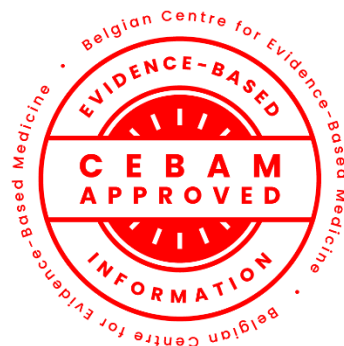


Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 2)

I. Tency, A. Vercoutere, F. D'Haenens, G. Van de Velde, G. Naulaers, H. Neels, L. De Catte, M. Raes, K. Van Thienen, T. Van Roy, S. Cordyn, N. Delvaux, P. Van Royen, M. Goossens

Versie gevalideerd door Cebam op 2 mei 2024



Worel

**Werkgroep
Ontwikkeling
Richtlijnen
Eerste Lijn**

**Groupe de travail
Développement de
Guides de pratique
de Première ligne**

**Working group
Development of
Primary Care
Guidelines**

Inbreng van de patiënt en afweging door de zorgverlener in de eerste lijn

Richtlijnen voor goede medische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en bieden een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de eerste lijn. Zij vatten voor de zorgverlener in de eerste lijn samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de context van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de zorgverlener in de eerste lijn de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en ft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat de zorgverlener en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

Inhoudstafel

SAMENVATTING VAN DE KERNBODSCHAPPEN	5
INLEIDING	10
MOTIVATIE VAN DE RICHTLIJN	10
DOEL VAN DE RICHTLIJN.....	13
DOELPOPULATIE VAN DE RICHTLIJN	14
EINDGEBRUIKERS	15
DEFINITIES	15
KLINISCHE VRAGEN.....	18
<u>KLINISCHE VRAAG 1: WELKE INFORMATIE EN ONDERSTEUNING IS NODIG TIJDENS DE POSTPARTUMPERIODE?.....</u>	<u>19</u>
1. INFORMATIEVERSTREKKING EN TRANSFER VAN ZORG	19
1.1. ALGEMENE PRINCIPES.....	19
1.2. COMMUNICATIE BIJ DE TRANSFER VAN ZORG	20
1.3. TRANSFER NAAR DE EERSTE LIJN.....	21
2. EERSTE BEZOEKEN/ONDERZOEK NA TRANSFER VAN ZORG (VANUIT GEBORTEPLAATS OF NA THUISBEVALLING).....	22
2.1. EERSTE POSTNATALE BEZOEK VAN DE VROEDVROUW	22
2.2. EERSTE POSTNATALE BEZOEK VAN EEN VERPLEEGKUNDIGE VAN KIND EN GEZIN	25
3. VERDERE ZORGCONTACTEN IN DE POSTPARTUMPERIODE	28
3.1. WAT TE BESPREKEN MET DE KRAAMVROUW?	28
Aanbevelingen (vroedvrouw)	28
Toelichting	28
Onderbouwing.....	32
3.2. MET BETREKKING TOT DE PASGEBORENE: WAT NAGAAN EN/OF BESPREKEN MET DE OUDERS?.....	33
Aanbevelingen	33
Toelichting	34
Onderbouwing.....	37
<u>KLINISCHE VRAAG 2: WELKE ONDERZOEKEN EN SCREENINGSTESTS ZIJN NODIG BIJ DE PASGEBORENE TIJDENS DE POSTPARTUMPERIODE?.....</u>	<u>39</u>
Aanbevelingen	39
Toelichting	39
Onderbouwing.....	43
<u>KLINISCHE VRAAG 3: WELKE OPVOLGING IS NODIG OM DE MENTALE GEZONDHEID EN HET PSYCHOSOCIAAL WELZIJN TE WAARBORGEN TIJDENS DE POSTPARTUMPERIODE?.....</u>	<u>47</u>
Aanbevelingen	47
Toelichting	48
Onderbouwing.....	61
<u>KLINISCHE VRAAG 4: WELKE ZORG IS NODIG OM DE SEKSUELE GEZONDHEID (INCL. ANTICONCEPTIE/GEZINSPLANNING) VAN DE MOEDER TE WAARBORGEN TIJDENS DE POSTPARTUMPERIODE?.....</u>	<u>77</u>
1. SEKSUELE GEZONDHEID	77
Aanbevelingen	77
Toelichting	78

