

Pilootprojecten 'Bevallen met verkort ziekenhuisverblijf'

Inhoud

1	Inleiding	2
2	Resultaten en bevindingen na twee jaar projectwerking	4
2.1	Beknopte beschrijving van de pilootprojecten	4
2.2	Aantal bevallingen per semester	5
2.3	Evolutie van de verblijfsduur	6
2.4	Algemene observaties	7
2.5	Het welbevinden van de moeders en de kwaliteit van zorg	8
2.6	De zorgverleners.....	9
2.7	Substitutie van ziekenhuiszorg door zorg buiten het ziekenhuis.....	9
3	Het 3 ^{de} projectjaar	11
4	Reeds lopende beleidsinitiatieven	11
5	Conclusie	12

1 Inleiding

Het regeerakkoord van 9 oktober 2014 benadrukte de dringende nood aan heroriëntering van de ziekenhuissector. Minister van Volksgezondheid, Maggie De Block, wees er in haar 'Plan van Aanpak - Hervorming ziekenhuisfinanciering' (2015) op dat onnodige of onnodig lange ziekenhuisverblijven te vermijden zijn. De ziekenhuiscapaciteit moet zo efficiënt mogelijk worden aangewend ondermeer omwille van de verdere vergrijzing met toenemende (chronische) zorgnoden dit vereist. Dit vergt aanpassingen aan de zorgorganisatie, binnen en buiten de ziekenhuizen.

Via pilootprojecten kregen ziekenhuizen en hun partners van de eerste lijn de kans om samen innovatieve zorgmodellen uit te werken en uit te testen. Vanuit de vaststelling dat de gemiddelde verblijfsduur bij bevallingen in België hoger was dan in de omliggende landen, en nadat het KCE in 2014 een rapport¹ wijdde aan het optimaliseren van de postnatale zorgen, werd 'bevallen met verkort ziekenhuisverblijf' het logische eerste thema voor pilootprojecten in het kader van de hervorming van de ziekenhuissector.

Bij de oproep voor kandidaturen² werden een aantal voorwaarden gesteld. Die gaven vooral aan dat de minister belang hecht aan het behoud van de kwaliteit van de zorg en aan de continuïteit van de zorg. Ook werd aandacht gevraagd voor empowerment van de patiënt en zijn omgeving, evenals voor de kwetsbare gezinnen. Qua opvolging, en om de minister te ondersteunen bij de uittekening van het toekomstig perinataal beleid, werden op periodieke basis ook een aantal registraties gevraagd. Deze opvolging, via een welomschreven set van aangepaste indicatoren, betrof zowel de zorgkwaliteit als de tevredenheid van de patiënten, evenals de ervaringen van de zorgverleners. Om snel van start te kunnen gaan werden op dit vlak een aantal pragmatische keuzes gemaakt: er werd bijvoorbeeld geen algemene nulmeting georganiseerd en de projecten werkten niet met een controlegroep vermits alle zwangere vrouwen die voldeden aan de inclusiecriteria gedefinieerd door het project in kwestie, de kans kregen deel te nemen. De bevindingen die in dit rapport zijn opgenomen, zijn dan ook niet als wetenschappelijke resultaten te beschouwen. Bovendien verschillen per project de modaliteiten, de inclusie- en exclusiecriteria, de wijze waarop de data werden verzameld,... waardoor het vergelijken van cijfergegevens tot potentiële foute conclusies zou kunnen leiden. Het betreft hier dus eerder een beschrijvend rapport.

Het enthousiasme in de sector was groot, in meerdere regio's was het de eerste keer dat de eerste en tweede lijn samen en als gelijkwaardige partners een zorgplan uitwerkten. Gynaecologen, vroedvrouwen, pediaters, huisartsen(kringen), thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten, lokale zwangerschapscentra en expertisecentra kraamzorg, kenniscentra borstvoeding, wijkgezondheidscentra, diensten voor kraam-, thuis- of gezinszorg, sociale en maatschappelijke diensten, OCMW's, CAW's, ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen, hogescholen en universiteiten, centra voor audiometing... en andere diensten zoals Kind en Gezin in Vlaanderen of ONE in Wallonië zaten rond de tafel en maakten afspraken over de doelgroep die ze wensten te bereiken, over de zorg en de zorgcontinuïteit.

¹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_232As_Postnatale_zorg_Synthese%20%281%29.pdf

² https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/projectoproep_-_bevallen_met_kort_zh-verblijf_0.pdf

Na een eerste administratieve selectie werden experts uit de sector gevraagd om (aan de hand van criteria) de zorginhoudelijke selectie van de projecten voor hun rekening te nemen. Zes pilootprojecten zijn gestart op 1 juli 2016.

De geselecteerde projecten, met elk hun eigen samenwerkings- en organisatievormen, hun eigen zorgtraject en inclusie- en exclusiecriteria, wijze van communiceren tussen de partners,... werden georganiseerd rondom elf ziekenhuizen:

- Luik : CHU de Liège – CH du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye – CHR La Citadelle
- Brussel : Saint-Luc
- Brussel : Erasme – UZ Brussel
- Bergen : CHR Mons
- Sint-Niklaas : AZ Nikolaas
- Leuven : UZ Leuven – Heilig Hart Leuven – Heilig Hart Tienen

Deze pilootprojecten hebben dus elk hun zorgorganisatie en zorgmodaliteiten vastgelegd naar eigen inzicht van de partners, en dit traject gedurende de eerste twee jaren van het pilootproject uitgevoerd. Elk project kon in deze periode eventueel zijn inclusie- en exclusiecriteria, transmuraal zorgpad en organisatie-model nog bijsturen als dit nodig of nuttig bleek. Omdat deze ervaringen belangrijk zijn voor het toekomstig beleid, moest dit ook aan de overheid gemeld worden.

