



Het 7^{de}-dagsonderzoek door de huisarts

Dr. Liesa Hoet, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

1. Abstract

Context: Minister van Volksgezondheid De Block wil het aantal ligdagen na een bevalling in België reduceren. Als antwoord op haar oproep tot opstarten van pilootprojecten ontstond in Leuven het Kort in Kraambed (KIK)-project. Primipare vrouwen verlaten het ziekenhuis op dag drie, multipare vrouwen op dag twee en vrouwen na een sectio gaan op dag vier naar huis. Een deel van de postpartum zorg verschuift hierdoor naar de eerste lijn. Zo zal de huisarts steeds vaker het 7^{de}-dagsonderzoek van de zuigeling moeten uitvoeren.

Onderzoeksvraag: In dit onderzoek wordt nagegaan of (verschillende) opleidingsmodule(s) de kennis van de huisarts in verband met het 7^{de}-dagsonderzoek van de zuigeling verbetert. Daarnaast wordt er gepeild of huisartsen meer vertrouwd zijn met het uitvoeren van het onderzoek na deelname aan de opleiding en wat er aan de opleiding kan verbeterd worden.

Methode: Vanuit de wetenschappelijke stuurgroep van het KIK-project en het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde (ACHG KULeuven) werden drie verschillende opleidingsmodules voor huisartsen georganiseerd. Deze omvatten een theoretische, een praktische en een online opleiding. Voor deelname aan de opleiding werd er een voormeting, door middel van een semigestructureerde vragenlijst, afgenomen om de kennis van de huisarts te bepalen. Zes weken later volgde de nameting om evolutie van de kennis van de deelnemende huisarts na te gaan, alsook een korte kwalitatieve bevraging. Deze peilde naar het vertrouwen van de huisarts in het uitvoeren van het 7^{de}-dagsonderzoek, het toepassen van de opleidingsmodules en wat er aan verbeterd kan worden.

Resultaten: Zowel de voor- als nameting werd door 61 artsen ingevuld. De nameting vond gemiddeld 54,5 dagen na de voormeting plaats. Voornamelijk artsen jonger dan 30j (54%) en artsen actief in een groepspraktijk (64%) namen deel. Op het moment van de nameting werd een globale vooruitgang van de kennis met 8,1% vastgesteld ($p = 0,0005$). Bij het volgen van enkel de theoretische opleiding was er een statistisch significante vooruitgang van 7,6%. Na het volgen van een combinatie van opleidingen was de vooruitgang van de kennis nog beter.

Op het moment van de nameting hadden 27 (44,3%) reeds elementen uit de opleiding toegepast in de praktijk. Een meerderheid (68,9%) van de artsen voelde zich na het volgen van een opleiding meer vertrouwd met het uitvoeren van het 7^{de}-dagsonderzoek. Anderzijds gaven 13,1% van de artsen aan dat er nog meer concrete oefening en ervaring nodig is om voldoende vertrouwd te geraken ermee. De meeste artsen (62,3%) wensten nog deel te nemen aan de praktische opleiding en 49,2% aan de online opleidingsmodule. Als voornaamste verbeterpunt kwam het aanreiken van studiemateriaal en een stappenplan voor het uitvoeren van het 7^{de}-dagsonderzoek aan bod.

Conclusies: De opleidingsmodules verbeteren de kennis van huisartsen in verband met het 7^{de}-dagsonderzoek significant. Het onderzoek is echter te kleinschalig en te beperkt in tijdsduur om duidelijk aan te tonen welke soort opleiding het beste werkt. Verder onderzoek naar verbetering van de zorgkwaliteit is nodig. De huisartsen willen graag verdere (praktische) oefening om meer vertrouwd te worden met het uitvoeren van het 7^{de}-dagsonderzoek. Een uniforme richtlijn, met aanbieden van de theoretische kennis die nodig is voor een goed onderzoek en met duidelijke criteria voor doorverwijzing, ontbreekt momenteel.

Inhoud

1.	Abstract	2
2.	Inleiding.....	4
3.	Methodologie	4
3.1.	Onderzoeksopzet.....	4
3.2.	Onderzoekspopulatie	5
3.2.1.	Inclusiecriteria.....	5
3.2.2.	Exclusiecriteria	5
3.3.	Interventie	5
3.3.1.	Opleidingsmodules	5
3.3.2.	Voormeting	6
3.3.3.	Nameting	6
3.4.	Statistische analyse.....	6
3.5.	Ethische commissie	6
4.	Resultaten	6
4.1.	Demografische gegevens.....	6
4.2.	Effect van de opleidingsmodules op de kennis	7
4.3.	Kwalitatieve bevraging	8
4.3.1.	Toepassing in de praktijk	8
4.3.2.	Vertrouwen in het uitvoeren van het 7 ^{de} -dagsonderzoek	9
4.3.3.	Verdere nascholing	9
4.3.4.	Werkpunten aan de opleidingsmodules	10
5.	Discussie	10
5.1.	Demografische gegevens en theoretische kennis	10
5.2.	Uitvoeren van het 7 ^{de} dagsonderzoek	11
5.3.	Verbeterpunten aan de opleiding	12
6.	Besluit.....	12
7.	Referenties	13
8.	Bijlagen	14
	Bijlage 1 – Uitnodiging navormingscyclus.....	14
	Bijlage 2 - Voormeting	15
	Bijlage 3 - Nameting.....	18
	Bijlage 4 – Protocol ethische commissie.....	19
	Bijlage 5 – Goedkeuring ethische commissie.....	21
	Bijlage 6 – Kraamtijdboekje van het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven	22

2. Inleiding

Een herstructurering van de ziekenhuisfinanciering dringt zich op, dit is ook te zien in de laatste publicatie van het regeerakkoord. Binnen het kader van deze herstructurering riep Minister van Volksgezondheid De Block op tot het indienen van pilootprojecten met als doel het verkorten van de ligduur na de bevalling (1). Want wat één van de meest natuurlijke levensgebeurtenissen is, werd in de loop van de voorbije eeuw sterk gemedicaliseerd. Deze medicalisering heeft tot voordeel dat de sterftekans van moeder en kind aanzienlijk werden verlaagd, maar de keerzijde is dat de ziekenhuizen de organisatie van de zorg sterk naar zich hebben toe getrokken. De duur van het ziekenhuisverblijf hangt tegenwoordig meer af van bepaalde lokale tradities, dan van de medische noden (2).

Vanuit de Leuvense ziekenhuizen en eerstelijnsorganisaties kwam er op de vraag van de minister antwoord onder de vorm van het Kort In Kraambed(KIK)- project. In dit project verlaten de multipare vrouwen op dag twee het ziekenhuis, de primipare vrouwen op dag drie en vrouwen die een keizersnede ondergingen op dag vier (3).

Dit voorstel volgt daarmee de internationale trend waarbij vrouwen met hun pasgeboren baby steeds vroeger de kraamafdeling verlaten. Het inkorten van het ziekenhuisverblijf is trouwens iets wat de laatste jaren ook al waargenomen werd. Vandaag de dag is de verblijfsduur al aanzienlijk ingekort met een gemiddelde van 4,1 dagen in 2011, terwijl dat in 1991 nog 6,9 was. In vergelijking met andere OESO landen behoren we toch nog steeds tot diegene met de langste verblijfsduur. In de OESO landen zien we een gemiddelde verblijfsduur van drie dagen. De kortste verblijven worden genoteerd in het Verenigd Koninkrijk met een gemiddelde van 1,6 dagen (2).

