

## SYNTHESE

# NAAR EEN GEÏNTEGREERD PRENATAAL ZORGPAD VOOR LAAG RISICO ZWANGERSCHAPPEN





## SYNTHESE

# NAAR EEN GEÏNTEGREERD PRENATAAL ZORGPAD VOOR LAAG RISICO ZWANGERSCHAPPEN

NADIA BENAHMED, MÉLANIE LEFÈVRE, WENDY CHRISTIAENS, CARL DEVOS, SABINE STORDEUR





## ■ VOORWOORD

Bestaat er nog iets meer natuurlijks dan de geboorte van een kind? Deze gebeurtenis is natuurlijk, omdat ze voortvloeit uit de noodzaak om de menselijke soort te laten voortbestaan, omdat het het eerste is wat in ons leven gebeurt. De geboorte van een kind is telkens de wedergeboorte van de wereld. Hoewel het overgrote deel van de geboorten in een medische omgeving plaatsvindt, zijn ze allesbehalve een pathologie. Is het dan nodig dat we ons buigen over de zorg waarmee de moeder moet worden omringd, voor dit zo gedenkwaardige gebeuren in een mensenleven? Ja, in de eerste plaats omdat de veiligheid van de toekomstige moeder en het kind absoluut vooropstaan in elke zwangerschapsopvolging. Dit principe moet op elk moment gegarandeerd worden, indien nodig door spits technologie, en altijd door onfeilbare handen. Maar ook omdat, zoals de WGO voorschrijft, zwangerschap en geboorte voor elke vrouw, een positieve en bevredigende ervaring moeten zijn. Dit is zeer zeker het geval voor bepaalde vrouwen – en dit maakt overigens deel uit van een bloeiende markt – maar andere vrouwen worden in onze welvaartsmaatschappij aan hun lot overgelaten. Voor hen blijft een zwangerschap een ziekte, een beproeving, of in elk geval toch een periode van grote ontredde. Het zorgpad dat wij in dit rapport voorstellen, wil techniek en mededogen combineren, zodat elke vrouw de aandacht en de zorg krijgt die ze nodig heeft, met in elke situatie de mogelijkheid om een aangepaste begeleiding te geven, volgens het principe van het proportioneel universalisme.

Marijke EYSSEN  
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Christian LÉONARD  
Algemeen Directeur a.i.



## ■ KERN BOODSCHAPPEN

- In België verlenen talrijke actoren uit verschillende zorginstellingen prenatale zorg: gynaecologen-verloskundigen, vroedvrouwen, huisartsen, kinesitherapeuten en professionals uit de medisch-sociale sector.
- De huidige prenatale opvolging bestaat uit een klinische opvolging, vooral door gynaecologen en/of vroedvrouwen, en een voorbereiding op de bevalling, door vroedvrouwen of kinesitherapeuten. Daarnaast bieden vele organisaties (ziekenhuizen, Kind en Gezin, ONE, Kaleido ...) infosessies aan over borstvoeding, ouderschap, administratieve zaken m.b.t. de bevalling, de organisatie van de periode na de bevalling, de hervatting van het werk, enz.
- De opvolging van zwangerschappen met een laag risico is momenteel niet optimaal georganiseerd. We stellen een paradoxale situatie vast, met een onderconsumptie van de zorg door een deel van de bevolking en een overconsumptie door een ander deel. Dit komt door de ongelijke verdeling van het prenatale zorgaanbod, een gebrek aan coördinatie tussen de professionals en een slechte integratie van de prenatale opvolging, zonder globale visie. Bovendien wordt de postpartumperiode niet bij iedereen voorbereid tijdens de zwangerschap.
- De ideale prenatale opvolging is universeel en geïntegreerd, om alle zwangere vrouwen in heel België een optimale gezondheid en veiligheid te kunnen verzekeren. De draagwijdte en de intensiteit van de prenatale begeleiding moeten afgestemd zijn op ieders behoeften (proportioneel universalisme). Ze zou een naadloze overgang moeten garanderen van de preconceptie tot het postpartum, van de ene zorgverlener naar de andere, en van basiszorg naar gespecialiseerde zorg. Dit alles zou ondersteund moeten worden door een aangepast financieringssysteem.
- Om de opvolging van zwangere vrouwen in België te verbeteren, zijn de volgende kernelementen vereist: een entourage van zorgverleners rond iedere zwangere vrouw, aangepast aan haar individuele profiel en specifieke noden, met centraal een zorgcoördinator, een geïndividualiseerd zorgplan, een duidelijk doorverwijzingssysteem tussen zorgverleners en een gedeeld elektronisch dossier.
- Al deze elementen zouden moeten worden georganiseerd en gestructureerd binnen een volledig prenataal opvolgingsparcours, bestaande uit klinische opvolging, consultaties voor persoonlijk prenataal advies en sessies ter voorbereiding van de geboorte en het ouderschap.
- Voor de consultaties voor persoonlijk prenataal advies werd inspiratie gevonden in het buitenland. Ze moeten de toekomstige ouders begeleiden doorheen het zorgsysteem, zodat ze geïnformeerde keuzes kunnen maken over hun zwangerschapsopvolging, de organisatie van de bevalling en de postnatale periode.



## ■ **SYNTHESE**

### **INHOUDSTAFEL**

■	<b>VOORWOORD</b> .....	1
■	<b>KERN BOODSCHAPPEN</b> .....	2
■	<b>SYNTHESE</b> .....	3
1.	<b>INLEIDING</b> .....	5
1.1.	CONTEXT VAN DEZE STUDIE .....	5
1.2.	WAT VERSTAAN WE ONDER 'PRENATALE ZORG'? .....	5
1.3.	ONDERZOEKSVRAGEN .....	6
1.4.	METHODOLOGIE .....	6
2.	<b>DE HUIDIGE ORGANISATIE VAN PRENATALE ZORG</b> .....	7
2.1.	KLINISCHE OPVOLGING .....	7
2.2.	INTERVENTIES TER VOORBEREIDING VAN DE GEBOORTE EN HET OUDERSCHAP .....	9
2.3.	MAATREGELEN TER BESCHERMING VAN ZWANGERE VROUWEN .....	9
2.4.	TECHNOLOGISCHE INNOVATIES VOOR EEN BETERE UITWISSELING VAN INFORMATIE .....	10
3.	<b>VISIE VAN DE OUDERS EN PROFESSIONALS OP DE HUIDIGE ORGANISATIE VAN DE PRENATALE OPVOLGING</b> .....	11
3.1.	STANDPUNT VAN DE OUDERS.....	11
3.2.	STANDPUNT VAN DE PROFESSIONALS.....	12
4.	<b>ZORGMODELLEN EN -PADEN IN HET BUITENLAND</b> .....	13
4.1.	ZORGMODELLEN VOOR DE OPVOLGING VAN DE ZWANGERSCHAP: VERLOSKUNDIGEN OF VROEDVROUWEN? .....	13
4.2.	PRENATALE OPVOLGING: INDIVIDUEEL OF IN GROEP .....	13
4.3.	ORGANISATIE EN PARCOURS VAN DE PRENATALE ZORG .....	14
4.3.1.	Modellen voor geïntegreerde prenatale zorg .....	14



4.3.2.	Zorgpad op maat van het risico .....	15
4.3.3.	Een uitbreiding van de voorbereiding op de geboorte en het ouderschap .....	16
4.3.4.	Een planning van de prenatale bezoeken.....	16
4.3.5.	Vrije keuze van de plaats van bevalling .....	17
<b>5.</b>	<b>VERBETERPUNTEN VOOR PRENATALE ZORG IN BELGIË.....</b>	<b>17</b>
5.1.	BEVINDINGEN.....	17
5.1.2.	Prenatale zorg is nog niet universeel.....	17
5.1.3.	Prenatale zorg is onvoldoende geïntegreerd.....	18
5.2.	PISTES VOOR EEN UNIVERSELE EN GEÏNTEGREERDE PRENATALE OPVOLGING .....	19
5.2.1.	Een volledig prenataal zorgpad .....	21
5.2.2.	Een multidisciplinaire entourage .....	28
5.2.3.	Een zorgplan .....	29
5.2.4.	Een duidelijke doorverwijzing tussen professionals en zorgniveaus .....	29
<b>6.</b>	<b>AANBEVELINGEN VOOR EEN UNIVERSELE EN GEÏNTEGREERDE PRENATALE OPVOLGING .....</b>	<b>30</b>
■	<b>AANBEVELINGEN .....</b>	<b>36</b>
■	<b>REFERENTIES .....</b>	<b>38</b>





## 1. INLEIDING

### 1.1. Context van deze studie

Deze studie is de derde in een reeks van KCE-rapporten over zwangerschap en bevalling (met laag risico). De eerste twee zijn rapport KCE 248<sup>1</sup>, met een **klinische richtlijn voor de medische opvolging van zwangere vrouwen met een laag risico (2015)**, en rapport KCE 232<sup>2</sup>, over de **organisatie van postnatale zorg (2014)**. Dit laatste rapport pleitte ervoor de prenatale en postnatale zorg te integreren in een 'geïntegreerd zorgpad'. Hoogwaardige postnatale zorg moet immers reeds tijdens de zwangerschap worden voorbereid, zeker nu vrouwen na de bevalling steeds minder lang op de materniteit verblijven. Rapport KCE 232 beklemtoonde ook de nood aan een vroegtijdige opsporing van psychosociale kwetsbaarheden, om zo vroeg mogelijk een optimale behandeling mogelijk te maken.

Het huidige onderzoek vormt een aanvulling op de twee vorige studies, met pistes voor de organisatie van een geïntegreerd zorgpad. Het moet een harmonieuze overgang van zwangerschap naar bevalling en de periode erna mogelijk maken, rekening houdend met de meest recente klinische praktijkrichtlijnen.<sup>2</sup>

### 1.2. Wat verstaan we onder 'prenatale zorg'?

In 2016 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) richtlijnen over prenatale zorg, om van de zwangerschap een positieve ervaring te maken.<sup>3</sup> Haar visie is dat “alle zwangere vrouwen en alle pasgeborenen kwaliteitsvolle zorg moeten krijgen tijdens de zwangerschap, de bevalling en de postnatale periode. In een continuüm met de reproductieve gezondheidszorg vormt de prenatale gezondheidszorg een platform om belangrijke gezondheidsprestaties te verrichten, waaronder gezondheidspromotie en de opsporing, diagnose en preventie van ziektes”.

Prenatale zorg moet moeder en kind de best mogelijke gezondheid garanderen vóór, tijdens en na de bevalling, en dat zowel direct, door de opsporing en behandeling van zwangerschapscomplicaties, als indirect, door na te gaan wie een verhoogd risico loopt op complicaties tijdens de arbeid en de bevalling, en door de vrouwen door te verwijzen naar een geschikt zorgniveau. Bovendien is een zwangerschap een geschikt moment voor gezondheidseducatie en om de gezondheidsgeletterdheid van de ouders te verbeteren.

#### Kader 1 – Definitie van een positieve zwangerschapservaring

Een **positieve zwangerschapservaring kan worden gedefinieerd als volgt:**

- de fysieke en socioculturele integriteit is beschermd;
- een gezonde zwangerschap voor moeder en kind (vooral via de preventie en behandeling van risico's, ziekten en overlijden);
- de arbeid en de bevalling worden op een positieve manier beleefd;
- en ook het moederschap wordt positief beleefd (met het nodige zelfvertrouwen, vaardigheden en autonomie).

Bron: Downe et al. (2016)<sup>4</sup>

Dit rapport omschrijft de organisatie van de prenatale opvolging waarvan alle zwangere vrouwen moeten kunnen genieten. Deze opvolging moet worden uitgebreid, om te voldoen aan de medische, psychologische en sociale noden van vrouwen met specifieke risico's (ongeacht of die al bestonden voor of ontstaan zijn tijdens de bevalling). De bijkomende interventies die hiervoor nodig zijn, evenals de interventies om zwangerschapssymptomen te verlichten, werden niet bestudeerd en komen hier dus niet aan bod. Dit rapport gaat enkel over de prenatale zorg en begeleiding door opgeleide zorgverleners en maatschappelijk werkers.



De andere niet-(para)medische actoren die een rol kunnen spelen in deze periode (bv. doula's<sup>a</sup>) komen hier niet aan bod.

In het ideale geval zou deze opvolging moeten starten in de preconceptieperiode, bij een zwangerschapswens, eventueel gekoppeld aan een vraag om te stoppen met contraceptie. Indien er in deze periode geen ontmoeting met een zorgverlener plaatsvindt, start de prenatale opvolging zodra de zwangerschap wordt bevestigd en loopt ze tot het begin van de arbeid en de bevalling.

### 1.3. Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen werden geformuleerd:

1. Hoe wordt de prenatale zorg op dit moment georganiseerd, gebruikt en gefinancierd?
2. Wat zijn de sterke en zwakke punten van de huidige organisatie?
3. Hoe wordt de prenatale zorg georganiseerd in een aantal andere landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, Nederland, Frankrijk, Ierland, Zweden en Finland?
4. Hoe kan de prenatale zorg georganiseerd worden in België, om de vastgestelde obstakels aan te pakken en alle zwangere vrouwen een prenatale begeleiding te bieden die is afgestemd op hun behoeften?

---

<sup>a</sup> Een doula is een vrouw die begeleiding en ondersteuning biedt aan andere vrouwen en hun omgeving tijdens de zwangerschap, de bevalling en de postnatale periode. Dit is geen medische begeleiding. Ze wordt dus niet aangeboden door een zorgverlener, is niet wettelijk erkend en vereist geen

### 1.4. Methodologie

In het kader van dit onderzoek werden verschillende methodes gecombineerd:

- Een omschrijving van de modellen voor prenatale opvolging en zorgpaden in andere Europese landen, en een analyse van de interventies ter voorbereiding op geboorte en ouderschap, op basis van een overzicht van de internationale literatuur;
- Een omschrijving van de activiteiten van zorgverleners bij de opvolging van zwangere vrouwen in België, het wetgevende kader en een analyse van de gegevens over de zorgconsumptie om de huidige prenatale zorg in België te beschrijven;
- Een overzicht van de interventies ter ondersteuning en voorbereiding op bevalling en ouderschap in België, en een omschrijving van de sterke en zwakke punten van de Belgische organisatie van prenatale zorg, zoals ze wordt ervaren door de zorgverleners en (toekomstige) ouders, met behulp van kwalitatieve onderzoeksmethodes (face-to-face, individuele of groepsgesprekken).

De verbeterpunten werden voorgelegd aan een groep experts en stakeholders tijdens een plenaire vergadering (zie colofon). Ze waren het voorwerp van een eerste stemming om de aanvaardbaarheid en de inhoud van elke voorgestelde verbetering te beoordelen. De relevante opmerkingen en suggesties tijdens deze vergadering, werden opgenomen in de verbeterpunten, en werden voor een tweede stemming voorgelegd om de mate van eensgezindheid te beoordelen.

De gedetailleerde omschrijving van deze methodes en de resultaten staan in de bijlagen van het wetenschappelijke rapport.

officiële opleiding. De doula vertrekt vanuit haar levenservaring en biedt de ouders ondersteuning op maat gedurende enkele maanden, in alle vertrouwen. Het woord "doula" komt uit het oud-Grieks (δούλα) en betekent "dienende vrouw".



## 2. DE HUIDIGE ORGANISATIE VAN PRENATALE ZORG

In dit hoofdstuk vatten we de voornaamste kenmerken van de huidige prenatale zorgorganisatie in België samen. U vindt een uitvoerige omschrijving (hoofdstuk 3) en een overzicht van het wettelijk kader (hoofdstuk 4) in het wetenschappelijk rapport.

