische initiatieven rond kwaliteitslabels (vb. BFHI-label, GPL voor postnatale zorg van de VBOV) en kwaliteitsbevordering (vb. Pro-Q-Kiné) werden geraadpleegd. Verder werden (inter) nationale voorbeelden geconsulteerd van gelijkaardige kwaliteitslabels en -criteria voor perinatale zorg of kwaliteitsbevorderende systemen voor vroedvrouwen en andere zorgverleners (zoals A-EQUIP-model uit UK, Nieuw-Zeelands reflectie- en evaluatiemodel voor vroedvrouwen, Nederlands kwaliteitsregister Verloskundigen).

De uitwerking van deel 2 volgt de vijf stappen van het implementatiemodel van Peters et al. Voor de stappen die overlappen met het model van Plessers wordt verwezen naar deel 1 van dit rapport.





Stap 1:

Identificatie

Een eerste stap bestaat uit het samenstellen van een team van stakeholders. Het project startte met de samenstelling van een ontwikkelingsgroep met diverse experts (zie deel I: stap 1).

De volgende stap omvat het identificeren van de evidence-practice gap, nl. de kloof tussen de beschikbare evidentie en de huidige praktijk.

Ebpracticenet voerde reeds in 2023 een dergelijke analyse uit via een bevraging van perinatale zorgverleners. Zij beoordeelden de implementatieondersteuning van vier evidence-practice gaps, gebaseerd op vijf richtlijnen en KCE-rapporten. Dit werd gevolgd door een discussie en selectieproces tijdens twee stakeholdersvergaderingen. Dit leverde kort samengevat volgende resultaten op:

- **Multidisciplinaire richtlijn postpartum: De meeste aanbevelingen worden opgevolgd, maar sensibilisering bij perinatale zorgverstrekkers blijft noodzakelijk.**
- **Perinatale mentale gezondheid en psychosociaal welzijn: Aanbevelingen worden onvoldoende geïmplementeerd, wat ernstige consequenties met zich kan meebrengen voor moeder en kind. Implementatie in de praktijk is haalbaar en prioritair.**
- **Prenatale doorverwijzing: Dit wordt onvoldoende geïmplementeerd met ernstige consequenties. Er is nood aan betere afspraken en een duidelijk kader rond veilige doorverwijzing en duidelijke ontslagcriteria.**
- **Geïntegreerd prenataal zorgplan: Dit wordt onvoldoende geïmplementeerd en vormt dan ook een absolute prioriteit. Knelpunten zoals het gebrek aan een centrale zorgcoördinator en een gedeeld elektronisch dossier, bemoeilijken de implementatie. Een verbeterde samenwerking heeft een direct effect op het vertrouwen, stimuleert wetenschappelijk onderbouwde zorg, optimaliseert uitwisseling van informatie en duidelijke afspraken.**

Bijkomend onderzocht de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek van de VBOV de kennis, attitude en praktijk t.a.v. evidence-based practice (EBP) bij Vlaamse vroedvrouwen. De resultaten toonden een positieve attitude van vroedvrouwen ten aanzien van EBP, maar dit staat in contrast met hun bekwaamheid om EBP te implementeren. De top drie van barrières die vroedvrouwen ervaren bij het gebruik van richtlijnen waren (1) het gebrek aan tijd, (2) het gebrek aan toegang tot wetenschappelijke bronnen en (3) het gebrek aan steun van collega's/werkgevers. Verder werd een aanzienlijke kloof vastgesteld tussen EBP-relateerde attitudes en de actuele praktijk. Hoewel de meerderheid het belangrijk vond om EBP te implementeren, gaf slechts de helft aan maandelijks één of geen EBP-bron te raadplegen. Dit toont dat educatieprogramma's noodzakelijk blijken om EBP te promoten en kennis en vaardigheden van vroedvrouwen te verbeteren. Verder is een vlotte toegang tot databanken en klinische praktijkrichtlijnen noodzakelijk¹⁸.

Bovenstaande bevindingen worden ook ondersteund door de bijkomende literatuurstudie, relevante KCE-rapporten¹⁹ en gesprekken met betrokken stakeholders en leden van het begeleidingscomité van dit project.

¹⁸ Lanssens, D., Goemaes, R., Vrielinck, C., Tency, I. (2022). Knowledge, attitudes and use of evidence-based practice among midwives in Belgium: A cross-sectional survey. Eur J Midwifery, 6:36. <https://doi.org/10.18332/ejm/147478>

¹⁹ nl. Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen (KCE 326A, 2019), doorverwijzing bij de opvolging van laag-risicozwangerschappen (KCE 363A, 2023) en de organisatie van de zorg na een bevalling (KCE 232, 2014)



Hoewel het potentieel bestaat om de know-do gap verder te kwantificeren via data uit patiëntendossiers en RIZIV-bronnen, vormen het ontbreken van gestandaardiseerde softwarepakketten voor eerstelijns vroedvrouwen en (regionale) verschillen in gebruik ervan, een belangrijke belemmering. Bijkomend zijn homologatiecriteria voor deze softwarepakketten nog in ontwikkeling. Om bovenstaande redenen, werd er, in overleg met het begeleidingscomité, beslist om geen verdere en diepgaande data gedreven evidence-practice gap analyse uit te voeren in het kader van dit project.

Een laatste stap omvat het selecteren van aanbevelingen uit perinatale richtlijnen, wat reeds werd uitgevoerd in stap 2a van deel 1.



Stap 2:

Context analyse

Deze stap omvat het in kaart brengen en prioriteren van barrières en facilitators met betrekking tot de invoering van kwaliteitscriteria in de perinatale zorg. De aanpak van deze context analyse was tweeledig, enerzijds via een digitale bevraging, anderzijds via focusgroep discussies per regio.

In de derde Delphi-ronde (deel 1) gaf de ontwikkelingsgroep per kwaliteitscriterium mogelijke barrières en implementatiebehoeften aan. Deze inzichten werden aangevuld met implementatiebarrières die door ebpracticenet reeds in kaart werden gebracht (2023, zie stap 1). De combinatie van verschillende bronnen geeft een vollediger beeld van relevante drempels en ondersteunende factoren bij de implementatie van kwaliteitscriteria in de perinatale zorg.

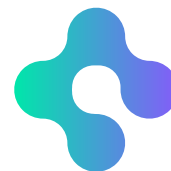
De geïdentificeerde barrières werden geclassificeerd volgens Theoretical Domains Framework (TDF) and Implementation Checklists (TICD-checklist). Deze checklist biedt een gestructureerde benadering om deze barrières te categoriseren en gerichte implementatiestrategieën te ontwikkelen. De checklist is geordend in zeven categorieën en bevat in totaal 57 determinanten van de praktijk. Een gedetailleerd overzicht van de TICD-checklist en de geïdentificeerde barrières is terug te vinden in **bijlage 7**.

Vervolgens organiseerde het projectteam één fysieke focusgroep per regio met de ontwikkelingsgroep om de verzamelde barrières en implementatienoden verder af te toetsen en uit te diepen. Daarbij kwamen ook de verdere stappen van het model van het implementatiemodel van Peters aan bod, nl. een mogelijk implementatieplan (stap 3) en suggesties voor evaluatie, monitoring en feedback (stap 4).

Omwillen van het uitgebreid aantal barrières prioriteerden de deelnemers van de focusgroep in eerste instantie deze barrières en selecteerden vervolgens een individuele top 10. De geselecteerde barrières van alle deelnemers werden samengevoegd, waarna elke deelnemer een top 5 kon aanduiden. Onderstaande **tabel 3** geeft per regio de vijf geprioriteerde barrières aan door de deelnemers aan de focusgroep.

**Tabel 3:****Top 5 van geselecteerde barrières per regio**

TICD Checklist	Barrière (volgens classificatie TICD)	Brussel	Vlaanderen	Wallonië
Factoren gerelateerd aan de QI	Gebrek aan eenduidige (medische/verloskundige) definities	1		
	Meetbaarheid wordt in vraag gesteld: moeilijk om bepaalde data te extrapoleren uit dossiers		5	
Individuele professionele factoren	Tijdsgebrek	2		
	Weinig prikkels om te veranderen (o.a. door verloning/beperking RIZIV)	3		
Professionele interactie	Onvoldoende communicatie en afspraken tussen perinatale zorgverleners en zorglevels		4	
	Gebrek aan multidisciplinair netwerk en samenwerking		3	3
Stimulansen en middelen	Tekort aan uniform/ gestandaardiseerd educatiemateriaal in verschillende talen			5
	Tekort aan vroedvrouwen in bepaalde regio's			1
	Gebrek aan een gedeeld en multidisciplinair elektronisch dossier	4	1	2
Sociale, politieke en juridische factoren	Ontoereikende RIZIV nomenclatuur	5	2	4



Stap 3:

Ontwikkeling van het implementatieplan

In deze stap worden mogelijke interventies gelinkt aan barrières, zodat op termijn een ondersteuningsaanbod kan uitgewerkt worden, om zo de implementatie van perinatale richtlijnen in de vroedvrouwenpraktijk te bevorderen.

(Internationale) voorbeelden van kwaliteitsbevorderende systemen

In eerste instantie consulteerde het projectteam (inter)nationale voorbeelden van bestaande kwaliteitslabels en -criteria voor perinatale zorg of kwaliteitsbevorderende systemen voor vroedvrouwen en andere zorgverleners. Het Good Practice Logo (GPL), Pro-Q-kine en BFHI-label (Baby Friendly Hospital Initiative) vormen drie nationale voorbeelden. Als internationale voorbeelden werden het A-EQUIP midwifery supervision model, het Nieuw-Zeelandse reflectie- en evaluatiemodel voor vroedvrouwen (Midwifery Standards Review, MSR) en het Nederlands Kwaliteitsregister Verloskundigen bekeken.

De volgende belangrijke elementen kwamen uit de analyse van (inter)nationale voorbeelden naar voren:

- **Doorgaans op initiatief van beroepsorganisaties (GPL, Pro-Q-kine, MSR en kwaliteitsregister Verloskundigen) of overheid (BFHI, A-EQUIP).**
- **Voornamelijk gericht op individuele zorgverleners (GPL, Pro-Q-kine, MSR, A-EQUIP en Kwaliteitsregister Verloskundigen). Enkel BFHI is op niveau van zorginstellingen. A-EQUIP is gericht op vroedvrouwen, maar zit ingebed in organisaties van de National Health Services (NHS).**
- **(Inter)nationale standaarden/gedragscodes/beroepsprofiel, competenties, theoretisch/ culturele kaders en/of wetenschappelijke evidentie vormen het vertrekpunt in alle kwaliteitsbevorderende modellen. Alle modellen stellen specifieke voorwaarden of criteria voorop en voorzien een reglement, handleiding en/of online informatie.**
- **Doorgaans georganiseerd op nationaal (Pro-Q-kine, BFHI, A-EQUIP, MSR, Kwaliteitsregister Verloskundigen) of regionaal (GPL) niveau.**
- **Centrale elementen in alle kwaliteitsbevorderende modellen zijn vorming en kritische zelfreflectie of zelfbeoordeling, al dan niet met het opstellen van een actieplan of verbetertraject (Pro-Q-Kine, BFHI, A-EQUIP), maar ook:**
 - Supervisie (A-EQUIP);
 - Data/statistiek (BFHI, A-EQUIP, MRS);
 - Feedback collega's (MRS) en/of cliënten (Pro-Q-kine, A-EQUIP, MRS);
 - Multidisciplinair/intercollegiaal overleg (GPL, Pro-Q-kine, BFHI).
- **Accreditering wordt doorgaans toegekend voor een periode van drie (GPL, Pro-Q-kine, MRS), vier (BFHI) of vijf (Kwaliteitsregister Verloskundigen) jaar. Binnen het A-EQUIP supervisiemodel wordt verwacht dat vroedvrouwen één interactie per jaar hebben met een speciaal opgeleide 'Professional Midwifery Advocate' (PMA).**
- **Proces van accreditering is soms betalend (BFHI, MSR, Kwaliteitsregister Verloskundigen).**
- **Lidmaatschap van de beroepsorganisatie is enkel een vereiste bij GPL, inclusief aansluiting bij een door de beroepsorganisatie, erkende Vlaamse vroedvrouwenkring.**
- **Enerzijds via een persoonlijk online portfolio (Pro-Q-kine, MRS voor leden beroepsorganisatie, Kwaliteitsregister Verloskundigen) of per email (GPL, BFHI) of per post (MRS voor niet-leden). Binnen het A-EQUIP supervisiemodel wordt geen melding gemaakt van een portfolio, maar wordt het proces door een PMA opgevolgd.**



- **Doorgaans is er een (onafhankelijke) commissie die aanvragen beoordeelt, het accrediteringsproces bewaakt en/of evalueert, al dan niet via externe toetsing of eerder informeel. De rollen of taken van deze commissies verschillen echter sterk tussen de kwaliteitsbevorderende modellen.**
- **Accreditering gaat gepaard met een profilering en transparantie naar zorgvragers en andere zorgverleners via opname in een kwaliteitsregister (Pro-Q-Kine) of communicatiedragers (GPL, BFHI, Kwaliteitsregister Verloskundigen).**

Een gedetailleerde omschrijving van deze (inter)nationale voorbeelden is terug te vinden in **supplement 2** van dit rapport.

Tijdens de focusgroep lichtte het projectteam de principes van de verschillende internationale voorbeelden kort toe aan de deelnemers, gevolgd door een discussie over mogelijke implementatiestrategieën en interventies voor de kwaliteitscriteria, concrete acties en facilitators. In de mate van het mogelijke werd ook gepeild naar de vorm, inhoud en wie verantwoordelijk is voor welke interventie of actie. De gesuggereerde interventies uit de stakeholdersvergaderingen (2023, ebpracticenet, zie stap 1) werden hierbij eveneens in rekening gebracht.

Een implementatieplan met vijf thema's

Op basis van alle vastgestelde barrières en noden voor de pre- en postnatale zorg en de (inter)nationale voorbeelden ontwikkelde het projectteam een implementatieplan, waarbij de input werd geclusterd in vijf grote thema's. De thema's worden hieronder opgesomd in willekeurige volgorde en de implementatiestrategie kort toegelicht.

Thema 1: Perinatale mentale gezondheid (angst, depressie)

De zes kwaliteitsindicatoren (Q1 t.e.m. Q16) die gelinkt zijn aan mentale gezondheid en welbevinden tijdens de zwangerschap en postpartum werden allen als relevant beschouwd, maar niet als haalbaar. Omdat mentaal en psychosociaal welzijn als één van de vier basiselementen van de kwaliteitscriteria voor vroedvrouwen naar voren kwam in de stakeholdersvergaderingen (2023, ebpracticenet, zie stap 1) en omdat het regionale en federale beleid ook sterk inzet op dit topic, besloot het projectteam dit als apart thema mee te nemen in het implementatieplan. Onderstaande **tabel 4** geeft de barrières en noden op vlak van perinatale mentale gezondheid weer met mogelijke implementatiestrategieën.

Tabel 4:

Overzicht barrières/noden en mogelijke implementatiestrategieën thema 1 perinatale mentale gezondheid

Barrières/noden	Mogelijke implementatiestrategieën
Gebrek aan kennis en ervaring om te bevragen en te screenen Divers en versnipperd aanbod aan opleiding	Duurzame, kwaliteitsvolle, evidence-based, geaccrediteerde opleidingen, regelmatig aangeboden en multidisciplinair van aard
Nood aan intervisie en casusbespreking	Multidisciplinaire geaccrediteerde casusbespreking op regelmatige basis
Nood aan een eenvoudige en uniforme screeningstool	Gevalideerde en gebruiksvriendelijke screeningstool, geïntegreerd in het digitaal dossier
Nood aan multidisciplinaire samenwerking, communicatie en afspraken	Lokaal of regionaal afsprakenkader en zorgpad en voldoende opvangplaatsen voor moeder en baby



Thema 2: Doorverwijzing van de vroedvrouw naar andere perinatale zorgverleners (1ste, 2de en 3de lijn) omwille van medische redenen

Het topic van doorverwijzen komt naar voren in verschillende kwaliteitscriteria (nl. QI 4, 5, 9, 10, 11, 14, 35, 36, 37 en 47) en kwam meermalen aan bod tijdens de focusgroep discussies en in de feedback van de derde Delphi-ronde. Daarom werd dit als apart thema mee opgenomen in het implementatieplan, waarbij onderstaande implementatiestrategieën voor de aangehaalde barrières en noden werden geformuleerd (**tabel 5**).

Tabel 5:

Overzicht barrières/noden en mogelijke implementatiestrategieën thema 2 doorverwijzing

Barrières/noden	Mogelijke implementatiestrategieën
Nood aan duidelijk nationaal kader voor maternale en neonatale doorverwijzing, terugkoppeling en feedback	Transparant en concreet instrument voor doorverwijzing tijdens zwangerschap en postpartum Uniforme, regionale verwijsbrief en beleid voor feedback en terugkoppeling
Ontbreken van een apart rijksregisternummer voor moeder en baby	Zie thema 4
Cijfers over doorverwijzingen ontbreken. Doorverwijzingen worden niet geregistreerd in het digitaal dossier	RIZIV-code voor doorverwijzing op basis van maternale en neonatale indicaties

Thema 3: Nationaal (of regionaal) aanbod van (meertalig), laagdrempelig informatiemateriaal rond zwangerschap en postpartum voor (toekomstige) ouders

Verschillende kwaliteitscriteria verwijzen naar informatievoorziening over zwangerschap en postpartum aan (toekomstige) ouders zoals gezondheid, levensstijl en welzijn (QI12), toxoplasmose (QI15), GBS (QI19), foliumzuur (QI22), NIPT (QI26), arbeid, bevalling en postpartum (QI32), borstvoeding (QI50), kunstvoeding (QI54). Ook kwaliteitsindicatoren gerelateerd aan screening zoals SOA (QI17) en vaccinatie zoals rubella (QI21) vragen de nodige informatie en voorlichting aan ouders. Op dit moment investeert elke zorginstelling of perinatale zorgverlener in informatiemateriaal, al dan niet ondersteund met bestaand materiaal of uitgewerkt in regionaal niveau, waardoor het vrij versnipperd is. Uit de focusgroep discussies kwam een duidelijke nood naar voren om informatiemateriaal te delen en te uniformiseren (**tabel 6**).

**Tabel 6:**
Overzicht barrières/noden en mogelijke implementatiestrategieën thema 3 informatiemateriaal

Barrières/noden	Mogelijke implementatiestrategieën
Informatie rond zwangerschap en postpartum is sterk versnipperd. Er is nood aan gedeeld en uniform materiaal	Centraal platform of gedeelde bibliotheek met informatiemateriaal rond zwangerschap en postpartum (selectie van prioritaire topics) Wetenschappelijke output (vb. richtlijn) met standaard toegankelijke informatie voor (toekomstige) ouders
Nood aan instrumenten die het proces van gedeelde besluitvorming en geïnformeerde toestemming faciliteren	Aanbod aan keuzehulp en informatie- en toestemmingsformulieren (selectie van prioritaire topics)
Gebrek aan een uniform en handig instrument om tevredenheid van ouders te meten op vlak van vroedvrouwenzorg en informatievoorziening	Gevalideerd instrument om tevredenheid van ouders t.a.v. zorg en informatie te meten door vroedvrouwen

Thema 4: Perinatale gegevensdeling

Een belangrijke barrière die unaniem en regelmatig naar voren kwam in de discussies tijdens het project is het gebrek aan gegevensdeling tussen verschillende perinatale zorgverleners (**tabel 7**).

Tabel 7:
Overzicht barrières/noden en mogelijke implementatiestrategieën thema 4 gegevensdeling

Barrières/noden	Mogelijke implementatiestrategieën
Gebrek aan gegevensdeling	Minimale set van perinatale gegevens om te delen Softwarepakketten voor eerstelijns vroedvrouwen conform kwaliteitsindicatoren
Nood aan communicatie, vertrouwen en samenwerking tussen perinatale zorgverleners op verschillende niveaus	Uitwerken van een perinataal zorgpad en overzicht van beschikbare zorgverleners op regionaal niveau
Ontbreken van een apart rijksregisternummer voor moeder en baby Ontbreken van een apart babydossier in de softwarepakketten voor eerstelijns vroedvrouwen Ontbreken van een RIZIV-nomenclatuur voor de baby	Optimale afstemming tussen prestaties door vroedvrouwen en vergoeding Optimale registratie via babydossier en RIZIV-nomenclatuur voor de baby



Thema 5: Nationaal portfolio voor vroedvrouwen

Dit thema is gelinkt aan stap 4 (evaluatie, zie verder) van het implementatiemodel van Peters et al. Het gebrek aan een nationaal portfolio voor vroedvrouwen kwam naar voren als een belangrijke barrière tijdens de focusgroep discussies en werd gezien als een noodzakelijke voorwaarde om tot monitoring van de kwaliteitscriteria te komen (**tabel 8**).

Tabel 8:

Overzicht barrières/noden en mogelijke implementatiestrategieën thema portfolio

Barrières/noden	Mogelijke implementatiestrategieën
Nood aan een nationaal portfolio voor vroedvrouwen	Nationaal digitaal portfolio voor vroedvrouwen, beheerd door een onafhankelijk orgaan, inclusief reglement en documentatie, aangevuld met een kwaliteitspremie wanneer voldaan wordt aan de accreditatiecriteria

Een gedetailleerd overzicht van de barrières en noden met mogelijke implementatiestrategieën, inclusief hun haalbaarheid en impact, is terug te vinden in een **supplement 3** van dit rapport.

Tot slot vormt het identificeren van kwaliteitsindicatoren eveneens een onderdeel van deze derde stap in het implementatiemodel van Peters et al, maar dit werd reeds uitgewerkt in stap 3 van deel I.



Stap 4:

Evaluatie

In deze stap worden de kwaliteitsindicatoren beoordeeld en geoperationaliseerd, wat reeds in deel 1 (stap 3 en 4) werd uitgevoerd. Bijkomend wordt een mogelijke aanpak uitgewerkt om een kwaliteitsbevorderend model te implementeren voor vroedvrouwen, vertrekkend vanuit de kwaliteitsindicatoren (o.a. voorwaarden, behalen en behouden van accreditering, monitoring, feedback, enz.)

Het projectteam consulteerde enerzijds (inter)nationale voorbeelden van gelijkaardige kwaliteitsbevorderende modellen voor vroedvrouwen en andere zorgverleners (zie stap 3 en **supplement 2**). Anderzijds werd tijdens de focusgroep gebrainstormd over de mogelijke aanpak van een kwaliteitsbevorderend model voor vroedvrouwen, waarbij deze (inter)nationale voorbeelden als leidraad werden gebruikt.

Monitoring en borging van kwaliteit: noden, suggesties en randvoorwaarden

Het projectteam vroeg tijdens de focusgroepen en Delphi-rondes expliciet naar noden, suggesties en randvoorwaarden op vlak van monitoring, feedback en het verduurzamen van kwaliteitsverbetering in de vroedvrouwenpraktijk. Hierbij werden de inzichten uit de (inter)nationale voorbeelden (nl. A-EQUIP-model, MRS-model, GPL, BFHI en Pro-Q-Kine) tevens meegenomen in de discussie. De contextanalyse via de TICD-classificatie bracht bijkomend verscheidene randvoorwaarden en obstakels aan het licht. De ontwikkelingsgroep gaf duidelijk aan dat er nog belangrijke voorbereidende stappen nodig zijn alvorens tot structurele monitoring kan worden overgegaan. Alle input werd verwerkt in mogelijke implementatiestrategieën, verdeeld in vijf thema's (zie stap 3 en **supplement 3**).

Portfolio en zelfevaluatie als instrumenten voor kwaliteitsborging

Een breed gedragen voorstel betreft de invoering van een nationaal digitaal portfolio voor vroedvrouwen (thema 5), waarin permanente vorming, werkervaring, klinische reflectie en kwaliteitsverbeteringen en actiepunten systematisch geregistreerd kunnen worden. Dit sluit aan bij de wettelijke verplichting uit de Kwaliteitswet van 2019 (artikel 8) en de uitrol van het elektronische portfolio via het Portaal-project van RIZIV en FOD Volksgezondheid. Een kwaliteitspremie voor vroedvrouwen die voldoen aan de accreditatiecriteria (naar analogie met de kinesitherapeuten) kan hier ook stimulerend werken.

Een dergelijk portfolio zou niet enkel het behalen van de verplichte 75 uur vorming per vijf jaar ondersteunen (waarvan 8 uur rond reanimatie en spoedeisende vaardigheden voor eerstelijns vroedvrouwen die autonoom bevallingen uitvoeren), maar ook ruimte bieden voor thematische verdieping, bv. rond perinatale mentale gezondheid of eHealth. Er wordt bijkomend gepleit voor een zelfevaluatie document dat vroedvrouwen helpt om hun werking systematisch te analyseren. Zo kunnen zij op basis van reflectie eigen prioriteiten bepalen en doelgericht werken aan één of meerdere kwaliteitsindicatoren.

Casusbespreking, mentorschap en peer audit

Om kwaliteitsverbetering ook in teamverband te ondersteunen, wordt het organiseren van casusbesprekingen binnen regionale vroedvrouwkringen als waardevolle praktijk aangehaald. Deze kunnen gekoppeld worden aan intervisie of aan bestaande overlegmomenten (Thema 1 en 5).



Daarnaast kwam het voorstel om mentorschap en supervisie structureel te verankeren, analoog aan het A-EQUIP-model in het VK of het Nieuw-Zeelandse MRS-model. Hierbij worden vroedvrouwen ondersteund door ervaren, speciaal opgeleide collega's, die via audit, coaching en feedback bijdragen aan veilige, reflectieve en evidence-based verloskundige zorgverlening. Er werd benadrukt dat dergelijke rollen dienen gepaard te gaan met een vergoeding. Tevens is een structurele ondersteuning vereist.

Registratie en selectie van kwaliteitsindicatoren

Om kwaliteitsmonitoring haalbaar te maken, werd gewezen op het belang van automatische gegevensregistratie via het elektronisch patiëntendossier (EPD). Manuele extractie wordt als tijdrovend en foutgevoelig ervaren. Het verplicht gebruik van EPD bij vroedvrouwen kan gefaciliteerd worden via de telematica- en administratieve premies (Thema 4). Ook homologatiecriteria voor EPD-software voor eerstelijns vroedvrouwen zijn hierbij essentieel.

Gezien de gedeelde aard van perinatale zorg werd het belang van een geïntegreerde registratie van kwaliteitsindicatoren benadrukt, waarbij gegevens uit softwaresystemen van verschillende zorgverleners samenkomen. Monitoring moet dus vertrekken vanuit populatiemanagement en niet louter gericht zijn op de individuele vroedvrouw.

Een gefaseerde invoering van kwaliteitsindicatoren, vertrekkende vanuit een minimale set zoals geselecteerd in deel 1 van dit rapport (**supplement 1**), wordt als realistisch en werkbaar beschouwd. Vroedvrouwen kunnen zelf bepalen aan welke kwaliteitsindicatoren zij het komende jaar willen werken, wat autonomie en motivatie bevordert.

Beleidsoverwegingen en randvoorwaarden

Tot slot werd besproken wie verantwoordelijk zou moeten zijn voor het beheer en de opvolging van monitoring en kwaliteitsbewaking. De focusgroepen achtten de overheid de meest aangewezen actor, eerder dan beroepsorganisaties. Aangezien lidmaatschap van een beroepsorganisatie facultatief is, zou een verplichting tot deelname via deze weg niet de volledige beroepsgroep bereiken en ook deontologische vragen oproepen. Beroepsorganisaties en lidmaatschap zijn ook regionaal georganiseerd, terwijl de kwaliteitsbewaking van toepassing moet zijn op alle Belgische vroedvrouwen met RIZIV-nummer. Daarom is coördinatie op nationaal niveau noodzakelijk.

Verskillende deelnemers wezen op het belang van kwaliteitsvolle en geaccrediteerde opleidingen, gevalideerd via bijvoorbeeld CEBAM. Het is hierbij aangewezen om de opleidingen in ziekenhuizen ook open te stellen voor eerstelijns vroedvrouwen, naar analogie met het systeem van beroeps- en prestatiepremies in andere beroepsgroepen (Thema 1 en 5). Dit bevordert ook de communicatie en samenwerking tussen diverse perinatale zorgverleners.

Samengevat maakt de input uit de focusgroepen en Delphi-rondes duidelijk dat vroedvrouwen de meerwaarde van monitoring erkennen, mits aan een aantal kritische voorwaarden wordt voldaan: een nationaal en onafhankelijk portfolio, automatische registratie van kwaliteitsindicatoren, ondersteuning via mentorschap en intervisie, en het behoud van autonomie via keuze in kwaliteitsindicatoren. Deze voorstellen sluiten nauw aan bij bestaande good practices en beleidsontwikkelingen (**supplement 3**).



Stap 5:

Duurzaamheid

Het is van belang dat de kwaliteitscriteria finaal geïntegreerd worden in de vroedvrouwenpraktijk, om zo tot duurzame praktijkverandering te komen. Om tot het stadium van duurzame integratie te komen dienen eerst een aantal randvoorwaarden vervuld te zijn en enkele implementatiestrategieën effectief gerealiseerd te worden.