De FOD Volksgezondheid staat in voor opvolging en ondersteuning van de projecten en nodigde meermaals de coördinatoren van de pilootprojecten uit voor overleg en uitwisseling van ervaringen. Net als bij het uitwerken van de projectoproep, hebben vertegenwoordigers van het RIZIV en het KCE actief deelgenomen aan deze discussies. In het kader van de monitoring staat de FOD Volksgezondheid ook in voor de semestriële opvolging van de kwaliteits- en tevredenheidsindicatoren, de financiële opvolging en de jaarlijkse auto-evaluatie rapporten.

De pilootprojecten werkten binnen een budgetneutraal financieel kader: eventuele efficiëntiewinsten worden door de partners geïnvesteerd in het project. Wel ontving elk project additioneel een coördinatie- en opvolgingsbudget van € 40.000 per jaar, dat het registreren en het overmaken van de gegevens en informatie aan de overheid vergoedt. Daarnaast mocht de verkorte verblijfsduur geenszins een negatieve financiële impact hebben voor de patiënt.

In dit rapport worden de resultaten van de eerste twee projectjaren geduid. Daarnaast wordt er ook ingegaan op het derde projectjaar en de reeds lopende beleidsinitiatieven.

2 Resultaten en bevindingen na twee jaar projectwerking

2.1 Beknopte beschrijving van de pilootprojecten

Onderstaande tabel geeft een beknopt overzicht van de verschillende projecten weer. Er wordt aangegeven wat elk project vooraf omschreef als 'verkorte verblijfsduur', hoe elk project de looptijd van het zorgpad zag, en welke bijkomende tussenkomsten van zorgverleners zouden plaatsvinden ten gevolge van de verkorte verblijfsduur. De onderstaande beschrijving is gebaseerd op wat, voorafgaandelijk aan de pilootproject, voorzien werd.

	VERKORTE VERBLIJFSDUUR (ontslag uit het ziekenhuis op dag X na de bevalling)	TOTALE LOOPTIJD VAN DE OPVOLGING (week X van de zwangerschap ⇨ week/dag Y postpartum)	SPECIFICITEITEN VAN HET ZORGTRAJECT (meestal door een vroedvrouw)
BRUSSEL SAINT- LUC	D2/D3 (vaginale bevalling) D3/D4 (keizersnede)	Week 28/30 ↓ 1 week	Prenatale consultatie tussen week 28 en 30 Bezoek op dag 1 en dag 2 na ontslag
BRUSSEL ERASME/ UZ	D2 (vaginale bevalling) D4 (keizersnede)	Week 28 ↓ 1 maand	Prenatale consultatie in week 34 Bezoek 24u na ontslag + 3 tot 6 bezoeken tussen dag 4 en dag 10
LUIK	D3 (vaginale bevalling) D4 (keizersnede)	Week 20 ↓ 2 weken	(Geen specificaties over prenatale consultatie(s)) Bezoek 24u, 48u (en 72u) na ontslag
LEUVEN	D2 (vaginale bevalling – multipari) D3 (vaginale bevalling – primipari) D4 (keizersnede)	Week 28 ↓ 1 maand	Prenatale consultatie in week 32 Bezoek 24u na ontslag + afwisselend bezoek/telefonisch contact op D4, D5, D6, D7, D10 en D14 + bezoek na 1 maand en na 6 weken
BERGEN	D2 (vaginale bevalling) D4 (keizersnede)	Week 12 ↓ 6/8 weken	Prenatale consultatie in week 12/13, week 24/26 en week 34/36 Bezoek 24u na het ontslag, en in de daaropvolgende 48u en op D7/D8
SINT- NIKLAAS	D3 (vaginale bevalling)	Week 16 ↓ 10 dagen	Prenatale consultatie in week 16 en week 36 Bezoek 24u na ontslag + afwisselend bezoek/telefonisch contact op D4, D5, D6, D7, D9, D10 en D14 + bezoek na 1 maand en na 6 weken

In elk van de projecten worden zowel primi- als multiparae (vrouwen die voor het eerst respectievelijk reeds eerder waren bevallen) opgenomen. Het Leuvense project voorziet een licht afwijkend zorgpad voor vrouwen die voor het eerst bevallen, met een ziekenhuisverblijf van één dag langer.

In het project van Sint-Niklaas worden de moeders die bevallen met een keizersnede automatisch geëxcludeerd uit het pilootproject, terwijl de vijf andere projecten wel een verkort verblijf voorzien (uiteraard met een eigen zorgpad en een langer verblijf dan bij een vaginale bevalling).