### 2.1. Klinische opvolging

In België hebben zwangere vrouwen de keuze om hun zwangerschap te laten opvolgen door een gynaecoloog<sup>b</sup> of vroedvrouw<sup>c</sup>. De klinische opvolging van een zwangerschap met laag risico omvat een regelmatig klinisch onderzoek, technische onderzoeken (foetale hartauscultatie, echografie), een hematologische evaluatie, een evaluatie van (de risico's op) besmettelijke ziekten en een opsporing van klinische problemen bij de moeder (zoals zwangerschapsdiabetes). Al deze interventies en de frequentie en planning ervan worden beschreven in KCE-rapport 248.<sup>1</sup> Het aanbevolen aantal prenatale consultaties bedraagt 10 voor vrouwen die nog geen kinderen hebben gekregen (eerstbarende vrouwen of primipara) en 7 voor vrouwen die al kinderen hebben (multipara). Het remgeld bedraagt 12 euro voor een consultatie bij een geconventioneerd gynaecoloog (3 euro bij een verhoogde tegemoetkoming-VT) en 0 euro voor een consultatie bij een geconventioneerde vroedvrouw.

Wanneer de begeleiding vooral door een vroedvrouw gebeurt, zijn minstens drie consultaties bij een gynaecoloog vereist, voor de drie aanbevolen echografieën (die vandaag niet door vroedvrouwen kunnen worden uitgevoerd<sup>d</sup>). Steeds meer vrouwen raadplegen zowel een gynaecoloog als een vroedvrouw, zonder de ene door de andere te vervangen. Dit leidt tot een toenemend aantal prenatale consultaties. De meeste zwangere vrouwen (primipare en multipare; 67% in 2016) hebben meer dan 10 prenatale consultaties. De reden voor dit hoge aantal kan niet worden afgeleid uit de data, en het is niet mogelijk om de overbodige consultaties te onderscheiden van de bijkomende verantwoorde consultaties (bv. controle van een probleem dat zich in de loop van de zwangerschap voordoet).

Prenatale zorg wordt vooral per prestatie gefactureerd, wat niet bevorderlijk is voor de samenwerking tussen de zorgverleners. Het ontbreken van duidelijke doorverwijzingsregels tussen de verschillende zorgverleners houdt ook een zekere verwarring in stand over hun respectieve verantwoordelijkheden. Een bijzondere eigenschap van het huidige systeem is dat, voor de klinische opvolging van zwangerschappen met laag risico, de honoraria en de terugbetalingen van de vroedvrouwen hoger liggen dan die van de gynaecologen. Deze verschillen zijn vooral gerechtvaardigd doordat de consultaties bij vroedvrouwen langer duren, wat door de reglementering is opgelegd. Een mogelijk gevolg van deze financiële maatregel is echter niet dat vroedvrouwen vaker worden geconsulteerd voor klinische routineopvolging, en dat vroedvrouw en gynaecoloog afwisselend worden geraadpleegd, maar dat de twee types van prenatale consultaties worden gecumuleerd, bovenop het aanbevolen aantal.

<sup>b</sup> In België omvat de specialisatie zowel gynaecologie als verloskunde. De artsen-specialisten zijn dus gynaecoloog-verloskundige. Beide termen zijn gelijkaardig.

<sup>c</sup> of huisartsen, maar dit is zeer zeldzaam geworden (0,2% van de zwangerschappen). Wanneer zwangere vrouwen hun huisarts raadplegen, is dit vooral voor algemene gezondheidszorg; deze consultaties vervangen in het algemeen niet de bezoeken aan gynaecoloog of vroedvrouw.

<sup>d</sup> In 2006 werden de competenties van de vroedvrouwen uitgebreid tot het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen, perineale revalidatie en echografieën. Het voorschrijven van geneesmiddelen werd bij Koninklijk Besluit georganiseerd in 2013, maar de twee andere competenties wachten nog altijd op implementatie.



Naast deze overconsumptie is er ook een onderconsumptie van prenatale zorg: 4% van de zwangere vrouwen met een laag risico (met een ziekteverzekering) gaat naar minder dan 7 prenatale consultaties<sup>e</sup>; bovendien heeft 3% geen enkel contact met een zorgverlener tijdens de 20 eerste weken van de zwangerschap. Die percentages liggen hoger in Brussel dan in de andere gewesten, en liggen ook hoger bij zelfstandigen, en bij rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming (VT) of van een invaliditeitsuitkering.

De totale afwezigheid van klinische opvolging is heel zeldzaam (0,05% van de zwangere vrouwen met een ziekteverzekering in 2016). Er zijn echter geen gegevens bekend over de klinische opvolging van zwangere vrouwen zonder ziekteverzekering (asielzoeksters, vrouwen zonder geldige verblijfsvergunning, vrouwen met een buitenlandse verzekering). De cijfers per gewest vindt u in het wetenschappelijk rapport en zijn bijlagen (tabel 10).

Gynaecologen en vroedvrouwen kunnen hun beroep uitoefenen in verschillende omgevingen: ziekenhuizen, privépraktijken en, in mindere mate, medische huizen, centra voor gezinsplanning, centra beheerd door ONE (voor alle zwangere vrouwen) of Kind en Gezin<sup>f</sup> (voor kwetsbare zwangere vrouwen).

<sup>e</sup> Bijvoorbeeld, de gegevens geven geen zicht op de vrouwen die minder dan 7 prenatale consultaties hadden, aangezien hun prenatale opvolging werd opgestart in een ander land voordat ze aankwamen in België.

## Kader 2 – Projecties van het zorgaanbod voor de komende jaren

- In 2017 waren er 1 703 actieve gynaecologen (835 in Vlaanderen, 582 in Wallonië en 286 in Brussel).<sup>55</sup> Volgens de projecties van de Planningscommissie Medisch aanbod zou deze territoriale verdeling over een vijftiental jaar moeten evolueren, net als het aantal arbeidskrachten, uitgedrukt in voltijds equivalent (VTE).<sup>6, 7</sup> Deze zou sterk kunnen stijgen in de Vlaamse Gemeenschap en kunnen stabiliseren of zelfs dalen in de Federatie Wallonië-Brussel<sup>9</sup>. De gynaecologen combineren de activiteiten gynaecologie en verloskunde, in variabele en niet-gedocumenteerde verhoudingen.
- In 2017 waren er 11 401 vroedvrouwen (7 723 in Vlaanderen, 2 843 in Wallonië en 835 in Brussel).<sup>5</sup> Volgens de projectiescenario's van de Planningscommissie Medisch aanbod zou het aantal actieve vroedvrouwen in de sector van de gezondheidszorg en het aantal arbeidskrachten (in VTE's) aanzienlijk moeten stijgen in de komende 20 jaar.<sup>8</sup>

<sup>f</sup> Sinds november 2019 vormen Kind en Gezin, Jongerenwelzijn en een deel van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) een nieuw agentschap met de benaming "Opgroeien".

<sup>9</sup> De Fédération Wallonie-Bruxelles verwijst naar de Franse Gemeenschap, zoals vermeld in artikel 2 van de Grondwet.



## 2.2. Interventies ter voorbereiding van de geboorte en het ouderschap

Zwangere vrouwen hebben toegang tot een breed gamma aan interventies om zich voor te bereiden op de bevalling en het ouderschap. Sommige worden terugbetaald door het RIZIV (prestaties van vroedvrouwen en kinesitherapeuten), andere worden gefinancierd door de gefedereerde entiteiten (interventies door Kind en Gezin (K&G) in de Vlaamse Gemeenschap, het Office National de l'Enfance (ONE) in de Fédération Wallonie-Bruxelles, en Kaleido in de Duitstalige Gemeenschap).

Vroedvrouwen en kinesitherapeuten hebben een specifieke nomenclatuur waarmee ze consultaties volgens hun inhoud kunnen indelen. Vroedvrouwen mogen zo individuele of groepsessies ter (fysieke en psychologische) voorbereiding op de bevalling aanrekenen. Kinesitherapeuten kunnen sessies ter voorbereiding op de bevalling ('perinatale sessies') aanrekenen. Het RIZIV betaalt echter enkel de individuele sessies terug. Uit de analyse van de gegevens blijkt dat de kinesitherapeuten ook prestaties voor zwangere vrouwen leveren met niet-specifieke nomenclatuurcodes. In dat geval kan geen onderscheid worden gemaakt tussen perinatale sessies en consultaties om een andere reden (bv. problemen met de lichaamshouding).

Volgens de cijfers van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) ging in 2016 een minderheid van de zwangere vrouwen met laag risico langs bij een vroedvrouw of kinesitherapeut voor sessies ter voorbereiding van de bevalling (38% tot 44% volgens de nomenclatuurcodes), met een mediaan aantal van twee sessies met een vroedvrouw (individueel of in groep), vier perinatale sessies met een kinesitherapeut en zes sessies voor alle kinesitherapeutische prestaties (cijfers van 2016 – zie details in de bijlage bij het wetenschappelijk rapport). Voorbereidende sessies bij een vroedvrouw en een kinesitherapeut worden zelden gecombineerd.

Naast de sessies ter voorbereiding van de geboorte bieden veel ziekenhuizen ook infosessies – individueel of in groep – over borstvoeding, ouderschap, administratie n.a.v. de zwangerschap/bevalling, de organisatie van de periode na de bevalling, de hervatting van het werk enz.

Het is moeilijk om de impact van die interventies op de gezondheid van de zwangere vrouw en de pasgeborene in te schatten. Er werd veel over geschreven, maar de literatuur is vaak van minder goede kwaliteit en de resultaten lopen sterk uiteen. Het is momenteel dan ook niet mogelijk om een bepaald type van tussenkomst meer aan te bevelen dan een ander.

## 2.3. Maatregelen ter bescherming van zwangere vrouwen

Voor de bescherming van zwangere vrouwen werden er een aantal maatregelen genomen, die geleidelijk worden ingevoerd in ons land. Sommige zijn van toepassing op een meerderheid van de zwangere vrouwen (bv. beschermingsmaatregelen op het werk), terwijl andere specifiek bedoeld zijn voor de meest kwetsbare zwangere vrouwen (bv. gratis sociale begeleiding).

In Vlaanderen organiseert K&G gratis prenatale consultaties exclusief voor kwetsbare vrouwen. In de Fédération Wallonie-Bruxelles organiseert ONE gratis prenatale consultaties voor alle zwangere vrouwen, onder wie vrouwen in een kwetsbare situatie. ONE subsidieert ook specifieke programma's voor perinatale begeleiding voor deze vrouwen (bv. Aquarelle, Echoline, Seconde Peau, APALEM).

De programma's voor collectieve prenatale zorg die geïnspireerd zijn op het *CenteringPregnancy*-model (zie 4.2) worden overigens beschouwd als zeer goed afgestemd op deze doelgroep; ze worden toegepast door enkele initiatieven in Vlaanderen: in Sint-Niklaas (*de Kiem*), Antwerpen (*Expertisecentrum Kraamzorg De Kraamvogel*, in samenwerking met *Huizen van het Kind Antwerpen*) en Leuven (*Expertisecentrum Kraamzorg De Bakermat*, in samenwerking met *Huis van het Kind Leuven*). Ook het Brussels proefproject voor kwetsbare vrouwen, *Born in Brussels*, dat wordt gefinancierd door het RIZIV, werkt op die manier en test de geldigheid en betrouwbaarheid van een screeningstool om kwetsbaarheden vroegtijdig op te sporen.



Hoewel er geen specifieke opvanghuizen voor zwangere vrouwen in moeilijkheden meer bestaan, kunnen ze terecht bij opvanghuizen voor volwassenen, met of zonder hun kinderen (10 opvanghuizen in Vlaanderen, 16 in Brussel, 49 in Wallonië en 1 in de Duitstalige Gemeenschap).

Voor meer informatie over de maatregelen ter bescherming van zwangere vrouwen, zie figuur 5 van het wetenschappelijke rapport en sectie 2.3.3 van de bijlage bij dit rapport.

## 2.4. Technologische innovaties voor een betere uitwisseling van informatie

De voorbije jaren werden talrijke initiatieven op het vlak van eHealth ontwikkeld om het beveiligd delen en opvragen van informatie door patiënten en professionals te vergemakkelijken. Kind en Gezin en ONE werken op dit moment samen aan de ontwikkeling van 'Care Sets' voor bevallen vrouwen en jonge kinderen (zie Kader 3).

Naast de 'Care Sets' bracht Kind en Gezin in mei 2019 de applicatie 'MijnZwangerschap' uit, die toekomstige ouders direct toegang geeft tot informatie op maat, tot tips en advies op basis van het aantal zwangerschapsweken en het aantal al gekregen kinderen, maar ook tot een lijst met diensten en activiteiten m.b.t. zwangerschap en bevalling in hun buurt.

Ook de ziekenfondsen spelen een belangrijke rol. Ze informeren hun leden over en begeleiden ze bij hun administratieve en sociale stappen. Ze stellen de vereiste documenten ter beschikking op hun website en ontwikkelen gebruiksvriendelijke applicaties met nuttige informatie voor zwangere vrouwen over wat ze maand per maand moeten doen.

Daarnaast zijn er tal van websites en apps met informatie over zwangerschap, met inbegrip van administratief en financieel advies.

<sup>h</sup> Uniek identificatienummer van de Sociale Zekerheid.

De kwaliteit van die informatie verschilt echter, en is niet altijd wetenschappelijk onderbouwd.

### Kader 3 – Lopende ontwikkelingen m.b.t. de gedeelde elektronische dossiers

In de nabije toekomst zullen zorgverleners informatie kunnen uitwisselen op basis van gestructureerde gegevens, de 'Care Sets'. Deze 'Care Sets' hebben betrekking op vooraf gedefinieerde thema's (bv. allergieën, vaccinatie, bloedsuikerspiegel, gewicht, medische achtergrond, wensen van de patiënt, elektronische voorschriften voor geneesmiddelen, voeding of kinesitherapie). Ze zullen gestandaardiseerd (via de Snomed-terminologie) en dynamisch zijn (om meervoudige input te vermijden). Daarnaast zullen er administratieve 'Care Sets' zijn voor de identificatie van de patiënt en de zorgverleners, via het INSZ<sup>h</sup>. Alleen zorgverleners in een therapeutische relatie met de patiënt zullen toegang hebben tot deze gedeelde gegevens, mits toestemming van de patiënt.

De professionals zullen toegang krijgen tot de informatie in de 'Care Sets' via hun erkende software (langs Vitalink, Abrumet, en Réseau de Santé Wallon), en de patiënten via de Personal Health Viewer (onlineportaal MijnGezondheid/ MaSanté)<sup>i</sup>.

De details van het schema voor de ontwikkeling van een 'Care Set' staan in het wetenschappelijk rapport.

<sup>i</sup> Vlaanderen ontwikkelde tegelijk een soortgelijk initiatief met de naam 'MyHealthViewer', dat toegang geeft tot het dossier van K&G voor ieder kind geboren na 2014.





### 3. VISIE VAN DE OUDERS EN PROFESSIONALS OP DE HUIDIGE ORGANISATIE VAN DE PRENATALE OPVOLGING

Om de sterke en zwakke punten van de huidige organisatie van de prenatale opvolging in België te kunnen bepalen, deden we interviews met ouders en de professionals die hierbij zijn betrokken. We polsten naar hun perceptie van de huidige organisatie, en van de sterke en zwakke punten ervan.

Het is belangrijk te melden dat de methodes voor kwalitatief onderzoek de diversiteit van de standpunten bij de bestudeerde populatie moeten registreren. Het is niet de bedoeling er een kwantitatief representatief beeld van weer te geven. De kwalitatieve resultaten bevatten dus geen cijfers, maar leggen enkel tendensen bloot.

Voor meer details over de methodologie (conceptie, rekrutering, geïnformeerde toestemming en steekproef) en de resultaten, zie hoofdstukken 6 en 7 van de bijlage bij het wetenschappelijke rapport.