Bevallen met verkorte ligduur, of moeders en hun pasgeboren baby vroeger uit het ziekenhuis ontslaan, houdt ook in dat een deel van de postpartum zorg verschuift van tweede naar eerste lijn. Zo zou de huisarts steeds vaker verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van het “7^{de}-dagsonderzoek”, terwijl dit de voorbije jaren vooral in handen van de pediaters was. Een masterproef uit 2016 toonde aan dat de kennis over het 7^{de}-dagsonderzoek vooral gebaseerd is op expert-opinie en dat veel Vlaamse huisartsen dit onderzoek zelden tot nooit uitvoeren. Een online bijscholingsmodule werd door hen ontwikkeld (4). In dit onderzoek wordt nagegaan of (verschillende) opleidingsmodule(s) de kennis van de huisarts in verband met het 7^{de}-dagsonderzoek van de zuigeling verbetert. Daarnaast wordt er gepeild of huisartsen meer vertrouwd zijn met het uitvoeren van het onderzoek na deelname aan de opleiding en wat er aan de opleiding kan verbeterd worden.

3. Methodologie

3.1.Onderzoeksopzet

Het betrof een kwalitatief praktijk verbeterend onderzoek. De studie had als doel een inschatting te maken van de kennis in verband met het 7^{de}-dagsonderzoek van huisartsen, voor en na het volgen van (verschillende) opleidingsmodule(s). Daarnaast volgde ook een kwalitatieve bevraging over het uitvoeren van het 7^{de}-dagsonderzoek en mogelijke werkpunten voor de opleidingsmodules.

3.2.Onderzoekspopulatie

3.2.1. Inclusiecriteria

Vanuit de wetenschappelijke stuurgroep van het KIK-project te Leuven werden theoretische, praktische en online opleidingsmodules (zie 3.3.1 Opleidingsmodules) aangeboden aan huisartsen uit de huisartsenkring Oost-Brabant (KHOBRA) vanaf september 2016 (Bijlage 1). De huisartsen die voor het doorlopen van een opleidingsmodule een voormeting (zie 3.3.2 Voormeting) invulden werden in dit onderzoek geïnccludeerd.

3.2.2. Exclusiecriteria

Zes weken na de éérst ingevulde voormeting werden de huisartsen per e-mail uitgenodigd om de nameting (zie 3.3.3 Nameting) in te vullen. Indien dit na 7 dagen nog niet gedaan werd, ontvingen ze opnieuw een uitnodiging om deze in te vullen. Er werd een laatste herinnering gestuurd 8 weken na de voormeting. Indien de huisartsen na deze 3 e-mails de nameting nog niet ingevuld hadden, werden ze als “drop-out” beschouwd.

3.3.Interventie

3.3.1. Opleidingsmodules

In kader van het KIK-project te Leuven werd een navormingscyclus georganiseerd met als doel de huisartsen meer vertrouwd te laten worden met het uitvoeren van het 7^{de}-dagsonderzoek en hun kennis (bv i.v.m. alarmsymptomen) ervan te verbeteren (Bijlage 1). Uit eerder onderzoek van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde (ACHG KULeuven) blijkt dat gecombineerde leermethodes zorgen voor een meer efficiënte en effectieve voortgezette opleiding voor huisartsen (5). De wetenschappelijke stuurgroep van het KIK-project te Leuven opteerde dan ook om een combinatie van drie verschillende opleidingsmodules aan te bieden aan huisartsen uit de huisartsenkring Oost-Brabant. De huisartsen konden vrij kiezen om deel te nemen aan één of meerdere opleidingsmodules.

Ten eerste was er de mogelijkheid tot zelfstudie door middel van een online opleidingsmodule, ontwikkeld door studenten in het kader van een thesis, die aangeboden werd door het ACHG KULeuven (4). Voor deelname aan deze opleidingsmodule werden de huisartsen gevraagd een voormeting online in te vullen, daarna konden ze deze module zo vaak als gewenst doorlopen.

Ten tweede werd een theoretische uiteenzetting door pediaters (prof. dr. Gunnar Naulaers in het UZ Gasthuisberg en/of door dr. Inge Van Wambeke in het regionaal ziekenhuis Heilig Hart te Leuven) aangeboden. Aan de huisartsen die tijdig aanwezig waren werd gevraagd om schriftelijk de voormeting in te vullen en deze terug in te dienen voor de start van de theoretische uiteenzetting.

Als derde soort leermethode werd er “hands-on teaching” voorzien. Enkel na het doorlopen van de theoretische opleiding te UZ Gasthuisberg en/of het regionaal ziekenhuis Heilig Hart kon de huisarts zich in groepjes van 2 of 3 voor de praktische opleidingssessie inschrijven. Deze opleiding werd gegeven door een pediater op de materniteit van het ziekenhuis waar de theoretische opleiding gevolgd werd. Hierbij werd er geen nieuwe voormeting afgenomen.

3.3.2. Voormeting

De voormeting is een semigestructureerde vragenlijst met als doel de theoretische kennis van de huisarts in verband met het 7^{de}-dagsonderzoek voor deelname aan de opleiding(en) na te gaan. Deze voormeting werd opgesteld op basis van de vragenlijst gebruikt in een thesis (4) en in samenspraak met de pediaters prof. dr. G. Naulaers en dr. I. Van Wambeke (Bijlage 2). Enkel de resultaten van de éérsst ingevulde voormeting (indien er meerdere opleidingsmodules gevolgd werden), werden verder verwerkt voor analyse. Niet ingevulde antwoorden of het aanduiden van meerdere antwoorden werden als foutief beschouwd. De elektronische vragenlijsten werden opgesteld met de websurvey software van de KULeuven.

3.3.3. Nameting

Zes weken na de éérsst ingevulde voormeting werden de huisartsen per e-mail uitgenodigd om opnieuw de semigestructureerde vragenlijst (online) in te vullen, gevolgd door een korte kwalitatieve bevraging over de gevolgde opleidingsmodule(s) (Bijlage 3). Deze kwalitatieve bevraging peilde naar het vertrouwen van de huisarts in het uitvoeren van het 7^{de}-dagsonderzoek, het toepassen van de opleidingsmodules en wat er aan verbeterd kan worden.

3.4. Statistische analyse

Om statistische verschillen na te gaan werd gebruik gemaakt van het programma GraphPad Prism (v 7.01, GraphPad Software Inc. San Diego, CA, USA). Om de globale vooruitgang van alle artsen na te gaan werd gebruik gemaakt van een Wilcoxon test. Vooruitgang volgens geslacht, leeftijd en gevolgde opleidingsmodules werd bepaald aan de hand van een repeated-measures Two-way ANOVA met Bonferoni correctie voor multiple testing. De open vragen werden kwalitatief geanalyseerd.

3.5. Ethische commissie

De studie (mp11560) kreeg gunstig advies van de Opleidings specifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde" (Leuven e.a.) (bijlage 4+5).