2.2 Aantal bevallingen per semester

	AANTAL BEVALLINGEN MET EEN VERKORT ZIEKENHUISVERBLIJF IN HET KADER VAN HET PILOOTPROJECT	AANTAL BEVALLINGEN IN DE PARTICIPERENDE ZIEKENHUIZEN
SEMESTER 1 (2 ^{de} semester 2016)	1.449	3.420
SEMESTER 2 (1 ^{ste} semester 2017)	3.417	7.095
SEMESTER 3 (2 ^{de} semester 2017)	4.732	8.674
SEMESTER 4 (1 ^{ste} semester 2018)	4.380	8.183
TOTAAL :	13.978	27.372

Na vier semesters hebben in alle pilootprojecten samen 13.978 moeders deelgenomen. In de eerste drie semesters neemt het aantal steeds toe, daarna wordt een zekere stagnatie tot lichte daling vastgesteld. Het aantal deelnemende moeders stemt vanaf 2017 (dus vanaf het semester volgend op de opstart) overeen met de voorafgaandelijke inschatting door de pilootprojecten zelf.

Vanuit de ervaringen van de projectcoördinatoren worden de volgende mogelijke verklaringen m.b.t. de toename van het aantal deelnemers aan het project in de eerste drie semesters gesuggereerd:

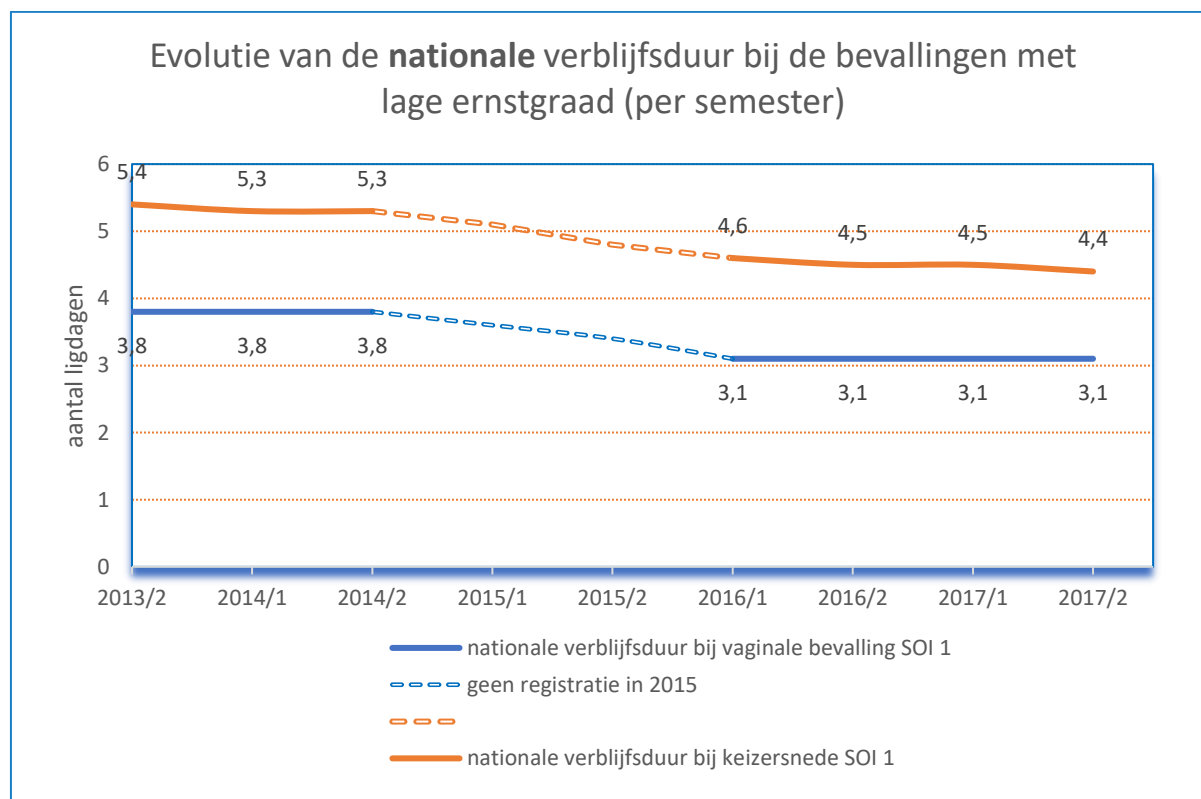
- de pilootprojecten zijn voorzichtig begonnen, maar de toegestane flexibiliteit liet toe hun inclusiecriteria te verbreden en/of hun exclusiecriteria te beperken zodat steeds meer zwangere vrouwen uitgenodigd worden om deel te nemen aan het project;
- de terughoudendheid verdwijnt aan de deelnemerszijde: de jonge gezinnen raken vertrouwd met deze kortere verblijven en krijgen in hun omgeving ook positieve signalen over de postnatale zorgen buiten het ziekenhuis;
- het verkort ziekenhuisverblijf lijkt bij alle betrokkenen stilaan deel te worden van de normale praktijk;
- de nieuwe zorgorganisatie werkt en het vertrouwen tussen de projectpartners van de eerste en de tweede lijn groeit.

Er werd vastgesteld dat na initiële toezegging voor deelname aan het project, het regelmatig voorkomt dat er toch geen verkort ziekenhuisverblijf is. De redenen hiervoor zijn divers: problemen opgetreden in de zwangerschap, complicaties bij de moeder (bij of onmiddellijk na de bevalling), vroegtijdige bevalling, complicaties bij de pasgeborene of soms het niet tijdig kunnen organiseren van de postnatale zorgen thuis.