#### 3.1. Standpunt van de ouders

Doorheen de hele zwangerschap willen de toekomstige ouders gerustgesteld worden en antwoorden krijgen op hun vragen. Ze zien de prenatale consultaties als cruciale momenten om vragen te stellen, twijfels te uiten en de geruststelling te krijgen dat de zwangerschap normaal verloopt. De ondervraagde personen gaven echter aan dat de professionals die verwachtingen niet altijd inlossen, en dat de communicatie met hen niet altijd vlot verloopt (bv. te korte consultaties voor vooral klinische opvolging, waarbij er weinig ruimte is voor vragen en antwoorden). Ouders melden o.a. dat ze hun vragen niet aan de gynaecoloog durven te stellen of dat ze teleurgesteld zijn door de korte antwoorden. Ze hebben soms het gevoel dat ze niet genoeg informatie krijgen over mogelijke alternatieven, en de voor- en nadelen ervan, om geïnformeerde beslissingen te kunnen nemen.

De voorlichting over het verloop van de zwangerschap en de verschillende opvolgingsmodaliteiten is onvoldoende en niet systematisch of structureel geïntegreerd.

Anderzijds waarderen de ouders meelevende, beschikbare, toegankelijke en aandachtige professionals die ook oog hebben voor andere dan medische aspecten van de zwangerschap. Ze krijgen ook graag neutrale en objectieve informatie, die voorkomt dat ze onrealistische verwachtingen hebben. Ze willen worden betrokken en geresponsabiliseerd in hun (nieuwe) ouderrol. De criteria die worden aangehaald bij de keuze van een (medisch of niet-medisch) professional zijn vooral: gewoonte, vertrouwen, aanbevelingen van een huisarts of familie/vrienden, beschikbaarheid, nabijheid en de band met een specifiek ziekenhuis. De teleurstellingen hebben te maken met de houding en reacties van de professionals, een teveel of tekort aan zorg, onaangepast materiaal, organisatorische problemen of bepaalde herhaalde of ongewenste medische ingrepen.

Doorgaans worden de ouders gedurende de hele zwangerschap liever door dezelfde professional opgevolgd. Voor niet-kritische problemen of wanneer ze gerustgesteld willen worden, wenden ze zich in de eerste plaats tot de huisarts, de vroedvrouw of de materniteit. Met meer ernstige problemen gaan ze naar de gynaecoloog.

Voor de sessies ter voorbereiding op de geboorte en het ouderschap houden de ouders vooral van kleine groepjes en methodes die de betrokkenheid van de partner aanmoedigen. Ze krijgen ook graag psychologische en/of administratieve ondersteuning. Er bestond verwarring tussen de prenatale activiteiten door zorgverleners en door andere actoren buiten de gezondheidszorg (bv. muziek, yoga), tussen wat noodzakelijk en bijzaak is, en tussen de klinische opvolging en de voorbereiding op de bevalling. Die verwarring kan tot teleurstelling of irritatie leiden. Bovendien worden nog niet alle ouders systematisch voorbereid op het postpartum (zie KCE-rapport 232).



### 3.2. Standpunt van de professionals

We bevroegen zorgverleners die een rol spelen in prenatale zorg (gynaecologen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, huisartsen, pediaters, psychologen, medewerkers van K&G, ONE en Kaleido). Voor meer details over de methodologie en de resultaten verwijzen we naar hoofdstuk 5 van het wetenschappelijk rapport en hoofdstuk 7 van de bijlage bij dit rapport.

Voor de klinische opvolging van de zwangerschap gaven de professionals toe dat sommige toekomstige ouders de verschillende soorten consultaties (gynaecologen en vroedvrouwen) samenvoegen in plaats van afwisselen. Ze stelden dat er in België weinig aandacht is voor preconceptiezorg, en zien dit als een gemiste kans om het gezondheidsgedrag vóór en tijdens de zwangerschap te verbeteren.

Voor de voorbereiding op de geboorte en het ouderschap betreurden ze dat de vele bestaande initiatieven niet aan alle zwangere vrouwen worden aangeboden en niet gecoördineerd zijn. De inhoud en de kostprijs voor de ouders verschillen tussen de professionals en de instanties die deze sessies aanbieden.

Over het algemeen betreurden ze dat er geen enkel mechanisme bestaat om de kwaliteit van de prenatale (en postnatale) zorg op te volgen en dat de bestaande kwaliteitsindicatoren niet volstaan om deze kwaliteit te meten. Bovendien volgen niet alle zorgverleners de richtlijnen voor prenatale zorg, en dat kan leiden tot overconsumptie van screeningstesten en andere procedures.

Wanneer hen werd gevraagd naar de samenwerking en communicatie tussen de verschillende disciplines, meldden ze dat de informatie-uitwisselingen tussen de disciplines onvoldoende ontwikkeld zijn. Bovendien moedigt de betaling per prestatie geen multidisciplinariteit aan. Het feit dat talloze gezondheidsactoren tussenkomen in de prenatale zorg, een aantal vaardigheden delen en gelijkaardige interventies doen, leidt tot interprofessionele spanningen. Het gebrek aan gepaste communicatiemiddelen schaadt trouwens het vertrouwen, de overdracht van relevante informatie en de samenwerking tussen professionals. De software die het elektronisch medisch dossier in de ziekenhuizen en

privépraktijken ondersteunt, is overigens niet altijd compatibel. De verwachtingen over de lopende projecten rond de 'Care Sets' en de digitalisering van het moederboekje liggen hoog.

Hun verwachtingen en bezorgdheden kunnen als volgt worden samengevat:

- De gynaecologen voelen zich bedreigd door de steeds groter wordende rol van de zelfstandige vroedvrouwen. Ze vrezen dat de massale komst van ambulante vroedvrouwen de kwaliteit van de prenatale zorg zal schaden, omdat hun huidige opleiding (vooral gericht op een begeleiding in het ziekenhuis, in een goed omkaderde omgeving) hen niet in staat stelt voldoende ervaring op te doen om ambulante zorg te kunnen bieden.
- De vroedvrouwen hebben het gevoel onvoldoende voorbereid te zijn op hun evoluerende rol in de ziekenhuizen en ambulante. Ze zijn van mening dat hun opleiding vooral gericht is op werk in het ziekenhuis, en voelen zich minder goed voorbereid om toekomstige moeders ambulante te begeleiden. Dit gevoel kan een belemmering vormen voor het ontstaan van vroedvrouwenteams buiten de ziekenhuizen, vooral in minder dicht bevolkte streken. De vroedvrouwen betreurden het gebrek aan kennis bij de andere professionals en het grote publiek over hun taken en specificiteit. Een aantal onder hen wees op een groot aantal pas afgestudeerden dat geen werk vindt als vroedvrouw.
- De huisartsen vinden dat ze kunnen *bijdragen* tot de begeleiding van zwangere vrouwen, niet alleen voor de behandeling van gezondheidsproblemen die niets met de zwangerschap hebben te maken, maar ook in hun rol als arts van het gezin.
- De kinesitherapeuten vinden dat hun rol zou kunnen worden uitgebreid, o.a. naar de behandeling van problemen met de lichaamshouding van zwangere vrouwen en de voorbereiding van de bekkenbodemspieren.
- De pediaters willen dat de professionals de ouders inlichten over de noodzaak van pediatrische consultatie op de 5de dag na de geboorte, en dat ze die ook organiseren.





## 4. ZORGMODELLEN EN -PADEN IN HET BUITENLAND

Onder het grote aantal interventies om het gebruik en de kwaliteit van de prenatale zorg te verbeteren, pleit de richtlijn van de WGO<sup>3</sup> voor het gebruik van twee modellen voor de prenatale zorgorganisatie, nl. modellen voor continue zorg door vroedvrouwen en collectieve prenatale zorg. Naast deze organisatiemodellen, die werden ingevoerd en geëvalueerd door vergelijkende studies, zullen wij ook lessen trekken uit zorgpaden in verschillende Europese landen, om de organisatie van de prenatale zorg in België te verbeteren. Meer gedetailleerde informatie vindt u in het wetenschappelijk rapport (hoofdstuk 6).

### 4.1. Zorgmodellen voor de opvolging van de zwangerschap: verloskundigen of vroedvrouwen?

De klassieke modellen voor prenatale opvolging leggen de hoofdverantwoordelijkheid voor de globale behandeling van de (toekomstige) moeder en haar baby of bij een gynaecoloog-verloskundige (of een andere arts), of bij een vroedvrouw, of bij beiden. Het model dat is gebaseerd op de opvolging door een vroedvrouw heet 'model voor continue zorg door vroedvrouwen'. In dit model is de vroedvrouw de voornaamste zorgverlener, vanaf de eerste afspraak tot de eerste dagen van het ouderschap. De zorg wordt verstrekt door één vroedvrouw of door een beperkt team van vroedvrouwen. In geval van nood wordt een beroep gedaan op andere professionals. Dit model wordt voor zwangere vrouwen met een laag risico in verschillende landen toegepast.

Verschiedende wetenschappelijke studies vergeleken dit model met de modellen voor zorg door artsen. Een Cochrane-review vatte de gegevens uit 15 studies samen, waarbij meer dan 17 600 vrouwen waren betrokken (meta-analyse).<sup>9</sup> De vrouwen hadden een laag risico op complicaties of vertoonden een hoger risico maar ondervonden op dat moment geen problemen.

Bij alle studies waren gekwalificeerde vroedvrouwen betrokken, en bij geen enkel geval was er een zorgmodel met thuisbevalling van toepassing. Zeven belangrijke resultaatcriteria werden bestudeerd: prematuriteit (geboorte voor 37 weken zwangerschap), het risico van verlies van de baby tijdens de zwangerschap of in de loop van de eerste maand na de geboorte, spontane natuurlijke bevalling (zonder inleiding van de arbeid of gebruik van de verlostang), keizersnede, instrumentele vaginale bevalling (met verlostang of vacuümextractie), al dan niet intact perineum, en het gebruik van plaatselijke verdoving (zoals epidurale verdoving).

Daaruit blijkt dat er in het model voor continue zorg door vroedvrouwen minder vaak ingrepen plaatsvonden zoals epidurale verdoving, episiotomie of gebruik van instrumenten, en dat de kans op een spontane, natuurlijke bevalling groter is. Er werd geen enkel verschil vastgesteld voor het aantal bevallingen met keizersnede. Het risico op een voortijdige bevalling en op het verlies van de baby was kleiner. Bovendien werden de vrouwen vaker begeleid tijdens de arbeid door vroedvrouwen die ze kenden.

Door een gebrek aan coherentie in de beoordeling van de tevredenheid van de vrouwen en de kostprijs van de verschillende modellen, worden deze resultaten op narratieve wijze weergegeven. De meeste studies wijzen op een hogere tevredenheid bij de moeder bij modellen voor continue zorg door vroedvrouwen. Bovendien zorgt dit model in de meeste gevallen voor besparingen, vergeleken met de andere zorgmodellen.

De studies leverden voldoende bewijs van hoge kwaliteit om ons betrouwbare resultaten te bieden voor alle bovenvermelde belangrijke criteria. Voor het optreden van complicaties toont de meta-analyse geen enkel verschil tussen de zorgmodellen. De auteurs van de meta-analyse formuleren een positieve conclusie voor zwangere vrouwen met een laag risico, maar blijven terughoudend voor vrouwen met een risico op complicaties, omwille van het gebrek aan studies hierover.



## 4.2. Prenatale opvolging: individueel of in groep

In de meeste westerse landen wordt prenatale zorg verstrekt in individuele consulten, met een arts of vroedvrouw, in het ziekenhuis of een andere klinische omgeving. Het eerste consult duurt doorgaans langer omwille van een anamnese en een compleet klinisch onderzoek. Daarna zijn er zes tot negen kortere consulten (gemiddeld). In dit 'traditionele' model staan de professionals op gebied van rentabiliteit enorm onder druk, waardoor ze steeds meer vrouwen (moeten) zien. Hierdoor worden de consultaties korter en de wachttijden langer. De antwoorden op de vragen van de toekomstige ouders en het gezondheidsadvies zijn daardoor vaak beperkt. Dit probleem werd ook aangehaald door de ouders in het kwalitatieve luik van onze studie (zie hierboven).

In een alternatieve aanpak wordt de prenatale zorg verstrekt in groepsverband, volgens het '*CenteringPregnancy*' model uit de Verenigde Staten en erg in zwang in Canada, het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Nederland. Dankzij deze aanpak kan er meer tijd worden besteed aan de toekomstige ouders, omdat alle sessies samen 12 tot 20 uur duren (8 tot 10 sessies van 90 tot 120 minuten), tegenover ongeveer twee tot drie uur (8 tot 10 consultaties van 15 tot 20 minuten) voor de traditionele prenatale consulten. De groepen bestaan uit acht tot twaalf vrouwen in dezelfde zwangerschapsfase, en de sessies worden gegeven door een vroedvrouw of verloskundige. De voorlichting en voorbereiding op de geboorte en het ouderschap verlopen in groepsverband en de klemtoon ligt op de zelfstandigheid van de vrouwen en de steun van peers. De klinische onderzoeken gebeuren individueel, in een aparte consultatieruimte, om de vertrouwelijkheid te beschermen. Bij een risicovolle zwangerschap worden de vrouwen ook opgevolgd door een gespecialiseerde arts.

Een Cochrane meta-analyse<sup>10</sup> vergeleek de twee modellen voor individuele en collectieve prenatale zorg, en besloot dat beide formules gelijkwaardig zijn voor moeder (starten met borstvoeding) en baby (gewicht bij de geboorte, risico op premature geboorte of overlijden). Er zijn bijkomende studies nodig om te bepalen of bepaalde specifieke groepen van vrouwen (bv. zwaarlijvige of sociaaleconomisch achtergestelde vrouwen) meer baat hebben bij zo'n groepsaanpak.

In ons land werd een aantal van deze initiatieven genomen in Vlaanderen en Brussel; deze richtten zich vooral tot kwetsbare vrouwen (zie sectie 2.3).

## 4.3. Organisatie en parcours van de prenatale zorg

We vergeleken de systemen voor prenatale zorg van Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Ierland, Frankrijk en Zweden. Een uitvoerige omschrijving van deze systemen staat in hoofdstuk 8 van de bijlage van het wetenschappelijk rapport. Hier vindt u enkel een transversale synthese.

### 4.3.1. Modellen voor geïntegreerde prenatale zorg

De bestudeerde landen voerden een grote paradigmaverandering door in hun gezondheidszorgsysteem. Hun prenatale zorg wordt nu verstrekt in teamverband en staat niet langer enkel onder leiding van gespecialiseerde artsen. In dit model voor geïntegreerde prenatale zorg duiden de vrouwen een zorgverlener aan die de klinische verantwoordelijkheid over de zorg op zich neemt. Indien nodig worden ze doorverwezen naar de meest gepaste professional. Dit model laat toe het laagst mogelijke complexiteitsniveau te hanteren, terwijl zo nodig toch snel kan worden gereageerd met gespecialiseerde of complexe zorg. Het wordt toegepast in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Zweden, en sinds kort ook in Ierland. In Frankrijk wordt deze visie niet op dezelfde manier verwoord, maar de Haute Autorité de Santé publiceerde in 2016 wel klinische richtlijnen die op dezelfde principes gebaseerd zijn.