CONTACTGEGEVENS

Inge Tency

Odisee-hogeschool – Cluster Gezondheidszorg
Opleiding Vroedkunde

Inge.tency@odisee.be

<https://www.odisee.be/onderzoeksprojecten/kwaliteitsindicatoren-voor-vroedvrouwen>



BIJLAGEN

Bijlage 1: Projectteam en begeleidingscomité

Bijlage 2: Geraadpleegde bronnen

Bijlage 3: Beoordeling aanbevelingen Delphi 1 en 2

Bijlage 4: Geherformuleerde en/of samengevoegde aanbevelingen op basis van focusgroep

Bijlage 5: Overzicht van Belgische good practices en bestaande initiatieven in de perinatale zorg

Bijlage 6: Beoordeling kwaliteitsindicatoren Delphi 3

Bijlage 7: Overzicht van barrières volgens TICD checklist





Bijlage 1:

Projectteam en begeleidingscomité

Projectteam

Inge Tency

Inge studeerde in 1999 af als vroedvrouw en volgde nadien een Master in gezondheidspromotie (2002) in combinatie met een job als vroedvrouw in het ziekenhuis (tot 2005). Ze werkte als wetenschappelijk medewerker in de Vrouwenkliniek van UZGent en de vakgroep Uro-gynaecologie (UGent). Tevens was ze werkzaam als praktijkassistent in het skillslabonderwijs van de opleiding Geneeskunde (UGent). In 2013 behaalde Inge haar doctoraat met als titel “Inflammatory response in maternal serum during preterm labor”. In 2012 startte Inge als docent en onderzoeker binnen de opleiding Vroedkunde aan Odisee Hogeschool, waar ze verantwoordelijk is voor de wetenschappelijke leerlijn (EBP en Bachelorproef). Als coördinator internationalisering beschikt ze over een uitgebreid internationaal netwerk (o.a. via het Florence netwerk). Van 2016 tot 2018 was Inge gastprofessor binnen de Master Verpleeg- en Vroedkunde (UGent) waar ze o.a. titularis was van de vakken ‘Kwantitatieve onderzoeksmethoden’ en ‘Onderzoeksmethodologie voor Verpleeg- en Vroedkunde: onderzoeksvoorstel’.

Inge heeft expertise in zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek en is betrokken in verschillende (praktijkgerichte) onderzoeksprojecten (zie verder). Ze is speerpuntcoördinator voor het onderzoek rond perinatale en familiale zorg binnen de cluster Health van Odisee Hogeschool. Inge is verder betrokken in (evidence-based) richtlijnontwikkeling o.a. als hoofdauteur van de multidisciplinaire richtlijn postpartum en bestuurder Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL). Ze is lid van het multidisciplinaire redactieteam en is als redacteur betrokken bij de contextualisatie JBI-richtlijnen (EBPracticeNet). Vanuit de werkgroep Wetenschappelijk onderzoek van de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV) werkte Inge mee aan een studie waarbij de kennis, attitude en praktijk (KAP-studie) werd nagegaan bij Vlaamse vroedvrouwen ten aanzien van EBP en klinische richtlijnen. Ze is ook betrokken bij het jaarrapport van de VBOV omtrent autonoom vroedvrouwgeleide zorg en verzorgt regelmatig de rubriek ‘Evidence-based vroedvrouwenzorg’ in het Tijdschrift voor Vroedvrouwen, waarbij een praktijkcasus wetenschappelijk wordt uitgewerkt via een zeven stappenplan.

Inge is hoofdonderzoeker van het NeoParent-project waarbij verschillende tools werden ontwikkeld om ouders met een baby op de neonatologie te ondersteunen (o.a. een mobiele applicatie, de NeoParent-app, een filosofische troostkoffer om met kinderen in dialoog te gaan over rouw, verlies en afscheid nemen en een ontslagtool voor ouders vanuit een netwerkperspectief). Momenteel wordt ook een digitaal platform ‘Te vroeg’ uitgebouwd voor ouders van (ex-) prematuren. Bij de implementatie van de NeoParent-app werd vertrokken van het implementatiemodel van Grol & Wensing in combinatie met het user-centered designmodel. Verder is er binnen Odisee expertise om innovatie in het werkveld te implementeren en wordt onderzoek gevoerd naar toekomstige competenties/vaardigheden van zorgverleners.

Verder is/was Inge betrokken als onderzoeker in volgende projecten:

- ‘KADET’ waarbij een intergenerationele ondersteuningstool voor grootouders ten aanzien van brussen werd ontwikkeld
- ‘PATH’, een Interreg2zeeën project rond perinatale mentale gezondheid (<https://path-perinatal.eu/>)
- ‘VRNurse4KIDS’, een ErasmusKA2 project om het bewustzijn en de aandacht voor VR te vergroten bij studenten, docenten en zorgverleners en hun kennis, competenties en vaardigheden te optimaliseren.



- 'NutriWOUND', gericht op de implementatie van gerichte voedingsinterventies bij patiënten met ernstige decubitusletsels

Florence D'haenens

Florence studeerde in 2009 af als vroedvrouw en volgde nadien een Master in Verpleeg- en Vroedkunde (2012) in combinatie met een (praktijk)lectorschap binnen de opleiding Vroedkunde aan de Erasmushogeschool Brussel (tot heden). In 2011 startte Florence tevens als onderzoeker binnen dezelfde opleiding. Daarnaast is Florence, samen met twee andere collega's, ook verantwoordelijk voor de wetenschappelijk leerlijn (Evidence-Based Midwifery en Bachelorproef). De expertise van Florence is zowel gericht op het kwalitatief als kwantitatief onderzoek. Zij wordt in diverse (praktijkgerichte) onderzoeksprojecten betrokken (zie verder). Florence is verder betrokken in (evidence-based) richtlijnontwikkeling o.a. als coauteur van de multidisciplinaire richtlijn postpartum.

Florence startte als hoofdonderzoeker in een onderzoeksproject rond de competenties, barrières en rol van verpleegkundigen en vroedvrouwen voor etnisch en sociaaleconomisch kwetsbare patiëntengroepen en het gevoerde ontslagmanagement in het Universitair Ziekenhuis Brussel. Vervolgens was ze hoofdonderzoeker in een project voor de ontwikkeling en implementatie van een transmuraal postnataal zorgpad met differentiatie en specifieke aandacht voor maatschappelijke kwetsbare pas bevallen vrouwen/gezinnen die de materniteit van het Universitair Ziekenhuis Brussel verlaten. Ze heeft tevens expertise opgebouwd in de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren d.m.v. een wetenschappelijk onderzoeksproject rond de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor kwetsbare moeders gedurende de perinatale periode (in samenwerking met de Artevelde Hogeschool).

Recent is ze, al dan niet als hoofdonderzoeker, betrokken in volgende onderzoeksprojecten:

- Brussels Research on Breastfeeding, Lactation and Technology met als doel de kennis over innovatieve diagnose- en behandelingsmethoden voor mastitis en candidiasis vergroten, specifiek gericht op de Brusselse bevolking met haar grote diversiteit aan patiënten.
- Virtual reality in nursing and midwifery education: A qualitative systematic review and thematic synthesis of students and educators' views and experiences
- Improving Healthcare Providers Training for Perinatal Risk Prevention of Vulnerable Women using 360° Virtual Reality (V(R)UCOM) met als doel de ontwikkeling van 360° VR scenario's om (toekomstige) zorgprofessionals te trainen in de zorg specifiek voor kwetsbare gezinnen.
- Brussels Innovation to Support Mental Health in Transition to Fatherhood (BruMen) met als doel de ontwikkeling van een applicatie om de mentale gezondheid van (toekomstige) vaders te ondersteunen en hen evidence-based informatie schaffen.
- Communicating effectively with vulnerable women during the perinatal period: een systematische review met als doel om strategieën in de praktijk te identificeren die de communicatie met kwetsbare gezinnen op een positieve manier beïnvloeden.
- Digital Technologies and Applications Utilization in Midwifery Practice in Belgium: een descriptief onderzoek met als doel om inzicht te krijgen in de mate waarin digitale technologieën en applicaties in de vroedkundige praktijk en in het onderwijs gebruikt worden.
- Monitoring Nursing and Midwifery Students' Stress level using Wearable Device during High-Fidelity Simulation (Sim-Stress study) met als doel om het stressniveau van studenten tijdens simulatietrainingen in kaart te brengen zodoende de debriefing wijze te optimaliseren
- D(e)pression in dads project is een project rond het in kaart brengen van de kennis en attitude van de algemene bevolking rond paternale depressie.

Delphine Maes

Delphine studeerde in 2020 af als vroedvrouw en volgde aansluitend de Master in Gezondheidsbevordering (2022). Zij werkte anderhalf jaar als projectmedewerker bij De Wase Kiem in Sint-Niklaas. Sinds 2022 is Delphine werkzaam als docent en onderzoeker binnen de opleiding Vroedkunde aan Odisee. Daarnaast combineert zij deze functie met klinische praktijk als vroedvrouw op de materniteit en verloskamer van VITAZ (Sint-Niklaas). Delphine heeft internationale ervaring opgedaan via een buitenlandse stage in Vietnam (verloskamer, Tu Du Hospital, Ho Chi Minh) en Erasmus in het kader van haar masterproef aan de Universiteit



van Zaragoza (Spanje). Haar expertise ligt op vlak van preventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsgeletterdheid. Binnen de opleiding Vroedkunde is zij verantwoordelijk voor de vakken perinatale vaardigheden en gezondheidspromotie. Via haar rol als stagebegeleider staat zij in nauw contact met het werkveld. Door de combinatie van onderwijs en praktijk heeft zij goed zicht op de actuele noden in de intramurale perinatale zorg. Verder is zij ook betrokken als interne promotor bij bachelorproeven van studenten Vroedkunde.

Sarah Michel

Sarah Michel est sage-femme depuis 2009. Elle a travaillé en Afrique de l'Est en tant que sage-femme. Depuis 2016, elle est maître de formation pratique à la Haute Ecole Léonard de Vinci au sein de la section sage-femme. Elle est sage-femme indépendante depuis 2017 et offre des consultations prénatales, de la préparation à la naissance, des accompagnements à la naissance et suivi post-partum. Elle a un master Européen en recherche de la maïeutique depuis 2022. Afin d'obtenir ce master elle a effectué une étude rétrospective sur les facteurs de risque de transfert intra partum entre la maison de naissance intra-hospitalière et la salle de naissance de l'hôpital Erasme. Elle participe régulièrement en tant que experts à l'élaboration de guidelines du KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) et du WOREL, notamment sur la création d'un outil de référencement des femmes enceinte entre la première ligne et la deuxième ligne de soin. Elle fait partie du comité de rédaction de EBPracticeNet. Elle participe également à la contextualisation des JBI-guidelines pour le groupe sage-femme. Elle fait partie du comité scientifique de l'Union Professionnelle des Sages-Femmes Belge (UpSfb) et du comité du CEPIP (Centre d'Épidémiologie Périnatale). Elle collabore régulièrement avec le KCE, EBPracticeNet, le CEPIP, le WOREL et l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité).

Céleste Vincent

Céleste Vincent est sage-femme au CHU Saint-Pierre depuis 2014, et a exercé dans toutes les unités du pôle obstétrique (MIC, maternité, salle de naissance, consultations prénatales), où la pratique sage-femme est autonome pour les grossesses, les accouchements et le post-partum à bas risque et en collaboration pour le moyen et haut risque. En 2018, elle finit un master Européen en sciences Sages-Femmes, qui lui a permis de développer des projets d'envergure au sein du département d'obstétrique de l'hôpital. Depuis 2021, elle est responsable d'une des maternité (unité postnatale U508), qui comprend 20 lits mères-enfants. A ce titre, elle collabore de manière pluridisciplinaire avec les différents professionnels de la santé, s'implique dans différents réseaux de santé périnatale bruxellois et elle élabore et met en œuvre des protocoles pour le service postnatal. En 2019, Céleste a mis en place le comité scientifique de l'Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges (UpSfb) avec Clémence Vital Durand et Sarah Michel. Elles participent à la promotion et défense de la profession sage-femme sur les bases de l'EBP. Elle travaille ensemble avec des différents les instances internationales, européennes, fédérales, régionales et communautaires, en prenant part dans le Conseil Fédéral des Sages-Femmes belge et la Belgian Midwives Association (BMA).



Begeleidingscomité

Federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu

Meike Horn
Samira Ouraghi
Kelly Janssens
Serena Debonnet
Patricia Chavez Mejia
Ilyse Kenis

Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)

Lies Grypdonck

Evikey Netwerk

Liz Ponnet (netwerkcoördinatie)
Carolien Strouwen (CEBAM, cel evaluatie)
Deborah Seys (CEBAM, cel evaluatie)
Liesbeth Meel (CEBAM, cel evaluatie)
An Lehouck (ebpracticenet, cel implementatie)
Marleen Corremans (ebpracticenet, cel implementatie)
Jef Adriaenssens (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), cel prioritering)



Bijlage 2:

Geraadpleegde bronnen

Organisatie	Referentie	Titel
KCE	(KCE, 2014)	232: De organisatie van de zorg na een bevalling
KCE	(KCE, 2015)	248: Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap
KCE	(KCE, 2019)	313: De performantie van het Belgische gezondheidssysteem
KCE	(KCE, 2019)	326: Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen
KCE	(KCE, 2023)	363: Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico
KCE	(KCE, 2023)	370: Performantie van het Belgisch gezondheidssysteem. Herziening van het conceptuele kader en van de lijst van indicatoren
KCE	(KCE, 2024)	376: Performantie van het Belgisch gezondheidssysteem
Riseup-ppd	(Riseup-ppd, 2023)	Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression.
WOREL	(Tency et al, 2022)	Multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1)
WOREL	(Tency et al, 2024)	Multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg in de eerste lijn (deel 2)
Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care (LEAP)	(LEAPP, 2024)	Australian Pregnancy Care Guidelines
Australian Clinical Practice Guideline	(Austin, Highet and the Expert Working Group, 2018)	Mental Health Care in the Perinatal Period
NICE	(NICE, 2021)	Antenatal care
NICE	(NICE, 2023)	Intrapartum care
NHG	(Damen et al., 2023)	Zwangerschap en kraamperiode
Vlaams Expertisenetwerk Perinatale Mentale Gezondheid	(Vlaams Expertisenetwerk Perinatale Mentale Gezondheid, 2021)	Aanbevelingen tot Vlaamse visie en prioriteiten ter ondersteuning van Perinatale Mentale Gezondheid
WHO	(WHO, 2016)	Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience
WHO	(WHO, 2022)	Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience
WHO	(WHO, 2016)	Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities
ICM	(ICM, 2023)	Definition and scope of practice of the midwife
ICM	(ICM, 2019)	Essential competencies for midwifery practice
ICM	(ICM, 2021)	Professional framework for midwifery
La ligue des familles	(La ligue des familles, 2022)	Post-partum: il faut soutenir les femmes qui viennent de donner naissance
ONE	(ONE, 2024)	Grandir en sécurité de 0-9 mois
ONE	(ONE, 2023)	Grossesse et allaitement: que manger?
ONE	(ONE, 2023)	La vaccination de la femme enceinte
ONE	(ONE, 2023)	Un bébé bientôt
ONE	(ONE, 2020)	Allaitement maternel
ONE	(CRGOLFB et ONE, 2016)	Guide du postpartum
Info Santé	(Info Santé, 2019)	Suivi de la grossesse



Organisatie	Referentie	Titel
	(Alexander et al., 2022)	Guide de consultation prénatale
Solidaris	(Solidaris, 2023)	Dépression post partum. Résultats de l'enquête
Cochrane review	(Sandall et al.)	Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women (review)
Cochrane review	(Directoraat Generaal Gezondheidszorg, 2016)	Het Beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw.
Cochrane review	(Lanssens et al., 2022)	Knowledge, attitudes and use of evidence-based practice among midwives in Belgium: A cross-sectional survey (2022)
Cochrane review	(Van Damme et al., z.d.)	Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen.
MUNET	(Midwifery Unit Network, 2020)	Midwifery Unit Standards
COST NETWORK	(Escuriet et al., 2015)	Assessing the performance of maternity care in Europe: a critical exploration of tools and indicators.
VBOV	(VBOV, 2016)	Good-practice logo
BFHI	(BFHI, 2023)	Bevordering van de kwaliteitszorg voor de promotie, bevordering en begeleiding van borstvoeding vanuit de ziekenhuizen.
ICHOM	(ICHOM, 2017)	Pregnancy and childbirth data collection reference guide.
ICHOM	(ICHOM, 2020)	Neonatology
	(College Perinatale Zorg, 2023)	Indicatorenset Integrale geboortezorg
	(Struijs et al., 2019)	Indicatoren Kansrijke Start. Een Delphi studie



Bijlage 3:

Beoordeling aanbevelingen Delphi 1 en 2

*Suggestie vanuit ontwikkelingsgroep om deze aanbevelingen samen te voegen en/of te herformuleren.
Zie bijlage 4 voor de score op Delphi 2 voor deze aanbevelingen.

	Aanbeveling	Bron	Graad van evidentie	Delphi 1	Focusgroep	Delphi 2
	Perinatale aanbevelingen					
PERI-1	Verwijs een pasgeborene van wie de seronegatieve moeder tussen 7 dagen voor en 7 dagen na de bevalling waterpokken ontwikkelt zo snel mogelijk naar de tweede lijn voor toediening van postexpositieprofylaxe met varicellazosterimmunoglobuline (VarIZIG). Toediening van VarIZIG bij neonaten met zichtbare waterpokken wordt afgeraden.	(Damen et al., 2023)	Niet gepubliceerd	Onzeker		Laag
PERI-2	Gebruik de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) om vrouwen te screenen op een mogelijke depressieve stoornis in de perinatale periode.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based recommendation	Onzeker*		Bijlage 4
	Prenatale aanbevelingen					
PRE-3	Verwijs vrouwen ouder dan 20+0 weken met een eerste episode van hypertensie (bloeddruk van 140/90 mmHg of hoger) naar de tweedelijnsgezondheidszorg om binnen de 24 uur gezien te worden, gezien het risico op complicaties zoals pre-eclampsie.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Laag		
PRE-4	Verwijs bij expositie aan waterpokken zo snel mogelijk maar uiterlijk binnen 10 dagen naar de tweede lijn. De zwangere wordt dan behandeld met postexpositieprofylaxe met varicellazosterimmunoglobuline (VZIG) of bij eerste klachten van waterpokken met valaciclovir.	(Damen et al., 2023)	Niet gepubliceerd	Laag		
PRE-5	Overweeg verwijzing naar de tweede lijn bij (een vermoeden van) uitdroging, gewichtsverlies of onvoldoende verbetering van de klachten, ondanks behandeling met anti-emetica bij hyperemesis.	(Damen et al., 2023)	Niet gepubliceerd	Hoog		
PRE-6	Verwijs, mede vanwege gevaar voor het kind, bij een vermoeden van een psychose direct naar de psychiater of crisisdienst.	(Damen et al., 2023)	Niet gepubliceerd	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-7	Verwijs bij een vermoeden van trombose of longembolie naar de tweede lijn.	(Damen et al., 2023)	Niet gepubliceerd	Hoog		
PRE-8	Bij de verwijzing voor prenatale zorg: (1) een gemakkelijk in te vullen verwijzingsformulier verstrekken (2) informatie over gezondheid en welzijn tijdens de vroege zwangerschap aanbieden vóór de boekingsafpraak. Dit moet informatie bevatten over beïnvloedbare factoren die de zwangerschap kunnen beïnvloeden, zoals stoppen met roken, het vermijden van alcohol, het nemen van supplementen en gezond eten (3) ervoor zorgen dat het materiaal beschikbaar is in verschillende talen of formaten zoals digitaal, gedrukt, braille of Easy Read.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Hoog		
PRE-9	Het verwijzingsformulier voor vrouwen om prenatale zorg te starten moet zorgverleners in staat stellen om vrouwen te identificeren met specifieke behoeften op het gebied van gezondheid en sociale zorg en risicofactoren, waaronder factoren die mogelijk kunnen worden aangepakt vóór de boekingsafpraak (bijvoorbeeld roken) en contactgegevens van de huisarts van de vrouw bevatten.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Laag		
PRE-10	Bied een eerste afspraak met een vroedvrouw aan voor 10+0 weken zwangerschap.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Onzeker	Geschrapt	
PRE-11	Als vrouwen na 9+0 weken zwangerschap contact opnemen met een perinatale zorgverlener, bied dan zo mogelijk binnen de 2 weken een eerste prenatale (boekings)afpraak aan.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Onzeker		Hoog



	Aanbeveling	Bron	Graad van evidentie	Delphi 1	Focusgroep	Delphi 2
PRE-12	Bied aan om elke zwangere vrouw in het begin van de zwangerschap te testen op bloedarmoede (anemie). Naast het hemoglobinegehalte is het ook nuttig om het MCV-, MCH- en MCHC-gehalte te meten. Een tweede onderzoek aan het begin van het 3e trimester kan aangewezen zijn in de aanloop naar de bevalling.	(LEAPP, 2024; Damen et al., 2023)	Consensus-based (LEAPP); Niet gepubliceerd (Damen et al.)	Laag		
PRE-13	Vroedvrouwen verwijzen naar de huisarts voor verdere diagnostiek bij een MCV < 70 fl of > 100 fl of als Hb-stijging uitblijft na ijzersuppletie.	(Damen et al., 2023)	Niet gepubliceerd	Onzeker		Onzeker
PRE-14	Adviseer zwangere vrouwen over maatregelen om infectie met toxoplasmose te voorkomen, zoals: - handen wassen voordat ze voedsel aanraakt - grondig wassen van alle groenten en fruit, inclusief kant-en-klare salades, voordat ze deze eten - rauw vlees en kant-en-klare gekoelde maaltijden grondig koken - handschoenen dragen en grondig de handen wassen na het werken met aarde en tuinieren - uitwerpselen van katten in kattenbakvulling of in de grond vermijden	(LEAPP, 2024)	Grade C	Hoog		
PRE-15	Bied chlamydia-testen routinematig aan bij het eerste prenatale bezoek aan zwangere vrouwen jonger dan 30 jaar.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-16	Bied een vaginale en rectale afname aan voor alle vrouwen tussen de 35e en 37e week van de zwangerschap met het oog op een kweek voor de detectie van Groep B Streptokokken.	(LEAPP, 2024)	Grade B	Onzeker		Hoog
PRE-17	Beveel bij het eerste prenatale bezoek aan om op hepatitis C te testen.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-18	Bied elke zwangere vrouw aan het begin van de zwangerschap een HIV-test aan wanneer er interventies beschikbaar zijn die de transmissie van moeder op kind doen dalen.	(LEAPP, 2024)	Grade B	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-19	Bied zwangere vrouwen met een onbekende immuunstatus vóór of aan het begin van de zwangerschap aan om te testen op IgG tegen rodehond (rubella), om vrouwen te identificeren die niet immuun zijn tegen rodehond, adviseer hen om zieke mensen met huiduitslag te vermijden en hen te vaccineren tijdens de postpartumperiode.	(LEAPP, 2024; Damen et al., 2023)	Grade B (LEAPP); Niet gepubliceerd (Damen et al.)	Onzeker		Onzeker
PRE-20	Het is aanbevolen om tijdens het eerste prenatale contact te testen op syfilis.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-21	Beveel voor vrouwen met een nieuw bevestigde infectieuze syfilis zo snel mogelijk een intramusculaire dosis van 1,8 g (gegeven als twee injecties van 900 mg) benzathine penicilline aan, en zorg ervoor dat vrouwen de behandeling ten minste 30 dagen voor de geschatte geboortedatum krijgen om adequate behandeling voor de geboorte te garanderen.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based	Onzeker	Geschraapt	
PRE-22	Bied elke zwangere vrouw vroeg in de zwangerschap aan om te testen op asymptomatische bacteriurie (op een urinemonster tussen 24 en 28 weken voor een telling van de witte bloedcellen en een kweek) omdat behandeling effectief is en het risico op pyelonefritis vermindert.	(LEAPP, 2024)	Grade A	Onzeker		Laag
PRE-23	Bied zwangere vrouwen geen screening op vitamine D-tekort aan als er geen specifieke indicatie aanwezig is.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based	Laag		
PRE-24	Vitamine D-suppletie heeft mogelijk een gunstig effect op het risico op zwangerschapsdiabetes, en op de risico's dat een kind bij de geboorte klein is voor de zwangerschapsduur of astma-achtige symptomen of een piepende ademhaling ontwikkelt. Beveel zwangeren aan dat de inname uit voeding aan te vullen is met een supplement van 10 microgram per dag, ongeacht het jaargetijde, de mate van zonbloomstelling of het type huidskleur.	(Damen et al., 2023)	Niet gepubliceerd	Onzeker	Geschraapt	
PRE-25	Het routinematig gebruiken van cardiocografie voor de beoordeling van de foetus bij vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap wordt niet aanbevolen.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Laag		



	Aanbeveling	Bron	Graad van evidentie	Delphi 1	Focusgroep	Delphi 2
PRE-26	Adviseer voedingssupplementen met 400 µg foliumzuur per dag, idealiter vanaf 1 maand voor de conceptie en gedurende de eerste 3 maanden van de zwangerschap om het risico op neuraalbuisdefecten te verminderen.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based	Hoog		
PRE-27	Adviseer zwangere vrouwen die een ijzersupplement gebruiken dat wekelijkse suppletie (80-300 mg elementair ijzer) even effectief is als dagelijkse suppletie (30-60 mg elementair ijzer) in het voorkomen (maar niet behandelen) van bloedarmoede door ijzertekort, met minder bijwerkingen.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based	Laag		
PRE-28	Meet de bloeddruk bij het eerste prenatale bezoek van een vrouw om bestaande hoge bloeddruk vast te stellen.	(LEAPP, 2024)	Grade B	Hoog		
PRE-29	Geef alle vrouwen/koppels in het eerste trimester informatie over het doel en de implicaties van testen op de waarschijnlijkheid van chromosoomafwijkingen, zodat ze een geïnformeerde keuze kunnen maken.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Hoog		
PRE-30	Bepaal bij hevige jeuk zonder huidafwijkingen (met name op handpalmen en voetzolen) serum galzure zouten om zwangerschapscholestase op te sporen.	(Damen et al., 2023)	Niet gepubliceerd	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-31	Geef vrouwen in het begin van de zwangerschap informatie in een geschikte vorm over het vermoedelijke aantal, de timing en de inhoud van de prenatale bezoeken die bij verschillende zorgopties horen en geef ze de gelegenheid om dit schema te bespreken.	(LEAPP, 2024)	Good-practice-statement	Onzeker		Hoog
PRE-32	Zorg er bij de planning en uitvoering van prenatale diensten voor dat de omgeving zowel voor partners als zwangere vrouwen uitnodigend is door bijvoorbeeld: - informatie te geven over hoe partners betrokken kunnen worden bij de ondersteuning van de vrouw tijdens en na de zwangerschap - informatie te verstrekken over zwangerschap voor zowel partners als zwangere vrouwen - positieve beelden van partnerbetrokkenheid weer te geven (bijvoorbeeld op mededelingenborden en in wachtruimtes) - het bieden van zitgelegenheid in de spreekkamer voor zowel de vrouw als haar partner - overwegen om partners de mogelijkheid te bieden om afspraken op afstand bij te wonen.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-33	Geef rokende vrouwen bij elk prenataal bezoek persoonlijk advies over hoe ze kunnen stoppen met roken en geef informatie over beschikbare diensten om het stoppen te ondersteunen, inclusief informatie over wanneer, waar en hoe ze daar terecht kunnen.	(LEAPP, 2024)	Practice-point	Laag		
PRE-34	Als de vrouw of haar partner rookt of in de afgelopen 2 weken is gestopt met roken, bied dan een verwijzing aan naar ondersteunende diensten.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Grade B (LEAPP); Niet gepubliceerd (NICE)	Onzeker		Laag
PRE-35	Vraag de vrouw op een vriendelijke, tactvolle manier naar huiselijk geweld tijdens de eerste prenatale afspraak of bij de eerste gelegenheid wanneer ze alleen is. Zorg ervoor dat er gelegenheid is voor een persoonlijk, één-op-één gesprek.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-36	Voer bij elke prenatale afspraak een risicobeoordeling als volgt uit: - de vrouw vragen naar haar algemene gezondheid en welzijn - de vrouw (en haar partner, indien aanwezig) vragen of er zorgen zijn die zij willen bespreken - zorg voor een veilige omgeving en gelegenheid voor de vrouw om onderwerpen te bespreken zoals zorgen thuis, huiselijk geweld, zorgen over de bevalling (bijvoorbeeld als ze eerder een traumatische bevalling heeft gehad) of zorgen over haar geestelijke gezondheid - het zorgplan voor de zwangerschap herzien en opnieuw beoordelen - vrouwen identificeren die extra zorg nodig hebben.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Hoog		