2.3 Evolutie van de verblijfsduur

2.3.1 Cijfers aan de hand van de Minimale Ziekenhuisgegevens

Op basis van de nationale MZG-data (Minimale Ziekenhuisgegevens) vanaf het 2^{de} semester 2013 en t.e.m. de laatst beschikbare data (2^{de} semester 2017), is de verdere verkorting van de verblijfsduur duidelijk bij zowel vaginale bevallingen als bij bevallingen met keizersnede (zie onderstaande figuur). Enkel de bevallingen zonder complicaties en dus met de laagste ernstgraad (Severity of Illness of Sol 1) worden in acht genomen omdat deze, puur medisch gezien, het best te vergelijken zijn met de bevallingen in de pilootprojecten³:



Het is een opvallende vaststelling dat de nationale verblijfsduur bij bevallingen zonder complicaties significant (met 18%) gedaald is sinds het tweede semester 2013. Nationaal is de verblijfsduur bij patiënten die opgenomen zijn in het ziekenhuis voor een andere reden of pathologie (in een ziekenhuisbed met een andere kenletter dan M(aterniteit)) gedaald met 9 % in dezelfde periode. Vermoedelijk is deze sterkere daling van de verblijfsduur bij bevallingen deels toe te wijzen aan de specifieke aandacht hiervoor in de

³ De Minimale Ziekenhuisgegevens geven (grosso modo) informatie over de pathologie en de behandeling, daarentegen konden de pilootprojecten patiënten in- of excluderen op basis van sociaal-economische kwetsbaarheid, het (al dan niet) goed omringd zijn door partner, familie,... naast het feit dat zwangerschap en bevalling zonder complicaties moesten verlopen.

ziekenhuizen, de eerste lijn én in de media. Deze aandacht en de (aankondiging van de) pilootprojecten 'bevallen met verkort ziekenhuisverblijf' lijken de aanleiding gevormd te hebben voor heel veel materniteiten en betrokken zorgverleners van de eerste lijn om in te zetten op bevallen met verkorte verblijfsduur, ook als ze formeel dit verkorte ziekenhuisverblijf niet in het kader van een pilootproject organiseren.

2.3.2 Cijfers aan de hand van gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Noch de informatie van de gefactureerde verblijfsduur in de pilootprojecten verkregen via het IMA (InterMutualistisch Agentschap), noch de verblijfsduur op basis van MZG-codering, kan uitwijzen of de gemiddelde ligduur overeenstemt met de voorziene verblijfsduur (van het project-zorgpad, zie p. 4). Dit komt doordat het geplande zorgpad (tabel p. 4) de ligdagen vanaf het tijdstip van de bevalling weergeeft, en niet vanaf de opname in het ziekenhuis. Op basis van de informatie van de pilootprojecten wordt afgeleid dat het geplande zorgpad in de pilootprojecten het na te streven ideaal is. De implementatie van dit zorgpad is echter niet altijd haalbaar om klinische of persoonlijke redenen, wat verklaart waarom sommige verblijven worden verlengd.

Toch is er waardevolle informatie te halen uit de IMA-gegevens, evenwel nog beperkt tot de drie eerste semesters van de projecten. Zoals verwacht is er een duidelijk verschil in de verblijfsduur van de moeders in de deelnemende ziekenhuizen:

- De vrouwen die deelnemen aan de pilootprojecten bleven minder lang (tot een halve dag) in het ziekenhuis dan het nationaal gemiddelde*. Dit geldt zowel voor de vaginale bevallingen als voor de bevallingen met keizersnede.
- De niet-deelnemende moeders in de deelnemende ziekenhuizen bleven iets langer in het ziekenhuis dan het nationaal gemiddelde*. De niet-deelnemende moeders hebben ofwel aangegeven dat ze niet bereid waren het traject met kort ziekenhuisverblijf in het kader van het pilootproject te volgen, of ze beantwoordden niet aan de vooropgestelde inclusiecriteria van het project, of er waren onverwachte complicaties bij de moeder of de pasgeborene.

(*) de vergelijking met de nationale IMA cijfers moet echter met voorzichtigheid gebeuren gezien de ernstgraad van de bevalling niet kan gefilterd worden uit deze nationale facturatiegegevens.

2.4 Algemene observaties

Met het oog op de toekomstige organisatie van zorg zijn onderstaande concrete vaststellingen uit de auto-evaluatierapporten van de projecten het vermelden waard.

Een **tijdige prenatale voorbereiding** is belangrijk, zowel voor het goede verloop van de verkorte ligduur op de materniteit als voor de efficiënte organisatie van de postnatale zorgen:

- de informatie en educatie moet zoveel als mogelijk voorbereid zijn tijdens de zwangerschap (borstvoeding, badje, signalen (her)kennen...) zodat het stressniveau van de moeder en de werklast van de zorgverstrekkers die betrokken zijn in het ziekenhuisverblijf gereduceerd worden;
- een ondersteunende omgeving kan het verschil maken;
- de redenen dat zorgverleners sommige zwangere vrouwen niet uitnodigen tot het project, hebben in grote mate te maken met de kwetsbaarheid van de zwangere vrouw of haar dichte omgeving (sociaal, psychologisch, bestaande pathologie of antecedenten en soms omwille van een

bestaande verslavingsproblematiek). In één van de projecten wordt het traject met kort ziekenhuisverblijf niet aangeboden aan personen die een andere taal dan Frans of Nederlands spreken;

- met het oog op een sterker uitgebouwd prenataal zorgpad is in sommige projecten en gebieden een betere samenwerking tussen de zorgverleners cruciaal. Dit geldt zowel voor de samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn (bvb. tussen de gynaecoloog en de vroedvrouw), als voor de onderlinge samenwerking tussen zorgverleners van de eerste lijn. Dit zou de zorg en de continuïteit van de zorg ten goede komen.