De voornaamste elementen van het model voor geïntegreerde prenatale zorg zijn:

- **Een centrale positie van de zwangere vrouw**, haar partner en het (ongeboren) kind, met respect voor hun keuzevrijheid, aandacht voor hun noden en bezorgdheden en met de totstandbrenging van een vertrouwensrelatie tussen hen en alle zorgverleners waarmee ze contact hebben.
  - **Gepaste informatie en advies** waaraan voldoende tijd wordt besteed. Wetenschappelijk ondersteund materiaal wordt aangeboden in aangepaste en aangename vormen (brochures, interactieve websites, apps, enz.). Er gaat bijzondere aandacht naar personen met een chronische ziekte of een handicap en personen die de taal van het land niet spreken. Administratieve kwesties worden doorverwezen naar de bevoegde diensten.
  - **Een individueel plan voor geïntegreerde prenatale zorg**, volgens het principe van de gedeelde besluitvorming. Het bevat alle aspecten van prenatale zorg, van het begin van de zwangerschap (zie hierboven) tot de eerste zes weken na de bevalling. Het behandelt de talloze keuzes die tijdens de zwangerschap moeten worden gemaakt, zoals de prenatale diagnose, de bevallingsplaats, de bevallingswijze, de pijnbehandeling, enz. Het plan wordt opgesteld op basis van de risico's en verduidelijkt de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen professionals. Alle belangrijke stappen in de zwangerschap en de vereiste afspraken (laboanalyses en andere klinische tests, infosessies, enz.) worden erin omschreven.
  - **Een vaste contactpersoon** voor de hele duur van de zwangerschap, doorgaans de voornaamste zorgverlener die de zwangere vrouw uitkoos (vroedvrouw, verloskundige of huisarts). Deze professional vervult de rol van 'coördinator', wat betekent dat hij waakt over de belangen van de zwangere vrouw, haar autonomie ondersteunt en nagaat of de zorg wordt verstrekt volgens haar individuele zorgplan.
- **De geïnformeerde toestemming.** Een onlosmakelijk element van de geïnformeerde toestemming is de geïnformeerde weigering, namelijk het recht om de screenings en voorgestelde behandelingen te weigeren. Deze geïnformeerde weigering kan enkel worden geuit nadat alle nodige informatie werd verstrekt.

Om geïntegreerde en gecoördineerde zorg te kunnen waarborgen, moet rond de zwangere vrouw een **multidisciplinaire entourage** worden uitgebouwd. Het is een samenhangend geheel van zorgverleners of organisaties die de grenzen tussen volksgezondheid, eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnszorg overstijgen. Die samenwerking wordt idealiter ondersteund door het gebruik van een **gedeeld elektronisch dossier**. In Nederland werd voor de prenatale zorg een geheel van **kwaliteitsindicatoren** uitgewerkt.

Het invoeren van deze geïntegreerde zorg kan een aanpassing van het financieringssysteem vereisen. Zo voorziet het Nederlandse financieringssysteem sinds 2017 een forfaitaire betaling voor de verstrekkers van eerste- en tweedelijns verloskundige zorg. Die aanpassing vereist een versterkte samenwerking en zelfs een integratie tussen de twee zorgniveaus.

#### 4.3.2. *Zorgpad op maat van het risico*

De zorgmodellen waarin alle zwangerschappen met laag risico systematisch worden begeleid door een gynaecoloog lijken de perinatale resultaten niet te verbeteren in vergelijking met de modellen waarin de gynaecoloog pas optreedt bij risico's of complicaties. Daarom zijn talloze landen zich gaan richten op zorgpaden voor gedifferentieerde zorg op basis van het risiconiveau, met een duidelijk systeem voor doorverwijzing tussen de niveaus. Over het algemeen worden zwangere vrouwen en pasgeborenen ingedeeld in drie risiconiveaus: laag, gemiddeld of hoog, afhankelijk van de risicofactoren (leeftijd en verloskundige, medische of psychosociale voorgeschiedenis). De alarmsignalen (*red flags*) en de gepaste zorgverleners worden duidelijk bepaald en zijn bij alle betrokkenen gekend. Het KCE plant een studie die moet resulteren in een verloskundige indicatielijst, met alarmsignalen aangepast aan de Belgische context.



De meeste landen voorzien ook een systematische screening op psychosociale kwetsbaarheid, om een aangepaste en gestructureerde begeleiding te kunnen bieden. Die screening moet zo vroeg mogelijk gebeuren (best vóór de 15de zwangerschapsweek) en moet worden uitgevoerd met gevalideerde instrumenten (Mind2Care, R4U ...). Vrouwen met complexe of terugkerende problemen (geestelijke gezondheidsproblemen, mentale beperkingen, chronische aandoeningen, psychosociale problemen, druggebruik, mishandeling, armoede, enz.) worden doorverwezen naar gespecialiseerde structuren of professionals.

#### 4.3.3. Een uitbreiding van de voorbereiding op de geboorte en het ouderschap

In alle bestudeerde landen wordt de klemtoon gelegd op een ruimere en meer geïntegreerde begeleiding van de toekomstige ouders, vanaf de bevestiging van de zwangerschap (of zelfs de periode voorafgaand aan de conceptie) tot de post-partumperiode. Een vroeg gesprek, individueel of met het koppel, moet peilen naar de nood aan informatie, bepalen welke ouderschapsvaardigheden nog moeten worden ontwikkeld, de algemene situatie van de zwangere vrouw, haar gemoedstoestand en de steun waarover ze beschikt, inschatten, kwetsbaarheden blootleggen en alle nodige informatie aanleveren (rol van de verschillende professionals, geboorteplaats, sessies ter voorbereiding van de bevalling, enz.). Op die manier wordt een individueel zorgplan opgesteld. Tijdens de zwangerschap worden sessies voor prenatale opvolging voorgesteld, volgens een gestructureerd programma, ofwel in groep (naar het model *CenteringPregnancy* – zie onderdeel 4.2), ofwel individueel. Vervolgens wordt de begeleiding na de geboorte in de materniteit voortgezet, om een eventuele nood aan thuishulp te bepalen. De postnatale begeleiding omvat hulp bij de verzorging van de baby en bij de borstvoeding, de opvolging van de baby en aandacht voor de gezondheid van de moeder (bv. opsporing van een postnatale depressie).

#### 4.3.4. Een planning van de prenatale bezoeken

In alle bestudeerde landen start de prenatale opvolging zodra de zwangerschap wordt bevestigd. In Nederland en Frankrijk start ze eventueel vroeger, met een preconceptionele consultatie (vooral bij gekende risicofactoren of een chronische aandoening).

In bepaalde landen bedraagt het aanbevolen aantal consultaties (voor een zwangerschap zonder complicaties) 10 voor een primipara en 7 voor een multipara, wat overeenkomt met de Belgische richtlijnen. Sommige landen maken daarentegen geen onderscheid tussen primipara's en multipara's, met een gemiddelde van 10 tot 12 consultaties per zwangerschap. De frequentie van de consultaties kan altijd worden aangepast aan de noden van de zwangere vrouw en de evolutie van de zwangerschap. Zo nodig kan de professional minder maar wel langere consultaties voorstellen.

In alle bestudeerde landen wordt aanbevolen dat:

- alle vrouwen aan het begin van de zwangerschap de gepaste schriftelijke informatie ontvangen over het aantal, het moment en de waarschijnlijke inhoud van de prenatale consultaties. Ze kunnen dit bespreken met hun vroedvrouw of arts.
- iedere prenatale consultatie een precieze, gestructureerde inhoud respecteert. Naast de klinische opvolging wordt de klemtoon gelegd op voorlichting, begeleiding en gezondheidspromotie (supplementen foliumzuur, voedingshygiëne, stoppen met roken, recreatieve drugs en alcohol), vaccins, overgewicht, het gebruik van geneesmiddelen, de werkomstandigheden en screenings tijdens de zwangerschap.
- de professionals volgen de bestaande richtlijnen rond de opsporings- en diagnosetests, profylaxes en eventuele specifieke ingrepen.



In bepaalde landen worden in het 3de trimester huisbezoeken gepland om de toekomstige leefomgeving van de baby te beoordelen en de toekomstige ouders te adviseren. Dankzij die huisbezoeken kan de situatie van de toekomstige moeder goed worden ingeschat (met inbegrip van de psychosociale risico's voor moeder en kind).

#### 4.3.5. *Vrije keuze van de plaats van bevalling*

In alle bestudeerde landen bestaan verschillende plaatsen om te bevallen naast elkaar: materniteiten, geboortecentra (of geboortehuizen) in de buurt van een materniteit of binnen die dienst zelf, ambulante klinieken of de thuisomgeving. De voor- en nadelen van deze verschillende omgevingen worden duidelijk aan de zwangere vrouw uitgelegd, zodat ze een weldoordachte keuze kan maken.

## 5. VERBETERPUNTEN VOOR PRENATALE ZORG IN BELGIË

### 5.1. *Bevingingen*

#### 5.1.1. *Een uitgebreid, maar versnipperd en slecht gecoördineerd opvolgingstelsel*

Op basis van wat voorafgaat – analyse van de Belgische cijfers, kwalitatieve enquête bij ouders en zorgverleners, analyse van buitenlandse voorbeelden – stellen wij vast dat de prenatale zorg in ons land op dit moment nog niet optimaal verloopt. Eenvoudig gesteld, is er onvoldoende toegankelijkheid (universaliteit) en coördinatie (integratie). Het huidige systeem is wel zeer uitgebreid. Het omvat een klinische opvolging en een voorbereiding op de bevalling door gekwalificeerde professionals (gynaecologen, vroedvrouwen, enz.), in verschillende omgevingen (ziekenhuizen, privépraktijken, enz.).

#### 5.1.2. *Prenatale zorg is nog niet universeel*

Zoals vermeld in hoofdstuk 2, krijgen sommige zwangere vrouwen geen of weinig prenatale zorg, of wordt deze zorg in een te laat stadium aangeboden. Bepaalde factoren verhogen het risico dat er te laat wordt gestart met prenatale zorg, of dat zorgverleners minder vaak worden geraadpleegd dan aanbevolen (bv. zelfstandigen, mensen met een handicap of met een verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering - VT). Vooral bij vrouwen met een psychosociale kwetsbaarheid is er een hoger risico van onvoldoende of helemaal geen prenatale opvolging. De zorgverleners die prenatale opvolging bieden, staan in voor de opsporing en het beheer van deze kwetsbaarheden, maar melden dat ze nood hebben aan ondersteuning van gespecialiseerde netwerken. Verschillende maatregelen werden ingevoerd, maar die zijn niet allemaal voldoende gekend. Zowat overal in België werden initiatieven opgestart, evenals een proefproject naar het voorbeeld van CenteringPregnancy in Brussel. Deze moeten met aandacht worden gevolgd en beoordeeld.





Daarnaast zijn toekomstige ouders onvoldoende op de hoogte van het bestaande aanbod. Een aantal die wij bevroegen vonden hun weg niet in het kluwen van het huidige gezondheidssysteem, dat vaak identieke diensten aanbiedt in verschillende vormen. Ze hadden vaak het gevoel te verdrinken in de administratieve rompslomp (vooral bij de voorbereiding van de postnatale periode). Er bestaat veel verwarring over klinische follow-up en voorbereiding op de bevalling. Velen zegden te worden overspoeld met uiteenlopende informatie, zonder te weten welke informatiebronnen betrouwbaar zijn, of zonder bij zorgverleners een antwoord te vinden op hun ongerustheden en vragen.

Het zorgaanbod kan ook sterk verschillen per regio. Het aanbod van gynaecologen is ongelijk verdeeld over het grondgebied, wat vooral in Wallonië problematisch is. De zorgmodellen van de vroedvrouwen en de sessies ter voorbereiding op de bevalling zijn niet op het hele grondgebied beschikbaar, wat bijdraagt aan de teleurstelling van sommige ouders. Anderzijds betreuren de vroedvrouwen dat hun huidige opleiding sterk gefocust is op de ziekenhuissector, ten nadele van de ambulante zorg. Dit remt de uitbouw van een ambulante dienstenaanbod af. De betrokkenheid van huisartsen bij de opvolging van zwangerschappen neemt af. Tot slot verschilt ook de betrokkenheid van kinesitherapeuten bij de voorbereiding van de bevalling naargelang de regio.

### *5.1.3. Prenatale zorg is onvoldoende geïntegreerd*

De multidisciplinaire opvolging van de zwangerschap wordt in het ideale geval georganiseerd door een zorgcoördinator die over de nodige tools beschikt, zoals reeds aanbevolen in KCE-rapport 232 over postnatale zorg.<sup>2</sup> Momenteel is die rol nog niet gecreëerd of erkend. Zorgverleners werken ook niet altijd optimaal samen, wat leidt tot onaangepast gebruik van middelen door een herhaling van consultaties, diagnostische tests en screenings, tegen de richtlijnen in. Het prestatiegebonden financieringssysteem en het ontbreken van regels voor doorverwijzing tussen de verschillende zorgverleners zijn deels verantwoordelijk voor deze situatie. Dit houdt een verwarring over de respectieve professionele verantwoordelijkheden in stand.

Als we vergelijken met het buitenland, merken we dat er ook een duidelijke, globale visie over ons prenataal zorgsysteem ontbreekt. Dit is nochtans belangrijk, om de algemene doelstellingen te identificeren, de onderliggende zorgprincipes te verduidelijken, de zorgverleners aan te duiden die samen deze doelstellingen moeten bereiken en de zorgorganisatie die men wil bevorderen te omschrijven. Dit blijkt duidelijk uit het conceptuele kader van Renfrew et al. voor kwaliteitsvolle zorg voor moeder en kind.<sup>11</sup> De buitenlandse organisatie modellen wijzen eveneens op het belang van informatie aan de ouders en de zorgcoördinatie. In België, zoals hierboven vermeld, zijn de toekomstige ouders onvoldoende geïnformeerd over de verschillende opties voor begeleiding, over de respectieve voor- en nadelen naargelang hun persoonlijke situatie. Wat betreft de zorgcoördinatie, bestaat er wel een zorgplan, maar dit wordt te weinig gebruikt en is vooral toegespitst op de bevalling. De belangrijkste bron van informatie tussen zorgverleners, is het "zwangerschapsboekje" van Kind en Gezin of ONE. Dit boekje bevat de belangrijkste gegevens van de toekomstige moeder, maar vergemakkelijkt de communicatie tussen de verschillende professionals niet. Het geeft ook geen toegang tot beeldvormings- of analyseresultaten. Het eHealth-platform bevat hulpmiddelen voor beveiligde communicatie van dergelijke gegevens, maar die worden nog steeds te weinig gebruikt door zorgverleners en ouders. Bovendien zijn ze niet specifiek ontwikkeld voor de prenatale zorg. Tot slot komt de nieuwe privacywetgeving bovenop de voorwaarden voor de ontwikkeling van initiatieven voor een vlottere informatie uitwisseling. De ouders zijn hierdoor vandaag nog steeds het voornaamste informatiekanaal voor de zorgverleners, met alle risico's van dien (onnauwkeurige of onvolledige informatie, interpretatiefouten).

In België is er op dit moment geen enkele officiële tekst die een optimale begeleiding van het moederschap formeel vastlegt. Alle reeds bestaande initiatieven concretiseren echter het volgende onderliggende principe: alle vrouwen en hun baby's moeten toegang hebben tot veilige en kwaliteitsvolle zorg, verstrekt door zorgverleners en in een omgeving die is aangepast aan hun noden.



Bovendien moeten de vrouwen en hun gezinnen centraal staan en met empathie worden behandeld, met de nodige aandacht voor hun specifieke vragen en behoeften, met respect voor hun overtuigingen en hun voorkeuren.

Tot slot moeten de ouders ondersteund worden voor, tijdens en na de zwangerschap, zodat ze hun kind de best mogelijk start in het leven kunnen bieden.

## 5.2. Pistes voor een universele en geïntegreerde prenatale opvolging

Om de prenatale opvolging te verbeteren, is het belangrijk dat de rijkdom van het huidige systeem behouden blijft, maar ook dat de zwakke punten worden aangepakt en de leemten opgevuld. Wij stellen het volgende algemene principe voor:

De prenatale opvolging moet *universeel* en *geïntegreerd* zijn, om een optimale gezondheid en veiligheid te garanderen voor alle zwangere vrouwen op het Belgisch grondgebied. De draagwijdte en intensiteit moeten ook kunnen worden afgestemd op ieders behoeften (proportioneel universalisme<sup>12</sup>). Ze moet een naadloze overgang garanderen vanaf de preconceptieperiode tot de post-partumperiode, van de ene zorgverlener naar de andere en van basiszorg naar gespecialiseerde zorg. Dit alles zou ondersteund moeten worden door een geschikt financieringssysteem.