	Aanbeveling	Bron	Graad van evidentie	Delphi 1	Focusgroep	Delphi 2
PRE-37	Werk bij elk prenataal contact het prenatale dossier van de vrouw bij met gegevens over de voorgeschiedenis, testresultaten, onderzoeksbevindingen, medicijnen en gesprekken.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-38	Tijdens de eerste persoonlijke prenatale afspraak: - aanbieden om de lengte en het gewicht van de vrouw te meten en de body mass index te berekenen - een bloedtest aanbieden om het volledige bloedbeeld, de bloedgroep en de rhesus D-status te controleren (bloedgroep, rhesus, atypische rode cellen antilichamen).	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-39	Geef informatie en bied zwangere vrouwen die niet zeker zijn van hun conceptiedatum een echoscopie aan tussen 8 weken 0 dagen en 13 weken 6 dagen om de zwangerschapsduur te bepalen, meerlingzwangerschappen op te sporen en nauwkeurig het tijdstip van foetale afwijkingen te bepalen.	(LEAPP, 2024)	Grade B	Onzeker	Geschrapt	
PRE-40	Bied zwangere vrouwen een echoscopie aan tussen 18+0 weken en 20+6 weken (2de trimester) om te screenen op foetale afwijkingen en de plaats van de placenta te bepalen.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Grade B (LEAPP); Niet gepubliceerd (NICE)	Laag		
PRE-41	Beoordeel de risicofactoren van de vrouw voor veneuze trombo-embolie bij de eerste prenatale afspraak en na elke ziekenhuisopname of belangrijke gezondheidsgebeurtenis tijdens de zwangerschap.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Laag		
PRE-42	Informeer zwangere vrouwen dat langeafstandsvluchten geassocieerd worden met een verhoogd risico op veneuze trombose en longembolie, hoewel het onduidelijk is of er een extra risico is tijdens de zwangerschap.	(LEAPP, 2024)	Grade C	Onzeker	Geschrapt	
PRE-43	Beoordeel bij de eerste prenatale afspraak en opnieuw in het tweede trimester de risicofactoren van de vrouw voor pre-eclampsie. Meet en registreer de bloeddruk van de vrouw tijdens elke routine face-to-face prenatale afspraak met behulp van een apparaat dat gevalideerd is voor gebruik tijdens de zwangerschap. Bied een urine dipstick test voor proteinurie aan bij elke routine face-to-face prenatale afspraak.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Consensus-based (LEAPP); Niet gepubliceerd (NICE)	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-44	Bied symfyse fundale hoogtemeting aan bij elke prenatale afspraak na 24+0 weken (maar niet vaker dan elke 2 weken) voor vrouwen met een eenling zwangerschap, tenzij de vrouw regelmatig groeiscans krijgt.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Consensus-based (LEAPP); Niet gepubliceerd (NICE)	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-45	Verwijs vrouwen na 24 weken zwangerschap met een fundale hoogte ≥ 3 cm minder dan verwacht, een enkele fundale hoogte die onder het 10e centiel valt of seriële metingen die een langzame of statische groei laten zien door centielen te overschrijden door naar een echografie om de foetale grootte te meten. Verwijs vrouwen bij wie de meting van de fundale hoogte onnauwkeurig is (bijvoorbeeld: BMI >35 , grote vleesbomen, polyhydramnios) voor seriële beoordeling van de foetale grootte met behulp van echografie.	(LEAPP, 2024)	Practice-point	Laag		
PRE-46	Geef vrouwen vroeg in de zwangerschap mondelinge en schriftelijke informatie over normale foetale bewegingen. Deze informatie moet een beschrijving bevatten van de veranderende bewegingspatronen naarmate de foetus zich ontwikkelt, normale waak/slaapcycli en factoren die de waarneming van foetale bewegingen door de moeder kunnen veranderen.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Laag		
PRE-47	Bespreek het onderwerp babybewegingen met de vrouw bij elk prenataal contact en/of na 24+0 weken en vraag of ze zich zorgen maakt over de bewegingen van haar baby. Adviseer haar om op elk moment van de dag of nacht contact op te nemen met de materniteit als ze zich zorgen maakt over de bewegingen van haar baby of als ze verminderde foetale bewegingen opmerkt na 24+0 weken.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Consensus-based (LEAPP); Niet gepubliceerd (NICE)	Laag		
PRE-48	Bied buikpalpatie aan bij alle afspraken na 36+0 weken om mogelijke stuitligging vast te stellen bij vrouwen met een éénlingzwangerschap.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Grade C (LEAPP); Niet gepubliceerd (NICE)	Laag		



	Aanbeveling	Bron	Graad van evidentie	Delphi 1	Focusgroep	Delphi 2
PRE-49	Bij vrouwen met een ongecompliceerde eenlingzwangerschap met bevestigde stuitligging na 36+0 weken: de verschillende beschikbare opties en hun voordelen, risico's en implicaties bespreken, waaronder: uitwendige versie (om de baby van de billen naar het hoofd naar beneden te draaien), vaginale geboorte in stuitligging of electieve keizersnede voor vrouwen die de voorkeur geven aan een vaginale geboorte met het hoofd naar beneden, een uitwendige versie aanbieden.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Grade B (LEAPP); Niet gepubliceerd (NICE)	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-50	Als je een zwangere vrouw verzorgt, luister dan naar haar en speel in op haar behoeften en voorkeuren. Zorg ervoor dat bij het aanbieden van een beoordeling, ingreep of procedure, de risico's, voordelen en implicaties met de vrouw worden besproken en dat zij zich ervan bewust is dat zij het recht heeft om te weigeren.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-51	Tijdens de eerste prenatale (boekings)afpraak, en later indien nodig, op een onbevooroordeelde, meelevende en persoonlijke manier informatie bespreken en geven over voeding en dieet, lichaamsbeweging, stoppen met roken en recreatief drugsgebruik. Adviseer vrouwen dat gezonde voedingspatronen worden gekenmerkt door een hoge inname van fruit, groenten, peulvruchten, volkoren granen, vis, zeevruchten, onbewerkt vlees, zuivelproducten en water. Diëten met een hoge inname van gezoete voedingsmiddelen en dranken, voedingsmiddelen met veel verzadigde vetten (bijvoorbeeld gefrituurd voedsel), verwerkt vlees en geraffineerde granen worden in verband gebracht met slechtere resultaten.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Practice-point (LEAPP); Niet gepubliceerd (NICE)	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-52	Bespreek alcoholgebruik tijdens de eerste prenatale (boekings)afpraak, en later indien nodig. Leg uit dat er geen bekend veilig niveau van alcoholconsumptie is tijdens de zwangerschap. Het drinken van alcohol tijdens de zwangerschap kan op lange termijn schadelijk zijn voor de baby. De veiligste aanpak is om alcohol helemaal te vermijden om de risico's voor de baby te minimaliseren.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Onzeker		Bijlage 4
PRE-53	Adviseer vrouwen om na 28 weken zwangerschap niet op hun rug te gaan slapen en te overwegen om bijvoorbeeld kussens te gebruiken om hun positie tijdens het slapen te behouden. Leg de vrouw uit dat er een verband kan zijn tussen op de rug slapen en doodgeboorte in de late zwangerschap (na 28 weken).	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Onzeker	Geschrapt	
PRE-54	Geef alle vrouwen prenatale voorlichting over: (1) wat ze kunnen verwachten in de eerste fase van de bevalling (2) hoe ze kunnen omgaan met eventuele pijn die ze ervaren (3) hoe ze contact kunnen opnemen met hun verloskundig zorgteam en wat ze moeten doen in geval van nood Alle vrouwen prenatale voorlichting geven over de tekenen van de bevalling, bestaande uit: (1) het onderscheid maken tussen Braxton Hicks weeën en actieve weeën (2) de verwachte frequentie van de weeën en hoe lang ze duren (3) het herkennen van vruchtwater (4) het beschrijven van normaal vaginaal verlies Bespreek voor alle vrouwen hun voorkeuren en keuzes voor zorg tijdens de bevalling zo vroeg mogelijk in de zwangerschap en leg deze keuzes vast.	(NICE, 2023)	niet gepubliceerd	Onzeker*		Bijlage 4
PRE-55	Adviseer vrouwen bij het eerste prenatale bezoek om hun mondhygiëne te laten controleren en zo nodig te laten behandelen, omdat een goede mondhygiëne belangrijk is voor de gezondheid van een vrouw en behandeling tijdens de zwangerschap veilig kan plaatsvinden.	(LEAPP, 2024)	Grade B	Laag		
PRE-56	Adviseer zwangere vrouwen zonder complicaties dat veilige seksuele activiteit tijdens de zwangerschap voor zover bekend geen nadelige gevolgen heeft.	(LEAPP, 2024)	Grade B	Laag		



	Aanbeveling	Bron	Graad van evidentie	Delphi 1	Focusgroep	Delphi 2
PRE-57	Een vrouw kan tijdens haar zwangerschap worden gesteund door een partner, dus zorgverleners moeten: partners betrekken, afhankelijk van de wensen van de vrouw, en de vrouw informeren dat ze welkom is om een partner mee te nemen naar prenatale afspraken en lessen.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Onzeker		Bijlage 4
PRE-58	Vraag de vrouw bij de eerste prenatale afspraak naar: - haar medische geschiedenis, verloskundige geschiedenis en familiegeschiedenis (van beide biologische ouders) - eerdere of huidige psychische problemen zoals depressie, angst, ernstige psychische aandoeningen, psychologisch trauma of psychiatrische behandeling, om mogelijke psychische problemen te identificeren in overeenstemming met het gedeelte over het herkennen van psychische problemen tijdens de zwangerschap en de postnatale periode - huidige en recente geneesmiddelen, waaronder receptvrije geneesmiddelen, gezondheidssupplementen en kruidenpreparaten - allergieën - haar beroep, het bespreken van eventuele risico's en zorgen - haar gezins- en thuissituatie, het beschikbare ondersteuningsnetwerk en eventuele gezondheids- of andere problemen met haar partner of gezinsleden die belangrijk kunnen zijn voor haar gezondheid en welzijn - andere mensen die betrokken kunnen zijn bij de verzorging van de baby - contactgegevens van haar partner en nabestaanden - factoren zoals voeding en dieet, lichaamsbeweging, roken en tabaksgebruik, alcoholgebruik en recreatief drugsgebruik	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Hoog		
PRE-59	Vraag naar middelengebruik bij follow-upbezoeken, aangezien sommige vrouwen eerder geneigd zijn gevoelige informatie pas te melden nadat er een vertrouwensrelatie is opgebouwd.	(LEAPP, 2024)	Good-practice-statement	Laag		
PRE-60	Vrouwen die last hebben van misselijkheid en braken tijdens de zwangerschap kan worden geadviseerd dat, hoewel het verontrustend kan zijn, het meestal spontaan verdwijnt met 16 tot 20 weken zwangerschap en over het algemeen niet wordt geassocieerd met een slechte zwangerschapswaarschuiging.	(LEAPP, 2024)	Practice-point	Laag		
PRE-61	Wanneer vrouwen (en hun partners) informatie krijgen over prenatale zorg, gebruik dan duidelijke taal en stem de timing, inhoud en verstrekking van de informatie af op de behoeften en voorkeuren van de vrouw en haar zwangerschapsfase. De informatie moet de gedeelde besluitvorming tussen de vrouw en haar zorgteam ondersteunen: één-op-één of als koppel aangeboden aangevuld met groepsdiscussies (alleen vrouwen of vrouwen en partners) aangevuld met schriftelijke informatie in een geschikt formaat, bijvoorbeeld digitaal, gedrukt, braille of Easy Read aangeboden tijdens de hele zorgperiode van de vrouw geïndividualiseerd en gevoelig ondersteunend en respectvol evidence-based en consistent indien nodig vertaald in andere talen.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Onzeker		Bijlage 4
PRE-62	Controleer of de vrouw (en haar partner) de gegeven informatie begrijpt en hoe deze op hen betrekking heeft. Geef regelmatig de gelegenheid om vragen te stellen en trek voldoende tijd uit om eventuele vragen te bespreken.	(NICE, 2021)	Niet gepubliceerd	Onzeker		Bijlage 4
PRE-63	Geef vrouwen met aambeien informatie over het verhogen van de vezel- en vochtinname. Als de klinische symptomen aanhouden, adviseer dan dat vrouwen het gebruik van standaard aambeiencremes kunnen overwegen.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Laag		
PRE-64	Adviseer vrouwen met bekkengordelpijn dat zwangerschapsspecifieke oefeningen, fysiotherapie, acupunctuur of het gebruik van een steunkledij enige verlichting van de pijn kunnen geven.	(LEAPP, 2024)	Grade C	Laag		
PRE-65	Tarwezemelen of andere vezelsupplementen kunnen worden gebruikt om constipatie tijdens de zwangerschap te verlichten als de aandoening niet reageert op dieetaanpassingen, afhankelijk van de voorkeur van de vrouw en de beschikbare opties.	(LEAPP, 2024)	Grade C	Laag		



	Aanbeveling	Bron	Graad van evidentie	Delphi 1	Focusgroep	Delphi 2																												
PRE-66	Adviseer vrouwen die laxeermiddelen gebruiken dat middelen die de darm stimuleren effectiever zijn dan middelen die meer volume geven, maar meer bijwerkingen kunnen hebben zoals diarree en buikpijn.	(LEAPP, 2024)	Grade C	Laag																														
PRE-67	Niet-farmacologische opties, zoals steunkousen kunnen worden gebruikt voor de behandeling van varices en oedeem tijdens de zwangerschap, op basis van de voorkeuren van de vrouw en de beschikbare opties.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Onzeker	Geschraapt																													
PRE-68	Voer de screening op depressie zo vroeg mogelijk in de zwangerschap uit en herhaal deze ten minste één keer later in de zwangerschap. Herhaal de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) op elk moment tijdens de zwangerschap indien klinisch geïndiceerd.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Onzeker*		Bijlage 4																												
	Postnatale aanbevelingen																																	
POST-69	Denk bij een van de volgende klachten/symptomen bij de kraamvrouw aan volgende belangrijke diagnoses en verwijs dringend naar gynaecoloog of tweede lijn indien belangrijke pathologie niet kan worden uitgesloten: <table><tr><th>Klacht/ symptoom</th><th>Niet te missen pathologie</th></tr><tr><td>Buikpijn</td><td>Endometritis Postpartumbloeding Pre-eclampsie</td></tr><tr><td>Abnormaal vaginaal verlies (geur, hoeveelheid)</td><td>Postpartumbloeding ◦ Uterien ◦ Cervicaal ◦ Vaginaal ◦ Episiotomie Endometritis</td></tr><tr><td>Koorts, rillen, malaise</td><td>Endometritis</td></tr><tr><td>Hoofdpijn</td><td>Pre-eclampsie, <u>postdurale</u> <u>punctehoofdpijn</u></td></tr><tr><td>Nausea, braken, visuele klachten</td><td>Pre-eclampsie</td></tr><tr><td>Kuitpijn, verkleuring pijnlijke zone, zwelling kuit</td><td><u>Diepveneuze</u> trombose (DVT)</td></tr><tr><td>Pijn op de borst</td><td>Longembolieën</td></tr><tr><td><u>Tachypneu</u></td><td>Longembolieën, postpartumbloeding</td></tr><tr><td>Tachycardie</td><td>Longembolieën, postpartumbloeding</td></tr><tr><td>Hypoperfusie</td><td>Postpartumbloeding</td></tr><tr><td>Veranderingen in het bewustzijn</td><td>Postpartumbloeding</td></tr><tr><td>Pijnlijk perineum</td><td>Infectie episiotomie</td></tr><tr><td>Anurie >6uur na de bevalling</td><td>Urineretentie</td></tr></table>	Klacht/ symptoom	Niet te missen pathologie	Buikpijn	Endometritis Postpartumbloeding Pre-eclampsie	Abnormaal vaginaal verlies (geur, hoeveelheid)	Postpartumbloeding ◦ Uterien ◦ Cervicaal ◦ Vaginaal ◦ Episiotomie Endometritis	Koorts, rillen, malaise	Endometritis	Hoofdpijn	Pre-eclampsie, <u>postdurale</u> <u>punctehoofdpijn</u>	Nausea, braken, visuele klachten	Pre-eclampsie	Kuitpijn, verkleuring pijnlijke zone, zwelling kuit	<u>Diepveneuze</u> trombose (DVT)	Pijn op de borst	Longembolieën	<u>Tachypneu</u>	Longembolieën, postpartumbloeding	Tachycardie	Longembolieën, postpartumbloeding	Hypoperfusie	Postpartumbloeding	Veranderingen in het bewustzijn	Postpartumbloeding	Pijnlijk perineum	Infectie episiotomie	Anurie >6uur na de bevalling	Urineretentie	(Tency et al., 2022)	GPP	Hoog		
Klacht/ symptoom	Niet te missen pathologie																																	
Buikpijn	Endometritis Postpartumbloeding Pre-eclampsie																																	
Abnormaal vaginaal verlies (geur, hoeveelheid)	Postpartumbloeding ◦ Uterien ◦ Cervicaal ◦ Vaginaal ◦ Episiotomie Endometritis																																	
Koorts, rillen, malaise	Endometritis																																	
Hoofdpijn	Pre-eclampsie, <u>postdurale</u> <u>punctehoofdpijn</u>																																	
Nausea, braken, visuele klachten	Pre-eclampsie																																	
Kuitpijn, verkleuring pijnlijke zone, zwelling kuit	<u>Diepveneuze</u> trombose (DVT)																																	
Pijn op de borst	Longembolieën																																	
<u>Tachypneu</u>	Longembolieën, postpartumbloeding																																	
Tachycardie	Longembolieën, postpartumbloeding																																	
Hypoperfusie	Postpartumbloeding																																	
Veranderingen in het bewustzijn	Postpartumbloeding																																	
Pijnlijk perineum	Infectie episiotomie																																	
Anurie >6uur na de bevalling	Urineretentie																																	
POST-70	Een kraamvrouw met plots of overvloedig bloedverlies dat gepaard gaat met tekenen van hypovolemische shock, waaronder tachycardie, hypotensie, hypoperfusie en verandering in bewustzijn, moet dringend worden verwezen naar de tweedelijnszorg voor een gepaste behandeling.	(Tency et al., 2022)	GPP	Hoog																														
POST-71	Bij het vermoeden van endometritis moet de kraamvrouw verwezen worden naar een arts (huisarts/ gynaecoloog) voor diagnostiek en het instellen van een gepast beleid.	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4																												
POST-72	Bij twijfel over de oorzaak of behandeling van felle pijn aan de episiotomie moet de kraamvrouw verwezen worden naar een arts (huisarts/gynaecoloog).	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4																												



	Aanbeveling	Bron	Graad van evidentie	Delphi 1	Focusgroep	Delphi 2																																		
POST-73	Denk bij een van de volgende klachten/symptomen bij de pasgeborene aan volgende belangrijke diagnoses en verwijs dringend naar de kinderarts of de tweede lijn indien belangrijke pathologie niet kan worden uitgesloten: <table><tr><th>Klacht/ symptoom</th><th>Niet te missen pathologie</th></tr><tr><td>Uitgebreide geelheid of geelheid ontstaan binnen de 24 uur of geelheid die verergerd, geelheid ontstaan na 8 dagen, of nog aanwezig na 28 dagen</td><td> - Kernicterus </td></tr><tr><td>Blijvende luiersuitslag na initiële behandeling van luierdermatitis</td><td> - Contactallergie - Atopische dermatitis - Psoriasis </td></tr><tr><td>Blijvende vochtige en slechtruikende navelstomp met roodheid ronde navel</td><td> - Navelinfectie met gevaar op sepsis </td></tr><tr><td>Aanhoudende vochtscheiding uit de oogjes of 'pusoogjes' ontstaan na 10 dagen of langer aanhoudend dan 14 dagen</td><td> - Infectie met Neisseria gonorrhoeae of Chlamydia trachomatis - Dacryostenose </td></tr><tr><td>Galbraken of braken met gewichtsverlies</td><td> - Pylorusstenose - volvulus </td></tr><tr><td>Geen meconiumlozing binnen de 24 uur</td><td> - Ziekte van Hirschsprung - Darmobstructie </td></tr><tr><td>Gewichtsverlies van >10%</td><td> - Dehydratatie </td></tr><tr><td>Koorts >38°C</td><td> - Sepsis - Meningitis - Pneumonie - Urineweginfectie - Andere infectie </td></tr><tr><td>Blauw kleuren van de huid</td><td> - Cyanose </td></tr></table> <table><tr><td>Blijvende lichaamstemperatuur <36,2°C ondanks opwarmen</td><td> - Onderkoeling/ hypothermie - C </td></tr><tr><td>Bloed of slijm in de stoelgang</td><td> - Gastro-enteritis - Necrotiserende enterocolitis </td></tr><tr><td>Opgezet buik</td><td> - Ziekte van Hirschsprung - Volvulus </td></tr><tr><td>Luchtweg- en ademhalingsproblemen</td><td> - Pneumonie 'Well'ung'-syndroom 'Respiratoy Distress' syndroom... </td></tr><tr><td>Lethargie</td><td> - Zuurstofgebrek - Kernicterus - Sepsis... </td></tr><tr><td>Stuipen, abnormale bewegingen</td><td> - Neonatale epilepsie - Zuurstoftekort hersenen - Andere hersenafwijkingen </td></tr><tr><td>Gespannen fontanel</td><td> - Infectie - Meningitis </td></tr></table>	Klacht/ symptoom	Niet te missen pathologie	Uitgebreide geelheid of geelheid ontstaan binnen de 24 uur of geelheid die verergerd, geelheid ontstaan na 8 dagen, of nog aanwezig na 28 dagen	Kernicterus	Blijvende luiersuitslag na initiële behandeling van luierdermatitis	- Contactallergie - Atopische dermatitis - Psoriasis	Blijvende vochtige en slechtruikende navelstomp met roodheid ronde navel	Navelinfectie met gevaar op sepsis	Aanhoudende vochtscheiding uit de oogjes of 'pusoogjes' ontstaan na 10 dagen of langer aanhoudend dan 14 dagen	- Infectie met Neisseria gonorrhoeae of Chlamydia trachomatis - Dacryostenose	Galbraken of braken met gewichtsverlies	- Pylorusstenose - volvulus	Geen meconiumlozing binnen de 24 uur	- Ziekte van Hirschsprung - Darmobstructie	Gewichtsverlies van >10%	Dehydratatie	Koorts >38°C	- Sepsis - Meningitis - Pneumonie - Urineweginfectie - Andere infectie	Blauw kleuren van de huid	Cyanose	Blijvende lichaamstemperatuur <36,2°C ondanks opwarmen	- Onderkoeling/ hypothermie - C	Bloed of slijm in de stoelgang	- Gastro-enteritis - Necrotiserende enterocolitis	Opgezet buik	- Ziekte van Hirschsprung - Volvulus	Luchtweg- en ademhalingsproblemen	- Pneumonie 'Well'ung'-syndroom 'Respiratoy Distress' syndroom...	Lethargie	- Zuurstofgebrek - Kernicterus - Sepsis...	Stuipen, abnormale bewegingen	- Neonatale epilepsie - Zuurstoftekort hersenen - Andere hersenafwijkingen	Gespannen fontanel	- Infectie - Meningitis	(Tency et al., 2022)	GPP	Hoog		
Klacht/ symptoom	Niet te missen pathologie																																							
Uitgebreide geelheid of geelheid ontstaan binnen de 24 uur of geelheid die verergerd, geelheid ontstaan na 8 dagen, of nog aanwezig na 28 dagen	Kernicterus																																							
Blijvende luiersuitslag na initiële behandeling van luierdermatitis	- Contactallergie - Atopische dermatitis - Psoriasis																																							
Blijvende vochtige en slechtruikende navelstomp met roodheid ronde navel	Navelinfectie met gevaar op sepsis																																							
Aanhoudende vochtscheiding uit de oogjes of 'pusoogjes' ontstaan na 10 dagen of langer aanhoudend dan 14 dagen	- Infectie met Neisseria gonorrhoeae of Chlamydia trachomatis - Dacryostenose																																							
Galbraken of braken met gewichtsverlies	- Pylorusstenose - volvulus																																							
Geen meconiumlozing binnen de 24 uur	- Ziekte van Hirschsprung - Darmobstructie																																							
Gewichtsverlies van >10%	Dehydratatie																																							
Koorts >38°C	- Sepsis - Meningitis - Pneumonie - Urineweginfectie - Andere infectie																																							
Blauw kleuren van de huid	Cyanose																																							
Blijvende lichaamstemperatuur <36,2°C ondanks opwarmen	- Onderkoeling/ hypothermie - C																																							
Bloed of slijm in de stoelgang	- Gastro-enteritis - Necrotiserende enterocolitis																																							
Opgezet buik	- Ziekte van Hirschsprung - Volvulus																																							
Luchtweg- en ademhalingsproblemen	- Pneumonie 'Well'ung'-syndroom 'Respiratoy Distress' syndroom...																																							
Lethargie	- Zuurstofgebrek - Kernicterus - Sepsis...																																							
Stuipen, abnormale bewegingen	- Neonatale epilepsie - Zuurstoftekort hersenen - Andere hersenafwijkingen																																							
Gespannen fontanel	- Infectie - Meningitis																																							
POST-74	Bij blijvende vochtige en slechtruikende navelstomp of het vermoeden van een navelinfectie, verwijs naar de kinderarts.	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4																																		
POST-75	Verwijs een (soms hevig pussende) conjunctivitis die binnen 10 dagen postpartum ontstaat naar de oogarts of kinderarts wegens de mogelijkheid van een infectie met Neisseria gonorrhoeae of Chlamydia trachomatis.	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4																																		
POST-76	Zorg ervoor dat het 'zevendedagsonderzoek' van de baby gebeurt bij de arts (pediater of huisarts die ervaring heeft met neonaten) op dag 7 à 10 na de geboorte.	(Tency et al., 2022)	GPP	Hoog																																				
POST-77	Adviseer bij mastitis, als de vrouw pijnstilling wil, bij voorkeur paracetamol. Overweeg, als dit niet voldoende werkt, een NSAID. Kies dan bij voorkeur voor ibuprofen (hier is de meeste ervaring mee opgedaan). Diclofenac is tweede keuze.	(Damen et al., 2023)	Niet gepubliceerd	Onzeker		Laag																																		
POST-78	Instrueer de vrouw dat zij contact opneemt als de klachten binnen 48 uur na het starten van de antibiotische behandeling tegen mastitis niet zijn verminderd.	(Damen et al., 2023)	Niet gepubliceerd	Laag																																				
POST-79	Streef ernaar om het eerste postnatale bezoek van een vroedvrouw voor de medische opvolging van de kraamvrouw en de pasgeborene te laten plaatsvinden binnen de 24 uur na overdracht vanuit de geboorteplaats of na een thuisbevalling.	(Tency et al., 2022)	Grade 2C	Hoog																																				
POST-80	Raad vrouwen die een epidurale of spinale verdoving hebben gehad aan om ernstige hoofdpijn te melden, vooral wanneer die optreedt in zittende of staande houding.	(Tency et al., 2022)	Grade 1C	Laag																																				
POST-81	Voer minstens één bloeddrukmeting uit binnen de 6 uur na de bevalling en noteer het resultaat in het dossier.	(Tency et al., 2022)	GPP	Hoog																																				



	Aanbeveling	Bron	Graad van evidentie	Delphi 1	Focusgroep	Delphi 2
POST-82	Beoordeel tekenen en symptomen van infectie, onvoldoende herstel, wondafbraak of niet-genezing aan de perineale wonde.	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4
POST-83	Documenteer wanneer de vrouw plast binnen de 6 uur na de bevalling.	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4
POST-84	Raad ouders aan om steeds een arts (pediater of huisarts die ervaring heeft met neonaten) te contacteren wanneer hun baby jonger dan 3 maanden koorts ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) of te lage temperatuur (36°C) heeft.	(Tency et al., 2024)	GPP	Hoog		
POST-85	Leg aan alle vrouwen uit dat vragen naar familiaal geweld een routineonderdeel is van prenatale zorg en vraag naar de blootstelling van elke vrouw aan familiaal geweld.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based	Onzeker*		Bijlage 4
POST-86	Vraag alleen naar huiselijk geweld als je alleen bent met de vrouw en gebruik specifieke vragen of het instrument dat in jouw staat/gebied wordt gebruikt.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Laag		
POST-87	Geef anti-D immunoglobuline aan elke niet-gesensibiliseerde rhesus D-negatieve vrouw binnen 72 uur na de bevalling van een rhesus D-positieve baby.	(Tency et al., 2022)	GPP	Hoog		
POST-88	Indien een kraamvrouw, seronegatief aan rubella, anti-D immunoglobulinen (Rhogam) en/of een bloed- of een plasmatransfusie kreeg bij de bevalling, moet het MBR-vaccin samen met anti-D immunoglobuline en/of de bloedtransfusie worden gegeven OF moet 3 maanden worden gewacht met toediening van het Mazelen-Bof-Rubella-vaccin wegens mogelijke interferentie in de immuunrespons.	(Tency et al., 2022)	GPP	Laag		
POST-89	Wijs vrouwen erop dat ze best niet zwanger worden 1 maand na de toediening van het Mazelen-Bof-Rubella vaccin (MBR); borstvoeding kan wel worden voortgezet.	(Tency et al., 2022)	GPP	Laag		
POST-90	Bij afwezigheid van abnormaal vaginaal verlies is beoordeling van de baarmoeder door abdominale palpatie of meting als routinematige observatie niet nodig.	(Tency et al., 2022)	Grade 1C	Laag		
POST-91	Herhaal de bloeddrukmeting binnen de 4 uur indien de diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg is en er geen andere tekenen en symptomen zijn van pre-eclampsie.	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4
POST-92	Verder onderzoek is aanbevolen wanneer de diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg bedraagt én: - gepaard gaat met een ander teken of symptoom van pre-eclampsie - binnen de 4 uur niet daalt onder de 90 mmHg.	(Tency et al., 2022)	Grade 1B	Hoog		
POST-93	Moedig de vrouw aan om zo snel mogelijk na de bevalling te bewegen ter preventie van trombo-embolieën.	(Tency et al., 2022)	GPP	Laag		
POST-94	Vraag bij elk postpartumcontact aan de patiënte of ze zich zorgen maakt over de genezing van een perineale wonde (bevraag perineale pijn, ongemak of stekend gevoel, onaangename geur of dyspareunie).	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4
POST-95	Wijs vrouwen op het belang van perineale hygiëne: regelmatig vervangen van het maandverband met wassen van de handen voor en na, en het dagelijks baden of douchen van het perineum.	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4
POST-96	Topische koudetherapie, bijvoorbeeld ijsapplicatie of gelpads, zijn aanbevolen methoden om perineale pijn te verlichten.	(Tency et al., 2022)	Grade 1A	Laag		
POST-97	Vraag de kraamvrouw of ze binnen de drie dagen na de bevalling stoelgang heeft gemaakt.	(Tency et al., 2022)	GPP	Laag		
POST-98	Beoordeel, bij vrouwen met obstipatie en die zich ongemakkelijk voelen, hun voedsel- en vochtinname en geef advies over dieetmaatregelen.	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4
POST-99	Indien de vrouw niet plast binnen de 6 uur na de bevalling, adviseer dan maatregelen om de mictie te bevorderen, zoals een warm bad of douche.	(Tency et al., 2022)	GPP	Laag		
POST-100	Beoordeel het blaasvolume en overweeg een blaassonde wanneer de vrouw niet plast binnen de 6 uur na de bevalling en de adviezen om de mictie te bevorderen niet onmiddellijk succesvol zijn.	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4