Voor de **postnatale zorgen thuis**:

- om optimaal te verlopen, moet het postnatale zorgtraject al zeer goed voorbereid zijn tijdens de zwangerschap;
- concrete afspraken voor thuisconsultaties en vervolgonderzoeken van moeder en kind worden gemaakt voor het ontslag uit het ziekenhuis;
- ook voor de postnatale zorgen thuis geldt dat de samenwerking tussen ziekenhuis en de eerste lijn her en der nog beter kan, net zoals de samenwerking tussen de zorgverleners van de eerste lijn (al dan niet van dezelfde discipline);
- in sommige streken is de eerste lijn nog onvoldoende uitgebouwd (vb. vroedvrouwen).

2.5 Het welbevinden van de moeders en de kwaliteit van zorg

Het formuleren van conclusies omtrent de kwaliteit en de tevredenheid van zorg aan de hand van de autorapportages van de projecten vergt enige omzichtigheid. De redenen zijn onder andere dat elk project een eigen organisatiemodel en eigen inclusie- en exclusiecriteria heeft (vergelijken van resultaten is dus moeilijk), dat het opvolgen van kwaliteitsindicatoren voor de meeste projecten een zeker leerproces vergde, dat er voor bepaalde projecten data ontbreken, dat elk van de projecten de ondervraging van de betrokkenen op een verschillende wijze en tijdstip organiseerde (met een groot verschil in responsgraad tot gevolg, gaande van soms maar 10% tot 100%) en dat er geen controlegroep is.

Van alle deelnemende moeders:

- geeft ruim 80 % aan tevreden te zijn dat ze aan het project hebben deelgenomen;
- geeft 90 % aan dat hun terugkeer goed was georganiseerd en gepland door en met de verschillende betrokken zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis;
- geeft meer dan 90 % aan bij ontslag uit het ziekenhuis goed te weten tot wie ze zich moesten wenden bij welke vragen of problemen thuis;
- geeft ruim 90 % aan tevreden te zijn over de informatie en goed ingelicht te zijn over allerlei andere onderwerpen m.b.t. de zorg voor de baby;
- geeft ruim 90 % aan zich 'veilig' te voelen wanneer ze thuis komen na hun verblijf in de materniteit.

Het aantal heropnames geeft een indicatie over de zorgkwaliteit. Er werd nagegaan of het aantal heropnames, zowel van de moeders als van de pasgeborenen, veranderingen ondergaat die verband kunnen houden met de kortere ziekenhuisverblijven. Hierboven werd reeds de daling van de nationale verblijfsduur bij bevalling tussen 2013 en 2017 besproken (zie p. 6).

- Volgens de registraties van de pilootprojecten is het aantal heropnames bij **moeders** die aan de pilootprojecten deelnamen volgens de verwachtingen, en mogelijks minder dan bij moeders die niet aan de pilootprojecten deelnamen. De verklaring hiervoor is wellicht te zoeken in de patiëntenselectie van de pilootprojecten (m.a.w. in het feit dat deelnemende moeders en hun baby's net een lager risico hebben op complicaties) en in de versterkte postnatale opvolging.
- Vermits de ligduur nu gemiddeld korter is, manifesteren bepaalde medische complicaties zich nu wellicht thuis en kan dit dus tot een heropname leiden. De belangrijkste reden voor heropname van de baby is neonatale geelzucht, en deze diagnose wordt vaak pas gesteld tussen de 3^{de} en 5^{de} dag na de geboorte. Andere voorkomende redenen tot heropname zijn: voedingsproblemen bij pasgeborenen en (luchtweg)infecties. Nationaal kan men dan ook verwachten dat het aantal **pasgeborenen** dat een heropname kent in de maand die volgt op het ontslag, toeneemt als de verblijfsduur vermindert. De cijfers lijken dit in zeer beperkte mate te bevestigen. Evenwel, de complicatie wordt niet veroorzaakt *doordat* de pasgeborene sneller thuis is.

Meer wetenschappelijk en statistisch gevalideerd onderzoek is nodig, maar er lijken géén indicaties te zijn dat de kwaliteit van zorg zou achteruitgaan omwille van de verkorte ligduur. Bovendien zijn de deelnemers doorgaans zeer tevreden over hun deelname.

2.6 De zorgverleners

Er werd bij de oproep gevraagd naar duidelijke afspraken betreffende de communicatie tussen de projectpartners, vanuit kwaliteitsstandpunt en met het oog op het garanderen van zorgcontinuïteit. Toch signaleren meerdere projecten dat een gemeenschappelijk elektronisch dossier, toegankelijk voor alle zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis, een professionele samenwerking ten goede zou komen.

Ook het tijdig plannen van alle ambulante afspraken voor de postnatale zorg is in sommige projecten (en regio's) nog moeilijk.

Hoewel dit van streek tot streek verschilt, is er nood aan specifieke zorg en opvolging van kwetsbare moeders en gezinnen. Er is ook nood aan het uniform identificeren van 'kwetsbaarheid'.