4. Resultaten

4.1. Demografische gegevens

In totaal vulden er 61 artsen zowel een voor- als nameting in. Achtenveertig (79%) van de responders waren vrouwen tegenover 13 (21%) mannen. Vooral jonge artsen namen aan de opleidingsmodules deel (54% < 30j; 28% tussen de 30j – 40j; 13% tussen de 40j – 50j; 3% tussen de 50j – 60j; 2% >60j). Van de deelnemende artsen zijn de meeste artsen actief in een groepspraktijk (64%), 13% van de deelnemers was solo arts, 11% van de artsen werken in een duo praktijk, 10% van de artsen zijn actief in een wijkgezondheidscentrum en er nam ook 1 student geneeskunde deel aan de opleidingsmodules (Tabel 1).

Op het moment van de nameting namen 35 artsen reeds aan één opleidingsmodule deel, waarvan 33 artsen enkel de theoretische opleiding en 2 artsen enkel de online opleidingsmodule volgden. Een combinatie van verschillende opleidingsmodules werd door 27 artsen gevolgd: 13 artsen namen aan de theoretische en online opleidingsmodule deel, 7 artsen doorliepen de theoretische en praktische opleiding en 6 artsen namen aan de drie verschillende opleidingsmodules deel (Tabel 1).

Tabel 1: Demografische gegevens en gevolgde modules van de deelnemende artsen.

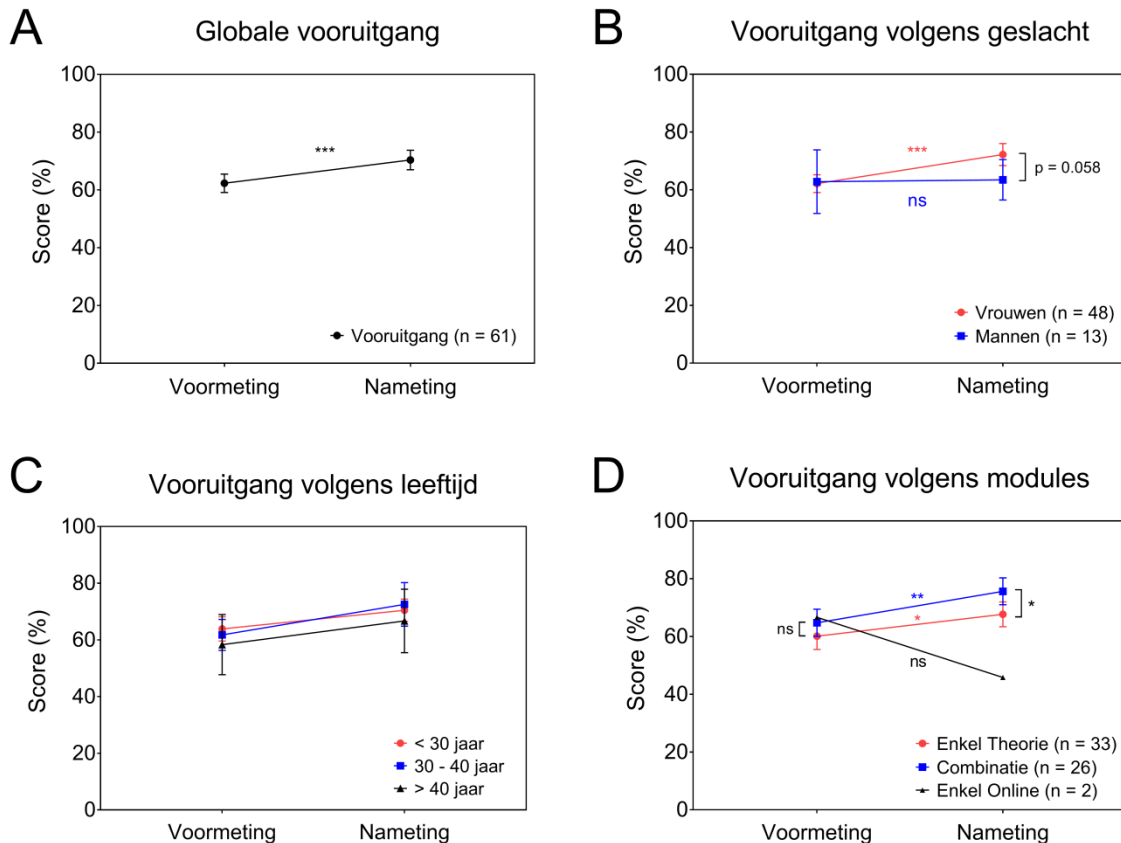
Geslacht				
Mannen			Vrouwen	
13			48	
Leeftijd				
< 30j	30j - 40j	40j - 50j	50j - 60j	> 60j
33	17	8	2	1
Praktijkvorm				
Groep	Solo	Duo	WGC	Student
39	8	7	6	1
Gevolgde modules				
Enkel Theorie	Enkel Online	Theorie + Online	Theorie + Praktijk	Theorie + Praktijk + Online
33	2	13	7	6

4.2. Effect van de opleidingsmodules op de kennis

Bij de voormeting werden gemiddeld 7,48 van de 12 vragen (62,3%) correct beantwoord door de deelnemende artsen, bij de nameting was dit 8,44 (70,4%), wat een statistisch significante ($p = 0,0005$) globale vooruitgang van de kennis van de deelnemende artsen met 8,1% bedraagt (Figuur 1A). De nameting vond gemiddeld 54,5 dagen na de voormeting plaats.

De vrouwelijke artsen scoren statistisch significant beter bij de nameting ($p = 0,0001$), van 62,2% correcte antwoorden op de semigestructureerde vragenlijst bij de voormeting naar 72,2% bij de nameting. Bij de mannelijke artsen is de vooruitgang niet significant ($p > 0,99$), van 62,8% naar 63,5%. We observeren een trend richting een hogere score bij de nameting van de vrouwen ten opzichte van de mannen, maar dit verschil was niet significant ($p = 0,058$) (Figuur 1B). De vooruitgang is enkel significant in de leeftijdsgroep 30j – 40j ($n = 17$, $p = 0,028$) met een stijging van 10,8%. Bij de artsen < 30j was er slechts een trend richting een betere nameting ($n = 33$, $p = 0,078$) met een stijging van 6,6%. Bij de artsen > 40j is er een stijging van 8,3%, maar deze stijging is niet significant ($n = 11$, $p = 0,30$) (Figuur 1C).

De vooruitgang na het volgen van enkel de theoretische opleiding was significant beter ($n = 33$, $p = 0,021$) van 60,1% naar 67,7%. Indien er een combinatie van opleidingen gevolgd werd was er ook een significante vooruitgang ($n = 26$, $p = 0,0022$) van 64,7% bij de voormeting naar 75,6% bij de nameting. Er is een significant hogere score ($p = 0,027$) in nameting bij de groep van artsen die een combinatie van opleidingen hebben gevolgd tegenover enkel de theorie. Er waren slechts 2 artsen die enkel de online module volgden, hier was er eerder een daling van 66,7% naar 45,8%. Dit verschil (gezien de kleine groep $n=2$) is niet significant ($p = 0,17$) (Figuur 1D).