	Aanbeveling	Bron	Graad van evidentie	Delphi 1	Focusgroep	Delphi 2
POST-I01	Indien nodig, geef gepaste informatie over beschikbare pijnstillers, rekening houdend met het feit of de kraamvrouw borstvoeding geeft of niet.	(Tency et al., 2024)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4
POST-I02	Informeer de kraamvrouw en haar partner dat fysiek herstel (herstel van de baarmoederhals, stoppen van lochia, herstel van een scheur of episiotomie) noodzakelijk is alvorens penetratieseks te hervatten. Doorgaans is er herstel na 6 à 8 weken, maar dat kan variëren. Naast het fysieke herstel, is het evenzeer belangrijk dat het koppel mentaal of relationeel klaar is om penetratieseks te hervatten.	(Tency et al., 2024)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4
POST-I03	Raad vrouwen af te wachten om anticonceptie te gebruiken tot de menstruatie terug op gang komt wegens het verhoogde risico op een ongeplande zwangerschap.	(Tency et al., 2024)	Grade 1B	Laag		
POST-I04	Informeer vrouwen en hun partner over hun rechten omtrent borstvoeding, nl. het recht om borstvoeding te geven in het openbaar, het recht op borstvoedingspauzes tijdens het werk, tot 9 maanden na de bevalling.	(Tency et al., 2024)	GPP	Hoog		
POST-I05	In afwezigheid van tekenen en symptomen van een infectie is de routinematige beoordeling van de lichaamstemperatuur niet nodig.	(Tency et al., 2022)	GPP	Laag		
POST-I06	Neem bij baby's met luierdermatitis volgende mogelijke oorzaken in overweging: - hygiëne en huidverzorging - gevoeligheid voor detergents, wasverzachters of andere producten die in contact komen met de huid - aanwezigheid van een infectie	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4
POST-I07	Adviseer de ouders om de navelstomp met water en zeep te wassen. De navelstomp hoeft niet ontsmet te worden.	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4
POST-I08	Er wordt aanbevolen bij alle kinderen het hele jaar door dagelijks 400 IU vitamine D toe te dienen, vanaf de geboorte tot en met de leeftijd van 6 jaar, onafhankelijk van het soort melkvoeding en de vitamine D-suppletie van de borstvoedende moeder.	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker		Laag
POST-I09	Evalueer bij een geobstipeerde baby die kunstvoeding krijgt volgende factoren (dringende actie): - bereidingstechniek - hoeveelheid vloeistof - voedingsfrequentie - samenstelling van de voeding	(Tency et al., 2022)	GPP	Onzeker*		Bijlage 4
POST-I10	Adviseer om de ogen van de pasgeborene te reinigen met een vers doekje of gaasje gedrenkt in een zoutoplossing.	(Tency et al., 2022)	GPP	Laag		
POST-III	Zorgverleners moeten extra aandacht hebben voor mentale gezondheidsproblemen bij: vrouwen met een psychiatrische voorgeschiedenis; vrouwen met zwangerschapscomplicaties; vrouwen die ongewenst zwanger waren; vrouwen met gebrek aan sociale ondersteuning; vrouwen die intrafamiliaal geweld kennen in het gezin; vrouwen die behoren tot een etnische minderheid; vrouwen met een lagere sociaaleconomische status; vrouwen met taalproblemen, vluchtelingen- of asielzoekersstatuut; LGBTQ2S+ personen en tienermoeders.	(Tency et al., 2024)	Grade 1C	Hoog		
POST-I12	Besprek met de vrouw de mogelijke impact van psychosociale risicofactoren (die ze heeft onderschreven) op haar geestelijke gezondheid en geef informatie over beschikbare hulp.	(LEAPP, 2024)	Good-practice-statement	Hoog		
POST-I13	Lichaamsbeweging wordt zwak aanbevolen om postpartumdepressie (PPD) te voorkomen bij zwangere vrouwen en vrouwen na de bevalling uit de algemene bevolking.	(Riseupp-pd, 2023)	Weak recommendation for the intervention	Laag		



Bijlage 4:

Geherformuleerde en/of samengevoegde aanbevelingen op basis van focusgroep

Aanbeveling	Herformulering	Delphi 2
Perinatale aanbevelingen		
PERI-2: Gebruik de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) om vrouwen te screenen op een mogelijke depressieve stoornis in de perinatale periode.	Gebruik een gevalideerde screeningstool om vrouwen te screenen op een mogelijke depressieve stoornis in de perinatale periode.	Hoog
PRE-32: Zorg er bij de planning en uitvoering van prenatale diensten voor dat de omgeving zowel voor partners als zwangere vrouwen uitnodigend is door bijvoorbeeld: - informatie te geven over hoe partners betrokken kunnen worden bij de ondersteuning van de vrouw tijdens en na de zwangerschap - informatie te verstrekken over zwangerschap voor zowel partners als zwangere vrouwen - positieve beelden van partnerbetrokkenheid weer te geven (bijvoorbeeld op mededelingenborden en in wachtruimtes) - het bieden van zitgelegenheid in de spreekkamer voor zowel de vrouw als haar partner - overwegen om partners de mogelijkheid te bieden om afspraken op afstand bij te wonen. PRE-57: Een vrouw kan tijdens haar zwangerschap worden gesteund door een partner, dus zorgverleners moeten: partners betrekken, afhankelijk van de wensen van de vrouw, en de vrouw informeren dat ze welkom is om een partner mee te nemen naar prenatale afspraken en lessen. PRE-61: Wanneer vrouwen (en hun partners) informatie krijgen over prenatale zorg, gebruik dan duidelijke taal en stem de timing, inhoud en verstrekking van de informatie af op de behoeften en voorkeuren van de vrouw en haar zwangerschapsfase. De informatie moet de gedeelde besluitvorming tussen de vrouw en haar zorgteam ondersteunen: één-op-één of als koppel aangeboden aangevuld met groepsdiscussies (alleen vrouwen of vrouwen en partners) aangevuld met schriftelijke informatie in een geschikt formaat, bijvoorbeeld digitaal, gedrukt, braille of Easy Read aangeboden tijdens de hele zorgperiode van de vrouw geïndividualiseerd en gevoelig ondersteunend en respectvol evidence-based en consistent indien nodig vertaald in andere talen. PRE-62: Controleer of de vrouw (en haar partner) de gegeven informatie begrijpt en hoe deze op hen betrekking heeft. Geef regelmatig de gelegenheid om vragen te stellen en trek voldoende tijd uit om eventuele vragen te bespreken.	PERI-3: Zorg er bij de planning en uitvoering van de perinatale zorg voor dat de omgeving gastvrij is voor de begeleider(s) en de zwangere vrouwen. Informeer de vrouw dat zij haar begeleider(s) mee kan nemen naar haar afspraken en perinatale lessen, afhankelijk van haar wensen.	Hoog
Prenatale aanbevelingen		
PRE-6: Verwijs, mede vanwege gevaar voor het kind, bij een vermoeden van een psychose direct naar de psychiater of crisisdienst. PRE-30: Bepaal bij hevige jeuk zonder huidafwijkingen (met name op handpalmen en voetzolen) serum galzure zouten om zwangerschapscholestase op te sporen.	Verwijs door naar de 2de lijn: - bij een vermoeden van een psychose, mede vanwege gevaar voor het kind - bij ernstige jeuk zonder huidafwijkingen (vooral op de handpalmen en voetzolen), om de galzouten en het leverprofiel van serumgalzuren te bepalen voor de detectie van zwangerschapscholestase	Laag



Aanbeveling	Herformulering	Delphi 2
PRE-51: Tijdens de eerste prenatale (boekings)afpraak, en later indien nodig, op een onbevooroordeelde, meelevende en persoonlijke manier informatie bespreken en geven over voeding en dieet, lichaamsbeweging, stoppen met roken en recreatief drugsgebruik. Adviseer vrouwen dat gezonde voedingspatronen worden gekenmerkt door een hoge inname van fruit, groenten, peulvruchten, volkoren granen, vis, zeevruchten, onbewerkt vlees, zuivelproducten en water. Diëten met een hoge inname van gezoete voedingsmiddelen en dranken, voedingsmiddelen met veel verzadigde vetten (bijvoorbeeld gefrituurd voedsel), verwerkt vlees en geraffineerde granen worden in verband gebracht met slechtere resultaten. PRE-52: Bespreek alcoholgebruik tijdens de eerste prenatale (boekings)afpraak, en later indien nodig. Leg uit dat er geen bekend veilig niveau van alcoholconsumptie is tijdens de zwangerschap. Het drinken van alcohol tijdens de zwangerschap kan op lange termijn schadelijk zijn voor de baby. De veiligste aanpak is om alcohol helemaal te vermijden om de risico's voor de baby te minimaliseren.	Tijdens de eerste prenatale (boekings)afpraak, en later indien nodig, op een onbevooroordeelde, empathische en persoonlijke manier informatie bespreken en leefstijladvies geven over voeding, beweging, stoppen met roken, recreatief drugsgebruik en alcoholgebruik.	Hoog
PRE-15: Bied chlamydia-testen routinematig aan bij het eerste prenatale bezoek aan zwangere vrouwen jonger dan 30 jaar. PRE-17: Beveel bij het eerste prenatale bezoek aan om op hepatitis C te testen. PRE-18: Bied elke zwangere vrouw aan het begin van de zwangerschap een HIV-test aan wanneer er interventies beschikbaar zijn die de transmissie van moeder op kind doen dalen. PRE-20: Het is aanbevolen om tijdens het eerste prenatale contact te testen op syfilis.	Stel systematisch bij elke zwangere vrouw een screeningstest voor seksueel overdraagbare infecties (SOA's) voor tijdens het eerste prenatale bezoek, nadat de nuttigheid ervan is uitgelegd.	Onzeker
PRE-35: Vraag de vrouw op een vriendelijke, tactvolle manier naar huiselijk geweld tijdens de eerste prenatale afspraak of bij de eerste gelegenheid wanneer ze alleen is. Zorg ervoor dat er gelegenheid is voor een persoonlijk, één-op-één gesprek.	Intrafamiliaal en seksueel geweld moet tijdens een zwangerschapsconsultatie in een vertrouwelijke omgeving worden besproken, met doorverwijzing naar de juiste diensten en/of professionals indien nodig.	Hoog
PRE-37: Werk bij elk prenataal contact het prenatale dossier van de vrouw bij met gegevens over de voorgeschiedenis, testresultaten, onderzoeksbevindingen, medicijnen en gesprekken.	Werk bij elk prenataal contact het prenatale dossier van de vrouw bij met gegevens over de voorgeschiedenis, testresultaten, onderzoeksbevindingen, medicijnen en gesprekken.	Hoog
PRE-38: Tijdens de eerste persoonlijke prenatale afspraak: - aanbieden om de lengte en het gewicht van de vrouw te meten en de body mass index te berekenen - een bloedtest aanbieden om het volledige bloedbeeld, de bloedgroep en de rhesus D-status te controleren (bloedgroep, rhesus, atypische rode cellen antilichamen).	Bij de eerste prenatale afspraak een volledig klinisch onderzoek voorstellen, conform de nationale aanbevelingen, evenals een bloedafname om de hematologische status, de bloedgroep, de rhesusfactor en de atypische rode cellen antilichamen).	Hoog
PRE-49 Bij vrouwen met een ongecompliceerde eenlingzwangerschap met bevestigde stuitligging na 36+0 weken: de verschillende beschikbare opties en hun voordelen, risico's en implicaties bespreken, waaronder: uitwendige versie (om de baby van de billen naar het hoofd naar beneden te draaien), vaginale geboorte in stuitligging of electieve keizersnede voor vrouwen die de voorkeur geven aan een vaginale geboorte met het hoofd naar beneden, een uitwendige versie aanbieden.	Bij vrouwen met een ongecompliceerde eenlingzwangerschap en een bevestigde stuitligging na 36+0 weken, bespreek de verschillende beschikbare opties, inclusief de voordelen, risico's en implicaties.	Laag



Aanbeveling	Herformulering	Delphi 2
PRE-43: Beoordeel bij de eerste prenatale afspraak en opnieuw in het tweede trimester de risicofactoren van de vrouw voor pre-eclampsie. Meet en registreer de bloeddruk van de vrouw tijdens elke routine face-to-face prenatale afspraak met behulp van een apparaat dat gevalideerd is voor gebruik tijdens de zwangerschap. Bied een urine dipstick test voor proteïnurie aan bij elke routine face-to-face prenatale afspraak. PRE-44: Bied symfyse fundale hoogtemeting aan bij elke prenatale afspraak na 24+0 weken (maar niet vaker dan elke 2 weken) voor vrouwen met een eenling zwangerschap, tenzij de vrouw regelmatig groeiscans krijgt.	Bij de afspraken in het tweede en derde trimester een volledig klinisch onderzoek aanbieden in overeenstemming met de nationale aanbevelingen.	Onzeker
PRE-50: Als je een zwangere vrouw verzorgt, luister dan naar haar en speel in op haar behoeften en voorkeuren. Zorg ervoor dat bij het aanbieden van een beoordeling, ingreep of procedure, de risico's, voordelen en implicaties met de vrouw worden besproken en dat zij zich ervan bewust is dat zij het recht heeft om te weigeren.	Elke zwangere vrouw wordt in staat gesteld om een weloverwogen keuze te maken. Als vroedvrouw geef je volledige informatie over de ingreep of procedure, inclusief de risico's, voordelen en implicaties.	Hoog
PRE-54: Geef alle vrouwen prenatale voorlichting over: (1) wat ze kunnen verwachten in de eerste fase van de bevalling (2) hoe ze kunnen omgaan met eventuele pijn die ze ervaren (3) hoe ze contact kunnen opnemen met hun verloskundig zorgteam en wat ze moeten doen in geval van nood. Alle vrouwen prenatale voorlichting geven over de tekenen van de bevalling, bestaande uit: (1) het onderscheid maken tussen Braxton Hicks weeën en actieve weeën (2) de verwachte frequentie van de weeën en hoe lang ze duren (3) het herkennen van vruchtwater (4) het beschrijven van normaal vaginaal verlies. Besprek voor alle vrouwen hun voorkeuren en keuzes voor zorg tijdens de bevalling zo vroeg mogelijk in de zwangerschap en leg deze keuzes vast.	Geef prenatale informatie over het verloop van de arbeid, bevalling en postpartum, zodat ouders realistische verwachtingen kunnen vormen binnen het kader van hun geboortewensen. Adviseer de vrouw om haar geboortewensen te bespreken met de zorgverlener die de bevalling begeleidt, rekening houdend met de verschillende bevallingsopties, de specifieke situatie en de locatie.	Hoog
PRE-68: Voer de screening op depressie zo vroeg mogelijk in de zwangerschap uit en herhaal deze ten minste één keer later in de zwangerschap. Herhaal de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) op elk moment tijdens de zwangerschap indien klinisch geïndiceerd.	Voer zo vroeg mogelijk in de zwangerschap een screening op depressie uit met een gevalideerde tool en herhaal deze ten minste één keer later in de zwangerschap of wanneer klinisch geïndiceerd.	Hoog
Postnatale aanbevelingen		
POST-71: Bij het vermoeden van endometritis moet de kraamvrouw verwezen worden naar een arts (huisarts/gynaecoloog) voor diagnostiek en het instellen van een gepast beleid. POST-72: Bij twijfel over de oorzaak of behandeling van felle pijn aan de episiotomie moet de kraamvrouw verwezen worden naar een arts (huisarts/gynaecoloog). POST-74: Bij blijvende vochtige en slechtruikende navelstomp of het vermoeden van een navelinfectie, verwijs naar de kinderarts. POST-75: Verwijs een (soms hevig pussende) conjunctivitis die binnen 10 dagen postpartum ontstaat naar de oogarts of kinderarts wegens de mogelijkheid van een infectie met <i>Neisseria gonorrhoeae</i> of <i>Chlamydia trachomatis</i>.	Verwijs door naar een behandelende arts in de volgende situaties: - Bij het vermoeden van endometritis, voor een grondige diagnostiek en het opstellen van een passend behandelplan. - Wanneer er twijfel bestaat over de oorzaak of behandeling van acute pijn bij de episiotomie. - Bij aanhoudende vochtigheid en een onaangename geur van de navelstomp, of bij het vermoeden van een navelinfectie. - In geval van (soms hevig pussende) conjunctivitis die binnen 10 dagen na de bevalling optreedt, gezien de mogelijkheid van een infectie met <i>Neisseria gonorrhoeae</i> of <i>Chlamydia trachomatis</i>.	Laag



Aanbeveling	Herformulering	Delphi 2
POST-82: Beoordeel tekenen en symptomen van infectie, onvoldoende herstel, wondafbraak of niet-genezing aan de perineale wonde. POST-94: Vraag bij elk postpartumcontact aan de patiënte of ze zich zorgen maakt over de genezing van een perineale wonde (bevraag perineale pijn, ongemak of stekend gevoel, onaangename geur of dyspareunie).	Stel systematisch bij elk postpartumcontact aan de patiënte de vraag naar de genezing van de perineale wond. Vraag specifiek naar perineale pijn, ongemak of een stekend gevoel, evenals naar een onaangename geur of dyspareunie. Beoordeel, indien nodig, op tekenen en symptomen van infectie, onvoldoende herstel, wondafbraak of niet-genezing van de perineale wond.	Hoog
POST-85: Leg aan alle vrouwen uit dat vragen naar familiaal geweld een routineonderdeel is van prenatale zorg en vraag naar de blootstelling van elke vrouw aan familiaal geweld.	Leg aan alle vrouwen uit dat zwangerschap een kwetsbare periode is en screen naar kwetsbaarheden a.d.h.v. een gevalideerde tool.	Hoog
POST-83: Documenteer wanneer de vrouw plast binnen de 6 uur na de bevalling. POST-100: Beoordeel het blaasvolume en overweeg een blaassonde wanneer de vrouw niet plast binnen de 6 uur na de bevalling en de adviezen om de mictie te bevorderen niet onmiddellijk succesvol zijn.	Documenteer wanneer de vrouw voor het eerst plast na de bevalling. Als zij binnen 6 uur na de bevalling niet heeft geplast, geef dan advies om het plassen te bevorderen. Als deze adviezen niet succesvol zijn, beoordeel dan het blaasvolume en overweeg blaassondage.	Laag
POST-91: Herhaal de bloeddrukmeting binnen de 4 uur indien de diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg is en er geen andere tekenen en symptomen zijn van pre-eclampsie.	Herhaal de bloeddrukmeting onmiddellijk als de systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg of de diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg is. Als deze waarden aanhouden, evalueer dan op tekenen van pre-eclampsie. Indien de bloeddruk binnen 30 minuten niet normaliseert, verwijs de patiënt dan door naar een behandelende arts.	Laag
POST-95: Wijs vrouwen op het belang van perineale hygiëne: regelmatig vervangen van het maandverband met wassen van de handen voor en na, en het dagelijks baden of douchen van het perineum.	Wijs vrouwen op het belang van goede perineale hygiëne tijdens de postpartumperiode. Het is essentieel om regelmatig het maandverband te vervangen en altijd de handen te wassen voor en na het wisselen. Daarnaast wordt aangeraden om het perineum dagelijks te wassen of te douchen om infecties te voorkomen en de genezing te bevorderen.	Laag
POST-98: Beoordeel, bij vrouwen met obstipatie en die zich ongemakkelijk voelen, hun voedsel- en vochtinname en geef advies over dieetmaatregelen.	Geef alle vrouwen levensstijl- en voedingsadvies, met speciale aandacht voor dieet, zitpositie en beweging. Richt je specifiek op vrouwen met obstipatie.	Laag
POST-101: Indien nodig, geef gepaste informatie over beschikbare pijnstillers, rekening houdend met haar antecedenten en de borstvoeding. Zorg ervoor dat de informatie binnen de beroepsbevoegdheid van de vroedvrouw blijft.	Geef gepaste informatie over beschikbare pijnstillers, rekening houdend met haar antecedenten en de borstvoeding. Zorg ervoor dat de informatie binnen de beroepsbevoegdheid van de vroedvrouw blijft.	Hoog
POST-102: Informeer de kraamvrouw en haar partner dat fysiek herstel (herstel van de baarmoederhals, stoppen van lochia, herstel van een scheur of episiotomie) noodzakelijk is alvorens penetratieseks te hervatten. Doorgaans is er herstel na 6 à 8 weken, maar dat kan variëren. Naast het fysieke herstel, is het evenzeer belangrijk dat het koppel mentaal of relationeel klaar is om penetratieseks te hervatten.	Informeer de kraamvrouw en haar partner dat zowel fysiek als psychisch herstel essentieel is voordat zij veilige seksuele relaties hervatten, ongeacht of er borstvoeding wordt gegeven. Over het algemeen vindt het fysieke herstel plaats na 6 tot 8 weken, maar dit kan variëren per individu.	Laag
POST-106: Neem bij baby's met luijdermatitis volgende mogelijke oorzaken in overweging: - hygiëne en huidverzorging - gevoeligheid voor detergents, wasverzachters of andere producten die in contact komen met de huid - aanwezigheid van een infectie	Neem bij baby's met luijdermatitis de volgende mogelijke oorzaken in overweging: - Hygiëne en huidverzorging: Onvoldoende reiniging of onvoldoende frequentie van het verschoonen kan bijdragen aan luijdermatitis. - Gevoeligheid voor detergents en verzorgingsproducten: Baby's kunnen gevoelig zijn voor detergents, wasverzachters of andere producten die in contact komen met de huid, wat irritatie kan veroorzaken. - Aanwezigheid van een infectie: Controleer op tekenen van infectie, zoals roodheid of uitslag, die kunnen bijdragen aan de huidproblemen.	Laag



Aanbeveling	Herformulering	Delphi 2
POST-107: Adviseer de ouders om de navelstomp met water en zeep te wassen. De navelstomp hoeft niet ontsmet te worden.	Adviseer de ouders om de navelstomp droog te houden, met uitzondering van het wassen. Het is niet nodig om de navelstomp te ontsmetten. Informeer de ouders ook over tekenen van infectie, zoals: - Aanhoudende roodheid of zwelling rond de navelstomp - Een onaangename geur - Leiding van pus of afscheiding - Koorts of verandering in de algemene toestand van de baby Moedig de ouders aan om contact op te nemen met een zorgverlener als zij een of meer van deze symptomen opmerken.	Laag
POST-109: Evalueer bij een geobstipeerde baby die kunstvoeding krijgt volgende factoren (dringende actie): - bereidingstechniek - hoeveelheid vloeistof - voedingsfrequentie - samenstelling van de voeding	Evalueer en informeer bij elke pasgeborene die bij- of kunstvoeding krijgt over de volgende factoren: - Bereidingstechniek: Zorg ervoor dat de ouders weten hoe ze de voeding correct moeten bereiden om de veiligheid en voedingswaarde te waarborgen. - Hoeveelheid vloeistof: Controleer of de pasgeborene voldoende vloeistof binnenkrijgt en bespreek de aanbevolen hoeveelheden. - Voedingsfrequentie: Informeer over de aanbevolen frequentie van voedingen om de groei en ontwikkeling van de pasgeborene te ondersteunen. - Samenstelling van de voeding: Geef informatie over de samenstelling van de voeding, inclusief belangrijke voedingsstoffen die essentieel zijn voor de gezondheid van de baby.	Onzeker



Bijlage 5:

Niet-exhaustieve lijst van Belgische good practices en bestaande initiatieven in de perinatale zorg

Kwaliteit van perinatale zorg	
Good Practice Logo (GPL)	https://www.vroedvrouwen.be/algemene-informatie-en-het-kwaliteitsmanagement-van-het-gpl
Perinatale aanbevelingen	
Geïntegreerd Perinataal Zorgtraject bij laag-risico zwangerschap: Perinataal zorgpad in het Plexus zorgnetwerk	chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://debakermat.be/wp-content/uploads/2021/10/Zorgtraject-geintegreerde-prenatale-zorg.pdf https://www.plexuszorgnetwerk.be/werkgroepen/perplex-perinatale-zorg#:~:text=In%20de%20regio%20Oost%20Vlaams,op%20vlak%20van%20perinatale%20zorg
Perinataal zorgpad Antwerpen, Noord Antwerpen en Voorkempen	chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.eerstelijnszone.be/sites/default/files/perinataal_zorgpad_update_2023_1.pdf
Sociale kaart	https://www.desocialekaart.be/
La carte sociale de la Région de Bruxelles-Capitale	Bruxelles Social – Sociaal Brussel
Born in Belgium Professional	https://borninbelgiumpro.be/
Liste des réseaux de santé mentale pour la Wallonie.	Réseaux santé mentale AVIQ
Liste des services d'accompagnement périnatal en Fédération Wallonie-Bruxelles	Service d'accompagnement périnatal – Public – Office de la naissance et de l'enfance
Référentiel pour l'accompagnement de la parentalité	Brochure Pro – Professionnel – Office de la naissance et de l'enfance
Une formation sur le travail en réseau en période périnatal	Certificat inter-universités : Périnatalité : approche transdisciplinaire
Centering Pregnancy modellen/groepsaanbod	
Group Care Belgium	https://groupcarebelgium.be/
Opgroeien	https://www.opgroeien.be/kennis/themas/groeien-naar-ouderschap/centering-pregnancy-group-care-20230102-draaiboek-perinataal-groepsaanbod-v5-januari-2023.pdf
De Wase Kiem	https://www.dewasekiem.com/
ECK De Kraamvogel	chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.opgroeien.be/sites/default/files/intervention_documents/perinataal_groepsaanbod.pdf
MamaToBee (Gent)	https://mamatobee.be/
Babyboon Aalst	https://www.babyboonaalst.com/
BBRU	https://www.bbbru.be/
Cliëntgerichte initiatieven	
PANZA	https://www.panza.be/over-panza
Geboortekeuzes VBOV	https://www.vroedvrouwen.be/geboortekeuzes
BirthMatters	https://www.birthmatters.be/
GAMS	https://gams.be/nl/gams-nl/
Plateforme Citoyenne pour une naissance respectée	https://www.naissancerespectee.be/
La Ligue des familles	https://liguedesfamilles.be/
Born in Brussels	https://www.borninbrussels.nl/



Initiatieven over perinatale mentale gezondheid en psychosociaal welzijn	
Born in Belgium Professional	https://borninbelgiumpro.be/
Expertisenetwerk PIMH PERINET	https://perinet.be/
Perinatale coach	https://www.kdg.be/opleidingen/postgraduaat/perinatale-coach?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=postgraduaten&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwhr6_BhD4ARIsAHYdjcQFFd7jkdUzrEGLMtiulW0uVTIXD4EpS2w8ahlk4MJYCxl6pA-bsaAm5rEAlw_wcB
Wolk in mijn hoofd	https://wolkinmijnhoofd.be/
Kind en Gezin postpartum depressie	https://www.kindengezin.be/nl/thema/zwangerschap-en-geboorte/na-de-geboorte/post-partumdepressie
ONE, site de référence pour les questions en lien avec la parentalité à l'intention des professionnels. Les thématiques centrales sont l'isolement social, l'adoption, les assuétudes, le handicap, la santé mentale, la maltraitance et la migration	Thématiques - Parentalite
PsyBru, Réseau de santé mentale de 1ère ligne à Bruxelles	Des soins psychologiques de proximité en région bruxelloise – PsyBru
Référentiel pour la violence conjugale.	RFRENTI.pdf
Lieux de Rencontre Enfants-Parents	Lieux de rencontre enfants-parents – Public – Office de la naissance et de l'enfance



Bijlage 6:

Beoordeling kwaliteitsindicatoren Delphi 3

Aanbeveling	Kwaliteitsindicator	Relevantie	Haalbaarheid	Registreerbaar?
Perinatale aanbevelingen				
PERI-2	QI-1: Perinatale indicator: Jaarlijkse percentage vrouwen dat in de perinatale periode (=van vaststelling van de zwangerschap tot 12 maanden na de geboorte) gescreend wordt op symptomen van depressie met een gevalideerde screeningstool. Aantal gescreende vrouwen Totaal aantal vrouwen in de perinatale periode	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PERI-2	QI-2: Prenatale indicator 1: Jaarlijks percentage vrouwen gescreend op mentale gezondheid en welbevinden tijdens de zwangerschap door middel van gevalideerde tools (vb. GAD-2 or Whooley) Aantal zwangeren gescreend op mentale gezondheid Totaal aantal opgevolgde zwangeren	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PERI-2	QI-3: Postnatale indicator 1: Jaarlijks percentage kraamvrouwen dat gescreend werd over mentale gezondheid en welbevinden tijdens de eerste acht weken door middel van gevalideerde tools (vb. GAD-2 or Whooley) Aantal kraamvrouwen gescreend op mentale gezondheid Totaal aantal opgevolgde kraamvrouwen	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PERI-2	QI-4: Prenatale indicator 2: Jaarlijks percentage doorverwijzingen van zwangeren met positief screeningsresultaat voor diagnostiek naar arts, psycholoog of psychiater Aantal doorverwijzingen van zwangeren met positief screeningsresultaat Totaal aantal gescreende zwangeren	Consensus	Geen consensus	Nvt
PERI-2	QI-5: Postnatale indicator 2: Jaarlijks percentage doorverwijzingen van kraamvrouwen met positief screeningsresultaat voor diagnostiek naar arts, psycholoog of psychiater Aantal doorverwijzingen van kraamvrouwen met positief screeningsresultaat Totaal aantal gescreende kraamvrouwen	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PERI-2	QI-6: Indicator op niveau van de zorgverlener: Jaarlijks aantal gevolgde bijscholingen over perinatale en postnatale mentale gezondheid. Teller: / Noemer: /	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PERI-3 (oorspronkelijk PRE-32)	QI-7: Aantal zwangere vrouwen geïnformeerd over de mogelijkheid om een begeleider mee te nemen naar afspraken en informatiesessies Teller: / Noemer: /	Geen consensus	Geen consensus	n.v.t.
PERI-3 (oorspronkelijk PRE-32)	QI-8: Percentage informatiesessies/afspraken met aanwezigheid van begeleiders (indien de vrouw dit wenst) Aantal informatiesessies/afspraken met aanwezige begeleiders Totaal aantal perinatale lessen	Geen consensus	Geen consensus	n.v.t.
Prenatale aanbevelingen				
PRE-5 + 7	QI-9: Jaarlijks percentage dringende doorverwijzingen van zwangere vrouwen om medische redenen naar de tweede lijn Aantal dringende doorverwijzingen van zwangere vrouwen Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Consensus	Geen consensus	n.v.t.