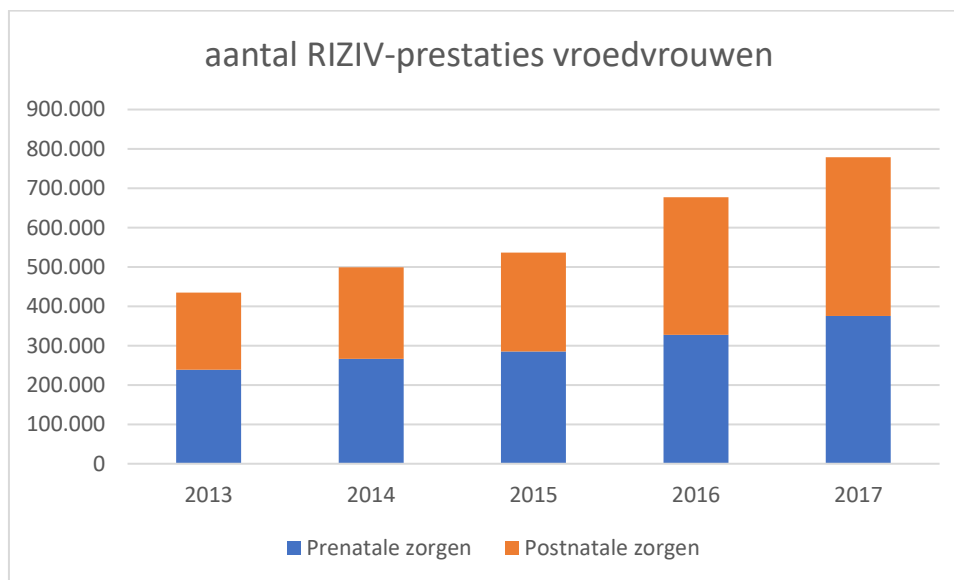
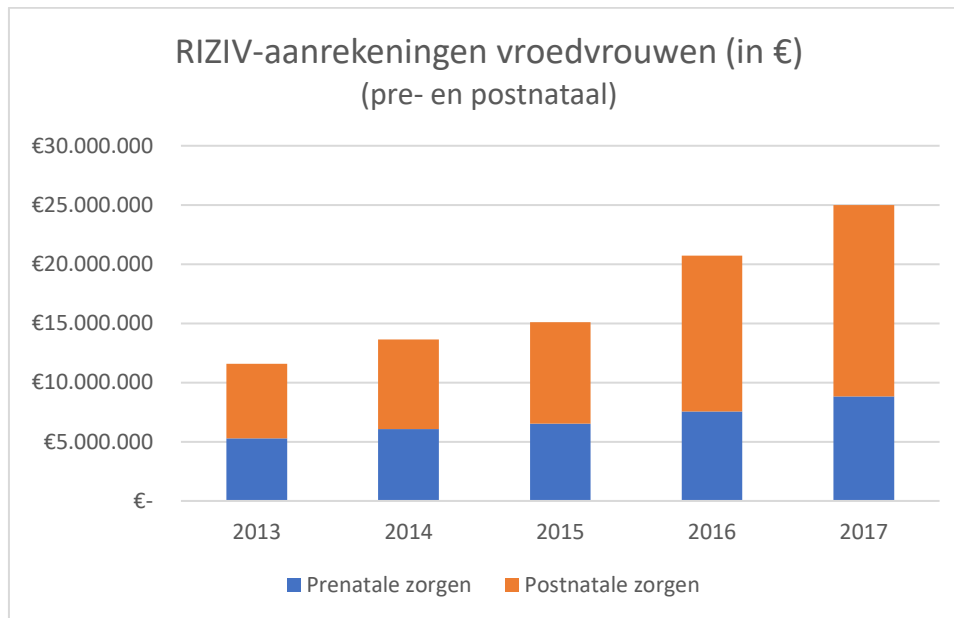
De zorgverstrekkers in de materniteiten stellen dat de verkorting van de verblijfsduur in het ziekenhuis leidt tot een concentratie van de dagen waarvan de zorgintensiteit het hoogst is. Dit, samen met de toenemende diversiteit van de patiënten in bepaalde ziekenhuizen, zorgt voor een toename van de werkdruk en van de stress bij de zorgverstrekkers. De zorgintensiteit neemt toe, maar ook de informatie aan en educatie van de kersverse ouders moet op kortere tijd gebeuren met het risico dat er veel info niet kan opgepikt worden in het tijdsbestek. Vandaar het belang van een goede prenatale voorbereiding zodat niet alle informatie en educatie tijdens het verblijf zelf dient gegeven te worden.

2.7 Substitutie van ziekenhuiszorg door zorg buiten het ziekenhuis

In de projecten wordt vastgesteld dat de deelnemende moeders na hun ziekenhuisontslag, op enkele uitzonderingen na, beroep deden op een vroedvrouw. Slechts in één van de projecten werd de huisarts systematisch ingeschakeld na het ontslag, in de andere projecten werden de pediaters bijna steeds betrokken. De meeste moeders en baby's zagen nadien eveneens iemand van Kind & Gezin of van ONE.