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

De prenatale opvolging steunt op drie essentiële elementen waar wij in dit deel dieper op ingaan:

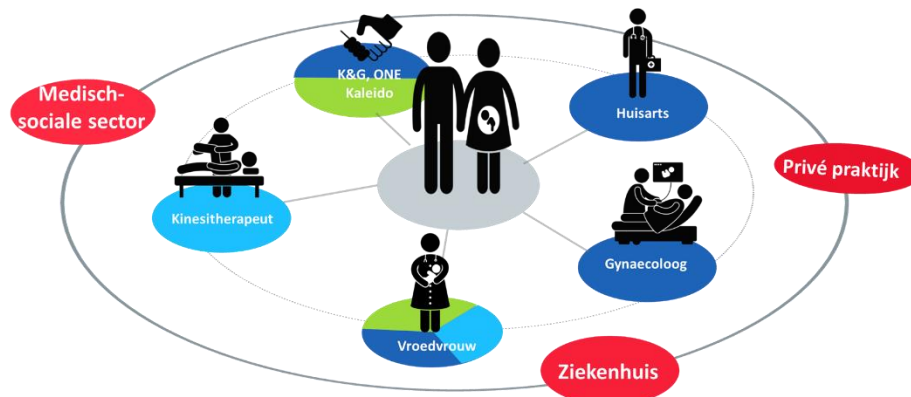
1. Een volledig en geïntegreerd prenataal zorgpad,
2. Een multidisciplinaire entourage aangepast aan ieders behoeften, die wordt gecoördineerd door een zorgcoördinator,
3. Een zorgplan.

Figuur 1 illustreert deze gewenste evolutie van de prenatale zorg in België. Al deze verbeterpunten werden ter stemming voorgelegd aan de stakeholders tijdens een vergadering op 23 september 2019. De relevante opmerkingen en suggesties tijdens deze vergadering werden opgenomen in de definitieve formulering van de verbeterpunten. De lijst van stakeholders is opgenomen in het colofon.

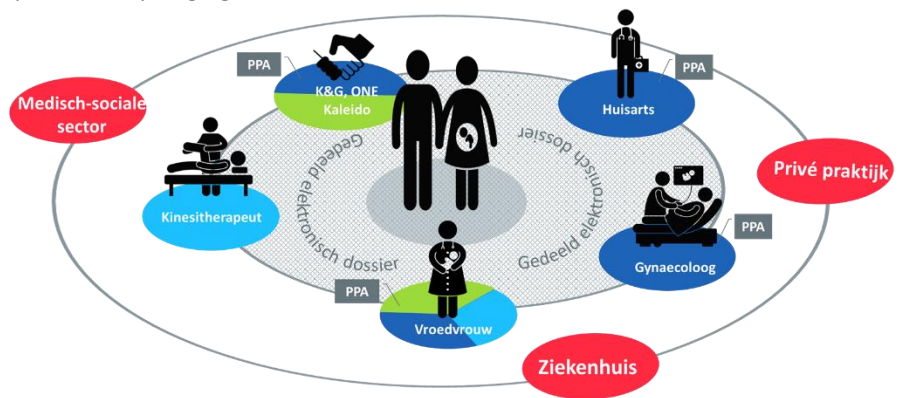


**Figuur 1 – Evolutie van het huidige zorgmodel naar een geïntegreerde prenatale opvolging**

Huidig systeem van prenatale opvolging



Aanbevolen systeem van prenatale opvolging



■ Prenatale klinische opvolging ■ Voorbereiding op de geboorte ■ Voorbereiding op ouderschap ■ Persoonlijk prenataal advies

Icons created by Noun project\*





### 5.2.1. Een volledig prenataal zorgpad

Elke zwangere vrouw, ongeacht het risiconiveau van haar zwangerschap, moet een **volledig prenataal zorgpad** aangeboden krijgen. Dit omvat een klinische opvolging, consultaties voor persoonlijk prenataal advies (PPA) en sessies ter voorbereiding op geboorte en ouderschap (VGO).

Figuur 2 stelt een **prenataal zorgpad voor**. Het gaat om een universeel zorgpad, dat dus zou moeten worden aangeboden aan alle zwangere vrouwen, ongeacht hun risiconiveau. Afhankelijk van de medische zwangerschapsrisico's of de psychosociale kwetsbaarheid kunnen er andere interventies aan worden toegevoegd. Alle professionals die een rol spelen in de prenatale opvolging (gynaecologen, vroedvrouwen, huisartsen, kinesitherapeuten, psychologen en maatschappelijk werkers) en die ambulante of in een ziekenhuisomgeving werken worden betrokken.

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

Het zorgpad zou zo vroeg mogelijk van start moeten gaan, het best nog in de preconceptieperiode, wanneer de kinderwens of wens tot conceptie wordt geuit, of zodra de zwangerschap wordt bevestigd, en het liefst vóór de 14de week. Een vroegtijdige tussenkomst schept de gepaste omstandigheden voor een gezonde zwangerschap, maakt het mogelijk wetenschappelijk onderbouwde informatie over gezond leven te verstrekken (bv. het gebruik van drugs of alcohol, voedingsadvies, nuttige screenings en de vereiste vaccinaties) en eventuele medische, psychologische of sociale risico's op te sporen.

Het zorgpad omvat drie luiken: de klinische opvolging (Figuur 3), de consultaties voor persoonlijk prenataal advies (PPA) (Figuur 4) en de sessies ter voorbereiding op geboorte en ouderschap (VGO) (Figuur 5). De zorgverleners zijn in verschillende mate in de drie luiken betrokken, afhankelijk van het zorgmodel dat de zwangere vrouw wenst (zie Klinische opvolging hieronder).

### Klinische opvolging

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

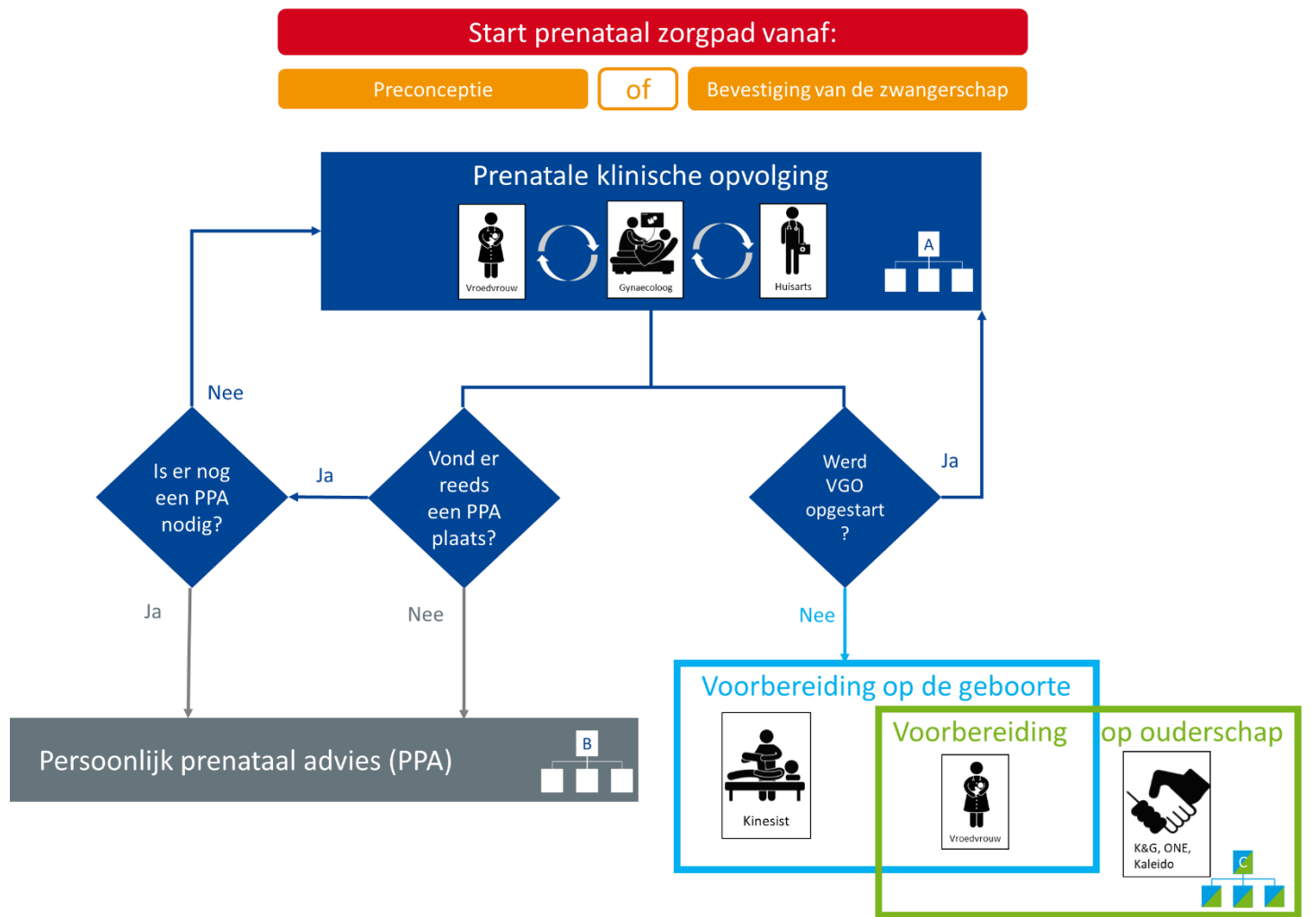
In België zijn zwangere vrouwen vrij in de keuze van hun zorgmodel. Ze kunnen hun zwangerschap enkel laten opvolgen door een arts (gynaecoloog en/of huisarts), door een vroedvrouw, of afwisselend door een arts en een vroedvrouw. De wetenschappelijke literatuur bevestigt dat deze verschillende modellen even veilig zijn voor gezonde vrouwen met een zwangerschap zonder complicaties. Prenatale opvolgingen uitsluitend door een huisarts zijn heel zeldzaam geworden in België.

De klinische opvolging is hoofdzakelijk gebaseerd op klinische richtlijnen over aanbevolen onderzoeken tijdens de zwangerschap.<sup>1</sup> Daarnaast worden de medische risico's beoordeeld en wordt de toekomstige moeder naar gespecialiseerde zorg doorverwezen, indien nodig. De consultaties voor klinische opvolging zijn voor de zorgverlener die optreedt als zorgcoördinator (zie verder) ook een kans om na te gaan of er PPA-consultaties plaatsvonden en of er behoefte was aan VGO-sessies en of deze werden aangeboden. Indien nodig kunnen er bijkomende PPA-consultaties worden aangevraagd.

Figuur 3 toont deel A (klinisch) van het prenatale zorgpad; het geeft een overzicht van alle aanbevolen interventies per trimester.



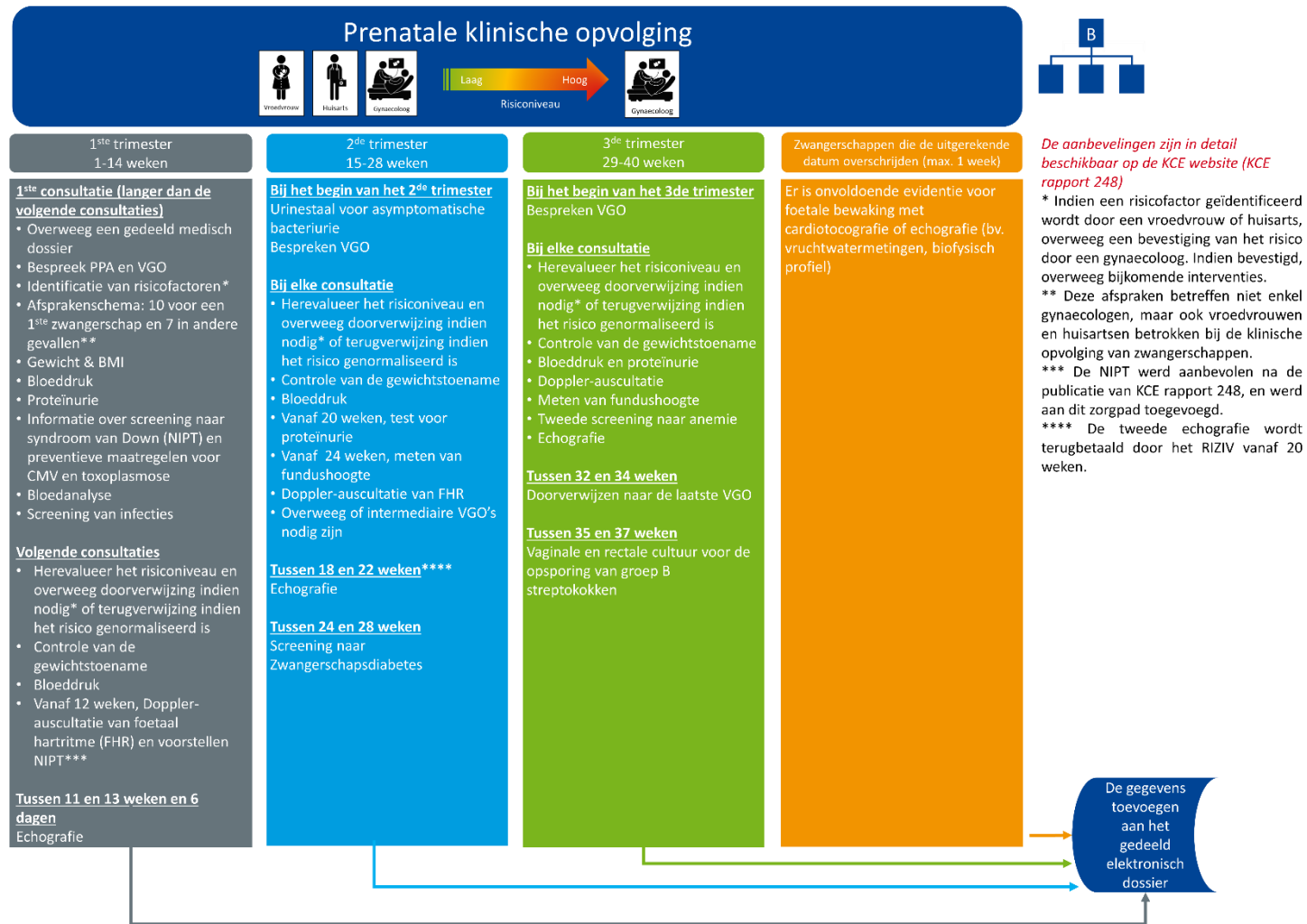
Figuur 2 – Voorstel van prenataal zorgpad in België



Icons created by Noun project®



Figuur 3 – Voorstel van prenataal zorgpad – Klinische opvolging (op basis van de KCE-richtlijn)





Bij deze interventies moet met het volgende rekening worden gehouden:

- de eerste PPA-consultatie wordt aanbevolen aan alle zwangere vrouwen in het 1ste trimester;
- de VGO-sessie wordt besproken aan het begin van ieder trimester;
- de professionals bekijken de noodzaak voor een bijkomende PPA-consultatie in de loop van het 2de trimester, om dan eventueel bijkomende interventies te organiseren bij een (risico op) psychosociale kwetsbaarheid, problemen zoals verslavingen, abnormale gewichtstoename, enz.;
- de laatste PPA-consultatie is aanbevolen voor alle zwangere vrouwen in de loop van het 3de trimester, tussen de 32ste en de 35ste week.

Alle gegevens moeten worden ingebracht in het gedeelde elektronisch dossier.