Aanbeveling	Kwaliteitsindicator	Relevantie	Haalbaarheid	Registreerbaar?
PRE-5 + 7	QI-10: Jaarlijks percentage dringende doorverwijzingen van zwangere vrouwen met hyperemesis naar de tweede lijn Aantal dringende doorverwijzingen van zwangere vrouwen met hyperemesis Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Geen consensus	consensus	n.v.t.
PRE-5 + 7	QI-11: Jaarlijks percentage dringende doorverwijzingen van zwangere vrouwen met een vermoeden van trombose of longembolie naar de tweede lijn Aantal dringende doorverwijzingen van zwangere vrouwen met een vermoeden van trombose of longembolie Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Geen consensus	consensus	n.v.t.
PRE-8 + 51	QI-12: Het jaarlijks aantal zwangere vrouwen geïnformeerd over gezondheid, levensstijl en welzijn tijdens de zwangerschap (schriftelijk en/of mondeling) Teller: / Noemer: /	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-11	QI-13: Zwangerschapsduur bij de eerste prenataal contact Teller: / Noemer: /	Geen consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-13	QI-14: Jaarlijks percentage doorverwijzingen van zwangere vrouwen met anemie naar de behandelende arts Aantal doorverwijzingen van zwangere vrouwen met anemie Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-14	QI-15: Het percentage seronegatieve zwangere vrouwen geïnformeerd over toxoplasmose tijdens de zwangerschap (schriftelijk en/of mondeling) Aantal seronegatieve zwangere vrouwen geïnformeerd over toxoplasmose tijdens de zwangerschap Totaal aantal seronegatieve zwangere vrouwen	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-14	QI-16: Het percentage gescreeende zwangere vrouwen voor toxoplasmose Aantal gescreeende zwangere vrouwen voor toxoplasmose Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: ja
PRE-15 + 17 + 18 + 20	QI-17: Percentage zwangere vrouwen gescreeend op SOA's (HIV, syfilis, chlamydia en hepatitis C) Aantal zwangeren vrouwen met SOA's Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: gedeeltelijk
PRE-16	QI-18: Jaarlijks percentage vaginale en rectale afname voor GBS bij zwangere vrouwen tussen de 36 en 37 weken. Aantal vaginale en rectale afnames voor GBS bij zwangere vrouwen Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: Ja
PRE-16	QI-19: Het percentage zwangere vrouwen geïnformeerd over GBS screening tijdens de zwangerschap (schriftelijk en/of mondeling) Aantal zwangere vrouwen geïnformeerd over GBS screening tijdens de zwangerschap Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-19	QI-20: Percentage zwangeren niet-immuun voor rubella Aantal zwangeren niet-immuun voor rubella Totaal aantal opgevolgde zwangeren	Consensus	Consensus	Allsoft: niet zeker
PRE-19	QI-21: Percentage kraamvrouwen gevaccineerd voor rubella Totaal aantal kraamvrouwen gevaccineerd voor rubella Totaal aantal opgevolgde kraamvrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: niet zeker
PRE-26	QI-22: Het percentage zwangere vrouwen geïnformeerd over foliumzuur tijdens de zwangerschap (schriftelijk en/of mondeling) Aantal zwangere vrouwen geïnformeerd over foliumzuur tijdens de zwangerschap Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Consensus	Geen consensus	n.v.t.



Aanbeveling	Kwaliteitsindicator	Relevantie	Haalbaarheid	Registreerbaar?
PRE-26	QI-23: Het percentage zwangere vrouwen die foliumzuur inneemt Aantal zwangere vrouwen die foliumzuur inneemt Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-28	QI-24: Percentage zwangere vrouwen met een gemeten bloeddruk tijdens het eerste prenatale bezoek Aantal zwangere vrouwen met gemeten bloeddruk tijdens het eerste prenatale bezoek Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: ja
PRE-29	QI-25: Jaarlijkse percentage zwangere vrouwen met NIPT test Aantal zwangere vrouwen met NIPT test Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Geen consensus	Consensus	n.v.t.
PRE-29	QI-26: Percentage ouders geïnformeerd over de NIPT test Aantal ouders geïnformeerd over de NIPT test Totaal aantal opgevolgde koppels	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-31	QI-27: Aantal prenatale consultaties per zwangere totaal aantal prenatale consultaties per zwangere Aantal aanbevolen prenatale consultaties	Consensus	Consensus	Allsoft: niet zeker
PRE-35	QI-28: Percentage vrouwen met intrafamiliaal en seksueel geweld Aantal zwangere vrouwen met intrafamiliaal en seksueel geweld Totaal aantal opgevolgde zwangere vrouwen	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-35	QI-29: Jaarlijks aantal gevolgde bijscholingen over intrafamiliaal en seksueel geweld Teller: / Noemer: /	Geen consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-36	Reeds gedekt door andere aanbevelingen/kwaliteitsindicatoren (akkoord of niet)			
PRE-37 +38 + 43 + 44	QI-30: Aantal volledige en up-to-date medische dossiers (zwangerschap, postpartum) Teller: / Noemer: /	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-50	QI-31: Percentage tevreden ouders over de betrokkenheid in het besluitvormingsproces Aantal tevreden ouders over de betrokkenheid in besluitvorming Totaal aantal bevraagde ouders	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-54	QI-32: Percentage tevreden ouders over de informatievoorziening rond arbeid, bevalling en postpartum Aantal tevreden ouders over informatie rond arbeid, bevalling en postpartum Totaal aantal bevraagde ouders	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-54	QI-33: Percentage ouders met een geboorteplan en -wensen Aantal ouders met een geboorteplan Totaal aantal opgevolgde ouders	Geen consensus	Geen consensus	n.v.t.
PRE-58	QI-34: Percentage afgenomen anamneses tijdens de eerste prenatale afspraak Aantal afgenomen anamneses tijdens de eerste prenatale afspraak Totaal aantal opgevolgde zwangeren	Consensus	Consensus	Allsoft: niet zeker
PRE-68	Reeds gedekt door andere aanbevelingen/kwaliteitsindicatoren (akkoord of niet)			
Postnatale aanbevelingen				
POST-69	QI-35: Jaarlijks percentage dringende doorverwijzingen van kraamvrouwen om medische redenen naar de gynaecoloog/tweede lijn binnen de acht weken na de bevalling Aantal dringende doorverwijzingen van kraamvrouwen Totaal aantal opgevolgde kraamvrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: Neen



Aanbeveling	Kwaliteitsindicator	Relevantie	Haalbaarheid	Registreerbaar?
POST-70	QI-36: Jaarlijks percentage dringende doorverwijzingen van kraamvrouwen met plots of overvloedig bloedverlies naar de tweede lijn binnen acht weken na de bevalling Aantal dringende doorverwijzingen van kraamvrouwen met plots of overvloedig bloedverlies Totaal aantal opgevolgde kraamvrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: Neen
POST-73	QI-37: Jaarlijks percentage dringende doorverwijzingen van pasgeborenen om medische redenen naar de kinderarts/tweede lijn binnen acht weken na de bevalling Aantal dringende doorverwijzingen van pasgeborenen Totaal aantal opgevolgde pasgeborenen	Consensus	Consensus	Allsoft: Neen
POST-76	QI-38: Jaarlijks percentage pasgeborenen met 'zevendagonderzoek' op dag 7 tot 10 door de arts uitgevoerd Aantal pasgeborenen met 'zevendagonderzoek' Totaal aantal opgevolgde pasgeborenen	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
POST-79	QI-39: Jaarlijks percentage van kraamvrouwen met een eerste postnataal bezoek van een vroedvrouw voor medische opvolging binnen de 24h na ontslag/bevalling Aantal kraamvrouwen met een eerste postnataal bezoek binnen 24h Totaal aantal opgevolgde kraamvrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: gedeeltelijk
POST-79	QI-40: Jaarlijks percentage van pasgeborenen met een eerste postnataal bezoek van een vroedvrouw voor medische opvolging binnen de 24h na ontslag/bevalling Aantal pasgeborenen met een eerste postnataal bezoek binnen de 24h Totaal aantal opgevolgde pasgeborenen	Consensus	Consensus	Allsoft: gedeeltelijk
POST-81	QI-41: Jaarlijks percentage bloeddrukmetingen bij kraamvrouwen gemeten binnen de 6u na de bevalling Aantal bloeddrukmetingen bij kraamvrouwen binnen de 6u Totaal aantal opgevolgde kraamvrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: Neen
POST-84	QI-42: Jaarlijks percentage pasgeborenen (<3 maanden) met koorts waarvoor arts wordt geconsulteerd Aantal pasgeborenen met koorts Totaal aantal opgevolgde pasgeborenen	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
POST-84	QI-43: Jaarlijks percentage pasgeborenen (<3 maanden) met lage temperatuur waarvoor de arts wordt geconsulteerd Aantal pasgeborenen met lage temperatuur Totaal aantal opgevolgde pasgeborenen	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
POST-85	Reeds gedekt door andere aanbevelingen/kwaliteitsindicatoren (akkoord of niet)			
POST-87	QI-44: Jaarlijks percentage niet-gesensibiliseerde Rhesus D-negatieve kraamvrouwen met Rhesus-D positieve baby die anti-D immunoglobuline kregen binnen 72 uur Aantal anti-D immunoglobuline immunisatie bij Rhesus D-negatieve kraamvrouwen Totaal aantal Rhesus D-negatieve kraamvrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: Neen
POST-92	QI-45: Jaarlijks percentage kraamvrouwen met een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg binnen de acht weken na de bevalling Aantal kraamvrouwen met een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg Totaal aantal opgevolgde kraamvrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: Ja
POST-92	QI-46: Jaarlijks percentage kraamvrouwen met tekenen van pre-eclampsie binnen de acht weken na de bevalling Aantal kraamvrouwen met tekenen van pre-eclampsie Totaal aantal opgevolgde kraamvrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: Neen



Aanbeveling	Kwaliteitsindicator	Relevantie	Haalbaarheid	Registreerbaar?
POST-92	QI-47: Jaarlijks percentage doorverwijzingen van kraamvrouwen met een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg naar de gynaecoloog/tweede lijn binnen de acht weken na de bevalling Aantal doorverwijzingen van kraamvrouwen met een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg Totaal aantal opgevolgde kraamvrouwen	Consensus	Consensus	Allsoft: Neen
POST-94	QI-48: Jaarlijks percentage kraamvrouwen met perineale pijn waarvoor een behandeling werd gegeven (topische koudetherapie, pijnstilling) binnen de acht weken na de bevalling Aantal kraamvrouwen met perineale pijn Totaal aantal opgevolgde kraamvrouwen	Geen consensus	Geen consensus	n.v.t.
POST-94	QI-49: Jaarlijks percentage kraamvrouwen met tekenen van infectie ter hoogte van de episiotomie of ruptuur binnen de acht weken na de bevalling Aantal kraamvrouwen met infectie van de episiotomie of ruptuur Totaal aantal opvolgde kraamvrouwen met episiotomie of ruptuur	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
POST-101	QI-50: Percentage tevreden ouders over de informatie en ondersteuning inzake borstvoeding Aantal tevreden ouders over de informatie en ondersteuning inzake borstvoeding Totaal opgevolgde ouders	Consensus	Consensus	n.v.t.
POST-104	QI-51: Percentage kraamvrouwen dat borstvoeding start in de eerste 48u na de bevalling Aantal kraamvrouwen gestart met borstvoeding binnen de eerste 48h Totaal aantal lacterende kraamvrouwen	Geen consensus	Geen consensus	n.v.t.
POST-104	QI-52: Percentage moeders met exclusieve of gedeeltelijke borstvoeding na 8 weken postpartum Aantal moeders met exclusieve of gedeeltelijke borstvoeding na 8 weken Totaal aantal moeders	Geen consensus	Geen consensus	n.v.t.
POST-104	QI-53: Percentage exclusieve of gedeeltelijke borstvoeding op 6 maanden Aantal moeders met exclusieve of gedeeltelijke borstvoeding op 6 maanden Totaal aantal moeders	Geen consensus	Geen consensus	n.v.t.
POST-109	QI-54: Percentage tevreden ouders over de informatie en ondersteuning inzake kunstvoeding Aantal tevreden ouders over de informatie en ondersteuning inzake kunstvoeding Totaal opgevolgde ouders	Consensus	Geen consensus	n.v.t.
POST-111	Reeds gedekt door andere aanbevelingen/kwaliteitsindicatoren (akkoord of niet)			
POST-112	Reeds gedekt door andere aanbevelingen/kwaliteitsindicatoren (akkoord of niet)			



Bijlage 7:

Overzicht van barrières volgens TICD checklist

Tabel 1:

Overzicht van de determinanten per (sub)categorie in de TICD checklist

Categorie	Determinant
1. Factoren gerelateerd aan de richtlijn	Subcategorie: Aanbeveling Kwaliteit van het bewijs ter ondersteuning van de aanbeveling Sterkte van de aanbeveling Duidelijkheid Culturele geschiktheid Toegankelijkheid van de aanbeveling Bron van de aanbeveling Consistentie met andere richtlijnen Subcategorie: Aanbevolen klinische interventie Haalbaarheid Toegankelijkheid van de interventie Subcategorie: Aanbevolen gedrag Compatibiliteit Inspanning Testbaarheid Observeerbaarheid
2. Individuele professionele factoren	Subcategorie: Kennis en vaardigheden Domeinkennis Bewustzijn en bekendheid met de aanbeveling Kennis over de eigen praktijk Vaardigheden om zich eraan te houden Subcategorie: Cognities (inclusief attitude) Akkoord met de aanbeveling Algemene attitude t.a.v. richtlijnen Verwachte uitkomst Intentie en motivatie Eigeneffectiviteit Leerstijl Emoties Subcategorie: Professioneel gedrag Aard van het gedrag Capaciteit om verandering te plannen Zelfmonitoring of feedback
3. Patiënt gerelateerde factoren	Noden Overtuiging en kennis Voorkeuren Motivatatie Gedrag
4. Professionele interacties	Communicatie en invloed Teamprocessen Doorverwijzingsprocessen



Categorie	Determinant
5. Stimulansen en middelen	Beschikbaarheid van nodige middelen Financiële stimulansen en ontmoedigingen Niet-financiële stimulansen en ontmoedigingen Informatiesystemen Kwaliteitsborging en systemen voor patiëntveiligheid Systeem voor continue vorming Ondersteuning voor clinici
6. Capaciteit voor organisatieverandering	Mandaat, autoriteit, verantwoordelijkheid Bekwaam leiderschap Relatieve kracht van voor- en tegenstanders Regelgeving, regels en beleid Prioriteit van noodzakelijke verandering Monitoring en feedback Hulp voor organisatorische verandering
7. Sociale, politieke en juridische factoren	Economische beperkingen op het budget voor gezondheidszorg Contracten Wetgeving Betaal- en financieringsbeleid Aansprakelijkheid voor wanpraktijken Invloedrijke personen Corruptie Politieke stabiliteit

Meer informatie:

Volledige TICD-Checklist (definitie, exploratieve vragen en voorbeelden per determinant):

https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1186%2F1748-5908-8-35/MediaObjects/13012_2012_601_MOESM4_ESM.pdf

Flottorp et al, 2013:

<https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>

Tabel 2:

Overzicht van de geïdentificeerde barrières in de derde Delphi-ronde en de eerdere bevraging en stakeholdersmeetingen (2023, ebpracticenet)

Categorie	Determinant
Factoren gerelateerd aan de richtlijn	
Subcategorie: Aanbeveling Duidelijkheid	Gebrek aan eenduidige (medische/verloskundige) definities (vb. hyperemesis) Tekort aan aanbevelingen over prenatale mentale gezondheid Gebrek aan duidelijke ontslagcriteria Weinig specifiek waardoor verschillende interpretatie mogelijk zijn (vb. informatieverstrekking, geboorteplan, volledig en up-to-date dossier, anamnese, enz.)
Subcategorie: Aanbevolen klinische interventie Haalbaarheid	Meetbaarheid wordt in vraag gesteld: moeilijk om bepaalde data te extrapoleren uit dossiers (vb. rond doorverwijzing, kwaliteit en volledigheid van informatieverstrekking, latere opvolging door vroedvrouw, volledig en up-to-date dossier, geboorteplan, enz.) Onduidelijke verwachtingen (vb. met betrekking tot registratie en wijze van informatieverstrekking) Objectiviteit van zelfrapportage (betrouwbaar? weergave van de realiteit?)



Categorie	Determinant
Individuele professionele factoren	
Subcategorie: Kennis en vaardigheden Domeinkennis	Gebrek aan kennis, zelfredzaamheid en vaardigheden (vb. NIPT, prenatale consulten, bespreking gevoelige onderwerpen (vb. intrafamiliaal/seksueel geweld, mentale gezondheid))
Subcategorie: Cognities (inclusief attitude) Intentie en motivatie	Geen bereidheid om routine (algemene praktijk) te veranderen Weinig prikkels om te veranderen (o.a. door verloning/beperkingen RIZIV)
Subcategorie: Professioneel gedrag Capaciteit om verandering te plannen	Tijdsgebrek Angst voor administratie 'overload' Arbeidsintensief – grote tijdsinvestering (vb. om te screenen naar mentale gezondheid, volledige anamnese, uitleg, informed consent) Werkdruk – drukke praktijk/agenda's (o.a. afspraak binnen twee weken)
Patiënt gerelateerde factoren	
Noden Overtuiging en kennis Voorkeuren Motivatie Gedrag	Geloofsovertuiging Stigma/taboe (o.a. mentale gezondheid) Taal Weigering (voor bepaalde (bloed)onderzoeken vb. SOA's, GBS, vaccinatie, foliumzuur, NIPT) Therapie ontrouw (vb. foliumzuur) Moeilijk om negatieve feedback te geven Overbevragen (enquête moeheid) Weinig zelfzeker om prioriteiten en keuzes aan te geven
Professionele interacties	
Communicatie en invloed	Onvoldoende communicatie en afspraken tussen perinatale zorgverleners en zorglevels (o.a. doorverwijzing, informatievoorziening, prenatale consulten, enz.) Gebrek aan multidisciplinair netwerk en samenwerking (o.a. van belang bij doorverwijzing) Onduidelijke rol van diverse perinatale zorgverleners (vb. op vlak van screening mentale gezondheid en follow-up) Gebrek aan vertrouwen tussen perinatale zorgverleners Hiërarchie/spanning tussen verschillende perinatale zorgverleners Perinatale zorgverleners kennen elkaar onvoldoende Informatie over perinatale zorgverleners (en keuzemogelijkheden) voor brede publiek ontbreekt
Doorverwijzingsprocessen	Maatstaf voor doorverwijzing naar perinatale zorgverleners is ontoereikend Beperkte mogelijkheden om door te verwijzen (o.a. psychologische hulp)
Stimulansen en middelen	
Beschikbaarheid van nodige middelen	Tekort aan uniform/gestandaardiseerd educatiemateriaal (o.a. levensstijl, SOA's, in verschillende talen) Gebrek aan uniformiteit in screeningtools en protocollen (o.a. mentale gezondheid, SOA's) Afwezigheid van een uniforme documenten (o.a. geboorteplan, anamnese, enz.) Onvoldoende beschikbaarheid screeningsmateriaal (o.a. SOA's, GBS, enz.) Geen beschikbaarheid van vragenlijst/checklist om kwaliteitscriteria systematisch te meten en patiëntbevraging Gemis aan een uniform doorverwijzingsmethode/gestandaardiseerde verwijsbrief (bij doorverwijzing) Tekort aan vroedvrouwen in bepaalde regio's
Financiële stimulansen en ontmoedigingen	Gebrek aan accreditatiesysteem voor vroedvrouwen Onvoldoende verloning
Informatiesystemen	Gebrek aan een gedeeld/multidisciplinair elektronisch dossier Decentralisatie van informatie en data Kwaliteitscriteria kunnen niet gekoppeld worden aan de huidige registratie in het elektronisch patiëntendossier, onvoldoende aangepast om correcte statistieken te verkrijgen (vb. ontbreken van aan te vinken vakjes of kleuraanduiding) Geen rechtstreekse toegang vanuit elektronisch patiëntendossier naar laboratoria



Categorie	Determinant
Capaciteit voor organisatieverandering	
Regelgeving, regels en beleid	Toestemming patiënt inzage dossier voor kwaliteitscontrole (GDPR, privacy) Gebrek aan een kader voor structureel overleg tussen perinatale partners
Monitoring en feedback	Onduidelijkheid over evaluatie van kwaliteitscriteria (via steekproeven van dossiers, audit?) Portfolio ontbreekt voor vroedvrouwen
Sociale, politieke en juridische factoren	
Economische beperkingen op het budget voor gezondheidszorg	Ontoereikende RIZIV nomenclatuur (geen RIZIV code voor preconceptie, doorverwijzing, informed consent, geen opsplitsing moeder en kind, enz.) Kosten samenleving (vb. NIPT)

SUPPLEMENTEN

Supplement 1: Indicatorenfiche kwaliteitscriteria pre- en postnatale zorg

Supplement 2: Overzicht van (inter)nationale kwaliteitsbevorderende modellen

Supplement 3: Overzicht implementatiestrategie per barrière





Supplement 1:

Indicatorenfiche kwaliteitscriteria pre- en postnatale zorg

Auteurs: Florence D'Haenens* en Inge Tency*

**Odisee-hogeschool, Opleiding Vroedkunde, Campus Sint-Niklaas*

Inleiding

Datum finale versie indicatoren: 05/10/2025

Geldigheid: tot en met 05/10/2030

Uitvoerder: Odisee-hogeschool (Florence D'Haenens & Inge Tency)

Doelgroep: vroedvrouwen (en andere perinatale zorgberoepen)

Doelstelling indicatoren:

- Primair: kwaliteitsverbetering ondersteunen in de pre- en postnatale zorg door vroedvrouwen
- Secundair: samenwerking en afstemming tussen zorgactoren in de perinatale zorg bevorderen.

Type indicatoren: proces-, structuur- en uitkomstindicatoren

Samenvatting

Pre- en postnatale zorg door vroedvrouwen speelt een cruciale rol in het waarborgen van veilige en respectvolle zorg voor zwangere vrouwen en pasgeborenen. Het multidisciplinaire karakter van perinatale zorg vraagt niet alleen aandacht voor medische veiligheid, maar ook voor psychosociale ondersteuning, informatievoorziening en bevordering van autonomie van ouders. Het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor vroedvrouwen heeft als primair doel kwaliteitsverbetering te ondersteunen in de pre- en postnatale zorg en als secundair doel samenwerking tussen zorgactoren in de perinatale zorg te versterken.

Voor de ontwikkeling van deze indicatoren werd een systematische aanpak gehanteerd, geïnspireerd op de Rand-Modified Delphi Methode. Een literatuuronderzoek werd uitgevoerd met screening van (inter)nationale richtlijnen, aanbevelingen en bestaande indicatoren in de perinatale zorg. Relevante bronnen werden geselecteerd en aanbevelingen gematcht met mogelijke indicatoren door drie onderzoekers onafhankelijk van elkaar. Vervolgens werd deze selectie besproken met een multidisciplinair expertpanel, bestaande uit vroedvrouwen, artsen, andere perinatale zorgactoren en vertegenwoordigers van patiënten.

Het consensusproces omvatte online bevragingen en een consensusvergadering, waarbij de indicatoren werden beoordeeld op relevantie en toepasbaarheid. Op basis van de resultaten werden indicatoren ingedeeld in categorieën met hoog, onzeker en laag potentieel, waarna de definitieve selectie werd vastgelegd. De indicatoren werden tot en met consensus afgestemd, maar moeten nog een praktijktest ondergaan.

In totaal werden 19 indicatoren geselecteerd, gegroepeerd rond volgende thema's: kwaliteitsgarantie; persoonsgericht; mentaal psychosociaal welzijn; samenwerking, communicatie en vertrouwen. In de indicatorenfiches wordt per indicator de rationale en bronvermelding toegelicht.



Prenatale indicatorfiches (n=7)

Indicatorfiche 1	
Indicator-ID	Prenatale screening toxoplasmose
Indicator-code	Pre-14/QI-16
Beschrijving	Het percentage gescreende zwangere vrouwen voor toxoplasmose
Teller	Aantal gescreende zwangere vrouwen voor toxoplasmose per zwangerschap
Noemer	Aantal opgevolgde zwangere vrouwen
Exclusiecriteria bij noemer	Zwangere vrouwen met een bekende seropositieve status voor toxoplasmose voorafgaand aan de zwangerschap
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Prenatale screening voor toxoplasmose is essentieel om vroegtijdige detectie en behandeling van infecties te waarborgen, wat kan helpen bij het voorkomen van ernstige complicaties voor zowel de moeder als de foetus. Deze indicator helpt bij het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van prenatale zorg (LEAPP, 2024; KCE, 2019; KCE, 2015).
Bewijskracht van de aanbeveling	Grade C
Bron(nen)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen, 2019; Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap, 2015
Opmerkingen	Deze indicator kan jaarlijks worden geëvalueerd om trends in de screening voor toxoplasmose te volgen. Samenwerking met vroedvrouwen en gynaecologen is essentieel voor het verzamelen van nauwkeurige gegevens.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest. Daarin kan bijvoorbeeld het gemiddelde van de 10% best presterende praktijken gehanteerd worden om tot een realistische en motiverende benchmark te komen.
Type indicator	Procesindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) Externe audit Portfolio/beschikbaar informatiemateriaal Cliëntentevredenheidsenquête Kritische reflectie over de eigen kwaliteit van zorg
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 2	
Indicator-ID	Prenatale screening SOA (Seksueel Overdraagbare Aandoeningen)
Indicator-code	PRE-15 + 17 + 18 +20/QI-17
Beschrijving	Het percentage gescreende zwangere vrouwen op SOA's
Teller	Aantal zwangere vrouwen dat gescreeend werd op SOA's tijdens deze zwangerschap
Noemer	Aantal opgevolgde zwangere vrouwen
Exclusiecriteria bij noemer	Zwangere vrouwen met een bekende positieve status voor een SOA, voorafgaand aan deze zwangerschap
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Prenatale screening op SOA's is essentieel om vroegtijdige detectie en behandeling van infecties te waarborgen, wat kan helpen bij het voorkomen van ernstige complicaties voor zowel de moeder als de foetus. Deze indicator helpt bij het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van prenatale zorg. Volgende SOA's worden in rekening genomen: HIV, Syfilis, Chlamydia en Hepatitis C (LEAPP, 2024; KCE, 2015)
Bewijskracht van de aanbeveling	HIV: grade B Syfilis: evidence-based Hepatitis C en Chlamydia: consensus-based
Bron(nen)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap, 2015.
Opmerkingen	Deze indicator kan jaarlijks worden geëvalueerd om trends in de screening op SOA's te volgen. Samenwerking met vroedvrouwen en gynaecologen is essentieel voor het verzamelen van nauwkeurige gegevens.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest. Daarin kan bijvoorbeeld het gemiddelde van de 10% best presterende praktijken gehanteerd worden om tot een realistische en motiverende benchmark te komen.
Type indicator	Procesindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Externe audit Kind en Gezin/moederboekje Portfolio/opleidingsregister Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) Intermutualistisch Agentschap (IMA) Portfolio/beschikbaar informatiemateriaal
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 3	
Indicator-ID	Prenatale screening Groep B Streptokokken (GBS)
Indicator-code	PRE-16/QI-18
Beschrijving	Het percentage vaginale en rectale afname voor GBS bij zwangere vrouwen tussen de 36 en 37 weken
Teller	Aantal vaginale en rectale afnames voor GBS bij zwangere vrouwen die zich in de 36e of 37e week van hun zwangerschap bevonden
Noemer	Aantal opgevolgde zwangere vrouwen die zich in de 36e en 37e week van hun zwangerschap bevonden
Exclusiecriteria bij noemer	Aantal opgevolgde zwangere vrouwen die zich niet in de 36e en 37e week van hun zwangerschap bevonden
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Prenatale screening op GBS (Group B Streptococcus) is essentieel om vroegtijdige detectie en behandeling van infecties te waarborgen, wat kan helpen bij het voorkomen van ernstige complicaties voor zowel de moeder als de pasgeborene. Deze indicator helpt bij het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van prenatale zorg (LEAPP, 2024; KCE, 2015). Volgens de KCE-richtlijn van 2015 blijkt dat universele screening effectiever is dan geen screening of screening op basis van risk-based prophylaxis, wat de rationale voor deze indicator versterkt.
Bewijskracht van de aanbeveling	Grade B
Bron(nen)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap, 2015.
Opmerkingen	Deze indicator kan jaarlijks worden geëvalueerd om trends in de screening op GBS te volgen. Samenwerking met vroedvrouwen en gynaecologen is essentieel voor het verzamelen van nauwkeurige gegevens.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Procesindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Intermutualistisch Agentschap (IMA) Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) Cliëntentevredenheidsenquête Portfolio/beschikbaar informatiemateriaal
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 4	
Indicator-ID	Prenatale screening rubella
Indicator-code	Pre-19/QI-20
Beschrijving	Het percentage gescreende zwangere vrouwen niet-immuun voor rubella
Teller	Aantal zwangere vrouwen dat gescreeend werd op rubella tijdens de zwangerschap
Noemer	Aantal opgevolgde zwangeren
Exclusiecriteria bij noemer	Zwangere vrouwen met een bekende immuniteit voor rubella voorafgaand aan de zwangerschap
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Prenatale screening op rubella-immuniteit is essentieel om vroegtijdige detectie van niet-immune zwangere vrouwen te waarborgen. Dit helpt bij het voorkomen van rubella-infecties tijdens de zwangerschap, wat ernstige complicaties kan veroorzaken voor de foetus. Deze indicator helpt bij het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van prenatale zorg (LEAPP, 2024; Damen et al., 2023; KCE, 2019; KCE, 2015).
Bewijskracht van de aanbeveling	Grade B
Bron(nen)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Damen et al., Zwangerschap en kraamperiode, 2023; Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen, 2019; Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap, 2015
Opmerkingen	Deze indicator kan jaarlijks worden geëvalueerd om trends in de screening op rubella-immuniteit te volgen. Samenwerking met vroedvrouwen en gynaecologen is essentieel voor het verzamelen van nauwkeurige gegevens.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Procesindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) Intermutualistisch Agentschap (IMA) Portfolio/beschikbaar informatiemateriaal
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 5	
Indicator-ID	Bloeddrukmeting eerste prenataal bezoek
Indicator-code	PRE-28/QI-24
Beschrijving	Het percentage zwangere vrouwen met een gemeten bloeddruk tijdens het eerste prenatale bezoek
Teller	Aantal zwangerschappen waarbij tijdens het eerste prenatale bezoek de bloeddruk werd gemeten
Noemer	Aantal opgevolgde zwangere vrouwen
Exclusiecriteria bij noemer	/
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Het meten van de bloeddruk tijdens het eerste prenatale bezoek is essentieel om vroegtijdige detectie en behandeling van hypertensie te waarborgen, wat kan helpen bij het voorkomen van ernstige complicaties voor zowel de moeder als de foetus. Deze indicator helpt bij het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van prenatale zorg (LEAPP, 2024; KCE, 2023; KCE, 2015).
Bewijskracht van de aanbeveling	Grade B
Bron(nen)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico 2023; Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap, 2015
Opmerkingen	Deze indicator kan jaarlijks worden geëvalueerd om trends in de bloeddrukmeting tijdens het eerste prenatale bezoek te volgen. Samenwerking met vroedvrouwen en gynaecologen is essentieel voor het verzamelen van nauwkeurige gegevens.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Hoewel er geen expliciete benchmark wordt vermeld, wordt deze meting als standaardpraktijk beschouwd. Een realistische benchmark kan via de praktijktest bepaald worden.
Type indicator	Procesindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Kritische reflectie over de eigen kwaliteit van zorg
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 6	
Indicator-ID	Prenatale consultaties
Indicator-code	PRE-31/QI-27
Beschrijving	Het percentage à terme-zwangerschappen met het aanbevolen aantal prenatale consultaties
Teller	Aantal opgevolgde à terme-zwangerschappen waarbij het aantal aanbevolen prenatale consultaties heeft plaatsgevonden
Noemer	Aantal opgevolgde à terme-zwangerschappen
Exclusiecriteria bij noemer	Het aantal opgevolgde zwangerschappen die niet à term zijn
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Het bijhouden van het aantal prenatale consultaties per zwangere is essentieel om ervoor te zorgen dat alle noodzakelijke controles en voorlichting op de juiste momenten plaatsvinden. Volgens het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) kan bij laag-risico zwangerschappen een schema van ongeveer 9 tot 10 consultaties als richtlijn gelden, waarbij vroedvrouw en arts nauw kunnen samenwerken. Dit aantal kan verder worden geïndividualiseerd op basis van de specifieke noden en voorkeuren van de zwangere. Het monitoren van het aantal consultaties draagt bij aan tijdige toegang tot zorg, continuïteit en het verbeteren van de uitkomsten voor moeder en baby (LEAPP, 2024; KCE, 2023; KCE, 2019).
Bewijskracht van de aanbeveling	Good-practice-statement
Bron(nen)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico 2023; Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen, 2019.
Opmerkingen	Deze indicator kan jaarlijks worden geëvalueerd om trends in het aantal prenatale consultaties te volgen. Samenwerking met vroedvrouwen en gynaecologen is essentieel voor het verzamelen van nauwkeurige gegevens.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Procesindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Externe audit, Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), Intermutualistisch Agentschap (IMA) Cliëntentevredenheidsenquête Portfolio/beschikbaar informatiemateriaal (tijd vastgesteld door de vroedvrouwen in de vorm van tabellen met aanduidingen om een afspraak te maken) Kritische reflectie over de eigen kwaliteit van zorg
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 7	
Indicator-ID	Anamnese eerste prenatale afspraak
Indicator-code	PRE-58/QI-34
Beschrijving	Het percentage afgenomen anamneses tijdens de eerste prenatale afspraak
Teller	Aantal afgenomen anamneses tijdens de eerste prenatale afspraak
Noemer	Aantal opgevolgde zwangerschappen waarvoor de eerste prenatale afspraak heeft plaatsgevonden
Exclusiecriteria bij noemer	Zwangere vrouwen die al een volledige anamnese hebben ondergaan bij een andere zorgverlener
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Het afnemen van een anamnese tijdens de eerste prenatale afspraak is essentieel om een volledig beeld te krijgen van de gezondheidsgeschiedenis van de zwangere vrouw. Dit helpt bij het identificeren van mogelijke risico's en het plannen van de juiste zorg. Deze indicator helpt bij het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van prenatale zorg (NICE, 2021).
Bewijskracht van de aanbeveling	Niet gepubliceerd
Bron(nen)	National Institute for Health and Care Excellence, Antenatal care, 2021; Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico 2023; Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen, 2019
Opmerkingen	Deze indicator kan jaarlijks worden geëvalueerd om trends in het afnemen van anamneses tijdens de eerste prenatale afspraak te volgen. Samenwerking met vroedvrouwen en gynaecologen is essentieel voor het verzamelen van nauwkeurige gegevens.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Procesindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kritische reflectie over de eigen kwaliteit van zorg Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) Kind en Gezin/moederboekje Born in Belgium (tool) Externe audit Cliëntentevredenheidsenquête
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Postnatale indicatorfiches (n=12)