Uit de nationale cijfers van het RIZIV blijkt dat sinds 2013 de uitgaven in de sector van de vroedvrouwen in de thuiszorg sterk gestegen zijn. Dit is het gevolg van de sterke stijging van zowel prenatale als

postnatale zorgen. De toename van de pre- en postnatale zorgen door vroedvrouwen is algemeen en ving reeds aan vóór de start van de pilootprojecten. Deze jaarlijkse stijging (in RIZIV-uitgaven en in aantal prestaties) vertonen een verband met de vermindering van de ziekenhuisverblijfsduur bij bevalling (zie figuur pg. 6).



De stijging van de uitgaven bij de postnatale zorgen wordt niet enkel verklaard doordat er meer prestaties waren. Sinds 1 april 2016 is er een hogere vergoeding voor de postnatale zorgen die na dag vijf plaatsvinden bij de patiënt thuis (of buiten het ziekenhuismilieu).

De toename van de RIZIV-aanrekeningen heeft tot gevolg dat de sector van de vroedvrouwen, volgens de budgettaire regels van het RIZIV, elk jaar geconfronteerd wordt met een 'overschrijding' van hun budget.

3 Het 3^{de} projectjaar

De projectoproep liet de mogelijkheid voor een derde projectjaar. De projecten waren voorstander van deze verlenging en Minister De Block heeft hiermee ingestemd, op voorwaarde dat:

- de projecten een algemeen, meer gestandaardiseerd zorgtraject (zie bijlage) hanteren: dit zou dan als basis kunnen dienen voor het veralgemeend beleid in de vorm van praktijkrichtlijnen voor verkorte verblijfsduur na bevalling;
- de pilotprojecten de registraties meer nauwgezet uitvoeren.

4 Reeds lopende beleidsinitiatieven

Er werd niet gewacht tot het einde van de pilotprojecten om reeds beleidsinitiatieven te ondernemen.

Volgende initiatieven werden geïnitieerd of reeds gerealiseerd:

- Er wordt bijzondere aandacht besteed aan de kwetsbare zwangere aan de hand van een project dat in 2018 gestart is in Brussel, met als opdracht: (1) het ontwikkelen van een uniform screeningsinstrument voor de kwetsbare zwangere; (2) het ontwikkelen van een uniform zorgpad voor de kwetsbare zwangere; en (3) het oprichten van een netwerk voor de kwetsbare zwangere. Dit project staat los van de 6 beschreven pilotprojecten 'bevallen met verkort ziekenhuisverblijf.
- Zelfstandige vroedvrouwen hebben vanaf 2019 recht op een telematicapremie van 800 euro als ze aan bepaalde voorwaarden voldoen, dit kadert binnen de evolutie van de informatisering van de zorgsector en het bevorderen van elektronische gegevensdeling.
- De ontwikkeling van een elektronisch instrument om de multidisciplinaire en transmurale gegevensdeling te bevorderen, is een doelstelling van het eGezondheidsplan 2019-2021.
- Het budget van de vroedvrouwen bij het RIZIV neemt jaarlijks toe. In andere omstandigheden zou er aan de sector gevraagd worden om correctiemaatregelen te nemen om het budget binnen de perken te houden. Gezien het net de bedoeling is van het beleid om de zorg enkel aan te bieden in het ziekenhuis als het effectief nodig is, en thuis als het kan, werden geen budgettaire correctiemaatregelen gevraagd of opgelegd.
- In het kader van het derde projectjaar bevallen met verkort ziekenhuisverblijf werd een algemeen standaardtraject uitgewerkt dat als basis zou kunnen dienen voor het veralgemeend beleid in de vorm van praktijkrichtlijnen voor verkorte verblijfsduur na bevalling.
- Er zijn studies lopende bij het KCE over volgende onderwerpen: de organisatie van prenatale zorg bij gezonde zwangere vrouwen en de organisatie van materniteiten in het Belgische ziekenhuislandschap.

- In het kader van de hervorming van het ziekenhuislandschap en meer bepaald met de introductie van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, gaf de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 26 februari 2018 de opdracht aan de verschillende beleidsniveaus om samen met de sector voor (onder meer) de zorgopdrachten moeder-kind een advies te formuleren aangaande de optimale organisatie. Het betreft meer bepaald de manier waarop het toekomstige zorgaanbod optimaal kan afgestemd worden op de zorgvraag voor dit thema, rekening houdende met de regionale samenwerking van de ziekenhuizen in klinische netwerken. In december 2018 werd dit advies geformuleerd. Het advies zal overgemaakt worden aan de volgende federale en deelstaatregeringen.

Bovendien wordt er onderzocht op welke manier er tegemoet kan gekomen worden aan de werkluststijging van de zorgverleners tijdens het ziekenhuisverblijf.

5 Conclusie

In België is de gemiddelde ligduur bij een normale vaginale bevalling en bij een keizersnede de afgelopen jaren gedaald, dit zowel binnen als buiten de pilootprojecten 'bevallen met verkort ziekenhuisverblijf'. Zorgverleners uit de eerste en de tweede lijn werken nauwer samen waardoor de continuïteit van zorg gegarandeerd wordt. Er zijn geen indicaties voor een negatieve invloed van het verkort verblijf op de gezondheid van het kind en de moeder. De moeders geven bovendien aan tevreden te zijn over de zorgverlening. De verkorte ligduur wordt stilaan de courante praktijk, moeder en kind blijven niet onnodig lang in het ziekenhuis en krijgen de gepaste zorg in hun thuissituatie.