### **De consultaties voor persoonlijk prenataal advies (PPA)**

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

De doelstellingen van de **eerste PPA-consultatie** zijn:

1. het in staat stellen van toekomstige ouders om geïnformeerde keuzes te maken over hun prenatale zorgpad en de professional(s) die ze daarbij willen betrekken;
2. het geven van wetenschappelijk onderbouwde informatie over de zwangerschap aan de toekomstige ouders;
3. het inschatten van psychosociale kwetsbaarheden en het eventueel uitbreiden van de entourage (zie hieronder);
4. het informeren van de zwangere vrouwen over de noodzaak om een zorgcoördinator aan te stellen;
5. het zorgplan opstellen;
6. het gedeelde elektronisch dossier aanmaken (of bijwerken).

---

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

De PPA-consultaties zijn niet bedoeld om de consultaties voor klinische opvolging te vervangen, maar om ze aan te vullen.

---

De PPA-consultaties moeten tegemoet komen aan de behoefte aan informatie die (toekomstige) ouders hebben. Ze vormen een aanvulling op de consultaties voor klinische opvolging, want met het advies, dat is afgestemd op de levensstijl van de zwangere vrouw, bevorderen ze gezonde zwangerschappen.

Door de aanstelling van een zorgcoördinator, de invoering van het zorgplan en de opening van een gedeeld elektronisch dossier te systematiseren, vermijden de PPA's zowel onder- als overconsumptie van klinische opvolging en bereiden ze de post-partumperiode op passende wijze voor, in de context van een korter verblijf in de materniteit:

- Minstens 4% van de zwangere vrouwen (met laag risico) met een Belgische ziekteverzekering heeft een onderconsumptie. De eerste PPA-consultatie moet deze potentiële onderconsumptie helpen in kaart te brengen, en de betrokkenen begeleiden naar een gepaste klinische opvolging. Eventueel wordt er rondom hen een bredere entourage van professionals uitgebouwd.
- Bij de meeste zwangere vrouwen is er echter sprake van overconsumptie. Los van de consultaties om specifieke medisch-verloskundige redenen (hoge bloeddruk, placenta praevia, meerlingzwangerschap, postterme zwangerschap...), zou een deel van die overconsumptie vermeden moeten kunnen worden door de toekomstige ouders correct te informeren en de samenwerking tussen professionals te versterken. De PPA-consultatie kan de ouders helpen om meer autonoom te worden, en zo onnodige consultaties voorkomen (bv. door ze te informeren over alarmsignalen, het voorzichtige gebruik van geneesmiddelen, enz.). Het kan ook overbodige onderzoeken door een gebrekkige overdracht van informatie tussen professionals verminderen (door hen toegang te geven tot reeds uitgevoerde onderzoeken en de resultaten ervan). De opsporing van psychosociale



problemen kan bovendien een aanleiding zijn voor bijkomende consultaties, die vaak worden gehouden in het kader van de klinische opvolging, wat niet ideaal is. De uitbouw, indien nodig, van een bredere entourage van professionals rond zwangere vrouwen kan deze bijkomende klinische consultaties vervangen door interventies in functie van hun specifieke noden.

- Zoals vermeld in KCE-rapport 232<sup>2</sup> heeft de inkorting van het verblijf in de materniteit na een complicatieloze bevalling ertoe geleid dat de post-partumperiode moet worden voorbereid tijdens de prenatale periode. De laatste PPA-consultatie zou moeten inspelen op die specifieke nood.

Figuur 4 illustreert deel B van het zorgpad met de PPA-activiteiten.

### Vorbereiding op geboorte en ouderschap

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

De VGO-sessies hebben drie doelstellingen: 1) de vrouw voorbereiden op haar arbeid en bevalling (intrapartum); 2) de vrouw en haar partner informeren zodat ze geïnformeerde keuzes kunnen maken over het verloop van de zwangerschap, de arbeid, de bevalling en het postpartum (waarbij ze worden geholpen om realistische verwachtingen te formuleren); 3) de positieve ervaringen van de geboorte en het postpartum maximaliseren, en de toekomstige ouders begeleiden bij hun overgang naar het ouderschap. Vandaag bestaan er vele verschillende VGO-formules.

Figuur 5 toont de organisatie van de VGO-sessies (deel C van het prenatale zorgpad). In het voorgestelde zorgpad is het aantal sessies afgestemd op de noden van de zwangere vrouw, zoals ingeschat tijdens de eerste PPA-consultatie. De sessies kunnen worden gegeven door hiervoor opgeleide vroedvrouwen en/of kinesitherapeuten (hun vaardigheden zouden moeten worden vermeld in hun toekomstige portfolio), en kunnen op elk moment tijdens de zwangerschap worden opgestart. Voor bepaalde activiteiten ter voorbereiding op het ouderschap kunnen ook professionals worden betrokken, opgeleid door K&G, ONE en Kaleido.

Als er tijdens de VGO-sessies bepaalde problemen naar boven komen die gerichte interventies vereisen (problemen met spieren of beendergestel, incontinentie, enz.), kan het nodig zijn om de zwangere vrouw door te verwijzen naar een arts om te bepalen welke interventies er precies nodig zijn.

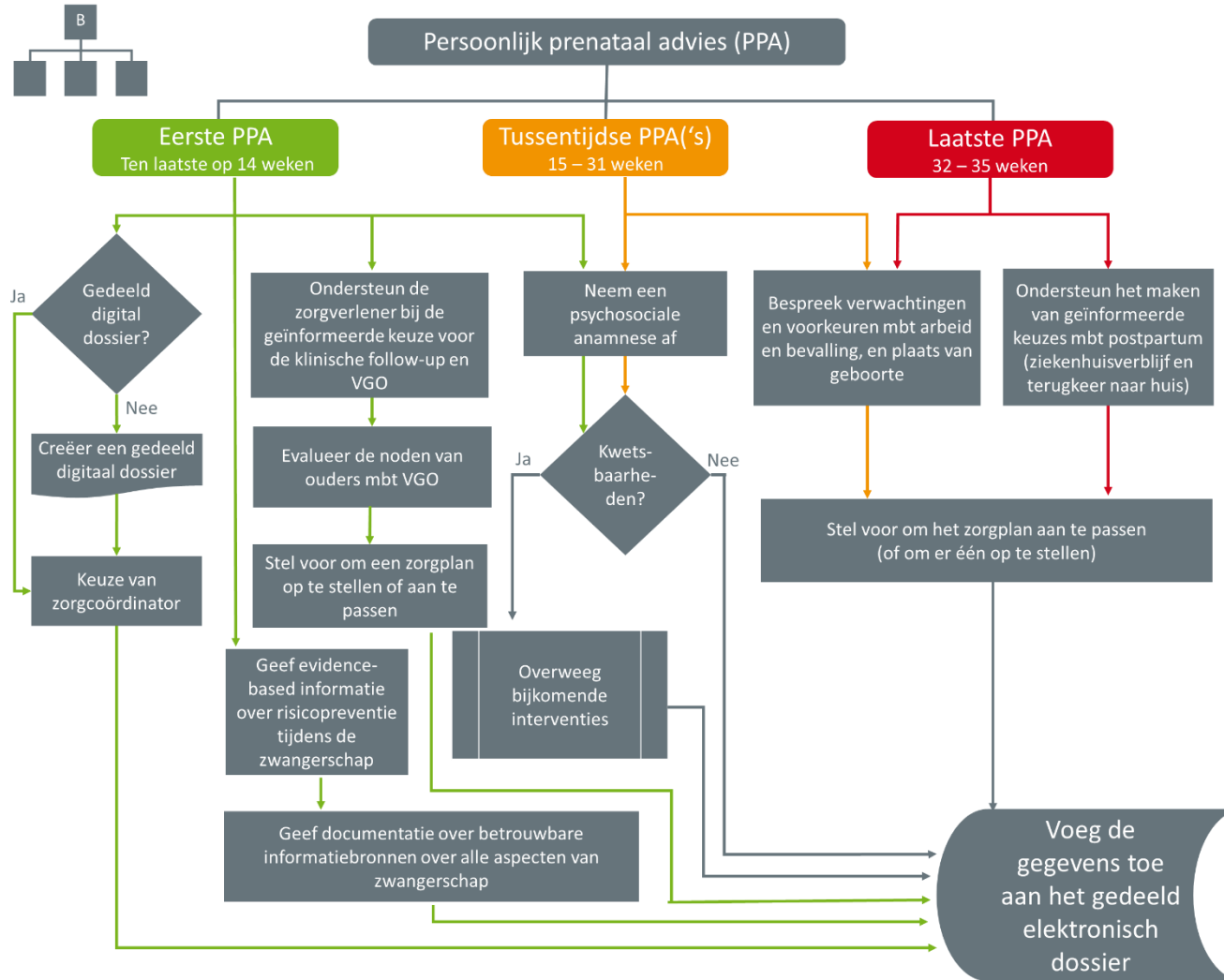
De VGO-activiteiten met betrekking tot de post-partumperiode omvatten het geven van informatie (bv. levensritme van de baby, fysiologie van het post-partumherstel), terwijl de organisatorische kwesties reeds aan bod kwamen in de PPA-consultaties (bv. organisatie van de huisbezoeken door de vroedvrouw, consultaties bij de pediater).

Het programma van elke zwangere vrouw (en haar partner) moet worden geregistreerd in het gedeelde elektronisch dossier, om overbodige of tegenstrijdige interventies te vermijden.

U vindt in het wetenschappelijk rapport een niet-exhaustieve lijst met VGO-activiteiten per trimester.

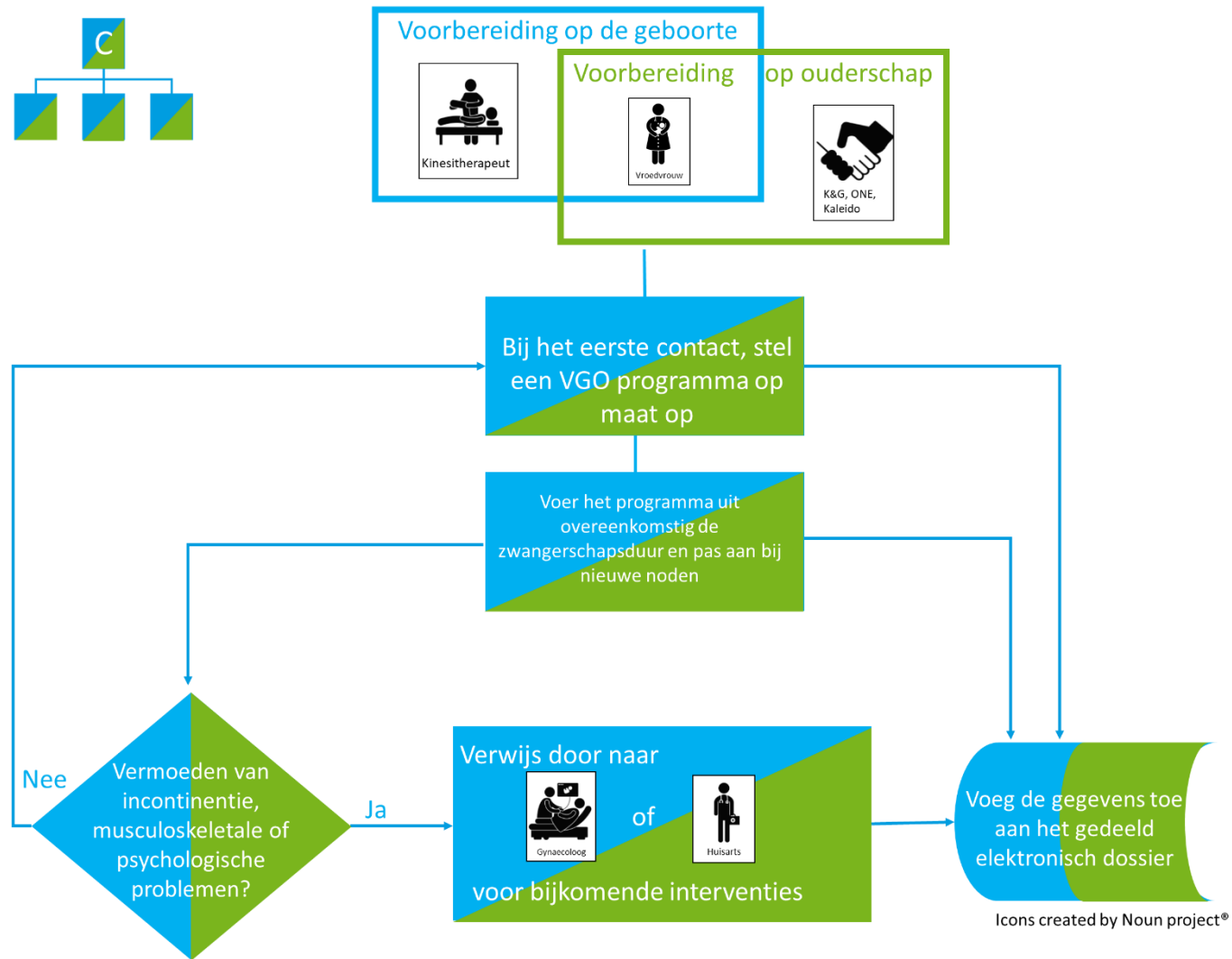


Figuur 4 – Voorstel van het prenatale zorgpad – Consultaties voor persoonlijk prenataal advies (PPA)





Figuur 5 – Voorstel van het prenatale zorgpad – voorbereiding op geboorte en ouderschap (VGO)





### 5.2.2. Een multidisciplinaire entourage

#### Samenstelling

---

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

---

De professionals en organisaties vormen de basiskern die nodig is voor het verlenen van kwaliteitsvolle zorg, van preconceptie tot postpartum. Zij moeten een multidisciplinaire entourage vormen rond iedere zwangere vrouw, haar partner en hun (ongeboren) kind. Deze entourage zou informeel moeten blijven, maar moet wel kunnen worden ingezet in functie van de behoeften van de vrouw, daarbij rekening houdend met haar noden en wensen (en die van haar partner).

#### Coördinatie

---

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

---

Zoals aanbevolen in KCE-rapport 232<sup>2</sup> zouden alle (toekomstige) ouders een beroep moeten kunnen doen op een zorgcoördinator. De zorgcoördinator is hun vaste contactpersoon gedurende de zwangerschap, bevalling en postnatale periode. Hij moet inschatten hoe groot de multidisciplinaire entourage moet zijn, om te voldoen aan de specifieke noden van de vrouw, en ervoor te zorgen dat problemen op passende wijze worden aangepakt. Ook moet hij toezien op het zorggebruik, door een onnodige herhaling van interventies te voorkomen.

Deze rol kan worden vervuld door vroedvrouwen, gynaecologen of zelfs huisartsen, en deze kan groter of kleiner worden, naargelang de behoeften en voorkeuren van de ouders. Een zorgcoördinator is vooral nuttig voor kwetsbare gezinnen. De coördinator kan worden aangesteld tijdens de eerste consultatie voor persoonlijk prenataal advies (PPA).

#### Omvang

---

De multidisciplinaire entourage moet kunnen worden aangepast aan **individuele situaties**, en zo nodig moeten de meest passende professionals worden aangesteld (bv. maatschappelijk werkers, professionals uit de geestelijke gezondheidszorg, andere gespecialiseerde artsen). Deze aanpassing is de verantwoordelijkheid van de zorgcoördinator.

---

Naast de professionals uit de multidisciplinaire basisentourage (zie hoger), kunnen ook andere actoren betrokken worden in functie van de vastgestelde behoeften, zoals professionals uit de geestelijke gezondheidszorg (psychologen of psychiaters), pediaters of andere medische specialisten die nuttig zijn bij de begeleiding en behandeling van gezondheidsproblemen bij moeder en kind, maatschappelijk werkers van OCMW's of ziekenhuizen, actoren die actief zijn in de bescherming van kwetsbare zwangere vrouwen, enz. De zorgcoördinator moet deze entourage aanpassen aan de specifieke noden van de zwangere vrouw. Door hun opdracht en hun lokale verankering kunnen instellingen zoals K&G, ONE en Kaleido een centrale rol spelen bij de opvolging van kwetsbare gezinnen.