Indicatorfiche 8	
Indicator-ID	Postnatale vaccinatie rubella
Indicator-code	Pre-19/QI-21
Beschrijving	Het percentage kraamvrouwen gevaccineerd voor rubella
Teller	Aantal kraamvrouwen gevaccineerd voor rubella
Noemer	Aantal opgevolgde kraamvrouwen
Exclusiecriteria bij noemer	Kraamvrouwen met een gekende immuniteit tegen rubella voorafgaand aan de bevalling
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Postpartum vaccinatie tegen rubella is essentieel om congenitale rubella-infecties bij toekomstige zwangerschappen te voorkomen. Hoge vaccinatiegraad draagt bij aan de volksgezondheid en de eliminatie van rubella. Bewustwording en vaccinatie in de postpartumperiode kunnen preventieve gezondheidswinst opleveren voor moeder en kind (LEAPP, 2024; Damen et al., 2023).
Bewijskracht van de aanbeveling	Grade B (LEAPP) Niet gepubliceerd (Damen et al.) Good Practice Points (Tency et al., 2022)
Bron(nen)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Damen et al., Zwangerschap en Kraamperiode, 2023; Tency et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1), 2022; Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap, 2015
Opmerkingen	Mazelen, Bof, Rubella vaccin: Het vaccin tegen mazelen, bof, rubella (MBR) is een levend, afgezwakt vaccin en wordt aanbevolen bij kraamvrouwen die geen rubella-antilichamen hebben. De anamnese van een mogelijk vroeger doorgemaakte rubella volstaat niet. Aangezien de vrouw niet zwanger mag worden binnen de maand na toediening van het vaccin, wordt aangeraden om het vaccin in het postpartum toe te dienen (voor ontslag uit het ziekenhuis of bij de eerste postnatale opvolging). De kans op een nieuwe zwangerschap binnen de maand is in die periode sowieso laag, maar de kraamvrouw moet hierop wel gewezen worden. De vrouw kan ook gevaccineerd worden wanneer ze borstvoeding geeft, tenzij de zuigeling een verminderde immuniteit heeft.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Procesindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Externe audit Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) Intermutualistisch Agentschap (IMA) Registraties in het vaccinatieplatform Vaccinnet+ Clïëntentevredenheidsenquête Kritische reflectie over de eigen kwaliteit van zorg
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



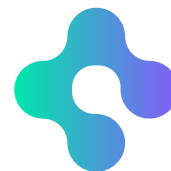
Indicatorfiche 9	
Indicator-ID	Doorverwijzing kraamvrouw medische redenen
Indicator-code	Post-69/QI-35
Beschrijving	Het percentage dringende doorverwijzingen van kraamvrouwen om medische redenen naar de gynaecoloog/tweede lijn binnen de acht weken na de bevalling.
Teller	Aantal dringende doorverwijzingen van kraamvrouwen binnen de acht weken na de bevalling en om medische redenen
Noemer	Aantal kraamvrouwen die binnen de acht weken na de bevalling opgevolgd werden
Exclusiecriteria bij noemer	/
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Dit percentage geeft inzicht in de medische noodzaak voor spoeddoorverwijzingen postpartum en kan wijzen op complicaties of op aspecten binnen de eerstelijnszorg die verdere optimalisatie behoeven. De lijst met alarmtekens waarbij doorverwijzing van eerste- naar de tweedelijns noodzakelijk is, kan via deze weg (pg.14-15) geraadpleegd worden. https://www.worel.be/worel/document?globals=%7B%22gSessionId%22%3A%22a8cb6e90-007f-4b0a-baf0-113f20740b97%22%7D&parameters=%7B%22PublicationId%22%3A%2274051a31-1bc4-4b68-b86d-ae6e009ce48d%22%2C%22SessionId%22%3A%22f5b7f235-3f2c-4a73-b987-2ced8abcf2dd%22%2C%22pJumpFrom%22%3A%22Overview%22%7D WOREL Een verhoogd percentage kan wijzen op een hogere incidentie van postpartumcomplicaties of een behoefte aan verdere optimalisatie van preventieve en vroegtijdige zorg in de eerste lijn. Een te laag percentage kan mogelijk wijzen op onder diagnose of vertraging in doorverwijzing, wat de gezondheid van kraamvrouwen in gevaar kan brengen (Tency et al., 2022).
Bewijskracht van de aanbeveling	Good Practice Points
Bron(nen)	Tency et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1), 2022
Opmerkingen	Het vaststellen van een specifieke streefwaarde voor het percentage dringende doorverwijzingen van kraamvrouwen naar de gynaecoloog of tweede lijn binnen de eerste acht weken postpartum is een complexe taak, mede door het ontbreken van gedetailleerde nationale statistieken in België. Om deze streefwaarde te bepalen, is aanvullend onderzoek en data-analyse noodzakelijk.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Uitkomstindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Externe audit Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 10	
Indicator-ID	Doorverwijzing kraamvrouw bloedverlies
Indicator-code	Post-70/QI-36
Beschrijving	Het percentage dringende doorverwijzingen van kraamvrouwen met plots of overvloedig bloedverlies naar de tweede lijn binnen acht weken na de bevalling
Teller	Aantal dringende doorverwijzingen van kraamvrouwen met plots of overvloedig bloedverlies naar de tweede lijn binnen de acht weken na de bevalling
Noemer	Aantal opgevolgde kraamvrouwen binnen de acht weken na de bevalling
Exclusiecriteria bij noemer	/
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Een verhoogd percentage dringende doorverwijzingen kan wijzen op: - Onvoldoende vroegtijdige detectie en preventie van postpartum bloedingen in de eerstelijnszorg. - Een hogere incidentie van complicaties zoals secundaire postpartumhemorragie (PPH). - Verbeterpunten in de postnatale monitoring en voorlichting aan kraamvrouwen over symptomen van overmatig bloedverlies. Een te laag percentage kan daarentegen duiden op onderdiagnose of een vertraging in de noodzakelijke doorverwijzing. (Tency et al., 2022)
Bewijskracht van de aanbeveling	Good Practice Points
Bron(nen)	Tency et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1), 2022
Opmerkingen	Dit cijfer kan variëren afhankelijk van de gebruikte definitie van postpartum bloedverlies en de toegang tot zorg. Monitoring over meerdere jaren kan helpen trends en verbeterpunten in kaart te brengen.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Uitkomstindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Externe audit Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 11	
Indicator-ID	Doorverwijzing neonaat
Indicator-code	Post-73/QI-37
Beschrijving	Het percentage dringende doorverwijzingen van pasgeborenen om medische redenen naar de kinderarts/tweede lijn binnen acht weken na de bevalling
Teller	Aantal dringende doorverwijzingen van pasgeborenen om medische redenen naar de kinderarts/tweede lijn binnen de acht weken na de bevalling
Noemer	Aantal opgevolgde pasgeborenen binnen de acht weken na de bevalling
Exclusiecriteria bij noemer	/
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Deze indicator meet de mate van dringende medische interventie nodig na de bevalling, wat kan wijzen op de kwaliteit van zorg die aan pasgeborenen wordt geboden. De lijst met alarmtekens waarbij doorverwijzing van eerste- naar de tweedelij noodzakelijk is, kan via deze weg (pg.89-90) geraadpleegd worden. https://www.worel.be/worel/document?globals=%7B%22gSessionId%22%3A%22478a6c78-49b8-4fcd-9711-8a9e9250090e%22%7D&parameters=%7B%22PublicationId%22%3A%2274051a31-lbc4-4b68-b86d-ae6e009ce48d%22%2C%22SessionId%22%3A%22215b2d5-3aa3-408f-bl3l-af52136fe3f0%22%2C%22pJumpFrom%22%3A%22Overview%22%7D WOREL Een lager percentage kan duiden op tijdige en adequate zorg in de geboortezorg, terwijl een hoger percentage kan wijzen op een verhoogd risico op complicaties of onvoldoende preventieve maatregelen (Tency et al., 2022).
Bewijskracht van de aanbeveling	Good Practice Points
Bron(nen)	Tency et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1), 2022
Opmerkingen	Bij de bepaling van de doorverwijzing moet rekening worden gehouden met regionale variaties en de beschikbaarheid van gespecialiseerde zorg. Het percentage kan variëren afhankelijk van de gebruikte criteria voor doorverwijzing en het aantal follow-ups.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Uitkomstindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/kindboekje Intermutualistisch Agentschap (IMA) Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) Externe audit Kritische reflectie over de eigen kwaliteit van zorg
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 12	
Indicator-ID	Eerste postnataal bezoek kraamvrouw vroedvrouw
Indicator-code	Post-79/QI-39
Beschrijving	Het percentage van kraamvrouwen met een eerste postnataal bezoek van een vroedvrouw voor medische opvolging binnen de 24 uur na het ontslag of na de bevalling
Teller	Aantal kraamvrouwen met een eerste postnataal bezoek binnen de 24 uur na het ontslag of na de bevalling
Noemer	Aantal opgevolgde kraamvrouwen na het ontslag of na de bevalling
Exclusiecriteria bij noemer	/
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Deze indicator is belangrijk omdat het vroege postnatale bezoek van een vroedvrouw de gezondheid van de kraamvrouw en de baby kan waarborgen door tijdige opvolging van eventuele medische problemen of complicaties. Een bezoek binnen 24 uur zorgt ervoor dat vroegtijdige signalen van postnatale aandoeningen snel worden opgespoord en aangepakt (Tency et al, 2022).
Bewijskracht van de aanbeveling	Grade 2C
Bron(nen)	Tency et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1), 2022
Opmerkingen	De timing van het eerste postnatale bezoek is cruciaal voor het monitoren van zowel de fysieke als mentale gezondheid van de kraamvrouw. Het percentage kan beïnvloed worden door organisatorische aspecten, zoals de beschikbaarheid van eerstelijns vroedvrouwen.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Procesindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) Intermutualistisch Agentschap (IMA) Cliëntentevredenheidsenquête Externe audit
Zorgverlener	Vroedvrouwen



Indicatorfiche 13	
Indicator-ID	Eerste postnataal bezoek neonat vroedvrouw
Indicator-code	Post-79/QI-40
Beschrijving	Het percentage van pasgeborenen met een eerste postnataal bezoek van een vroedvrouw voor medische opvolging binnen de 24 uur na het ontslag of na de bevalling
Teller	Aantal pasgeborenen met een eerste postnataal bezoek van een vroedvrouw binnen de 24 uur na het ontslag of na de bevalling
Noemer	Aantal opgevolgde pasgeborenen
Exclusiecriteria bij noemer	Pasgeborenen die niet ontslagen zijn of die geen medische zorg ontvangen na de bevalling (bijvoorbeeld wanneer de baby in het ziekenhuis opgenomen blijft)
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Een eerste postnataal bezoek binnen 24 uur is cruciaal voor de vroege opsporing van eventuele medische problemen bij pasgeborenen, zoals infecties, voedingsproblemen of groeiachterstand. Het waarborgt ook een tijdige interventie indien nodig, wat kan bijdragen aan betere gezondheidsresultaten voor de pasgeborene (Tency et al., 2022).
Bewijskracht van de aanbeveling	Grade 2C
Bron(nen)	Tency et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1), 2022
Opmerkingen	De tijdige opvolging van pasgeborenen binnen 24 uur kan worden beïnvloed door logistieke factoren, zoals de beschikbaarheid van vroedvrouwen of de zorgbehoeften van de moeder. In bepaalde situaties kan een baby meer zorg nodig hebben, zoals bij vroeggeboorte of medische complicaties, wat invloed heeft op het moment van het postnatale bezoek.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Procesindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/kindboekje Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) Intermutualistisch Agentschap (IMA) Externe audit
Zorgverlener	Vroedvrouwen



Indicatorfiche 14	
Indicator-ID	Postnatale bloeddrukmeting
Indicator-code	Post-81/QI-41
Beschrijving	Het percentage bloeddrukmetingen bij kraamvrouwen gemeten binnen de 6u na de bevalling
Teller	Aantal bloeddrukmetingen bij kraamvrouwen binnen de 6u na de bevalling
Noemer	Aantal opgevolgde kraamvrouwen
Exclusiecriteria bij noemer	/
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Bloeddrukmetingen binnen de eerste 6 uur na de bevalling zijn belangrijk voor het vroegtijdig opsporen van hypertensie of pre-eclampsie, aandoeningen die ernstige gezondheidsrisico's voor de moeder kunnen inhouden. Het tijdig monitoren van de bloeddruk draagt bij aan het verbeteren van de moederlijke gezondheid en voorkomt complicaties die levensbedreigend kunnen zijn (Tency et al., 2022).
Bewijskracht van de aanbeveling	Good Practice Points
Bron(nen)	Tency et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1), 2022
Opmerkingen	De bloeddrukmonitoring binnen 6 uur kan beïnvloed worden door de zorgstructuur en de beschikbaarheid van zorgverleners. Dit percentage kan variëren afhankelijk van de zorginstelling en de procedures die daarin gevolgd worden.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktes
Type indicator	Procesindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 15	
Indicator-ID	Rhesus D
Indicator-code	Post-87/QI-44
Beschrijving	Het percentage niet-ge sensibiliseerde Rhesus D-negatieve kraamvrouwen met Rhesus-D positieve baby die anti-D immunoglobuline kregen binnen 72 uur
Teller	Aantal anti-D immunoglobuline immunisatie bij Rhesus D-negatieve kraamvrouwen met Rhesus-D positieve baby die anti-D-immunoglobuline kregen binnen 72 uur
Noemer	Aantal Rhesus D-negatieve kraamvrouwen met Rhesus-D positieve baby
Exclusiecriteria bij noemer	Kraamvrouwen die geen medische indicatie voor anti-D immunoglobuline hebben, bijvoorbeeld vrouwen die al ge sensibiliseerd zijn, vrouwen met een Rhesus D-negatieve baby
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Anti-D immunoglobuline wordt gegeven aan Rhesus D-negatieve kraamvrouwen om de kans op sensibilisatie te voorkomen. Sensibilisatie kan leiden tot ernstige complicaties bij toekomstige zwangerschappen, zoals hemolytische ziekte van de pasgeborene. Het tijdig toedienen van anti-D immunoglobuline binnen 72 uur is een preventieve maatregel die de gezondheid van zowel de moeder als de baby beschermt (Tency et al., 2022).
Bewijskracht van de aanbeveling	Good Practice Points
Bron(nen)	Tency et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1), 2022
Opmerkingen	De tijdige toediening van anti-D immunoglobuline binnen 72 uur is cruciaal voor het voorkomen van sensibilisatie. Vertraging in de behandeling kan de effectiviteit verminderen. Deze indicator kan worden beïnvloed door de logistiek van zorginstellingen en de toegang tot adequate medische zorg.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Procesindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Kind en Gezin/kindboekje Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) Intermutualistisch Agentschap (IMA)
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 16	
Indicator-ID	Postnatale diastolische BD
Indicator-code	Post-92/QI-45
Beschrijving	Het percentage kraamvrouwen met een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg binnen de acht weken na de bevalling
Teller	Aantal kraamvrouwen met een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg binnen de acht weken na de bevalling
Noemer	Aantal opgevolgde kraamvrouwen binnen de acht weken na de bevalling
Exclusiecriteria bij noemer	/
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Een diastolische bloeddruk van ≥ 90 mmHg na de bevalling kan wijzen op postpartale hypertensie, wat kan leiden tot ernstige gezondheidsproblemen voor de moeder, zoals hart- en vaatziekten of het risico op het ontwikkelen van hypertensie in latere zwangerschappen. Tijdige identificatie en behandeling van verhoogde bloeddruk na de bevalling zijn cruciaal voor het voorkomen van complicaties en het bevorderen van de gezondheid van de moeder op lange termijn (Tency et al., 2022).
Bewijskracht van de aanbeveling	Grade 1B
Bron(nen)	Tency et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1), 2022
Opmerkingen	Verhoogde diastolische bloeddruk na de bevalling kan vaak over het hoofd worden gezien, aangezien kraamvrouwen zich vaak richten op de zorg voor hun baby. Het is essentieel dat zorgverleners zowel de fysieke gezondheid van de moeder als de baby monitoren om gezondheidsproblemen tijdig op te sporen.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Uitkomstindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Kritische reflectie over de eigen kwaliteit van zorg Externe audit Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 17	
Indicator-ID	Pre-eclampsie postnataal
Indicator-code	Post-92/QI-46
Beschrijving	Het percentage kraamvrouwen met tekenen van pre-eclampsie binnen de acht weken na de bevalling
Teller	Aantal kraamvrouwen met tekenen van pre-eclampsie binnen de acht weken na de bevalling
Noemer	Aantal opgevolgde kraamvrouwen binnen de acht weken na de bevalling
Exclusiecriteria bij noemer	/
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Pre-eclampsie is een ernstige aandoening die zowel de moeder als de baby kan bedreigen en die doorgaans tijdens de zwangerschap wordt gediagnosticeerd. Het kan echter ook postnataal optreden. Vroege detectie en behandeling van pre-eclampsie kunnen ernstige complicaties, zoals eclampsie of orgaanfalen, voorkomen. Monitoring van kraamvrouwen na de bevalling voor tekenen van pre-eclampsie is essentieel voor het bevorderen van de moederlijke gezondheid en het voorkomen van levensbedreigende situaties (Tency et al., 2022).
Bewijskracht van de aanbeveling	Grade 1B
Bron(nen)	Tency et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1), 2022
Opmerkingen	Het risico op pre-eclampsie kan na de bevalling nog steeds aanwezig zijn, vooral als het tijdens de zwangerschap niet goed gecontroleerd werd. Zorgverleners moeten kraamvrouwen bewust maken van de symptomen die kunnen wijzen op postpartale pre-eclampsie, zoals hoofdpijn, visusstoornissen, pijn in de bovenbuik, en zwelling in handen en gezicht.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Uitkomstindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 18	
Indicator-ID	Doorverwijzingen diastolische BD
Indicator-code	Post-92/QI-47
Beschrijving	Het percentage doorverwijzingen van kraamvrouwen met een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg naar de gynaecoloog/tweede lijn binnen de acht weken na de bevalling
Teller	Aantal doorverwijzingen van kraamvrouwen met een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg naar de gynaecoloog/tweede lijn binnen de acht weken na de bevalling
Noemer	Aantal opgevolgde kraamvrouwen binnen de acht weken na de bevalling
Exclusiecriteria bij noemer	/
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg na de bevalling kan wijzen op postnatale hypertensie, wat kan leiden tot ernstige gezondheidsproblemen, zoals hart- en vaatziekten, beroertes of nierproblemen. Vroege identificatie en doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg kunnen complicaties voorkomen en de gezondheid van de moeder op lange termijn beschermen. Doorverwijzing naar de tweede lijn is essentieel voor verdere evaluatie en management van postnatale hypertensie (Tency et al., 2022).
Bewijskracht van de aanbeveling	Grade 1B
Bron(nen)	Tency et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1), 2022
Opmerkingen	Een tijdige doorverwijzing naar de tweede lijn is essentieel om te voorkomen dat vrouwen met postnatale hypertensie ernstige complicaties ontwikkelen. Het moet worden benadrukt dat niet alle kraamvrouwen met een verhoogde diastolische bloeddruk noodzakelijkerwijs doorverwezen hoeven te worden als hun toestand adequaat beheerd kan worden door hun zorgverlener in de eerste lijn.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest
Type indicator	Uitkomstindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kind en Gezin/moederboekje Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Indicatorfiche 19	
Indicator-ID	Borstvoeding
Indicator-code	Post-101/QI-50
Beschrijving	Het percentage tevreden ouders over de informatie en ondersteuning inzake borstvoeding
Teller	Aantal tevreden ouders over de informatie en ondersteuning inzake borstvoeding
Noemer	Totaal opgevolgde ouders
Exclusiecriteria bij noemer	Kraamvrouwen die geen borstvoeding geven, om welke reden dan ook (bijvoorbeeld als ze gekozen hebben voor kunstvoeding)
Rationale (relatie tot kwaliteit)	Borstvoeding biedt aanzienlijke gezondheidsvoordelen voor zowel moeder als baby, waaronder bescherming tegen infecties, betere ontwikkeling van het immuunsysteem van de baby, en een lagere kans op bepaalde aandoeningen voor de moeder. Het verstrekken van goede voorlichting en ondersteuning bij het starten van borstvoeding is essentieel voor het succes van borstvoeding op lange termijn en bevordert de gezondheid van het gezin. Het meten van de tevredenheid van ouders over de geboden informatie en ondersteuning is een belangrijke maat voor de kwaliteit van zorg (Tency et al., 2022).
Bewijskracht van de aanbeveling	Good Practice Points
Bron(nen)	Tency et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 2), 2024
Opmerkingen	Het onderzoek naar een specifieke maatstaf voor tevredenheid valt buiten de scope van dit project vanwege tijdsgebrek. Als voorbeeld raadt het International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) in de Pregnancy and Childbirth Reference Guide (2017) de Birth Satisfaction Scale-Revised aan. Tevredenheid kan hierbij worden gemeten met een 5-punt Likertschaal, zoals ook wordt toegepast in de ICHOM-set.
Maataanduiding	Percentage (%)
Benchmark	Deze benchmark wordt voorlopig blanco gelaten. Deze kan in een later stadium aangepast worden op basis van de resultaten van de praktijktest. Daarin kan bijvoorbeeld het gemiddelde van de 10% best presterende praktijken gehanteerd worden om tot een realistische en motiverende benchmark te komen.
Type indicator	Uitkomstindicator
Databron (indien beschikbaar)	Medisch Dossier Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) Kritische reflectie over de eigen kwaliteit van zorg Kind en Gezin/moederboekje Kind en Gezin/kindboekje Cliënttevredenheidsenquête Externe audit Portfolio/beschikbaar informatiemateriaal, Portfolio/lessenrooster
Zorgverlener	Perinatale zorgverstrekkers, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, verplegenden, lactatiekundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. In principe zijn de indicatoren in dit project enkel besproken in consensus met betrekking tot de toepassing voor vroedvrouwen. Deze indicatoren kunnen echter ook van toepassing zijn op andere perinatale zorgberoepen.



Supplement 2:

Overzicht van de (inter)nationale kwaliteitsbevorderende modellen

Auteurs: Inge Tency*, Sarah Michel** en Florence D'Haenens*

*Odisee-hogeschool, Opleiding Vroedkunde, Campus Sint-Niklaas

**Haute Ecole Léonard de Vinci, Formation Sage-femme, Brussel

Nationale voorbeelden

Good Practice Logo

Het Good Practice Logo (GPL) voor eerstelijns vroedvrouwen werd door de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV) geïntroduceerd in 2016 en biedt een kader voor kwaliteitsvolle perinatale vroedvrouwenzorg in Vlaanderen. Aanleiding was de verkorting van de ligduur op materniteit tot 72 uur of drie dagen (waar het voorheen vijf dagen was) na een ongecompliceerde bevalling, waardoor er een verschuiving plaatsvond in de postnatale zorg van kraamafdeling naar thuis. Onderzoek toonde aan dat een kortere ligduur geen negatieve invloed heeft op de tevredenheid van gezinnen, noch op de gezondheid van moeder en kind, op voorwaarde dat er goede ondersteuning wordt geboden na de bevalling en de continuïteit van zorg gegarandeerd is. Om daaraan tegemoet te komen werd een kwaliteitslabel voor goede praktijkvoering voor de perinatale zorg door de vroedvrouw ontwikkeld. Dit GPL bestaat uit 31 good practice aanbevelingen voor de perinatale zorg, waarvan 30 aanbevelingen voor postnatale zorg, onderverdeeld in 10 thema's: algemene aanbevelingen, aanbevelingen voor aanvraag van de zorgen, frequentie en timing van (huis)bezoeken, zorgen van de moeder, zorgen van de baby, gezondheidsvoorlichting, voeding van de baby, opvolging van huishouden en gezin, inter- en multidisciplinaire samenwerking en gegevensregistratie en onderzoek. Er is tevens één good practice aanbeveling opgenomen voor de prenatale zorg.

Zowel eerstelijns vroedvrouwen als vroedvrouwen in loondienst van een ziekenhuis of thuiszorgorganisatie, die lid zijn van de VBOV, kunnen het logo gratis aanvragen. Sinds de introductie werken meer dan 500 vroedvrouwen met dit logo, waarmee ze zichzelf kunnen profileren naar zorgvragers en andere zorgverleners en -organisaties via hun communicatiedragers. Het logo wordt ook toegevoegd naast hun naam op de lijst met eerstelijns vroedvrouwen die beschikbaar is op de VBOV-website.