Er zijn wel nog werkpunten om de zorgverlening verder te faciliteren, zoals de elektronische gegevensdeling tussen de verschillende zorgverleners, de werkbelasting van de zorgverleners in het ziekenhuis en de aanpak van de zorg voor de kwetsbare zwangere. Deze werkpunten zijn prioritair in het perinataal zorgbeleid.

CRITERIA:	RICHTLIJNEN:
<p>Bevallen met verkort ziekenhuisverblijf</p>	<p><u>Vaginale bevalling</u>: ontslag van moeder en kind tussen de 24 en 72u na de bevalling (niet na de opname), gemiddeld wordt er gestreefd naar een ontslag 65u na de bevalling</p> <p><u>Keizersnede</u>: ontslag van moeder en kind tussen de 24 en de 96u na de keizersnede</p> <p><u>Minimale ontslagcriteria</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de beslissing tot ontslag wordt genomen in overleg met de moeder, de pediater, de gynaecoloog en de vroedvrouw; - gedurende 12u voor ontslag zijn de parameters van de neonaat stabiel; - er werden afspraken gemaakt omtrent de neonatale screening; - er moet een pediatrisch consult gepland zijn tussen dag 7 en dag 10 na de bevalling; - rhesus negatieve moeders, bevallen van een rhesus positieve baby, kregen voor ontslag rhesus D anti-immunoglobulines toegediend.
<p>Begin van het traject</p>	<p>Tussen de 12 en de 37 weken zwangerschap</p>
<p>Inclusie van de moeders</p>	<p>De inclusie gebeurt tijdens een prenataal contact bij de vroedvrouw, gynaecoloog of huisarts voor 37 weken zwangerschap, er wordt tijdens dit contact bijzondere aandacht besteed aan het geven van informatie omtrent het bevallen met verkort ziekenhuisverblijf. Deze voorbereiding moet uitmonden in een postnataal zorgplan.</p> <p><u>Inclusiecriteria</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - schriftelijke informed consent van de moeder en getekend in het moment van de inclusie; - de zorgverstrekker heeft geen tegenargumenten om te bevallen met verkort ziekenhuisverblijf. <p>Indien de vrouw langer in het ziekenhuis verblijft dan hierboven bepaald, worden de volgende gegevens toch geregistreerd door de pilootprojecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aantal heropnames van moeders tot 30 dagen in postpartum na vroegtijdig ontslag; - aantal heropnames van pasgeborenen tot 30 dagen in postpartum na vroegtijdig ontslag; - soort voeding van de pasgeborene bij het ontslag uit het ziekenhuis; - Guthrie test tussen de 72 en 120u na de geboorte; - Guthrie test later dan 120u na de geboorte en waarom; - de evaluatie van de tevredenheid.

Minimale postnatale contacten	<u>Contact tussen moeder, kind en zorgverstreker (vroedvrouw/arts):</u> <ul style="list-style-type: none"> - minstens op D1, D2, D3 en D5 na de bevalling; - bij alle neonaten wordt icterus min. 1x per dag gecontroleerd gedurende de eerste 72u: klinische evaluatie en controle van transcutane bilirubine indien nodig; - neonatale screening naar aangeboren aandoeningen via bloedstaal tussen de 72u en 96u na de bevalling; - pediatrisch consult tussen D7 en D10.
Specifieke maatregelen voor kwetsbare groepen	<p>Er wordt een specifiek zorgpad opgemaakt voor kwetsbare groepen.</p>
Minimale kwaliteitsvereisten voor het project	<p>Er is een <u>zorgprotocol</u> waarin staat dat bij elk postnataal contact met de moeder tijdens de eerste 7 dagen na de bevalling volgende punten worden bevestigd en genoteerd worden in het zorgdossier: perineum - bloedverlies - hoofdpijn - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - kortademigheid of borstpijn - algemeen welzijn - vermoeidheid - ontlasting – mictie - hemorrhoiden - griepachtige symptomen - pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten</p> <p>Er is een <u>zorgprotocol</u> waarin staat dat volgende punten dienen geobserveerd/geëvalueerd te worden op indicatie en genoteerd in het zorgdossier: perineum- baarmoederinvolutie - lochia-temperatuur en bloeddruk van de moeder- pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - problemen met mictie of stoelgang.</p> <p>Alle neonaten worden minimaal op dag 3 en dag 5 <u>gewogen</u>.</p> <p>Er is een protocol aanwezig met betrekking tot <u>patiënten educatie</u>.</p> <p>Veilig <u>slapen</u> wordt besproken binnen de 24 uur na de bevalling.</p> <p>Bij <u>borstvoeding</u> wordt informatie gegeven over borstvoeding, de minimale inhoud hiervan is: positie, aanhappen, melkinname door de baby, stuwning, problemen bij het aanleggen, kolven en kolfmethode, waaronder manueel afkolven, opbouwen en op peil houden van de melkproductie en bewaren en manipuleren van moedermelk.</p> <p>Bij <u>kunstvoeding</u>: informatie over kunstvoeding, met inbegrip van een demonstratie.</p> <p>De patiënt weet op elk moment in het traject met welke zorgverstreker ze <u>contact</u> kan opnemen en op welke manier.</p> <p>Er is een protocol voor de <u>overdracht</u> tussen de klinische sectoren en de zorgverleners.</p>