De entourage kan transversaal zijn in verschillende zorgomgevingen: privépraktijken, ziekenhuizen en consultatiecentra (bv. wijkgezondheidscentra of centra voor gezinsplanning). Deze aanpak zou overal in België uitgebouwd moeten worden, ook in de meest afgelegen streken, zodat de vrijheid van keuze van zorgverlener(s) en de continuïteit, nabijheid en toegankelijkheid van zorg gegarandeerd zijn voor alle toekomstige ouders.





De verruimde entourage moet dusdanig worden georganiseerd en gecoördineerd dat alle interventies in de prenatale opvolging complementair en niet overbodig zijn, ongeacht wie de initiatiefnemer of verstrekker ervan is.

### 5.2.3. Een zorgplan

---

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

---

De toekomstige ouders moeten worden aangemoedigd om na te denken over het verloop van de zwangerschap, de arbeid, de bevalling en de postnatale periode. Ze moeten al hun vragen kunnen stellen en informatie over alle mogelijke opties krijgen. Hun keuzes moeten beantwoorden aan de principes van de gedeelde besluitvorming (rekening houdend met eventuele risico's) en worden geformaliseerd in een individueel zorgplan. De toekomstige ouders moeten echter ook worden geïnformeerd over het feit dat de medische omstandigheden of beperkingen van de inrichting die ze voor de bevalling hebben gekozen, een afwijking van het initiële zorgplan noodzakelijk maken.

Ook de thuisbegeleiding in de post-partumperiode zou in de laatste weken van de zwangerschap moeten worden gepland en geprogrammeerd in het zorgplan. De coördinator moet nagaan of een planning werd opgesteld van de bezoeken en consultaties van een vroedvrouw en kinderarts. Indien dit niet is gebeurd, moet hij hiervoor zorgen. Eventueel moeten er ook bezoeken door medisch-sociale werkers en/of psychologen worden gepland.

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

### 5.2.4. Een duidelijke doorverwijzing tussen professionals en zorgniveaus

---

Er moet een duidelijk doorverwijssysteem worden ingevoerd, voor een veilige en naadloze overgang tussen de professionals en tussen eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg, rekening houdend met het subsidiariteitsbeginsel. Hiervoor moet men kunnen beschikken over een lijst van obstetrische alarmsignalen op basis waarvan een zwangere vrouw van de eerstelijnszorg naar gespecialiseerde zorg kan worden doorverwezen.

---

Geïntegreerde zorg houdt in dat er een ononderbroken geheel van zorg wordt verleend, over de grenzen van eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnszorg heen. Voor een veilige en naadloze overgang tussen de niveaus is een duidelijk doorverwijssysteem vereist, met criteria om een vrouw naar een andere professional of een ander zorgniveau door te verwijzen tijdens de zwangerschap en in de post-partumperiode. Ook de criteria voor terugkeer naar de eerste zorgverlener moeten worden verduidelijkt. De veiligheid van de (zwangere) vrouw en haar baby moeten daarbij voorop staan, ongeacht het zorgniveau.



## 6. AANBEVELINGEN VOOR EEN UNIVERSELE EN GEÏNTEGREERDE PRENATALE OPVOLGING

**Aanbeveling 1:** De zorgverleners zouden het voorgestelde prenatale zorgpad op hun eigen manier moeten organiseren, rekening houdend met de lokale context en met de actoren van de multidisciplinaire entourage. Hoe dan ook zal een prenataal opvolgingstraject altijd moeten bestaan uit drie elementen, die worden gecoördineerd door een zorgcoördinator en geformaliseerd in een zorgplan: de klinische opvolging, de consultaties voor persoonlijk prenataal advies (PPA) en de sessies ter voorbereiding op geboorte en ouderschap (VGO).

De eerste voorgestelde verbetering bestaat uit een **prenataal opvolgingstraject** (Figuur 2) voor alle zwangere vrouwen, ongeacht hun risiconiveau bij de zwangerschap. Teams in bepaalde ziekenhuisstructuren of praktijken hebben al stappen ondernomen om de kwaliteit van de perinatale begeleiding te verbeteren. Ze ontwikkelden daarbij een zeer gestructureerd parcours met de drie onderdelen die in dit document worden voorgesteld. Op andere plaatsen zijn de ingrediënten reeds aanwezig, maar zijn ze versnipperd, zonder samenhang of aanpassing aan de specifieke situatie van een zwangere vrouw. En soms moet een zwangere vrouw zelf professionals zoeken, die afzonderlijk en zonder met elkaar contact te hebben, een deel van de zwangerschapsbegeleiding voor hun rekening nemen.

De lokale context (geografische ligging, aanbod van dienstverleners en structuren, kenmerken van de bevolkingsgroep) kan sterk verschillen. Daarom moeten de betrokken professionals uitmaken wat de beste modaliteiten zijn voor een prenataal zorgpad in hun geografisch gebied. Deze moeten elke zwangere vrouw toegang geven tot een gestructureerde en gecoördineerde begeleiding door een zorgprofessional (de zorgcoördinator). Deze coördineert alle interventies en consultaties, zorgt ervoor dat de voorgeschreven prestaties worden uitgevoerd, ziet toe op de

bekendmaking van de resultaten en verwijst door naar bijkomende actoren, indien nodig.

**Aanbeveling 2:** De organisatiemodaliteiten die door de zorgprofessionals werden ontwikkeld (zie vorige aanbeveling) zouden geëvalueerd moeten worden, zodat de zorgprofessionals vervolgens hun praktijk kunnen aanpassen; vooral de ontbrekende elementen, die verhinderen dat de doelstellingen van de PPA-consultaties worden bereikt, zouden moeten worden geïdentificeerd.

In het huidige Belgische systeem voor prenatale zorg zijn al bepaalde elementen van de PPA-consultatie aanwezig, maar deze zijn gefragmenteerd.

Uit de internationale vergelijking blijkt dat in alle bestudeerde landen de elementen van de PPA-consultatie (met varianten) deel uitmaken van het parcours voor prenatale opvolging. Uit de literatuur blijkt echter niet welke organisatorische modaliteiten voor deze consultaties het meest doeltreffend zijn, en welke buitenlandse praktijken de beste zijn. Het is dan ook onmogelijk om één organisatie-model meer aan te bevelen dan een ander. De modellen kunnen verschillen door de volgende elementen:

- De professional(s) die de PPA-consultatie voor hun rekening nemen en hun rol in de multidisciplinaire entourage;
- De integratie van de PPA-consultatie in het klinische traject of in de voorbereiding op de geboorte en het postpartum (VGO);
- De hulpmiddelen die worden gebruikt om de geïnformeerde besluitvorming van de zwangere vrouw te ondersteunen, om de psychosociale anamnese uit te voeren, om te peilen naar de noden waarop de PPA-sessie(s) moet inspelen, om neutraal en objectief te informeren over de verschillende zorgmodellen voor prenatale zorg in België, om hoogwaardige informatie over de zwangerschap te verstrekken, om de postnatale periode in het ziekenhuis en thuis te organiseren, en om een zorgplan uit te werken.



**Aanbeveling 3: Een lijst opstellen met verloskundige alarmsignalen, die wijzen op de noodzaak om een zwangere vrouw door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg, om op die manier een veilige overgang tussen professionals en zorgniveaus te verzekeren, met respect voor het subsidiariteitsbeginsel.**

De zorgcontinuïteit kan enkel worden gewaarborgd als er tussen professionals een duidelijke eensgezindheid bestaat over de situaties waarin een toekomstige moeder moet worden doorverwezen naar gespecialiseerde zorg (en over de voorwaarden voor haar terugkeer naar de initiële professional), en dat gedurende de hele zwangerschap en het postpartum. Voor een optimale doorverwijzing moeten zwangere vrouwen continu worden opgevolgd op basis van een lijst met alarmsignalen (*red flags*). Deze moet gebaseerd zijn op de meest recente wetenschappelijke gegevens en aangepast aan de Belgische context. Na de publicatie van de huidige studie, is het voorzien dat het KCE deze lijst zal opstellen.

Een aantal andere landen baseert hun doorverwijzingssysteem op een indeling met (minstens) drie risiconiveaus voor de zwangere vrouw en het ongeboren kind: laag, gemiddeld en hoog risico. Deze indeling is niet alleen gebaseerd op medisch-verloskundige, maar ook op niet-medische risico's (bv. laag inkomen, sociaal isolement, verslaving, slachtoffer van geweld of misbruik).

Bij de doorverwijzing moeten continuïteit van de begeleiding, de nabijheid en toegankelijkheid van zorg gegarandeerd zijn. Het verlenen en de overdracht van informatie zijn essentieel voor de veiligheid en de kwaliteit van het zorgtraject doorheen de verschillende zorgniveaus.

**Aanbeveling 4: Passende tools, die goedgekeurd zijn voor de psychosociale anamnese van zwangere vrouwen, ter beschikking stellen van de professionals.**

Om een passende begeleiding te kunnen bieden, moet een gestructureerde en geformaliseerde psychosociale anamnese worden uitgevoerd bij alle toekomstige moeders. Deze maatregelen zouden moeten worden ondersteund door een verruimde entourage bestaande uit professionals met profielen die zijn afgestemd op de vastgestelde kwetsbaarheden (sociaal isolement, huiselijk geweld, depressie, verslaving, armoede, seksueel overdraagbare aandoeningen, mentale beperkingen, traumatische geboorte-ervaringen, adolescenten, personen zonder ziekteverzekering, asielzoekers, enz.). Programma's voor collectieve prenatale zorg, geïnspireerd op het CenteringPregnancy-model, worden zeer geschikt bevonden voor kwetsbare vrouwen. Ze zijn nu het voorwerp van bepaalde initiatieven en proefprojecten (*'de Kiem'*, *'Born in Brussels'*) die zorgvuldig moeten worden geëvalueerd en eventueel veralgemeend. Er bestaan nog andere initiatieven voor kwetsbare vrouwen, in verschillende vormen (bv. gratis prenatale consultaties, financiële steun, sociale steun, opvanghuizen enz.).



**Aanbeveling 5: Een inventaris en een cartografie van de bestaande initiatieven voor kwetsbare zwangere vrouwen ter beschikking stellen van de professionals, die betrokken zijn bij prenatale opvolging.**

In België werden geleidelijk beschermingsmaatregelen uitgewerkt voor zwangere vrouwen, en vooral voor de meest kwetsbare onder hen. Sommige interventies zijn van toepassing in het hele land (bv. Dringende Medische Hulp georganiseerd en betaald door de OCMW's), terwijl andere specifiek worden ontwikkeld door K&G, ONE en Kaleido. Daarnaast financiert het RIZIV een proefproject ter ondersteuning van de coördinatie van de actoren op het terrein ('Born in Brussels'), die betrokken zijn bij de begeleiding van kwetsbare zwangere vrouwen.

De beschermingsmaatregelen, geïdentificeerd bij het schrijven van deze studie, worden samengevat in figuur 5 van het wetenschappelijk rapport. Ondertussen worden nog concrete initiatieven, gericht op heel specifieke doelgroepen (bv. tienermoeders) genomen. Om een uitgebreide entourage rond de zwangere vrouwen tot stand te brengen, moet de zorgcoördinator de professionals en structuren die plaatselijk actief zijn, kunnen identificeren en contacteren en moet hij referentiepersonen kunnen opnemen in de uitgebreide entourage, om ondersteuning en begeleiding te garanderen op maat van de behoeften.

**Aanbeveling 6: Voor elke zwangere vrouw een gedeeld (elektronisch) dossier opmaken, waarin de 'Care Sets' over de preconceptie, de zwangerschap en de post-partumperiode worden opgenomen.**

Het gedeelde (elektronische) dossier is een centraal hulpmiddel voor de zorgcontinuïteit. Het moet een onnodige herhaling van interventies helpen voorkomen en de overdracht van informatie tussen de professionals van de multidisciplinaire entourage vergemakkelijken, vooral bij het doorverwijzen van de vrouw naar een andere professional.

Het gedeelde elektronisch dossier moet worden opgebouwd rond de 'Care Sets' (zie Kader 3). De ontwikkeling ervan rond preconceptie, zwangerschap en postpartum moet dan ook worden aangemoedigd. Enkel zorgverleners, en dus enkel de leden van de basisentourage, hebben echter toegang tot 'Care Sets'. Voor de uitwisseling van informatie met professionals die hiertoe geen toegang hebben, moet er dan ook een oplossing worden gevonden. Bovendien moeten de huidige samenwerkingsinitiatieven tussen eHealth, Kind en Gezin en ONE meer worden ondersteund, om te vermijden dat de ouders het voornaamste kanaal voor overdracht van informatie tussen de zorgverleners blijven.

In afwachting van een gedeeld elektronisch dossier dat voldoet aan de verwachtingen van de betrokken professionals en aan de veiligheidsvereisten van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), zullen de inspanningen voor overdracht en coördinatie tussen de actoren worden voortgezet met de bestaande middelen (bv. het moederboekje).



**Aanbeveling 7: Initiatieven voor de uitwisseling van informatie tussen de 'Care Sets' en de diensten voor geboorteaangifte (eBirth) en de centra voor perinatale epidemiologie (SPE/CEpiP) ondersteunen<sup>i</sup>.**

In België moet de zorgverlener die de bevalling heeft begeleid, de geboorte van een kind aangeven, en de medische statistische gegevens, die bestemd zijn voor de Gemeenschappen en uiteindelijk voor de FOD Economie, invullen. Deze aangifte gebeurt met een papieren formulier, of met de elektronische applicatie eBirth (sinds 2010). In het eBirth-formulier kunnen verschillende variabelen worden ingevuld die zeer nuttig zijn voor epidemiologische studies. Het gaat om medische variabelen over eerdere zwangerschappen, de huidige zwangerschap, de bevalling (bv. geboortepositie, inductie, epidurale verdoving, verloswijze, foetale monitoring, episiotomie ...), de gezondheidstoestand van de baby en sociaaleconomische variabelen.

Via het gedeeld elektronisch dossier (via de 'Care Sets') zou men gegevens moeten kunnen invoeren in het medisch dossier van de pasgeborene, en ook gegevens moeten kunnen gebruiken voor epidemiologisch onderzoek (bv. door SPE/CEpiP) en voor de evaluatie van de zorgkwaliteit.

**Aanbeveling 8: Indicatoren ontwikkelen om de kwaliteit en de doeltreffendheid van het prenatale zorgpad te beoordelen en om de objectieve en subjectieve resultaten ervan te monitoren (bv. de tevredenheid), opdat het een hoog kwaliteitsniveau zou bereiken.**

De bevroegde professionals stelden dat het gebrek aan kwaliteitsindicatoren de beoordeling van de kwaliteit van de prenatale en postnatale zorg en die van de voorbereiding op de geboorte belemmert. In België zijn er zeer weinig specifieke indicatoren voor de beoordeling van de kwaliteit van de prenatale opvolging. Een lijst van objectieve en subjectieve gezondheidsresultaten zou kunnen worden opgesteld door de organisaties die de professionals en onderzoekers die betrokken zijn bij prenatale begeleiding, vertegenwoordigen. Op basis van deze lijst, van ervaringen uit het buitenland (vooral Nederland) en van de beperkte lijst met belangrijke performantie-indicatoren (*Key Performance Indicators*) die in deze studie door de zorgverleners werden voorgesteld (zie tabel 6 van het wetenschappelijk rapport), kunnen kwaliteitsindicatoren worden bepaald.

De inhoud en de implementatie van de interventies uit het hier voorgestelde parcours moeten ook continu worden aangepast en verfijnd.