Onderbouwing.....	86
2. GEZINSPLANNING	96
Aanbevelingen	96
Toelichting	97
Onderbouwing.....	103
<u>KLINISCHE VRAAG 5: WELKE INFORMATIE EN OPVOLGING BIJ DE VOEDING VAN DE PASGEBORENE IS NODIG TIJDENS DE POSTPARTUMPERIODE?</u>	<u>105</u>
1. ALGEMENE PRINCIPES	105
Aanbeveling	105
Toelichting	105
Onderbouwing.....	106
2. BORSTVOEDING	111
2.1. ONDERSTEUNING BIEDEN	111
Aanbeveling	111
Toelichting	111
Onderbouwing.....	115
2.2. BORSTVOEDING BEOORDELEN	125
Aanbevelingen	125
Toelichting	125
Onderbouwing.....	126
3. KUNSTVOEDING	127
Aanbevelingen	127
Toelichting	127
Onderbouwing.....	128
4. LACTATIEONDERDRUKKING	136
Aanbeveling	136
Toelichting	136
Onderbouwing.....	136
<u>GRADE</u>	<u>138</u>
<u>RESEARCHAGENDA</u>	<u>140</u>
<u>RANDVOORWAARDEN VOOR TOEPASSING VAN DE RICHTLIJN</u>	<u>141</u>
<u>TOETSELEMENTEN</u>	<u>142</u>
<u>TOTSTANDKOMING.....</u>	<u>144</u>
AUTEURS	144
METHODOLOGIE	145
<u>BELANGENVERMENGING EN FINANCIERING</u>	<u>153</u>
<u>HERZIENING</u>	<u>154</u>
<u>VALIDATIE</u>	<u>154</u>
<u>BIJLAGE 1: PSYCHOSOCIALE ASSESSMENT: BEVRAGEN VAN RISICOFACTOREN</u>	<u>155</u>
<u>BIJLAGE 2: EDINBURGH (POSTNATAL) DEPRESSION SCALE</u>	<u>159</u>
<u>BIJLAGE 3: GETRAPT SCREENINGSPROTOCOL VOOR DE DETECTIE VAN DEPRESSIE EN ANGST.....</u>	<u>161</u>

Samenvatting van de kernboodschappen

Klinische vraag 1: Welke informatie en ondersteuning is nodig tijdens de postpartumperiode?

Eerste bezoeken/onderzoek na transfer van zorg (vanuit geboorteplaats of na thuisbevalling)

Vroedvrouw of andere zorgverstrekker

Streef ernaar om het eerste postnatale bezoek van een vroedvrouw voor de medische opvolging van de kraamvrouw en de pasgeborene te laten plaatsvinden binnen de 24 uur na overdracht vanuit de geboorteplaats of na een thuisbevalling (**GRADE 2C**).

Verpleegkundige van Kind en Gezin

Het eerste huisbezoek van een verpleegkundige van Kind en Gezin vindt plaats rond de twee weken na de geboorte (**GPP**).

Verdere zorgcontacten in de postpartumperiode

Wat te bespreken met de kraamvrouw?

1. Informeer de kraamvrouw bij het eerste postnatale contact over de symptomen en tekenen die kunnen wijzen op een mogelijk ernstige aandoening en vraag haar onmiddellijk medisch advies in te winnen als die zich voordoen (**GPP**).
2. Bespreek met de kraamvrouw welke vaginale bloedingen ze kan verwachten na de bevalling (lochia) en adviseer haar medisch advies in te winnen als bepaalde symptomen zich voordoen of indien ze zich hierover ongerust maakt (**GPP**).
3. Vraag de kraamvrouw bij elk postnataal contact of ze ongerust is over de perineale wonde (als onderdeel van de perineale wondgenezing) en wees bedacht op alarmtekenen (**GPP**).
4. Indien nodig, geef gepaste informatie over beschikbare pijnstillers, rekening houdend met het feit of de kraamvrouw borstvoeding geeft of niet (**GPP**).
5. Vraag de kraamvrouw bij elk postnataal contact naar haar gezondheid, of ze zich zorgen maakt en beoordeel haar algemeen welzijn (**GPP**).

Pasgeborene: wat nagaan en/of bespreken met de ouders?

1. Vraag de ouders bij elk postnataal contact of ze zich zorgen maken over het algemene welzijn, de voeding of de ontwikkeling van hun baby. Bekijk de voorgeschiedenis en beoordeel de gezondheid van de baby, met inbegrip van

een lichamelijk onderzoek en observatie. In geval van bezorgdheden, neem gepaste maatregelen (**GPP**).

2. Luister goed naar de bezorgdheden van de ouders over de gezondheid van hun baby en behandel hun bezorgdheid als een belangrijke indicator van een mogelijke ernstige ziekte bij hun baby (**GPP**).
3. Raad ouders aan om steeds een arts (pediater of huisarts die ervaring heeft met neonaten) te contacteren wanneer hun baby jonger dan 3 maanden koorts ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) of te lage temperatuur ($< 36^{\circ}\text{C}$) heeft (**GPP**).
4. Bespreek met de ouders het belang van hechting en emotionele gehechtheid (**GPP**).
5. Erken dat voor sommige ouders bijkomende ondersteuning voor de hechting en de emotionele gehechtheid nodig kan zijn (**GPP**).