Om GPL-label te bekomen dienen vroedvrouwen aan negen voorwaarden te voldoen:

1. **Handelen volgens de deontologische regels van het beroep en de internationale ethische gedragscode voor vroedvrouwen, opgesteld door ICM (International Confederation of Midwives)**
2. **Aanbieden van babyvriendelijke zorg conform de 10 vuistregels van de borstvoeding en het zeven puntenplan van de WHO en het respecteren van de gedragscode van vervangmiddelen voor moedermelk.**
3. **Afsluiten van een burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering die dekking biedt voor de verstrekte zorgen.**
4. **Aansluiten bij een Vlaamse vroedvrouwenkring, erkend door de VBOV, inclusief voldoen aan de voorwaarden en minstens twee keer aanwezig zijn op een kringoverleg**
5. **Aantonen dat 75u per vijf jaar permanente vorming wordt gevolgd**
6. **Plannen van een huisbezoek binnen de 24 uur na ontslag uit het ziekenhuis indien binnen de 72 uur na de geboorte**



7. Aantonen van 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid (al dan niet via samenwerkingsverbanden)
8. Aantonen dat dringende oproepen tussen 8-18u beantwoord worden binnen één uur na het krijgen van de oproep en niet-dringende oproepen binnen de 24 uur of ten laatste de eerstvolgende werkdag (al dan niet via samenwerkingsverbanden).
9. Bieden van financiële transparantie over de geboden zorg aan zorgvragers (o.a. kostprijs, conventie, kilometervergoeding, wachtvergoeding, enz.) en aantonen dat deze hiermee akkoord gaat

Het GPL biedt de volgende voordelen voor vroedvrouwen:

- Inzicht in eigen handelen ontwikkelen en perinatale zorgverlening verbeteren
- Zich onderscheidend profileren naar de kraamgezinnen en samenwerkingspartners
- Werken volgens de meest recente evidence-based richtlijnen, o.a. door permanente vorming en ervaringsuitwisseling via de vroedvrouwenkringen of casusbespreking binnen het VBOV-netwerk
- Meer mogelijkheden om met Vlaamse materniteiten samen te werken
- Inspiratie, vormingen, eLearning rond de kwaliteitseisen
- ICT-ondersteuning bij het garanderen van de kwaliteitseisen
- Ondersteuning bij klachtenprocedures

Vroedvrouwen die lid zijn van de VBOV kunnen het GPL aanvragen door het invullen van een engagementsverklaring. Dit is een zelfbeoordeling die peilt naar hoe de voorwaarden en aanbevelingen van het GPL op dit moment in de praktijk worden toegepast en welke verbeteringen er mogelijk zijn in de toekomst. Vervolgens wordt de kandidatuur beoordeeld door een GPL-commissie, die het logo al dan niet toekent. Deze commissie komt drie à vier keer per jaar samen en bestaat uit vroedvrouwen, waarvan één juridisch expert, die lid zijn van het bestuursorgaan. De bedoeling is dat er jaarlijks een steekproefcontrole plaatsvindt door de GPL-commissie bij 20 vroedvrouwen met het logo om na te gaan of de criteria worden gevolgd. Deze controle werd echter tot op heden nog niet uitgevoerd, vooral door een tekort aan mankracht. Het GPL wordt te goeder trouw gegeven en is vier jaar geldig.

De GPL-commissie heeft ook de bevoegdheid om een logo in te trekken, wanneer blijkt dat de vroedvrouw niet meer voldoet aan de vooropgestelde criteria (na een ad random controle of klacht of inbreuk tegen de negen voorwaarden die toevallig aan het licht komt). De vroedvrouw krijgt eerst de kans om haar praktijkvoering toe te lichten en zich te verdedigen. Na intrekking kan de vroedvrouw zich weer in regel stellen (binnen één jaar) en opnieuw een aanvraag indienen. De vroedvrouw heeft ook de mogelijkheid om een bezwaar in te dienen tegen de beslissing van de GPL-commissie via een gemotiveerd schrijven aan de GPL-beroepscommissie, die een finale beslissing neemt. De procedure met betrekking tot aanvraag, verlenging, controle en intrekking van het GPL en de rollen en taken van de GPL-commissie en GPL-beroepscommissie zijn beschreven in een intern reglement.

Meer info:

<https://www.vroedvrouwen.be/wat-kan-het-good-practice-logo-betekenen-voor-vroedvrouwen>
<https://www.vroedvrouwen.be/sites/default/files/Goede%20praktijkvoering%20voor%20de%20postnatale%20zorg%20VBOV%202016.pdf>

Pro-Q-Kine

Sinds 2011 organiseert en beheert een onafhankelijke vzw, Pro-Q-Kine, het accreditatiesysteem ter bevordering van de kwaliteit van zorg in de kinesitherapie. Dit kwaliteitsbevorderend systeem werd ontwikkeld met steun van het RIZIV. Als onafhankelijke organisatie wordt Pro-Q-Kine geleid door een dagelijks bestuur (Bureau), bijgestaan door werkgroepen (PE-online, Indicatoren en EBP), Accreditatiecommissie, Raad van Bestuur en Algemene Vergadering. Pro-Q-Kine biedt het PE-online platform (PE = Permanente Educatie) aan waarop kinesitherapeuten en aanbieders van navormingsactiviteiten met elkaar verenigd worden. Het platform laat toe om het proces van kwaliteitspromotie en deskundigheidsbevordering eenvoudig en efficiënt te organiseren. PE-online wordt door verschillende beroepsgroepen in België en Nederland gebruikt en ingezet door 250 organisaties, voor meer dan 500.000 eindgebruikers en 20.000 opleiders.



Alle informatie omtrent kwaliteitsbevordering, kwaliteitscriteria en PE-online is samengevat in een reglement. Er is tevens een handleiding voorzien om kinesitherapeuten, opleiders en lokale kwaliteitsgroepen kinesitherapeuten (LOKK's) stap voor stap wegwijs te maken in het PE-online portfolio.

De kwaliteitsbevordering in de kinesitherapie is gericht op verbetering van de kwaliteit van zorg aan patiënten en is gebaseerd op:

- **Vier pijlers: kennis- en competentie management, organisatie van de zorg in de praktijk, kwaliteit van zorg en informatisering en automatisering**
- **Principe van de PDCA-cyclus (Plan, Do Check, Act): deze vier elementen zitten vervat in de kwaliteitscriteria die gelden binnen de kwaliteitsbevordering in de kinesitherapie**
- **Zelfreflectie, waardoor zelfkennis wordt vergroot en inzicht wordt verkregen in de sterke punten en verbeterpunten**

Elke erkende kinesitherapeut in België met RIZIV-nummer kan gratis een PE-online portfolio aanmaken. Door een portfolio aan te maken gaat de kinesitherapeut akkoord met het reglement en neemt hij/zij kennis van de werking van PE-online portfolio. Hij/zij verklaart hierbij de inhoud en de gegevens van dit portfolio naar eer en geweten in te vullen. Accreditatie voor kinesitherapeuten loopt over een driejaarlijkse periode met zowel specifieke jaar- als periodecriteria. Als de kinesitherapeut beantwoordt aan deze accreditatiecriteria, dan wordt hij/zij opgenomen in het kwaliteitsregister (www.kinesitherapie.be), raadpleegbaar door voorschrijvers en patiënten, en kan er aanspraak gemaakt worden op een jaarlijkse kwaliteitspremie van het RIZIV. De datum waarop het PE-online portfolio wordt aangemaakt, is de startdatum van de berekening van de targets van de periode.

De volgende jaarcriteria dienen behaald te worden:

- **Zelfreflectie a.d.h.v. verbetertraject: invullen van vragen over een vrij te kiezen onderwerp met evaluatie op het einde van elk kalenderjaar**
- **Navorming: verzamelen van minstens 40 navormingseenheden via geaccrediteerde vorming, opgenomen in de PE-online kalender, onderverdeeld in zes deelgebieden.¹ Opleiders doen een accreditatieaanvraag via het PE-online platform en geaccrediteerd door de accreditatiecommissie van Pro-Q-Kine. De navorming moet onder het beroeps- en competentieprofiel van de kinesitherapeut in België vallen.**
- **Intercollegiaal overleg (peer review) naar keuze en met vastgelegd thema, bepaald door Pro-Q-Kine: deelnemen aan minstens één overleg, georganiseerd door LOKK's, over een vrij te kiezen én vastgelegd onderwerp; hierbij wordt praktische kennis en ervaring met collega's uitgewisseld om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren**

De periodecriteria dienen binnen de periode van drie jaar behaald te worden en omvatten het éénmalig invullen van een checklist 'Praktijk' en een patiëntenbevraging, opgestart via het persoonlijk portfolio van de kinesitherapeut (minstens 10 anoniem ingevulde enquêtes).

De geaccrediteerde vormingen en intercollegiaal overlegmomenten worden toegevoegd in het persoonlijk PE-online portfolio en gevaloriseerd nadat de kinesitherapeut de cursusevaluatie heeft ingevuld.

Dit kwaliteitsbevorderend systeem draagt bij tot de erkenning van het beroep binnen de gezondheidszorg. Het versterkt hierdoor het imago van de kinesitherapie als kwaliteitsvolle zorgdiscipline en zorgt voor transparantie naar patiënten, collega's en overheid toe. Inspanningen ten opzichte van de kwaliteitsnormen worden geregistreerd in het persoonlijk portfolio en tonen dat de kinesitherapeut zich consequent inzet voor goede kwaliteitszorg. Ze worden hier ook professioneel erkend door opname in het kwaliteitsregister. Verder krijgen kinesitherapeuten toegang tot geaccrediteerde navormingen, waardoor permanente educatie en professionele ontwikkeling wordt gestimuleerd. De systematische reflectie en bijsturing via verbetertrajecten draagt bij tot een betere zorgkwaliteit.

Meer info:

<https://www.pqk.be/>

<https://www.kinesitherapie.be/>

¹ Algemeen kinesitherapeutisch, Ethische, socio-economische en organisatorische aspecten van het beroep, Federaal, gemeenschaps- of regionaal symposium, Internationaal symposium/ navorming, Wetenschappelijke artikels in een tijdschrift beschikkend over een leescomité en/ of een impactfactor, Auteur van een wetenschappelijk abstract



Evaluatieprincipes BFHI en toepassing voor vroedvrouwenkwaliteitsindicatoren

De wereldgezondheidsorganisatie (WHO, World Health Organisation) en het United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) lanceerden in 1991 het Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), ter bescherming, bevordering en ondersteuning van borstvoeding. Dit resulteerde in een actieplan voor België in 2005, waarbij materniteiten gemotiveerd en ondersteund worden om kwaliteitsvolle informatie en een goede begeleiding inzake borst- en zuigelingenvoeding aan te bieden aan moeders.

Het kwaliteitscertificaat van de WHO-UNICEF wordt toegekend aan zorginstellingen die voldoen aan de wereldwijd geldende BFHI-criteria:

- **Toepassing van de tien vuistregels voor een succesvolle borstvoeding**
- **Bescherming van ouders tegen elke commerciële promotie van zuigelingenvoeding**
- **Behalen van minstens 75% uitsluitend borstvoeding van geboorte tot ontslag van de baby**
- **Respect voor de fysieke en psychische behoeften van de moeders tijdens de arbeid en de bevalling (Mother Friendly care)**
- **Informeren en begeleiden van moeders die geen borstvoeding geven**

Het behalen van het internationale certificaat vraagt om een intensieve, multidisciplinaire voorbereiding en wordt begeleid door twee coördinatoren van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Het BFHI-certificatieproces vertrekt van een cyclisch kwaliteitsmodel en omvat drie opeenvolgende fasen. Indien een fase positief wordt beoordeeld, kan overgegaan worden naar de volgende fase.

De voorbereidende fase omvat de zelfevaluatie. Via een zelfevaluatieformulier wordt nagegaan hoever men staat als zorginstelling met de toepassing van de BFHI-criteria, de internationale gedragscode en de Mother Friendly richtlijnen. Hierdoor worden sterke en zwakke punten in kaart gebracht. De zorginstelling stelt een actieplan op met concrete verbeteringen en opleidingen en richt een borstvoedingscomité op om de acties voor te bereiden. Vervolgens dient de zorginstelling een aanvraag bij de coördinatoren om zich kandidaat te stellen voor het certificaat. Als de zorginstelling aan de BFHI-normen voldoet, kan een evaluatie aangevraagd worden. De externe toetsing gebeurt door daartoe opgeleide evaluatoren uit verschillende beroepscategorieën. Zij beoordelen de praktijk aan de hand van internationale standaarden, waarbij documentanalyse, praktijkobservatie en interviews centraal staan. Deze systematiek stimuleert een lerend model dat gebaseerd is op voortdurende reflectie, bijsturing en transparantie. Om het proces te ondersteunen, is een praktische gids beschikbaar en kunnen hulpmiddelen worden ingezet, zoals interactieve zelfevaluatietools, scorekaarten voor auditoren en kwaliteitsgidsen. Kosten voor de externe evaluatie worden gedragen door de zorginstelling.

De evaluatie verloopt in verschillende fasen, geïnspireerd op de Belgische BFHI-methodiek.

- **Documentenanalyse, waarbij het beleid en de informatie-infrastructuur binnen de zorgpraktijk worden beoordeeld (o.a. registratie van gevolgde opleidingen, het gebruik van inclusieve, niet-commerciële communicatiematerialen, en de documentatie van cliëntgesprekken en besluitvormingsprocessen)**
- **Evaluatie van de kennis, attitude en samenwerking binnen de praktijk o.a. via auditgesprekken of interviews. Er wordt gekeken naar de praktische vaardigheden van zorgverleners en de samenwerking met andere zorgpartners. Waar relevant wordt ook de kennis van ondersteunend personeel meegenomen.**
- **Evaluatie van de cliëntenzorg, zowel voor als na de bevalling. Hierbij wordt systematisch feedback van cliënten verzameld via enquêtes en interviews. Tevens wordt getoetst of cliënten voldoende geïnformeerd zijn en bewust instemmen met belangrijke zorgkeuzes (informed consent).**
- **Observaties van de zorgpraktijk zelf, bijvoorbeeld via peer audits of observatiebezoeken. Hierbij worden de praktijkomgeving, communicatie, het gebruik van materialen, de waarborging van vertrouwelijkheid en een inclusieve sfeer beoordeeld. Ook wordt gecontroleerd op de afwezigheid van commerciële promotie binnen de zorgcontext.**



Het evaluatieteam stelt vervolgens een eindrapport op en bezorgt dit aan de BHFI-coördinatoren, waarna het overgemaakt wordt aan de toekenningscommissie, bestaande uit experts op vlak van borstvoeding. Zij beslissen over het toekennen van het BHFI-certificaat of een aanmoedigingscertificaat (wanneer de BHFI-criteria onvoldoende behaald zijn). Het certificaat wordt toegekend voor een periode van vier jaar. Na deze periode volgt een nieuwe BFHI-audit om te evalueren of het ziekenhuis nog steeds aan de criteria voldoet en het certificaat kan behouden.

Internationale voorbeelden

A-EQUIP midwifery supervision model (Verenigd Koninkrijk)

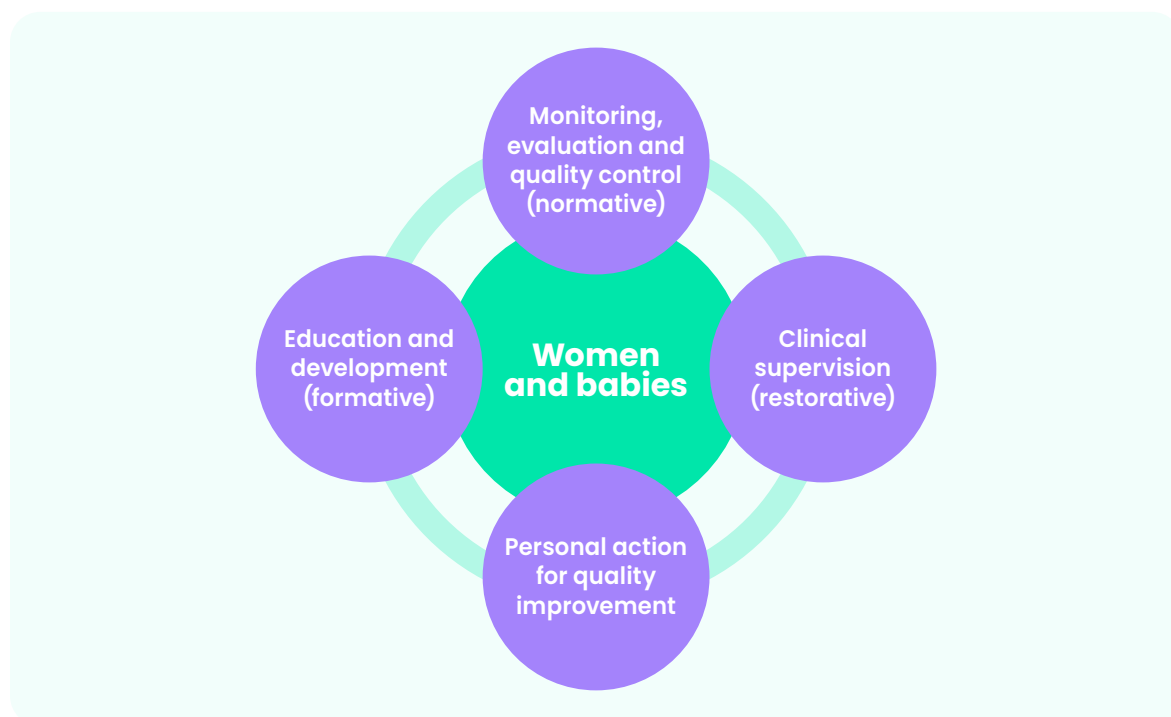
Het A-EQUIP-model (Advocacy, Education, and Quality Improvement) is een supervisiemodel voor vroedvrouwen, ontwikkeld door de National Health Service (NHS) in het Verenigd Koninkrijk (VK). Het werd in 2017 geïntroduceerd na het afschaffen van het statutair toezicht om geïmplementeerd te worden binnen NHS organisaties als onderdeel van hun personeelsbeleid en kwaliteitszorg. Het model is gericht op het ondersteunen van vroedvrouwen in hun professionele ontwikkeling en het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het model wil het welzijn van de vroedvrouw bevorderen en een cultuur van continue verbetering en reflectie stimuleren via supervisie door Professional Midwifery Advocates (PMA's), die speciaal opgeleid zijn om collega's te begeleiden volgens het A-EQUIP-model. Het model kan flexibel ingezet worden, zowel individueel als in groep. Het A-EQUIP-model sluit naadloos aan bij (inter)nationale richtlijnen voor hoogwaardig perinatale zorg, gebaseerd op bewijs en rigoureuze evaluatie.

Het model bestaat uit vier kernfuncties (zie figuur 1):

1. **Monitoring, evaluatie en kwaliteitscontrole (normatief)**
2. **Opleiding en ontwikkeling (formatief)**
3. **Klinische supervisie (herstellend)**
4. **Persoonlijke actie voor kwaliteitsverbetering**

Figuur 1:

Kernfuncties van het A-EQUIP-model





Binnen het A-EQUIP-model vormen kwaliteitsindicatoren de kern voor het bieden van veilige, gepersonaliseerde en effectieve perinatale zorg. Deze indicatoren worden verzameld uit klinische gegevens, administratieve bronnen en tevredenheidsmetingen. Ze meten de prestaties van vroedvrouwen gedurende de pre- en postnatale periode. Daarmee vormen ze een objectief kader om goede praktijken te herkennen, afwijkingen op te sporen en continue verbeteracties te sturen.

De huidige indicatoren richten zich op essentiële aspecten zoals screeningsdekking, complicatiemanagement, borstvoedingsondersteuning, postpartum geestelijke gezondheid en de kwaliteit van de zorgrelatie. Door het systematisch opnemen van kwaliteitsindicatoren in het A-EQUIP-model ontstaat een proactieve en reflectieve supervisie en wordt niet alleen klinische veiligheid gegarandeerd, maar ook de ervaring van zowel cliënten als professionals verbeterd.

De belangrijkste doelstellingen van het A-EQUIP-model zijn de volgende:

- **Ondersteunen van de persoonlijke en professionele ontwikkeling van vroedvrouwen en versterken van professionele competenties**
- **Versterken van klinische en relationele bekwaamheid, zelfvertrouwen en betrokkenheid**
- **Verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg, afgestemd op de behoeften van de moeder en haar gezin**
- **Bevorderen van kritische reflectie op de praktijk**
- **Bevorderen van een positieve werkomgeving, persoonlijke en professionele veerkracht en ondersteunen van professioneel welzijn om burn-out te voorkomen**
- **Versterken van leiderschap en autonomie via empowerment en ondersteuning**
- **Bevorderen van de samenwerking binnen vroedvrouwenteams en met andere zorgverleners (o.a. artsen, verpleegkundigen, enz.)**
- **Voorbereiden op herregistratie bij de beroepsorganisatie via bewijs en reflecties**

Zoals eerder aangegeven worden vroedvrouwen begeleidt door PMA's die fungeren als mentor. Ze ondersteunen vroedvrouwen in professionele groei zowel praktisch als theoretisch en begeleiden hen in complexe situaties en uitdagingen in het werkveld (o.a. stress, verwachtingen van cliënten, organisatorische eisen, enz.). Via regelmatige monitoring in combinatie met audits en supervisie wordt een cultuur van leren en kwaliteitsverbetering gecreëerd.

Concreet voeren PMA's volgende activiteiten uit:

- **Regelmatig verzamelen en analyseren van kwaliteitsindicatoren uit medische dossiers, databanken en patiëntfeedback.**
- **Organiseren van reflectieve supervisiebijeenkomsten waarin casuïstiek en praktijksituaties worden besproken.**
- **Uitvoeren van gerichte klinische audits (zoals borstvoeding, bloedverlies, postpartum follow-up).**
- **Implementeren van verbeteracties op basis van auditresultaten en feedback (trainingen, protocollen, communicatietools).**
- **Persoonlijke opvolgen van vroedvrouwen om hun ontwikkeling te ondersteunen en de zorgveiligheid te versterken.**

De supervisie door de PMA is op maat en flexibel, afhankelijk van de individuele noden. Er wordt verwacht dat vroedvrouwen minstens één interactie per jaar hebben met hun PMA. Reflectieve of coaching gesprekken verlopen doorgaans via een vast stramien:

1. Voorbereiding

- **Vooraf analyseren van indicatoren en klinisch complexe casuïstiek.**
- **Vroedvrouw bereidt dossiers, feedback en zelfreflectie voor.**

2. Ontvangst & vertrouwen

- **Creëren van een veilige, vertrouwelijke en niet-oordelende sfeer.**
- **Doelstellingen helder maken: leren, verbeteren, ondersteunen.**



3. Bespreking & reflectie

- **Praktijken bespreken aan de hand van beschikbare data.**
- **Sterke punten en ontwikkelpunten identificeren.**
- **Analyse van oorzaken en moeilijkheden op gebied van organisatie, communicatie, middelen of kennis.**

4. Gezamenlijke actieplanning

- **Persoonlijk actieplan opstellen (training, literatuur, protocolwijziging).**
- **SMART-doelen formuleren (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden).**

5. Opvolging & evaluatie

- **Afspraak maken voor opvolggesprek om voortgang te evalueren.**
- **Regelmatige feedback voorzien.**

De implementatie van het Q-EQUIP-model brengt verschillende voordelen met zich mee. Dankzij de ondersteuning en begeleiding via PMA's is er minder werkstress, burn-out en lagere uitval. Men ziet tevens een verbetering van de klinische vaardigheden, praktische kennis en zorgresultaten door de continue bijscholing, reflectie, feedback en de focus op kwaliteitsverbetering. Er is een grotere tevredenheid van vroedvrouwen en ouders, dankzij de positieve werkomgeving en kwalitatieve follow-up. Tot slot versterkt het model de samenwerking en open communicatie binnen teams.

Meer informatie:

<https://www.england.nhs.uk/mat-transformation/implementing-better-births/a-equip/a-equip-midwifery-supervision-model/>

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/04/a-equip-midwifery-supervision-model.pdf>

Reflectie en evaluatiemodel voor vroedvrouwen (Nieuw-Zeeland)

Nieuw-Zeeland beschikt over een reflectie- en evaluatiemodel voor vroedvrouwen, Midwifery Standards Review (MSR), ontwikkeld door New Zealand College of Midwives (NZCOM). Sinds 2005 is MSR verplicht voor alle geregistreerde vroedvrouwen in Nieuw-Zeeland en maakt het deel uit van het driejaarlijks professionele herregistratieprogramma van de Midwifery Council of New Zealand. Het hele proces wordt gecoördineerd door NZCOM en de Midwifery Council.

De MRS is een proces van reflectie, beoordeling en educatie. Het vertrekt van een cultureel kader, nl. Tūrangā Kaupapa (Māori culturele waarden en richtlijnen die de zorg in Nieuw-Zeeland vormgeven) en professionele, ethische, en wettelijke kaders, gedefinieerd door de Midwifery Council:

- **Visie op het beroep van vroedvrouw**
- **Ethische code**
- **Werkterrein van de vroedvrouw**
- **Competenties voor toelating tot het register van vroedvrouwen**
- **Gedragscode**
- **Verklaring van de culturele competenties voor vroedvrouwen**
- **Definitie van de vroedvrouw door de International Confederation of Midwives (ICM)**

Verder gaat het model uit van 10 standaarden voor vroedvrouwenzorg:

1. **Partnerschap met de vrouw.**
2. **Vrije en geïnformeerde keuze.**
3. **Grondige gezondheidsbeoordeling.**
4. **Doelgerichte en actuele documentatie.**
5. **Geïndividualiseerd zorgplan.**
6. **Prioritering van veilige zorg.**
7. **Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid.**



8. Evaluatie van de eigen praktijk.

9. Afsluiten van de zorgrelatie.

10. Kennisdeling en promotie van onderzoek.

De MRS wil de reflectie op de eigen vroedvrouwenpraktijk bevorderen, waarbij verantwoording wordt afgelegd voor de geleverde zorg. Het model versterkt de persoonlijke en professionele ontwikkeling van vroedvrouwen en verbetert de kwaliteit van zorg door peer review en feedback van cliënten.

Het model omvat de volgende kerncomponenten:

- **Reflectie op praktijkervaringen aan de hand van de 10 standaarden voor vroedvrouwenzorg, het cultureel kader Tūranga Kaupapa en professionele, ethische, en wettelijke kaders van de Midwifery Council**
- **Feedback van cliënten en collega's**
- **Analyse van statistische gegevens en klinische uitkomsten (eigen praktijk, instelling of nationaal, via data sheet)**
- **Bespreking van de professionele ontwikkeling aan de hand van een Professional Development Plan (PDP)**

Vertrouwelijkheid van de gegevens, het dossier en het gesprek zijn hierbij essentieel. Daarom wordt er gewerkt met een vertrouwelijkheidsverklaring voor alle betrokken personen bij de review. Er wordt ook schriftelijke toestemming gevraagd van cliënten voor het gebruik van data.

Vroedvrouwen zijn zelf verantwoordelijk om een review te boeken via de website van NZCOM en dienen dit vooraf te betalen. Het aanvraagformulier dient minstens drie maanden voor de review ingevuld te worden. De nodige documenten (MSR-materiaal) dienen ten laatste drie weken voor de review datum opgeladen te worden via het persoonlijk portaal (voor leden) op de website van NZCOM of per post bezorgd (niet-leden):

- **Introductie van de vroedvrouwenpraktijk en de huidige rol**
- **Reflecties op praktijkervaringen (zie hoger bij kerncomponenten)**
- **Feedback van collega's en cliënten met bijhorende reflecties**
- **Statistieken met bijhorende reflecties ten aanzien de praktijk**
- **Het vorige en huidige PDP met reflecties en nieuwe plannen/doelen voor de volgende drie jaar**
- **Een ingevulde samenvattende planning van het herregistratieprogramma van de afgelopen drie jaar**

Vervolgens vindt het review gesprek (bij voorkeur fysiek) plaats tussen de vroedvrouw en twee beoordelaars (vroedvrouw en (ex-)cliënt). Zij ondersteunen het reflectieproces en de opmaak van het PDP, waarbij de vroedvrouw nadenkt over de professionele ontwikkelingsdoelen op basis van de eigen praktijkervaring en de input van de beoordelaars hierbij integreert. De twee beoordelaars worden speciaal opgeleid door de Midwifery Council om dit proces te begeleiden. Dit gesprek neemt doorgaans één uur in beslag. De vroedvrouw brengt het opgeladen MRS-materiaal mee (geprint of computer), een up-to-date portfolio en samenvattende planning van het herregistratieprogramma, evt. informatiemateriaal voor ouders en geanonimiseerd klinische documentatie.

Vroedvrouwen kunnen MRS-handboek en portfolio aankopen bij de NZCOM en het sjabloon voor de samenvattende planning van het herregistratieprogramma downloaden via de website van de Midwifery Council.

Meer informatie:

<https://www.midwife.org.nz/midwives/midwifery-standards-review/>
<https://midwiferycouncil.health.nz/>



Kwaliteitsregister Verloskundigen (Nederland)

Het kwaliteitsregister wordt momenteel herzien (2025). Onderstaande samenvatting is gebaseerd op de huidige informatie beschikbaar op de website over het kwaliteitsregister. Aangezien de deelregisters deels komen te vervallen in de toekomst, worden deze niet verder besproken.

Het Kwaliteitsregister Verloskundigen werd ontwikkeld door de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) met als doel het waarborgen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het stimuleren van de deskundigheidsbevordering zoals bijscholing en intercollegiaal overleg. Met dit kwaliteitsregister wil de KNOV een norm te stellen voor kwaliteitsbehoud en -verbetering van zorg door verloskundigen.