Figuur 1: Effect van de opleidingsmodule(s) op de kennis. (A) Globale vooruitgang van alle artsen ($p = 0.0005$, Wilcoxon test). (B – D) Vooruitgang volgens geslacht, leeftijd en gevolgde opleidingsmodules (* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, ns = niet significant, Repeated-measures Two-way ANOVA met Bonferoni correctie voor multiple testing). De data wordt weergegeven als het gemiddelde $\pm$ 95% confidence interval.

4.3. Kwalitatieve bevraging

4.3.1. Toepassing in de praktijk

Na de semigestructureerde vragenlijst volgde een korte kwalitatieve bevraging. Op de eerste vraag “Heeft u de afgelopen periode elementen uit de opleiding toegepast in de praktijk?” hebben 27 artsen (44,3%) aangegeven dat ze dat effectief gedaan hebben, 34 artsen (55,7%) deden dit nog niet. Vierentwintig artsen (39,3%) gaven verdere commentaar, 37 artsen (60,7%) hebben niets ingevuld bij opmerkingen.

Uit de opmerkingen bleek dat 14 artsen het volledige 7^{de}-dagsonderzoek reeds hebben toegepast, 1 arts gaf aan enkele specifieke onderdelen (palpatie arteriae femorales en bepaling van congenitale icterus) meer toe te passen. Een andere arts had intussen een pediatrische stethoscoop aangeschaft. Vier artsen vermeldde dat een theoretische opfrissing nuttig was en twee artsen gaven aan een zuigeling verwezen te hebben door deze theoretische kennis toe te passen (één kindje werd verwezen nadat de arts een alarmsymptoom (kreunen) had vastgesteld, een andere arts verwees een baby door na het detecteren van een asymmetrische bilplooi). Een minderheid van 5 artsen (8,2%) gaf als opmerking het 7^{de}-dagsonderzoek nog niet te hebben uitgevoerd omdat het gewoon nog niet

aan bod was gekomen (4 artsen) of een andere arts deed het nog niet omdat ze het gepaste materiaal (zoals een pediatrische stethoscoop en meetkussen) nog niet had aangeschaft.

4.3.2. Vertrouwen in het uitvoeren van het 7^{de}-dagsonderzoek

Op de volgende vraag “Bent u, na het volgen van de opleiding, meer vertrouwd met het uitvoeren van het 7^{de}-dagsonderzoek?” antwoordden 42 van de artsen (68,9%) dat dit wel degelijk het geval is. Veertien van hen deden dit wel onder de vorm van “ja, maar...”. Zestien artsen (25,8%) gaf aan dat ze nog onvoldoende vertrouwd zijn met het 7^{de}-dagsonderzoek na de opleiding(en). Drie artsen gaven geen duidelijk antwoord of ze al dan niet meer vertrouwd zijn.

Een veel aangehaalde reden (12 keer) was dat de artsen na het volgen van de opleiding(en) meer vertrouwd waren met de volgorde, de structuur en de volledigheid van het uitvoeren van het 7^{de}-dagsonderzoek. Daarnaast vermeldden 8 artsen dat ze het een goede opfrissing en herhaling vonden van de theorie. Het herkennen van alarmsymptomen en wat er niet gemist mag worden was door de opleiding verbeterd volgens 4 artsen. De theoretische achtergrond nodig voor het herkennen van icterus was volgens 1 arts duidelijk beter na de opleiding. Na de praktische sessie was het onderzoek van de reflexen gemakkelijker uit te voeren volgens 2 artsen. Ook het heuponderzoek ging volgens een arts vlotter na de praktische sessie, een andere arts vermeldde dit over het onderzoek van de arteriae femorales.

Anderzijds gaven 8 artsen aan dat er zeker nog meer concrete oefening en ervaring nodig is vooraleer ze voldoende vertrouwd zullen zijn met het 7^{de}-dagsonderzoek. Vijf artsen gaven aan dat ze nog de praktische sessie zullen volgen om er meer vertrouwd mee te geraken. Twee artsen zijn onvoldoende zeker of ze het onderzoek wel volledig genoeg zouden uitvoeren en 1 arts wist ook niet goed wanneer zij bij twijfel moet beslissen om al dan niet door te verwijzen. Het herkennen van icterus bij de zuigeling blijft volgens 5 artsen erg moeilijk. Vijf artsen geven aan zich nog steeds onzeker te voelen bij het palperen van de arteriae femorales. Het herkennen van een hartgeruis (1 arts) en het correct uitvoeren van het heuponderzoek (1 arts) blijft een uitdaging.

4.3.3. Verdere nascholing

Vervolgens konden de artsen aangeven of ze nog wilden deelnemen aan (een) andere opleidingsmodule(s) van de navormingscyclus. Acht artsen waren niet van plan om nog aan een andere opleidingsmodule deel te nemen. Twee van deze artsen doorliepen al de volledige cyclus, 2 andere volgden reeds een theoretische en praktische opleidingsmodule, 1 arts volgde een theoretische en de online leermodule en de andere 3 artsen volgden enkel een theoretische opleiding. Achtendertig artsen (62,3%) duidden aan dat ze graag nog willen deelnemen aan een praktische opleiding, 2 van hen volgden al eerder een praktische opleiding. Daarnaast willen 30 artsen (49,2%) de online opleidingsmodule nog volgen, 5 van deze artsen hadden de online opleidingsmodule al eerder geraadpleegd. Acht artsen (13,1%) willen graag deelnemen aan een volgende (nog in te plannen) theoretische sessie, hoewel 7 van hen reeds aan een eerdere theoretische sessie hadden deelgenomen.

4.3.4. Werkpunten aan de opleidingsmodules

Tot slot konden de deelnemers aangeven wat er volgens hen nog kon verbeteren aan de opleiding. Vijfendertig (57,4%) van de artsen heeft hier niet op gereageerd. Er waren geen verbeterpunten op te merken volgens 10 artsen (16,4%). Een aantal verbeterpunten kwamen aan bod bij 16 responders (26,2%).

Er waren 2 artsen die de toegang tot de online leermodule nog niet hadden gevonden. Over de praktische opleiding kwam er 2 keer de opmerking dat de deelnemers graag zelf hadden kunnen oefenen in plaats van enkel mee te volgen met de pediater. Daarnaast gaven 3 artsen de opmerking dat de pediater het onderzoek van de pasgeborene demonstreerde (wat op dat moment plaatsvond,) in plaats van het 7^{de}-dagsonderzoek zoals de huisarts het zou moeten uitvoeren. De theoretische opleidingsmodule kon volgens 3 artsen meer praktisch gericht en op maat van de huisarts (in plaats van specialist) gebeuren.

Het merendeel van de verbeterpunten betrof het aanreiken van studiemateriaal op het einde van de opleiding. Zo gaven 5 artsen aan dat ze graag achteraf de slides van de theoretische sessie en/of de PDF van de online sessie en/of een filmpje van de praktische sessie ter beschikking zouden krijgen. Een duidelijk overzicht of stappenplan mee krijgen zou volgens 3 artsen helpen om zelf het 7^{de}-dagsonderzoek beter te kunnen uitvoeren, zonder zaken te vergeten en op een meer uniforme manier bij alle huisartsen. Tot slot kwam er 2 keer de suggestie om ook een duidelijk overzicht te voorzien rond doorverwijzing: bv een schema met het onderscheid tussen fysiologische zaken versus afwijkend, maar niet dringend te verwijzen versus afwijkend, dringend te verwijzen versus met urgentie naar de spoedgevallendienst een zuigeling doorverwijzen.