---

<sup>i</sup> Studiecentrum Perinatale Epidemiologie/ Centre d'Épidémiologie Périnatale



**Aanbeveling 9: Onderzoeken opstarten om het huidige financieringssysteem te vervangen door een systeem dat de complementariteit en multidisciplinariteit van de professionals in prenatale opvolging versterkt, en dat een onnodige herhaling van interventies voorkomt.**

KCE-rapport 232<sup>2</sup> wijst erop dat het huidige systeem van betaling per prestatie onverenigbaar is met een geïntegreerd en continu aanbod van postnatale zorg. Het stelde dat de huidige financiële stimuli niet in overeenstemming zijn met de vereisten voor een goed georganiseerde opvolging:

- een aantal cruciale en tijdrovende taken zoals zorgcoördinatie en het informeren van ouders wordt ondergewaardeerd en onderbetaald;
- het huidige systeem bevordert het delegeren van taken en multidisciplinaire samenwerking niet;
- het huidige systeem leidt tot een tekort aan zorg voor kwetsbare gezinnen.

Deze bevindingen komen ook terug in het huidige rapport over prenatale opvolging.

Het voorgestelde prenatale opvolgingsparcours zal bijkomende kosten met zich meebrengen, door de PPA-consultaties en de zorgcoördinator. Voor deze laatste kan men zich inspireren op de financiering van de huisartsen voor het beheer van het globaal medisch dossier. Deze bijkomende kosten moeten echter worden bekeken in een context van verminderde uitgaven, meer bepaald door de kortere verblijfsduur op de materniteit en door het onder controle houden van het aantal prestaties en consultaties, dankzij de integratie van de prenatale zorg door de coördinator.

Een nieuw financieringssysteem, dat gebaseerd is op een forfaitaire financiering van het hele pre- en postnatale parcours, zou de complementariteit en de multidisciplinariteit kunnen bevorderen en de onnodige herhaling van interventies en consultaties kunnen voorkomen. Deze optie werd echter niet verder onderzocht in het kader van deze studie. Bijkomende analyses zijn nodig, om na te gaan met welk financieringssysteem het best de doelstellingen van de prenatale en postnatale opvolging kunnen worden bereikt. Deze analyses zouden de budgettaire impact van de overgang van het huidige model naar het in Figuur 1 voorgestelde model moeten berekenen, volgens de verschillende financieringsmodaliteiten. Deze denkoefening dient te gebeuren binnen de algemene context van de evolutie van de prenatale, intrapartum en postnatale zorg.

**Aanbeveling 10: De basis- en voortgezette opleiding van zorgverleners die betrokken zijn bij de prenatale begeleiding, zou modules moeten bevatten voor vaardigheden om samen te werken in de praktijk. Professionals die zich willen toeleggen op PPA- en GVO-consultaties zouden hiervoor een opleiding moeten volgen. De basisopleiding van de vroedvrouwen, die vandaag gericht is op de ziekenhuisomgeving, zou meer modules moeten bevatten die gericht zijn op extra muros begeleiding.**

De WGO beschouwt de interprofessionele opleiding als een tool om de samenwerking in de praktijk te verbeteren en de fragmentatie van de zorg aan te pakken.<sup>13</sup> De interprofessionele opleiding houdt in dat twee of meer beroepsgroepen met elkaar in contact worden gebracht, ideeën uitwisselen en elkaar helpen bij een doeltreffende samenwerking en betere gezondheidsresultaten. Dit type van onderwijs kan een nuttige aanvulling vormen op de basisopleiding van de zorgverleners die betrokken zijn bij prenatale opvolging. De basisstudies van heel wat zorgberoepen zijn immers vooral monodisciplinair en houden maar weinig rekening met de andere actoren van de gezondheidszorg.



Het opzetten van een entourage voor multidisciplinaire zorg is gebaat bij professionals die zijn opgeleid in collaboratieve praktijk.

PPA-consultaties vereisen professionals die zijn opgeleid in psychosociale anamnese, gezondheidspromotie en het geven van begeleiding bij het nemen van geïnformeerde beslissingen. Het afnemen van een psychosociale anamnese houdt o.a. het gebruik van tools in die werden gevalideerd voor de opsporing van psychosociale kwetsbaarheid en voor de beoordeling van de specifieke noden van zwangere vrouwen. Professionals die PPA-consultaties houden, moeten opgeleid zijn in *evidence-based practice*, om wetenschappelijk onderbouwd advies te kunnen geven bij activiteiten van gezondheidseducatie en -promotie. Daarnaast stellen professionals die opgeleid zijn in specifieke communicatie- en empowermenttechnieken de zwangere vrouwen (en/of hun partners) in staat om een geïnformeerde keuze te maken, wat beter beantwoordt aan de doelstellingen van deze consultaties.

Door modules rond extra muros begeleiding op te nemen in de basis- of voortgezette opleiding van vroedvrouwen, wordt hun competentie versterkt, en worden ze ondersteund bij de uitoefening van hun beroep in een ambulante omgeving.

De hogescholen bieden wel sinds kort gecertificeerde opleidingen in vroedkunde aan met modules rond risicobeheer en klinisch leiderschap, modules rond communicatie bij perinatale begeleiding en stages binnen en buiten het ziekenhuis vanuit zelfstandige vroedvrouwenpraktijken. Daarnaast zijn er aanvullende opleidingen die de competentie van vroedvrouwen inzake de organisatorische aspecten van de prenatale opvolging vergroten (nl. de planning en systematische opvolging van normale zwangerschappen, opstellen van een eigen gids voor prenatale consultatie (papieren of elektronisch dossier), uitvoeren van een zo volledig mogelijke anamnese en het kunnen doorverwijzen van patiënten naar de gynaecoloog wanneer nodig, contacten onderhouden met de ouders en met hen de vele aspecten bespreken die komen kijken bij de komst van een kind in het gezin).

Alle hierboven genoemde opleidingen moeten worden vermeld in de portfolio van de zorgverleners (zie box 2 in de bijlage van het wetenschappelijke rapport) die betrokken zijn bij prenatale opvolging, en moeten regelmatig worden geüpdatet via de voortgezette opleidingen die werden goedgekeurd in het kader van de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.





## ■ AANBEVELINGEN<sup>k</sup>

### *Ter attentie van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid*

- Voor elke zwangere vrouw een gedeeld (elektronisch) dossier opmaken, waarin de ‘Care Sets’ over de preconceptie, de zwangerschap en de post-partumperiode worden opgenomen.
- Onderzoeken opstarten om het huidige financieringssysteem te vervangen door een systeem dat de complementariteit en multidisciplinariteit van de professionals in prenatale opvolging versterkt, en dat een onnodige herhaling van interventies voorkomt.

### *Ter attentie van het RIZIV*

- Initiatieven voor de uitwisseling van informatie tussen de ‘Care Sets’ en de diensten voor geboorteaangifte (eBirth) en de centra voor perinatale epidemiologie (SPE/CEpiP) ondersteunen

### *Ter attentie van de ministers bevoegd voor onderwijs en van de beroepsgroepen*

- De basis- en voortgezette opleiding van zorgverleners die betrokken zijn bij de prenatale begeleiding, zou modules moeten bevatten voor vaardigheden om samen te werken in de praktijk. Professionals die zich willen toeleggen op PPA- en GVO-consultaties zouden hiervoor een opleiding moeten volgen. De basisopleiding van de vroedvrouwen, die vandaag gericht is op de ziekenhuisomgeving, zou meer modules moeten bevatten die gericht zijn op extra muros begeleiding.

### *Ter attentie van de betrokken zorgverleners en hun beroepsorganisaties*

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

<sup>k</sup> Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



***Ter attentie van de bevoegde wetenschappelijke instellingen***

- De organisatiemodaliteiten die door de zorgprofessionals werden ontwikkeld (zie vorige aanbeveling) zouden geëvalueerd moeten worden, zodat de zorgprofessionals vervolgens hun praktijk kunnen aanpassen; vooral de ontbrekende elementen, die verhinderen dat de doelstellingen van de PPA-consultaties worden bereikt, zouden moeten worden geïdentificeerd.
- Indicatoren ontwikkelen om de kwaliteit en de doeltreffendheid van het prenataal zorgpad te beoordelen en om de objectieve en subjectieve resultaten ervan te monitoren (bv. de tevredenheid), opdat het een hoog kwaliteitsniveau zou bereiken.
- Passende tools, die goedgekeurd zijn voor de psychosociale anamnese van zwangere vrouwen, ter beschikking stellen van de professionals.

***Ter attentie van het KCE in samenwerking met de professionals van het terrein en de betrokken wetenschappelijke instellingen***

- Een lijst opstellen met verloskundige alarmsignalen, die wijzen op de noodzaak om een zwangere vrouw door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg, om op die manier een veilige overgang tussen professionals en zorgniveaus te verzekeren, met respect voor het subsidiariteitsbeginsel.

***Ter attentie van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Milieu in samenwerking met de gefedereerde en lokale overheden***

- Een inventaris en een cartografie van de bestaande initiatieven voor kwetsbare zwangere vrouwen ter beschikking stellen van de professionals, die betrokken zijn bij prenatale opvolging.



## ■ REFERENTIES

1. Gyselaers W, Jonckheer P, Ahmadzai N, Ansari M, Carville S, Dworzynski K, et al. What are the recommended clinical assessment and screening tests during pregnancy? Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE): 2015. KCE Reports 248 Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_248\\_assessments\\_and\\_test\\_during\\_pregnancy\\_Report\\_0\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_248_assessments_and_test_during_pregnancy_Report_0_0.pdf)
2. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, et al. Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) 2014. Reports 232 Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_232\\_Postnatal\\_care\\_Report\\_0\\_1.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_232_Postnatal_care_Report_0_1.pdf)
3. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. Available from: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/)
4. Downe S, Finlayson K, Tuncalp, Metin Gulmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. BJOG. 2016;123(4):529-39.
5. De Geest A, Jouck P, Horn M, Lardennois M, Pieters J, Van Herp H, et al. Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé; 2017. Available from: [http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan\\_2017\\_fr.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2017_fr.pdf)



6. Miermans P, Delvaux A, Durand C, Jouck P, Mimilidis H, Vivet V. Scénarios alternatifs de l'évolution de la force de travail "médecins" 2012-2037. Cellule Planification de l'offre des Professions des soins de santé; 2017. Available from: [http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/hwf\\_scenarios\\_alternatifs\\_de\\_levolution\\_du\\_force\\_de\\_travail\\_medecins\\_2012-2037.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/hwf_scenarios_alternatifs_de_levolution_du_force_de_travail_medecins_2012-2037.pdf)
7. Miermans P, Vivet V, Delvaux A, Jouck P, Mimilidis H, Steinberg P, et al. Scénario de base - Médecins. Cellule Planification de l'offre des Professions de soins de santé; 2016. Available from: [http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/scenarios\\_de\\_base\\_medecins.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/scenarios_de_base_medecins.pdf)
8. Durand C, Vivet V, De Geest A, Delvaux A, Jouck P, Miermans P, et al. L'évolution de la force de travail sages-femmes, 2014 - 2039. Résultats des scénarios de base. Cellule Planification de l'offre des Professions des soins de santé; 2018. Available from: [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/scenarios\\_de\\_base\\_de\\_la\\_force\\_de\\_travail\\_sages-femmes\\_2014-2039.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/scenarios_de_base_de_la_force_de_travail_sages-femmes_2014-2039.pdf)
9. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4. Art. No:CD004667.
10. Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, et al. Group versus conventional antenatal care for women. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2. Art. No.: CD007622.
11. Renfrew M, McFadden A, Bastos M, Campbell J, Channon A, Cheung N, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet. 2014;384(9948):1129-45.
12. Marmot M. Fair society, healthy lives - the Marmot Review : strategic review of health inequalities in England post-2010. 2010.
13. Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. WHO; 2010. WHO/HRH/HPN/10.3



## COLOFON

Titel:	Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen – Synthese
Auteurs:	Nadia Benahmed (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Carl Devos (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Project facilitator:	Els Van Bruystegem (KCE)
Senior supervisor:	Sabine Stordeur (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE), Nadia Benahmed (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Reviewers:	Marie Dauvrin (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Germaine Hanquet (KCE), Christian Léonard (KCE)
Externe experts en Stakeholders:	Sophie Alexander (Unité de Santé Reproductive et Epidémiologie Périnatale, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles), Katrien Beeckman (UZ Brussel), Wannes Blondeel (Kind en Gezin (K&G)), Silke Brants (FARA), Gilles Ceysens (Président du Collège des Conseillers Gynécologues de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)), Justien Cornelis (AXXON), Mickaël Daubie (INAMI – RIZIV - Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), Luc De Catte (UZ Leuven, Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG)), Katelijn De Koster (UZ Brussel, Federale Raad voor de Vroedvrouwen), Iris Deschutter (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Sophie Engelskirchen (ONE), Marie Gérard (ONE), Dominique Haumont (Collège de médecins pour la mère et le nouveau-né – College van geneesheren voor de moeder en de pasgeborene), Katherina Kastrissianakis (ONE), Miguel Lardennois (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Catherine Latiers (ONE), Sarah Michel (Union Professionnelle des Sages-femmes Belges (UPsfB)), Ingrid Morales (ONE), Joke Muyldermans (Vlaamse beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV)), Hedwig Neels (AXXON), Muriel Quisquater (Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)), Marlene Reyns (VBOV), Chantal Robin (Association Francophone des Sages-femmes Catholiques (AFSFC)), Marie-Jeanne Schoofs (K&G), Karen Smet (Domus medica), Griet Vandenberghe (VVOG), Liselot Vandewalle (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Christine Van De Putte (AXXON), Ann Vanholsbeek (VBOV), Joachim Van Keirsbilck (AZ St Jan Brugge, VVOG), Patrick Verliefde (RIZIV – INAMI - Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – Institut national d'assurance maladie-invalidité), Lies Versavel (De Bakermat), Mieke Walraevens (Beleidscel Minister Volksgezondheid & Sociale Zaken en Asiel en Migratie - Cellule stratégique de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé publique, de l'Asile et de la Migration)
Externe validatoren:	Annick Bogaerts (Department of Development & Regeneration, KU Leuven), Benoît Moons (Gynécologue-obstétricien - Site Sainte Elisabeth, CHU UCL Namur), Sophie Thunus (Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain)



**Acknowledgements:** We bedanken graag Inga-Maj Andersson (Programme Officer at the National Board of Health and Welfare, Stockholm) voor haar ondersteuning bij de beschrijving van de organisatie van de prenatale zorgen in Zweden, Mika Gissler (Research Professor, THL National Institute for Health and Welfare, Information Department Services, Helsinki) en Maija Jakobsson (Helsinki University Central Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology) voor hun ondersteuning bij de beschrijving van de organisatie van de prenatale zorgen in Finland alsook Martin Verstreken (Expert at Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste) voor het verstrekken van prenatale zorgconsumptiegegevens, Kristel Van Ael (Namanh) voor de ondersteuning tijdens de brainstorming sessies met stakeholders en Benjamin Carette (INAMI – RIZIV). We danken ook verloskundigen en gynaecologen die ons ouders hebben doorverwezen voor de interviews. We bedanken hartelijk alle ouders, verloskundigen, gynaecologen, kinesitherapeuten, kinderartsen en huisartsen voor hun inzicht in prenatale zorg tijdens de interviews. Ten slotte, bedanken we ook Amber Hoefkens, Femke Maes, Evi Stuyck, Marylène Zarbo (IPSOS België) voor de letterlijke transcriptie van de interviews van de ouders.

**Gemelde belangen:** “Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport ‘Prenatale zorg’, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie. Daarom hebben zij per definitie mogelijk een zekere graad van belangenconflict”

**Layout:** Ine Verhulst, Joyce Grijseels

**Disclaimer:**

- **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport met meerderheid van stemmen goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

**Publicatiedatum:** 6 februari 2020

**Domein:** Health Services Research (HSR)

**MeSH:** Prenatal Care, Organization and Administration, Prenatal Education, Patient Care Team, Belgium

**NLM classificatie:** WQ175

**Taal:** Nederlands



Formaat: Adobe® PDF™ (A4)  
Wettelijk depot: D/2019/10.273/76  
ISSN: 2466-6432  
Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document? Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S. Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 326As. D/2019/10.273/76.  
Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.