Bij de organisatie van het kwaliteitsregister zijn verschillende commissies betrokken:

- **Bureau Kwaliteitsregister Verloskundigen (onderdeel van de KNOV-werkorganisatie), dat werkt volgens het reglement van het kwaliteitsregister, belast is met de uitvoering van het kwaliteitsregister (registraties, herregistraties en accreditatieaanvragen) en instaat voor het jaarverslag.**
- **Beleidscommissie (ingesteld door het KNOV-bestuur), die toezicht houdt op het functioneren van het kwaliteitsregister en het beleid vaststelt.**
- **Accreditatiecommissie (ingesteld door het KNOV-bestuur), die onafhankelijk de accreditatiecriteria bepaalt voor deskundigheidsbevordering, aanvragen beoordeelt en steekproefsgewijs visitaties uitvoert.**
- **Beroepscommissie (ingesteld door het KNOV-bestuur), die onafhankelijk beroepsprocedures afhandelt met betrekking tot het kwaliteitsregister en werkt volgens het reglement bezwaar en beroep.**

Het kwaliteitsregister staat open voor alle praktiserende verloskundigen, zowel eerstelijns als klinisch. Lidmaatschap van de KNOV is geen vereiste. Bij registratie verklaart een verloskundige dat zij volgens de normen van de beroepsgroep werkt, zich houdt aan de KNOV-richtlijnen en investeert in het verwerven en bijhouden van kennis en vaardigheden, een goede praktijkorganisatie, (multidisciplinaire) samenwerking en cliëntgericht werken. Aan de registratie zijn kosten verbonden (€ 350 excl. BTW voor KNOV-leden, € 800 excl. BTW voor niet-leden)

Registratie geldt voor een periode van vijf jaar, waarbij volgende registratiecriteria worden gehanteerd:

- **Registratie in het BIG-register, een register voor zorgberoepen in Nederland (onderdeel van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, BIG-wet)**
- **Minimaal 10u per week actief als verloskundige**
- **Verklaring dat de normen van de beroepsgroep worden gevolgd**
- **Een klachtenregeling die voldoende aan de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen**
- **Actieve deelname aan (geaccrediteerde) deskundigheidsbevordering (200 uur per 5 jaar), nl. tenminste 80 uur (16 uur per jaar) geaccrediteerde bij- en nascholing, minimaal 20 uur (4 uur per jaar) geaccrediteerde vaardigheidstrainingen spoedeisende handelingen (4 uur per jaar met elk jaar een training reanimatie pasgeborene, tenminste 40 uur (8 uur per jaar) deelname aan geaccrediteerd methodisch intercollegiaal overleg en maximaal 60 uur (12 uur per jaar) te besteden aan overige deskundigheidsbevordering**

De registratieprocedure verloopt als volgt. De verloskundige maakt een account aan en kan daarna een registratie in het kwaliteitsregister aanvragen. Vervolgens kan de verloskundige de activiteiten registreren in een persoonlijk dossier en de nodige bewijsstukken opladen. Er wordt zoals bij de kinesitherapeuten in België gebruik gemaakt van de PE-online platform. In het persoonlijk dossier is een online self-assessment tool voorzien, bestaande uit stellingen die gebaseerd zijn op de rollen van de beroepsprofielen eerstelijns en klinische verloskundige en te scoren zijn op een schaal van 1 tot 10. Hierdoor wordt inzicht verkregen in de eigen competenties wat een goede leidraad vormt bij de keuze van bijscholingen. Na afronding van het assessment wordt een rapport opgesteld dat de eigen resultaten interpreteert en duidt. Op basis daarvan kan de verloskundige een persoonlijk ontwikkelingsplan opstellen en uitvoeren.



Via de scholingsagenda van de KNOV kan men gericht zoeken op de rollen om zo bepaalde competenties te versterken. Verloskundigen kunnen maximaal twee keer per registratieperiode het assessment doorlopen en hiervoor accreditatie-uren registreren.

Herregistratie na vijf jaar is enkel mogelijk als de verloskundige minimaal 200 uur deskundigheidsbevorderende activiteiten kan aantonen en nog steeds een actuele BIG-registratie heeft. Bij de aanvraag voor herregistratie wordt een het digitaal dossier ingediend bij het Bureau Kwaliteitsregister Verloskundigen.

Een registratie in kwaliteitsregister biedt volgende voordelen voor verloskundigen:

- **Stimulans om te investeren in de eigen deskundigheid, kwaliteit van de praktijk en levenslang leren**
- **Doelgericht inzetten op verschillende rollen van het beroepsprofiel**
- **Overzicht van de professionele ontwikkeling en alle bijscholingsactiviteiten**
- **Professionele erkenning en bevestiging dat normen van de beroepsgroep worden gevolgd**
- **Gebruik van het keurmerk op communicatiedragers**
- **Zichtbaar voor en transparantie naar cliënten, collega's en zorgverzekeraars**



Supplement 3:

Gedetailleerd overzicht implementatiestrategie

Auteurs: Florence D'Haenens* en Inge Tency*

*Odisee-hogeschool, Opleiding Vroedkunde, Campus Sint-Niklaas

THEMA 1: PERINATALE MENTALE GEZONDHEID (ANGST, DEPRESSIE) (PMG)

Barrière(s)/noden	Mogelijke implementatiestrategie(ën)	Haalbaarheid van de strategie	Impact van de strategie
Er is een gebrek aan kennis en ervaring om PMG op een niet-stigmatiserende manier te bevragen en op een correcte, uniforme manier te screenen. Er is een divers, maar zeer versnipperd aanbod voor training, vaak ook tijdelijk van aard met sterke lokale/regionale verschillen en wisselende kwaliteit.	Organiseer duurzame, kwaliteitsvolle, evidence-based en geaccrediteerde opleidingen over PMG en bied deze op regelmatige basis aan. Hanteer hierbij een multidisciplinaire aanpak. Includeer in deze opleiding de volgende aspecten: Detectie, signalen en symptomen, anamnese, screening en gevalideerde tools, gespreksvaardigheden, doorverwijzing.	Deze opleidingen kunnen aangeboden worden via o.a. beroepsorganisaties of bestaande (perinatale) netwerken in samenwerking met door de overheid erkende, organisaties op nationaal of regionaal niveau (zoals Perinet in Vlaanderen of PsyBru in Brussel) of bestaande initiatieven zoals Born in Belgium Pro.	Verhogen van kennis en vaardigheden over PMG van perinatale zorgverleners. Verhogen van vertrouwen en motivatie om in dialoog te gaan over PMG met (toekomstige) ouders. Doorbreken van taboe en sensibiliseren/normaliseren van PMG.
Er is nood aan multidisciplinaire en systematische interviews en casusbespreking.	Organiseer multidisciplinaire interviews en casusbespreking die op regelmatige basis worden aangeboden en geaccrediteerd zijn. Zorg voor de nodige opvolging en feedback.	Deze interviews en casusbesprekingen kunnen lokaal en/of regionaal georganiseerd worden, naar analogie met lokale kwaliteitsgroepen (LOK), evt. hieraan gekoppeld. Een andere mogelijkheid is om te werken via perinatale netwerken (o.a. binnen eerstelijnszones of vanuit het Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg) of ziekenhuisnetwerken. Belangrijk is om hierbij een multidisciplinaire aanpak te hanteren.	Verhogen van kennis en vaardigheden over PMG van perinatale zorgverleners. Verhogen van vertrouwen en motivatie om in dialoog te gaan over PMG met (toekomstige) ouders. Doorbreken van taboe en sensibiliseren/normaliseren van PMG. Stimuleren en bevorderen van multidisciplinaire samenwerking op vlak van PMG.
Er is nood aan een eenvoudige en uniforme tool om te screenen naar PMG. Gevalideerde screeningtools zijn momenteel niet geïncludeerde in de elektronische patiëntendossiers (in ziekenhuizen of de softwarepakketten ¹ voor eerstelijns vroedvrouwen). Daarom wordt screening naar PMG als tijdrovend en weinig efficiënt ervaren.	Implementeer en integreer gevalideerde screeningtools voor PMG op een gebruiksvriendelijke manier in elektronische patiëntendossiers (vb. via pop-up berichten).	Dergelijke tools kunnen meegenomen worden bij de homologatiecriteria van de softwarepakketten voor eerstelijns vroedvrouwen die momenteel worden ontwikkeld. Er bestaat reeds een digitale tool 'Born in Belgium Pro' om tijdens de zwangerschap te screenen naar psychosociale kwetsbaarheden (met o.a. mentaal welzijn: angst, depressie). Deze tool is gratis (via het RIZIV) beschikbaar voor perinatale zorgverleners en wordt momenteel uitgerold in België. Er zijn echter grote regionale verschillen in de uitrol en gedragenheid van deze tool. Het is zinvol om de integratie van een bestaande tool te exploreren (i.p.v. een nieuw, aparte tool te ontwikkelen) en te bekijken hoe de screening naar PMG zowel pre- als postnataal kan uitgerold worden.	Zorgen voor een efficiënte inzet van tijd en middelen door optimalisatie van de screening (via een digitale tool). Realiseren van een systematische screening om zo perinatale mentale problemen vroegtijdig te detecteren en opnames en/of crisissituaties hierdoor beperken. Doorbreken van taboe en sensibiliseren/normaliseren van PMG.

¹ In België zijn er drie softwarepakketten ter beschikking voor eerstelijns vroedvrouwen, nl. AllSoftPlus Vroedvrouwen, CareConnect Midwife en PatientManager



Barrière(s)/noden	Mogelijke implementatiestrategie(ën)	Haalbaarheid van de strategie	Impact van de strategie
Er is nood aan multidisciplinaire samenwerking, communicatie en afspraken rond screening en doorverwijzing op vlak van PMG. Een overzicht van experts in PMG ontbreekt, is onvolledig of niet altijd up-to-date. Verder zijn voorzieningen soms verzadigd en is er onvoldoende opvang (ambulant, residentieel).	Werk een lokaal of regionaal afsprakenkader en zorgpad uit rond PMG met alle betrokken zorgactoren en aandacht voor screening, doorverwijzing, taken, verantwoordelijkheden en zorgcoördinatie. Creëer voldoende plaatsen binnen geestelijke gezondheid voor moeder en baby op verschillende niveaus (1ste, 2de, 3de lijn en crisis)	De uitwerking van een zorgpad rond PMG kan gebeuren via de bestaande perinatale netwerken en sluit aan bij het opzet van het Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg. Om het zorgaanbod in kaart te brengen, kan gebruik gemaakt worden van bestaande tools (o.a. Born in Belgium Pro, sociale kaart, enz.). Het tekort aan plaatsen in de geestelijke gezondheidszorg is een generiek probleem, dat hoog op de regionale en federale beleidsagenda staat en blijvende aandacht vergt, zowel naar ambulante, residuele en crisis opvang en dit ook specifiek voor moeder en baby.	Stimuleren en bevorderen van multidisciplinaire samenwerking op vlak van PMG. Optimaliseren van het zorgaanbod voor (toekomstige) ouders op vlak van PMG.

THEMA 2: DOORVERWIJZING VAN VROEDVROUW NAAR ANDERE PERINATALE ZORGVERLENERS IN 1STE, 2DE EN 3DE LIJN (O.A. GYNAECOLOOG, KINDERARTS, HUISARTS, PSYCHOLOOG, KINESITHERAPEUT, SOCIALE WERKERS, ENZ.) OMWILLE VAN MEDISCHE REDENEN OF BIJ VERMOEDEN VAN PATHOLOGIE.

Barrière(s)/noden	Mogelijke implementatiestrategie(ën)	Haalbaarheid van de strategie	Impact van de strategie
Een duidelijk nationaal kader voor maternale en neonatale doorverwijzing van 1ste naar 2de of 3de lijn ontbreekt. De kwaliteitscriteria vertrekken van (medische) maternale en neonatale indicaties uit bestaande richtlijnen die vaak breed en weinig concreet zijn, wat toepassing in de praktijk bemoeilijkt. Er is tot op heden ook geen apart rijksregisternummer voor moeder en kind, waardoor doorverwijzingen enkel kunnen geattesteerd worden op de moeder (zie thema 4). Er is ook nood aan terugkoppeling of feedback na doorverwijzing. Cijfers over doorverwijzingen zijn niet beschikbaar. Doorverwijzingen worden momenteel niet geregistreerd in vb. het elektronisch patiëntendossier (van ziekenhuizen of softwarepakketten voor eerstelijns vroedvrouwen) en zijn ook niet opgenomen in RIZIV nomenclatuur.	Werk een transparant en concreet doorverwijzingsinstrument uit in consensus met perinatale zorgverleners in de 1ste, 2de en 3de lijn voor doorverwijzing tijdens zwangerschap en postpartum. Dit instrument kan vervolgens geïntegreerd worden in elektronische patiëntendossiers (vb. drop down menu, pop-up bericht), zodat doorverwijzingen worden geregistreerd. Ontwikkel een uniforme, regionale verwijsbrief voor doorverwijzing van 1ste lijn naar 2de of 3de lijn. Voorzie terugkoppeling vanuit 2de of 3de lijn na doorverwijzing door vroedvrouwen, conform de aanpak bij artsen (o.a. telefonisch, per brief, contactgegevens van vroedvrouwen in ziekenhuissysteem). Geneer een RIZIV-code voor doorverwijzing op basis van concrete (medische) maternale en neonatale indicaties.	Naar aanleiding van de verkorting van de ligduur werden eveneens minimale ontslagcriteria uitgewerkt in overleg met perinatale zorgverleners binnen ziekenhuisnetwerken. Verder werd reeds de basis gelegd voor het ontwikkelen van een lokaal doorverwijzingsinstrument voor het opvolgen van zwangerschap in de eerste lijn (KCE rapport, 2023). Er werden tevens alarmtekens toegevoegd voor moeder en baby in de multidisciplinaire richtlijn postpartum deel 1. Vanuit de ordonnantie open ziekenhuizen in Brussel wordt momenteel een uniform verwijsbrief ontwikkeld. Voorbeelden en materiaal zijn dus voorhanden om een doorverwijzingsinstrument en verwijsbrief te ontwikkelen voor doorverwijzing tijdens de zwangerschap en postpartum. Dit kan regionaal aangepakt worden, vanuit perinatale en/of ziekenhuisnetwerken. Deze voorgestelde implementatiestrategie sluit bijkomend ook aan bij het opzet van het Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg dat het lokaal netwerk wil verstevigen. Het budget van de gezondheidszorg staat onder druk. Uitbreiding van de nomenclatuur van vroedvrouwen stagneert en de verloning voor de eerstelijns vroedvrouwen is ontoereikend. De extra middelen die in 2024 werden beloofd voor vroedvrouwenzorg werden finaal niet meegenomen in de begroting. De uitbreiding van de nomenclatuur met een RIZIV-code voor doorverwijzing kan echter stimulerend werken en is een erkenning van het werk van de vroedvrouw hierbij.	Stimuleren van doorverwijzingen tijdens zwangerschap en postpartum tussen verschillende perinatale zorgverleners. Bevorderen van de samenwerking en communicatie tussen verschillende perinatale zorgverleners. Verwerven van inzichten in de maternale en neonatale doorverwijzingen en uitkomsten om zo de kwaliteit van de perinatale zorg te optimaliseren.


THEMA 3: NATIONAAL (REGIONAAL) AANBOD VAN (MEERTALIG) LAAGDREMPELIG INFORMATIEMATERIAAL ROND ZWANGERSCHAP EN POSTPARTUM VOOR (TOEKOMSTIGE) OUDERS

Barrière(s)/noden	Mogelijke implementatiestrategie(ën)	Haalbaarheid van de strategie	Impact van de strategie
Informatie voor (toekomstige) ouders is sterk versnipperd. Er is nood aan gedeeld en uniform materiaal (vb. over belangrijke, generieke topics zoals foliumzuur, roken, enz.), dat ook toegankelijk is voor mensen met een lage gezondheidsgeletterdheid (o.a. beeldmateriaal). Kwaliteitsindicatoren met betrekking tot informatievoorziening focussen zich vooral op kwantiteit (aantallen, percentages), echter ook de kwaliteit van de informatievoorziening is van belang, maar moeilijker te meten. Er is nood aan instrumenten om het proces van gedeelde besluitvorming (o.a. keuzehulpen) en geïnformeerde toestemming (o.a. informatie- en toestemmingsformulieren rond vb. NIPT, GBS, enz.) te faciliteren in de vroedvrouwenpraktijk. Ook een uniform en handig instrument om de tevredenheid van ouders omtrent vroedvrouwenzorg en informatievoorziening te meten, ontbreekt.	Centraliseer (bestaande) informatie voor (toekomstige) ouders op één (doorverwijs) platform of via een gedeelde bibliotheek, bij voorkeur op nationaal niveau en met brede focus (vb. preconceptie tot eerste 1000 dagen). Stel hierbij een lijst van prioritaire topics op. Combineer de ontwikkeling van wetenschappelijk materiaal (o.a. richtlijnen) met een aanbod aan toegankelijke informatie voor ouders (o.a. brochure, informatieve illustratie, video, enz.). Ontwikkel en valideer een meetinstrument om de tevredenheid van ouders t.a.v. zorg en informatie tijdens de zwangerschap en postpartum door vroedvrouwen (1ste lijn, ziekenhuis) Ontwikkel keuzehulpen en gestandaardiseerde informatie- en toestemmingsformulieren, uitgaande van een lijst met prioritaire topics.	Er is een brede waaier aan informatie beschikbaar via diverse kanalen over zwangerschap en postpartum. Deze informatie kan geïnventariseerd en gedeeld worden op regionaal niveau via perinatale en ziekenhuisnetwerken. Deze strategie sluit ook aan bij bestaande initiatieven vanuit de overheid die betrouwbare medische informatie aanbieden voor het brede publiek zoals Gezondheid en Wetenschap of Infosanté en waar toevoegen van informatie over zwangerschap en postpartum zinvol is. Er is bijkomend een tendens om ook patiënten te betrekken bij de ontwikkeling van richtlijnen (vb. Cel patiëntenparticipatie binnen de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn, WOREL). Verder zijn er ook voorbeelden uit het buitenland (o.a. National Institute for Health and Care Excellence, NICE) die standaard bij elke richtlijn een sectie rond informatie voor het brede publiek toevoegen. Patiëntentevredenheid metingen worden doorgaans uitgevoerd in ziekenhuizen en deze bevragingen kunnen vertaald worden naar de context van 1ste lijn en perinatale zorg. De Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen (VBOV) ontwikkelde reeds geboortekozes op maat van toekomstige koppels om samen geïnformeerde beslissingen te nemen. Voor de ontwikkeling van informatiemateriaal (brochure, Informatieve illustratie, video, enz.) en keuzehulpen is het opportuun om samen te werken met studenten vroedkunde en andere zorgopleidingen en/of specifieke werkgroepen van beroepsorganisaties.	Zorgen voor een efficiënte inzet van tijd en middelen door informatiemateriaal te centraliseren en samenwerking tussen perinatale zorgverleners op dat vlak te stimuleren. Bevorderen van persoonsgerichte zorg op basis van tevredenheid van (toekomstige) ouders en informatienoden. Ondersteunen van geïnformeerde toestemming en gedeelde besluitvorming tussen perinatale zorgverlener en (toekomstige) ouders. Ondersteunen van (toekomstige) ouders om informatie rond zwangerschap en postpartum te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken om beslissingen te nemen die hun gezondheid en deze van de baby, ten goede komen.



THEMA 4: PERINATALE GEGEVENSDELING

Barrière(s)/noden	Mogelijke implementatiestrategie(ën)	Haalbaarheid van de strategie	Impact van de strategie
Er is een gebrek aan gegevensdeling tussen perinatale zorgverleners, mede door verschillen elektronische patiëntendossiers en softwarepakketten. Bepaalde kwaliteitsindicatoren (infectieziekten, vaccinaties) kunnen niet geëvalueerd worden, omdat registratie in softwarepakketten van eerstelijnsvroedvrouwen momenteel niet voorzien is. De perinatale zorg is een gedeelde verantwoordelijkheid van diverse zorgverleners. Er is nood aan communicatie, vertrouwen, en samenwerking op verschillende niveaus. Sommige regio's kampen met een tekort aan perinatale zorgverleners (o.a. pediaters, huisartsen, vroedvrouwen, psycholoog, enz.) wat de continuïteit van zorg in het gedrang kan brengen (vb. bij doorverwijzing)	Deel een minimale set van perinatale gegevens met verschillende softwarepakketten (eerder dan een multidisciplinair dossier). Deze ontwikkeling situeert zich op interfederaal niveau en dient gefaciliteerd te worden door de FOD Volksgezondheid. Voer noodzakelijke aanpassingen door aan de softwarepakketten voor eerstelijnsvroedvrouwen. Zet in op een goede communicatie en samenwerking op lokaal en regionaal niveau. Voorzie een perinataal zorgpad voor laagrisico zwangeren en kraamvrouwen, getrokken door een perinataal coördinator (niet projectmatig, maar idealiter structureel ingebed), waarin de structuur, taakverdeling en afspraken worden vastgelegd. Maak een regionaal overzicht van de beschikbare perinatale zorgverleners om evt. tekorten te detecteren en op te vangen. Regel de toegang voor vroedvrouwen tot het zorgportaal van ziekenhuizen, analoog aan artsen, om zo de communicatie en samenwerking tussen 1ste en 2de of 3de lijn te bevorderen.	Er waren in het verleden diverse initiatieven en pilootprojecten rond perinatale gegevensdeling vanuit de overheid. Tot op heden is deze gegevensdeling nog geen feit, maar wel van belang in het kader van geïntegreerde zorg. Vanuit het interfederaal plan wordt geïntegreerde zorg gestimuleerd en netwerking op lokaal niveau versterkt. Binnen regionale netwerken werd reeds werk gemaakt van perinatale zorgpaden die als good practice kunnen gebruikt worden.	Zorgen voor een efficiënte inzet van tijd en middelen door het vermijden van dubbel werk en overconsumpties (vb. dubbele labocontroles) enerzijds, maar ook het detecteren van onderconsumptie anderzijds. Bevorderen van de samenwerking en communicatie tussen verschillende perinatale zorgverleners.
Er is tot op heden geen apart rijksregisternummer voor moeder en baby bij geboorte, waardoor doorverwijzingen en prestaties aanvankelijk enkel kunnen geattesteerd worden op de moeder. De software pakketten voor eerstelijnsvroedvrouwen beschikken daarenboven enkel over een moederdossier waaraan de gegevens van de baby zijn gekoppeld. Bijkomend is er geen aparte RIZIV-nomenclatuur voor de baby. Eenzelfde code voor moeder- en babyzorg weerspiegelt echter niet de realiteit van de vroedvrouwenzorg en de diversiteit ervan.	Zorg voor een betere afstemming tussen de geleverde prestaties door de vroedvrouw en de financiële vergoeding. Dit kan door het optimaliseren van de registratie, waarbij enerzijds een apart babydossier wordt voorzien in de softwarepakketten voor eerstelijnsvroedvrouwen. Anderzijds is het ook van belang dat een RIZIV-nomenclatuur voor de baby mogelijk wordt gemaakt. Het vroeger toekennen van het rijksregisternummer aan de baby is hierbij ook noodzakelijk.	Er wordt momenteel bekeken om de toekenning van het rijksregisternummer aan de baby te koppelen aan de kennisgeving (i.p.v. aan de geboorteaangifte), waardoor dit sneller beschikbaar zou zijn. Homologatiecriteria voor de software pakketten voor eerstelijnsvroedvrouwen worden momenteel bepaald. Het is een goede timing om een apart babydossier mee te nemen als één van de criteria. Aanpassingen aan softwarepakketten voor eerstelijnsvroedvrouwen verlopen echter moeizaam, omdat het aantal afnemers vrij laag is in vergelijking met vb. artsen en verpleegkundigen, en grote aanpassingen zoals een apart babydossier, de nodige investeringen van de software verkopers vragen. Dit kan leiden tot een verhoging van de aankoopprijs van het pakket voor vroedvrouwen, terwijl de telematica premie nu al niet toereikend is. Moeder en kind vragen aparte zorgen, waardoor opsplitsing van RIZIV-nomenclatuur wenselijk is. Het budget van de gezondheidszorg staat echter onder druk en de gevraagde uitbreiding van de nomenclatuur van vroedvrouwen bleef reeds in het verleden uit. Desalniettemin geeft deze uitbreiding erkenning aan het werk van de vroedvrouw en zorgt het voor een correcte verloning, wat één van de redenen is voor de massale deconventie van vroedvrouwen.	Optimaliseren van de registratie van geleverde zorgen door de vroedvrouw aan moeder en kind Realiseren van een correcte verloning voor de geleverde prestaties door de vroedvrouw Stimuleren van vroedvrouwen om tot de conventie toe te treden (of te blijven), wat in het belang is van moeder en kind, in bijzonder voor kwetsbare groepen.



Barrière(s)/noden	Mogelijke implementatiestrategie(ën)	Haalbaarheid van de strategie	Impact van de strategie
De evoluties op vlak van eHealth volgen elkaar in snel tempo op, wat impliceert dat continue bijscholing noodzakelijk is. De telematica premie is een stimulans om een digitaal patiëntendossier bij te houden, maar niet kostendekkend	Voorzie op regelmatige basis geaccrediteerde opleidingen over eHealth, zodat vroedvrouwen up-to-date zijn over de recente evoluties. Zorg voor een werkgroep digitale gezondheidszorg vanuit beroepsorganisaties voor vroedvrouwen om de eHealth-evoluties mee op te volgen en terug te koppelen naar de achterban en deze ook te sensibiliseren.	Vanuit het eHealth-platform en andere organisaties (o.a. VIVEL) worden reeds opleidingen voorzien rond eHealth. Het is van belang dat deze breed gecommuniceerd worden onder vroedvrouwen. Beroepsorganisaties voor vroedvrouwen staan reeds in voor permanente vorming, kunnen hun leden sensibiliseren en bijscholing op vlak van eHealth promoten.	Optimaliseren digitale competenties van vroedvrouwen. Bevorderen van de integratie van eHealth in de vroedvrouwenpraktijk en versnellen van de adoptie van nieuwe eHealth-ontwikkelingen. Bevorderen van de continuïteit van zorg en communicatie tussen perinatale zorgverleners, wat de kwaliteit van zorg ten goed komt.

THEMA 5: NATIONAAL PORTFOLIO VOOR VROEDVROUWEN

Barrière(s)/noden	Mogelijke implementatiestrategie(ën)	Haalbaarheid van de strategie	Impact van de strategie
Er is nood aan een nationaal portfolio voor vroedvrouwen waarin diploma's en certificaten kunnen worden opgeladen, expertise/werkervaring kan worden aangegeven en vorming geregistreerd. Het is ook nuttig om een ruimte te voorzien waar het materiaal voor gezondheidspromotie en de wijze van infoverstreking kan worden opgenomen. Een vroedvrouw is wettelijk verplicht om 75 uren bijscholing te volgen per 5 jaar. Er gelden aanbevelingen om een bepaald aantal uren te besteden aan reanimatie- en spoedeisende vaardigheden (enkel voor eerstelijns vroedvrouwen die autonoom bevallingen doen). Dit kan aangevuld worden met een minimum quota voor vorming rond PMG en eHealth. Een bezorgdheid is de kwaliteit van de aangeboden vormingen (vroeger was het noodzakelijk om deze te laten goedkeuren door de Federale Raad voor Vroedvrouwen, FRVV).	Oprichten van een task force met vroedvrouwen, beroepsorganisaties en andere relevante stakeholders om de inhoud en implementatie van het digitaal portfolio voor vroedvrouwen vorm te geven. Een nationaal portfolio heeft de voorkeur boven een regionaal portfolio of een portfolio gelinkt aan het lidmaatschap van een beroepsorganisatie. Dit portfolio wordt het best beheerd en geïmplementeerd door een onafhankelijk orgaan, bestuurd door vroedvrouwen uit het werkveld, onderwijs, beleid en beroepsverenigingen. Dit orgaan stelt een reglement op waarin o.a. de toetredingsvoorwaarden, kwaliteitsbewaking van de vormingen, accreditatiecriteria en evaluatiemodaliteiten, worden beschreven en reikt ook de nodige toelichting aan (o.a. handleiding, evaluatiedocumenten, enz.). Een (jaarlijkse) kwaliteitspremie (naar analogie met de kinesitherapeuten) kan hier ook stimulerend werken. Vroedvrouwen die voldoen aan de accreditatiecriteria kunnen zich ook profileren naar zorgvragers en andere zorgverleners door dit publiek bekend te maken (vb. in een kwaliteitsregister zoals bij kinesitherapeuten of op communicatiedragers en logo naast de naam op lijst met eerstelijns vroedvrouwen bij het Good Practice Logo (GPL) van de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, VBOV). Het is ook nuttig om dit portfolio reeds te introduceren bij studenten in de bacheloropleidingen Vroedkunde.	Dit sluit aan bij de verplichting van de Kwaliteitswet (22 april 2019, artikel 8) dat elke beoefenaar van de gezondheidszorg een portfolio moet bijhouden, bij voorkeur in elektronische vorm, met de nodige informatie die zijn/haar vaardigheden en ervaring valideert. Binnen het project 'Portaal' bekijken de administraties van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid de uitrol van een elektronisch portfolio voor elke zorgverlener. In dit kader werd een advies geformuleerd over het portfolio door de Federale Raad voor Vroedvrouwen vanuit het CanMeds model. Er zijn reeds good practices vanuit het buitenland en andere beroepsgroepen in België (zie rapport deel 2 en supplement 2) die hier als leidraad kunnen dienen. De uitrol van een portfolio sluit aan bij de wettelijke verplichting voor vroedvrouwen om 75 uren permanente vorming te volgen per 5 jaar. Voor vroedvrouwen die autonoom bevallingen verrichten, wordt aanbevolen om minstens 8u reanimatievaardigheden (neonaat, volwassene) en minstens 8u spoedeisende vaardigheden te volgen (FRVV). Het GPL van de VBOV vereist ook dat een vroedvrouw bijscholing volgt over het onderzoek van de neonaat. Vanuit beroepsorganisaties voor vroedvrouwen wordt reeds gestimuleerd om een portfolio bij te houden. Er is een ruim aanbod aan permanente vorming voor de vroedvrouwen vanuit diverse organisaties. De praktische en financiële haalbaarheid van supervisie en feedback, zoals uitgewerkt in het A-EQUIP model (Verenigd Koninkrijk) en Midwifery Standards Review (Nieuw-Zeeland) worden in vraag gesteld.	Stimuleren van professionele ontwikkeling en levenslang leren door vroedvrouwen, wat de kwaliteit van de perinatale zorg en tevredenheid van (toekomstige) ouders kan verbeteren. Actualiseren van kennis en vaardigheden om op de hoogte te blijven van relevante evoluties binnen het werkveld van de vroedvrouw.