5. Discussie

5.1. Demografische gegevens en theoretische kennis

Door de implementatie van het KIK-project in de Leuvense ziekenhuizen worden huisartsen vaker gecontacteerd door patiënten met de vraag of ze het 7^{de}-dagsonderzoek van de pasgeborene uitvoeren. Domus Medica biedt hiervoor geen richtlijn en in de NHG standaard “Zwangerschap en Kraamperiode” worden slechts enkele aspecten van het onderzoek van een neonatus besproken (6). Er waren dan ook veel huisartsen geïnteresseerd in de georganiseerde opleidingsmodules. Door de in- en exclusiecriteria werden er echter niet van alle deelnemende artsen gegevens verzameld. Er was bijvoorbeeld een aantal huisartsen te laat aanwezig op de theoretische sessie, waardoor ze geen voormeting konden invullen vooraleer de opleiding van start ging, zo werden ze automatisch voor dit onderzoek uitgesloten. Om de datacollectie van de theoretische en online opleidingsmodules op het zelfde moment te kunnen afronden, werden enkel de artsen die de online opleidingsmodule tot en met 12 november 2016 volgden nadien uitgenodigd om de nameting in te vullen. De artsen die later de online opleidingsmodule volgden werden niet geïnccludeerd. Vervolgens vulden niet alle artsen die een voormeting ingevuld hadden ook de nameting in, waardoor ook deze artsen voor het onderzoek werden uitgesloten. Zeker wanneer er naar subgroepen wordt gekeken (zoals artsen tussen 50j - 60j (n = 2) of > 60j (n = 1), of artsen die enkel de online sessie volgden op het moment van de nameting (n = 2)), waren de aantallen soms

erg/te klein om er correcte uitspraken over te kunnen doen. Wel viel er op dat er vooral jonge artsen (54% < 30j), vrouwelijke artsen (79%) en artsen uit een groepspraktijk (64%) deelgenomen hebben. Op het moment van de nameting namen slechts zes artsen reeds aan alle drie de verschillende opleidingssessies deel, hoewel 38 van de 61 huisartsen aanduiden dat ze nog willen deelnemen aan de praktische sessie. Op het moment van de nameting hadden veel artsen zich hiervoor reeds ingeschreven, maar omdat de praktische opleiding op de materniteit telkens maar door twee à drie huisartsen tegelijk gevolgd kan worden, moesten deze sessies over langere tijd gespreid worden. Zo waren er uiteindelijk meer artsen die aan verschillende opleidingen deelnamen, maar waarvan we op het moment van de nameting nog geen gegevens over hadden.

Eén van de doelen van dit onderzoek was de kennis van de huisarts in verband met het 7^{de}-dagsonderzoek nagaan. Deze werd aan de hand van een korte vragenlijst beoordeeld, wat geen perfecte inschatting van die kennis mogelijk maakt. Een van de vragen ging over het onderscheid tussen pathologische en fysiologische icterus (Bijlage 2 – vraag 5). Deze werd zowel in de voor- als nameting heel slecht beantwoord, slechts +- 5% van de artsen beantwoordde deze vraag correct. We kunnen er van uitgaan dat deze vraag slecht geformuleerd of onvoldoende duidelijk was. Ze werd niet uit de vragenlijst of de gegevensanalyse geschrapt. Aan de hand van deze korte vragenlijst wordt op het moment van de nameting een duidelijke globale toename van de kennis van huisartsen in verband met het 7^{de}-dagsonderzoek gemeten. De kennis verbetert significant na het volgen van enkel de theoretische opleiding en na het volgen van een combinatie van opleidingen is de vooruitgang nog beter (Figuur 1). Uit onderzoek blijkt dat dat leereffecten het sterkst zijn kort na een opleiding en nadien weer afzwakken (5). In dit onderzoek gebeurde de nameting gemiddeld 54,5 dagen na de opleiding, wat relatief kort is. Een betere uitkomstmaat zou dan ook de verbetering van zorgkwaliteit kunnen zijn. Dit zou via vervolgonderzoek getest kunnen worden.

5.2. Uitvoeren van het 7^{de} dagsonderzoek

Hoewel in kader van het pilootproject de zuigelingen op dag 7 door de huisartsen onderzocht moeten/kunnen worden, gebeurt dit in de praktijk vaak nog door de pediater. Dit onderzoek peilde niet naar de oorzaken hiervan. Op het moment van de nameting paste dan ook een minderheid van de artsen reeds elementen uit de opleiding toe in de praktijk, slechts 14 van de 61 artsen konden het volledige 7^{de}-dagsonderzoek al uitvoeren. Te verwachten is dat naarmate het project verder loopt, steeds meer ouders hiervoor bij de huisarts zullen op consultatie komen. De opleiding hielp huisartsen zich meer zelfzeker voelen om dit onderzoek uit te voeren, door hen een theoretische opfrissing en een leidraad bij de volgorde / de structuur van het onderzoek te bieden. Slechts wanneer er meer zuigelingen bij de huisarts komen voor het 7^{de}-dagsonderzoek, zullen artsen zich verder concreet kunnen oefenen hierin.

Internationaal zijn er veel verschillen in de verdeling van de zuigelingenverzorging over de eerste en tweede lijn. Zo is in Nederland een strikte opdeling met de verloskundige als het “eerste aanspreekpunt”: zij begeleidt de zwangerschap, de bevalling, het kraambed en het eerste postpartum zuigelingen onderzoek. Een 2^{de} routine onderzoek van de pasgeborene door de huisarts wordt niet stelselmatig aanbevolen, dit wordt alleen op indicatie verricht. Mogelijke indicaties zijn

het opduiken van onzekerheden bij het eerste postpartum routineonderzoek door de verloskundige of indien er bijzonderheden, bijvoorbeeld slecht drinken of dyspnoe, worden opgemerkt (6). Een kraambezoek door de Nederlandse huisarts heeft primair een sociale functie, wat dus anders is dan het 7^{de}-dagsonderzoek dat door de Belgische huisartsen uitgevoerd zal worden. In Engeland wordt de zuigeling meestal onderzocht voor ontslag uit het ziekenhuis door een “Senior House Officer” die waarschijnlijk zal specialiseren als pediater of huisarts. Bijkomend kan er een onderzoek gebeuren op dag 10, bij voorkeur door de vroedvrouw. Pas op 6 weken volgt er een onderzoek door de huisarts (7). In Amerika kunnen ouders dan weer kiezen of ze hun kinderen laten opvolgen door de pediater, huisarts (“family physician”) of een pediatriesch verpleegkundige. Het eerste klinisch onderzoek vindt binnen de 24u na de geboorte plaats, meestal in het ziekenhuis of geboortehuis. De timing van het vervolgonderzoek door de arts die de ouders gekozen hebben hangt af van de hospitalisatieduur na de bevalling. Bij ontslag binnen de 48u vindt dit onderzoek binnen de 48u plaats. Indien ontslag volgt na meer dan 48u mag het vervolgonderzoek drie tot 5 dagen later plaats vinden, dit in overeenstemming met de richtlijnen van de American Academy of Pediatrics. Deze arts zal onder andere de resultaten van de Guthrie test bespreken, een grondig klinisch onderzoek uitvoeren en een uitgebreide anamnese afnemen (8,9). In het huidige KIK-project focust het 7^{de}-dagsonderzoek zich vooral op het medisch aspect van de zuigeling in één consultatie door de huisarts. De meer medische en sociale aspecten van de moeder worden eerder door de eerstelijns vroedvrouw behandeld.

5.3. Verbeterpunten aan de opleiding

Een aantal mogelijke verbeterpunten aan de opleiding is in de kwalitatieve bevraging naar voor gekomen. Vooral het verkrijgen van studiemateriaal en een overzichtelijk stappenplan vinden de deelnemende huisartsen belangrijk, wat in de huidige opleidingen ontbrak. In het KIK-project zijn er duidelijke ontslagcriteria beschreven voor moeder en kind. In het project ontbreken helaas criteria waaraan een goed 7^{de}-dagsonderzoek (door de huisarts of pediater) moet voldoen, alsook duidelijke criteria waarbij een zuigeling (al dan niet met spoed) moet verwezen worden naar het ziekenhuis. In het regionaal ziekenhuis Heilig Hart wordt er gebruik gemaakt van het kraamtijdboekje waar de pediater bij het ontslagonderzoek de gegevens van de baby invult. Als de ouders dit boekje mee brengen op consultatie kan de huisarts gebruik maken van de voorziene structuur voor het onderzoek op dag 7-10 (Bijlage 6). Een nieuw, uniforme richtlijn “Zuigelingenbegeleiding” inclusief concrete, overzichtelijke steekkaart, zou een goede oplossing kunnen zijn. Als minister De Block de verkorte ligduur in heel België zal implementeren, zijn grootschalige opleidingen noodzakelijk maar de vraag rijst wie deze zal organiseren. Daarbij zal het zeker een uitdaging zijn om voldoende ruimte te voorzien om klinische vaardigheden zoals het heuponderzoek en de palpatie van de arteriae femorales, wat voor veel huisartsen een uitdaging blijft, te kunnen oefenen.

6. Besluit

Bij bevallen met verkorte ligduur is het belangrijk dat de huisarts mee betrokken wordt bij de sociale en medische begeleiding van moeder en kind. Hij kan een sleutelrol spelen als begeleider tussen de tweede lijn en andere actoren in de eerste lijn. De huisarts is hier momenteel echter onvoldoende op voorbereid. Uit dit onderzoek blijkt dat de kennis van huisartsen over het 7^{de}-dagsonderzoek van de zuigelingen significant verbetert na het deelnemen aan één of meerdere van de aangeboden

opleidingsmodules. Dit onderzoek is echter te kleinschalig om duidelijk aan te tonen welke soort opleiding het beste werkt (voor welke groep artsen). De nameting vond gemiddeld na 54,5 dagen plaats, waardoor er geen uitspraak gedaan kan worden over langdurige verbetering van de kennis. Verbetering van zorgkwaliteit zou een betere uitkomst zijn, waarvoor vervolgonderzoek nodig is. De meeste huisartsen willen graag aan meerdere modules deelnemen, vooral de praktische opleidingsmodule spreekt hen aan. De organisatie hiervan is echter een vrij zware belasting voor de pediaters / materniteit, gezien deze het best in kleine groepjes plaats vindt. Deze praktische opleiding mag nog iets meer gericht worden op het onderzoek zoals de huisarts die moet uitvoeren op dag 7, bij voorkeur met onderzoek van de zuigeling door de huisarts zelf in plaats van enkel demonstratie. In de praktijk komt het 7^{de}-dagsonderzoek nog niet vaak aan bod, de huisartsen missen dan ook nog voldoende oefening om zich echt comfortabel te voelen in het uitvoeren ervan. Een uniforme richtlijn, met aanbieden van de theoretische kennis die nodig is voor een goed onderzoek en met duidelijke criteria voor doorverwijzing, ontbreekt momenteel.

7. Referenties

1. Cleemput E. Maggie De Block zoekt pilootprojecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” [Internet]. [cited 2016 Sep 14]. Available from: <http://www.maggiedeblock.be/2015/07/24/maggie-de-block-zoekt-pilootprojecten-bevallen-met-verkort-ziekenhuisverblijf/>
2. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Lauwerier E, et al. De organisatie van de zorg na een bevalling. KCE Rep. 2014;232As:1–39.
3. Kort verblijf in kraamkliniek (KIK) [Internet]. [cited 2017 Mar 21]. Available from: <https://www.uzleuven.be/kik>
4. De Koninck N, Dickens C, Lambrecht M, Linssen J. Verkorte ligduur na de bevalling: hoe bevalt dat? KULeuven; 2016.
5. VanNieuwenborg L, Goossens M, De Lepeleire J, Schoenmakers B. Continuing medical education for general practitioners: a practice format. Postgrad Med J. 2016;92(1086):217–22.
6. Beentjes M, Weersma R, Koch W, Offringa A, Verduijn M, Mensink P, et al. NHG- Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Huisarts Wet. 2012;55(3):112–25.
7. Townsend J, Wolke D, Hayes J, Davé S, Rogers C, Bloomfield L, et al. Routine examination of the newborn: The EMREN study. Evaluation of an extension of the midwife role including a randomised controlled trial of appropriately trained midwives and paediatric senior house officers. Health Technol Assess (Rockv). 2004;8(14):1–120.
8. McKee-Garrett T. Overview of the routine management of the healthy newborn infant. Up To Date. 2017. p. 1–17.
9. Medline Plus [Internet]. [cited 2017 Apr 8]. Available from: <https://medlineplus.gov/babyhealthcheckup.html>

8. Bijlagen

Bijlage 1 – Uitnodiging navormingscyclus



Navormingscyclus 7^{de}-dagsonderzoek ikv “bevallen met verkorte ligduur”

Geachte collegae,

Sinds 1 juli 2016 is het pilootproject “Bevallen met verkorte ligduur” van start gegaan in de Leuvense ziekenhuizen. Dit maakt dat de postnatale zorg meer dan vroeger een gedeelde opvolging zal zijn tussen eerste en tweede lijn. Het zevendedagsonderzoek van de pasgeborene is een cruciaal moment, zowel vanuit medisch als vanuit sociaal standpunt, met het oog op preventie en verdere interdisciplinaire samenwerking. Bij de reorganisatie van de postnatale zorg kan er voor de huisarts, naast de kinderarts, een belangrijke rol zijn weggelegd. Uit onderzoek blijkt echter dat de Vlaamse huisartsen hier weinig ervaring mee hebben. Daarom werd er vanuit de wetenschappelijke stuurgroep van het project volgend nascholingsprogramma uitgewerkt:

- Online leermodule ontwikkeld door het ACHG, prof. dr. Schoenmakers:
Na registratie kunt u deze module naar behoeven doorlopen/raadplegen gedurende 1j.
- Theoretische uiteenzetting:
 - **Woensdag 21 september** om 19u30
Locatie: BMW 4 Onderwijs en Navorsing 2, Leuven
Spreker: prof. dr. Naulaers - neonatologie UZ Leuven
 - **Woensdag 26 oktober** om 20u
Locatie: Zaal Vesalius, Heilig Hartziekenhuis Leuven
Spreker: dr. Van Wambeke - pediatrie Heilig Hart Ziekenhuis
 - Data 2^{de} cyclus (voorjaar 2017) volgen later
- Workshops:
 - Onder leiding van prof. dr. Naulaers en dr Van Wambeke
 - In het Heilig Hartziekenhuis, UZ Leuven
 - Verschillende sessies, in groepen van 3 artsen
 - Inschrijven mogelijk op het einde van de theoretische uiteenzetting

Voor en een tijd na het doorlopen van deze opleiding zal u gevraagd worden een korte vragenlijst in te vullen.

Accreditatie wordt aangevraagd.

Bijlage 2 - Voormeting



Navormingscyclus 7^{de} -dagsonderzoek ikv “bevallen met verkorte ligduur”

Geachte collega,

Voor u kan deelnemen aan het nascholingsprogramma “Bevallen met verkorte ligduur” dient u volgende korte vragenlijst volledig in te vullen. Na 2m krijgt u nog een vragenlijst toegestuurd zodat we deze opleiding kunnen evalueren.

Personalia

Naam en voornaam:

E-mail:

Telefoonnummer/GSM:

Solo / duo / groepspraktijk / wijkgezondheidscentrum (*)

Man / Vrouw (*)

<30j / 30j – 40j / 40j – 50j / 50j – 60j / >60j (*)

Deelname aan: online leermodule / theoretische uiteenzetting / workshop (*)

(*): omcirkel wat van toepassing is

Vragenlijst - omcirkel het (enige) juiste antwoord:

Wat te doen bij zwakke/afwezige liespulsaties?

1. Afwachten en na 1 week opnieuw controleren
2. Afspraak (kinder)cardioloog maken, niet dringend
3. Afspraak bij (kinder)cardioloog maken, dringend
4. Doorsturen naar spoed

Reflexpatronen laten toe om een oordeel te vellen over normaliteit van de psychomotorische ontwikkeling?

1. Waar
2. Niet waar

Welk van volgende gegevens is GEEN alarmsignaal?

1. Een gewichtsafname van 5% in de eerste dagen postpartum
2. Een combinatie van dysmorfie en ontwikkelingsachterstand
3. Een gewichtscurve stabiel op percentiel 50 met een hoofdomtrek-curve die van percentiel 50 naar 75 gaat

Welke bemerking bij klinisch onderzoek doet niet denken aan een mogelijke claviculafractuur?

1. Crepitaties ter hoogte van de clavicula
2. Gedwongen scheefstand van de nek
3. Een asymmetrische Moro-reflex
4. Een verdikking ter hoogte van de clavicula

Wanneer spreken we niet langer van fysiologische maar van pathologische icterus?

1. Als de baby geel ziet op dag 5
2. Als de geconjugeerde bilirubinefractie is gestegen
3. Als het serumbilirubine 12mg% is op dag 3 bij een voldragen baby
4. Als er geassocieerde symptomen zijn zoals braken en gewichtsverlies

Het gewicht van de zuigeling mag de eerste dagen dalen met?

1. 10%
2. 15%
3. 20%
4. 25%

Normale vitale parameters zijn:

1. Ademhalingsfrequentie 30-50/min, pols 50-90/min
2. Ademhalingsfrequentie 10-30/min, pols 90-180/min
3. Ademhalingsfrequentie 50-70/min, pols 50-90/min
4. Ademhalingsfrequentie 50-70/min, pols 150-200/min
5. Ademhalingsfrequentie 30-50/min, pols 90-180/min
6. Ademhalingsfrequentie 10-30/min, pols 150-200/min

Wat is GEEN reden voor doorverwijzing?

1. Kreunen en neusvleugelen
2. Een onregelmatig en diafragmatisch ademhalingspatroon
3. Extrasystolen
4. Hartgeruis
5. Cyanose
6. Ademhalingsfrequentie > 60/min

Wat vereist geen geruststelling maar dringende verwijzing?

1. Miliaria
2. Erythema toxicum
3. Babyacne
4. Petechiën

Welke van de volgende is géén risicofactor voor congenitale heupdysplasie?

1. Mannelijk geslacht
2. Genetische voorbeschiktheid
3. Kaukasisch ras
4. Stuitligging

Hydrocoele communicans, duid aan wat niet correct is:

1. ingreep voor 1j is niet nodig, gezien kans op spontane genezing
2. is gevuld met vocht uit de buikholte en neemt dus toe bij hoesten/niezen/persen/huilen of bij rechtstaan
3. de diagnose wordt gesteld door doorlichting van de balzak met een lichtbron en is volledig doorschijnend
4. heeft bij baby's dezelfde oorzaak als bij volwassenen, als gevolg van: een testistumor, trauma of ontsteking

Wat is geen reden voor verwijzing?

1. Een reeds gesloten fontanel
2. Een ingezonken fontanel
3. Een gespannen fontanel
4. Een zachte fontanel

Hartelijk bedankt om deze vragenlijst volledig in te vullen!

Bijlage 3 - Nameting



Navormingscyclus 7^{de}-dagsonderzoek ikv “bevallen met verkorte ligduur”

Geachte collega,

6 weken geleden nam u deel aan de navormingscyclus “bevallen met verkorte ligduur”, om deze opleiding te kunnen verbeteren is uw feedback essentieel! Gelieve dan ook onderstaande vragenlijst volledig in te vullen.

Personalia

Naam en voornaam:

Duid aan welke opleiding(en) u op vandaag al heeft gevolgd
(meerdere antwoorden mogelijk):

- online leermodule
- theoretische sessie op 21/09/2016 door prof. Dr. G. Naulaers (UZ GHB)
- theoretische sessie op 26/10/2016 door dr. I. Van Wambeke (Heilig Hart ZH)
- praktische sessie op de materniteit van het UZ GHB
- praktische sessie op de materniteit van het Heilig Hart ZH

Vragenlijst (idem cfr vragenlijst voormeting - bijlage 2)

Evaluatie van de opleiding

- Heeft u de afgelopen periode elementen uit de opleiding toegepast in de praktijk?
- Bent u, na het volgen van de opleiding, meer vertrouwd met het uitvoeren van het 7^{de} dagsonderzoek?
- Bent u van plan om deel te nemen aan de andere opleidingen van de navormingscyclus?
Zo ja, welke?
- Wat kan er volgens u nog verbeteren aan de opleiding?

Hartelijk bedankt om deze vragenlijst volledig in te vullen!

Bijlage 4 – Protocol ethische commissie

Biomedische Wetenschappen

Ethische begeleiding masterproeven

Student(en):

Liesa Hoet

Elien Ghoois

Sanne Crivits

Lien Vanden Heuvel

Promotor:

Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@med.kuleuven.be - u0031684 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Hoofdonderzoeker:

Faculteit:

Geneeskunde

Opleiding:

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is:

multicentrisch

De opdrachtgever is:

academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:

Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Uit een studie van 2014 (rapport 232A) van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg bleek dat de gemiddelde ligduur bij bevallingen zonder complicaties in België iets meer dan 4 dagen bedraagt, tegenover gemiddeld 3 dagen in de OESO-landen. Een grondige reorganisatie van de postnatale zorg zou de duur van het kraamverblijf kunnen inkorten.

Een plan van aanpak voor de Hervorming van de Ziekenhuisfinanciering werd op 28 april 2015 door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid voorgesteld. Onnodig lange ziekenhuisverblijven moeten vermeden worden, alternatieve en goedkopere vormen van zorg moeten aangeboden worden. Meer geïntegreerde zorg is nodig en transmurale zorg dient gestimuleerd te worden. In dit kader past het pilootproject van minister Maggie De Block “Bevallen met verkort ziekenhuisverblijf.”. Dit pilootproject streeft er naar om moeder en baby 48u na een ongecompliceerde natuurlijke bevalling naar huis te laten gaan en kwaliteitsvolle perinatale zorg te realiseren door de thuiszorg optimaal te organiseren. Accenten van dit pilootproject liggen dan ook op evidence-based transmurale zorg door een multidisciplinair team met de patiënt als actieve partner.

Vraagstelling:

Kan een opleidingsmodule postpartum zuigelingenverzorging en moederzorg de kwaliteit van zorg door huisartsen verbeteren?

Methodologie:

Dit kwalitatief praktijk verbeterend onderzoek wil nagaan wat de huidige kennis is van huisartsen in kader van de postpartum zuigelingen zorg en moederzorg. Na het implementeren van een leermodule postpartum zuigelingen zorg en moederzorg, opgesteld door masterthesisstudenten van de KU Leuven, wordt de kennis van de huisartsen opnieuw geëvalueerd. Vervolgens worden de huisartsen kwalitatief bevraagd naar de tevredenheid over de leermodule.

Eerst wordt er een literatuurstudie uitgevoerd in Pubmed en in richtlijndatabanken (NHG, Domus Medica, EBMPractice Net, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) aan de hand van de volgende trefwoorden: zwangerschapsopvolging, zwangerschapsbegeleiding, bevalling, huisarts, huisartsenpraktijk, verkorte ligduur, zwangerschap, eerste lijn, postpartum, zuigeling, zuigelingen zorg, routineonderzoek, pregnancy, general medicine, family physician, newborn, clinical examination.

Op basis van de literatuurstudie wordt een semigestructureerde vragenlijst opgesteld, die zowel meerkeuze vragen bevat alsook de mogelijkheid tot open antwoorden. Deze vragenlijsten maken een inschatting van de kennis in verband met postpartum zuigelingen zorg en moederzorg van de desbetreffende huisarts. De populatie die deze vragenlijst dient in te vullen omvat een selectie van huisartsen(praktijken) uit Vlaams-Brabant die bereid zijn om deel te nemen aan dit kwalitatief praktijk verbeterend onderzoek.

Vervolgens wordt de leermodule geïmplementeerd. De huisartsen worden nadien opnieuw getoetst op hun kennis over postpartum zorg. Er volgt ook een kwalitatieve bevraging over de tevredenheid en het nut van de leermodule.

Referenties:

- federaal kenniscentrum voor de gezondheid, rapport 232A
- plan van aanpak voor de Hervorming van de Ziekenhuisfinanciering, 28 april 2015

Bijlage 5 – Goedkeuring ethische commissie

Van: Martine Goossens [martine.goossens@med.kuleuven.be]

Verzonden: dinsdag 1 maart 2016 16:02

Aan: Elien Ghoos; Sanne Crivits; Lien Vanden Heuvel; Birgitte Schoenmakers

CC: Liesa Hoet

Onderwerp: Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Implementatie van de opleidingsmodule postpartum zuigelingenverzorging en moederzorg in kader van het pilootproject "Bevallen met verkorte ligduur."." (mp11560)

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidings specifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Implementatie van de opleidingsmodule postpartum zuigelingenverzorging en moederzorg in kader van het pilootproject "Bevallen met verkorte ligduur."." onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Implementatie van de opleidingsmodule postpartum zuigelingenverzorging en moederzorg in kader van het pilootproject "Bevallen met verkorte ligduur."." and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

aanvraag werd reeds aangemaakt door Eline Ghoos en goedgekeurd - slechts 1 aanvraag per masterproject!!

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 6 – Kraamtijdboekje van het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven

ONTSLAGGEGEVENS



BABY

Ontslagdatum:	(____/____/____)	
Gewicht bij ontslag:	_____	
Guthrie:	☐ Ziekenhuis (____/____/____) ☐ Kaart mee naar huis	
Voeding:	☐ Borstvoeding Verloop: _____ ☐ Kunstvoeding. Soort voeding: _____	
Vitamines:	☐ Konakion ped ☐ VIT D	
Andere medicatie:	_____	
Verblijf neo-natale eenheid:	☐ ja ☐ neen	
Bijzonderheden klinisch onderzoek:	_____	
Saturatiemeting op ____/____/____	☐ Pass (met)	☐ Fail (not met)
Bilichcheck: _____	D____: ____/____/____	D____: ____/____/____
Bili: _____	_____ mg/dl op ____/____/____	
Fototherapie:	☐ ja ☐ neen	

ONTSLAGCRITERIA BABY < 24-48H

- ☐ geen perinatale verwikkelingen bij baby
- ☐ zwangerschapsleeftijd tussen 37-42 weken
- ☐ geboortegewicht ligt tussen 2500-4200g
- ☐ apgarscore van minimum 7 na 5 minuten
- ☐ vitale tekens stabiel sinds minstens 12uur
- ☐ urine en stoelgang gehad
- ☐ minstens 2 succesvolle voedingen
- ☐ gunstige evolutie van de navel
- ☐ normaal klinisch onderzoek
- ☐ niet zichtbaar geel de eerste 24u. Indien ontslag voor eerste 24u: geen gele verkleuring van de navelstrengstomp
- ☐ hepatitis B status en/of vaccinatie, bloedgroepen met directe coombs bekend

ONTSLAGCRITERIA BABY ≤ 72H

- ☐ gewichtsverlies minder dan 10%
- ☐ urineproductie: #mictie = #dagen oud
- ☐ stoelgang: minstens 1x/dag, minstens in overgangsfase
- ☐ navelklem verwijderd
- ☐ intake:
 - BV: 6x/dag
 - FV: >1/2 van vereiste hoeveelheid FV volgens schema
- ☐ icterus: Evaluatiezone billibaby ≤ 2 anders bloedname
- ☐ metabole screening gebeurd of afspraak gepland bij _____
- ☐ medisch opvolgonderzoek geregeld na _____

TELEFOONNUMMER SECRETARIAAT PEDIATRIE:
016 20 92 81

44

ONDERZOEK OP DAG 7-10



BABY

Datum	____/____/____
Pediater:	_____

Klinisch onderzoek:

Gewicht:	_____
Lengte:	_____
S.O.:	_____
Huid:	_____
Hart:	_____
Longen:	_____
Abdomen:	_____
Art. fem:	_____
Ortolani:	_____
Clavic. en plexus:	_____
Neurologisch:	_____
Testes:	_____
Voeding:	_____

AANDACHTSPUNTEN:

VERDERE AFSPRAKEN:

45