Klinische vraag 2: Welke onderzoeken en screeningstests zijn nodig bij de pasgeborene tijdens de postpartumperiode?

1. Adviseer ouders om deel te nemen aan de neonatale screening naar aangeboren aandoeningen (**GPP**).
2. Zorg ervoor dat het 'zevendagsonderzoek' van de baby gebeurt bij de arts (pediater of huisarts die ervaring heeft met neonaten) op dag 7 à 10 na de geboorte (**GPP**).
3. De arts voert tijdens de consultaties in de postpartumperiode steeds een gepast klinisch onderzoek uit en heeft aandacht voor bijzondere uiterlijke kenmerken en opvolging van de groei (**GPP**).
4. Voer een gehoortest uit binnen de eerste levensweken en bij voorkeur vóór de 21ste dag (**GRADE 1C**).

Klinische vraag 3: Welke opvolging is nodig om de mentale gezondheid en het psychosociaal welzijn te waarborgen tijdens de postpartumperiode?

1. Evalueer bij het eerste postpartumbezoek uitgebreid het psychosociale welzijn van de moeder (**GPP**).
2. Bespreek tijdens postpartumcontacten routinematig het mentale welbevinden van de kraamvrouw en haar partner. Geef indien nodig psycho-educatie, tips voor zelfzorg en passende ondersteuning. Benoem tekenen van (postnatale) psychische gezondheidsproblemen en waar men terecht kan voor hulp. Voelt u zich hiertoe niet in staat, verwijst de kraamvrouw dan naar een zorgverlener met de juiste competenties (**GPP**).
3. Gebruik het getrapte screeningsmodel om te screenen naar depressie en angststoornissen in de postpartumperiode (**GRADE 1C**).

4. Zorgverleners moeten extra aandacht hebben voor mentale gezondheidsproblemen bij (**GRADE 1C**):
 - vrouwen met een psychiatrische voorgeschiedenis;
 - vrouwen met zwangerschapscomplicaties;
 - vrouwen die ongewenst zwanger waren;
 - vrouwen met gebrek aan sociale ondersteuning;
 - vrouwen die intrafamiliaal geweld kennen in het gezin;
 - vrouwen die behoren tot een etnische minderheid;
 - vrouwen met een lagere sociaaleconomische status;
 - vrouwen met taalproblemen, vluchtelingen- of asielzoekersstatuut;
 - LGBTQ2S+ personen;
 - tienermoeders.
5. Bij vermoeden van perinatale mentale stoornissen, zoals een majeure depressie of een angststoornis (op basis van getrapte screening of klinische expertise), verwijst de kraamvrouw door voor diagnostiek en gepaste behandeling (**GPP**).
6. Wees alert voor signalen van intrafamiliaal geweld en bied zo nodig de vrouw gepaste hulp of verwijzing aan (**GPP**).

Klinische vraag 4: Welke zorg is nodig om de seksuele gezondheid (incl. anticonceptie/gezinsplanning) van de moeder te waarborgen tijdens de postpartumperiode?

Seksuele gezondheid

1. Informeer de kraamvrouw en haar partner dat fysiek herstel (herstel van de baarmoederhals, stoppen van lochia, herstel van een scheur of episiotomie) noodzakelijk is alvorens penetratieseks te hervatten. Doorgaans is er herstel na 6 à 8 weken, maar dat kan variëren (**GPP**). Naast het fysieke herstel, is het evenzeer belangrijk dat het koppel mentaal of relationeel klaar is om penetratieseks te hervatten.
2. Informeer de kraamvrouw en haar partner dat het seksuele functioneren in het postpartum wordt beïnvloed door biologische, psychologische en sociale factoren die aanleiding kunnen geven tot een verminderd seksueel verlangen, dyspareunie en seksuele ontevredenheid en geef hen informatie over mogelijke oplossingen (**GRADE 1C**). De voornaamste factoren zijn:

Gezinsplanning

1. Bespreek met de kraamvrouw én haar partner de mogelijke anticonceptiemethoden, haar voorkeur, verwachte therapietrouw en persoonlijke situatie (**GPP**).

2. Een vrouw die minder dan 21 dagen geleden bevallen is, hoeft geen anticonceptie te gebruiken (**GRADE 1C**).
3. Adviseer een vrouw die langer dan 21 dagen geleden bevallen is geen penetratieseks te hebben of aanvullende anticonceptie te gebruiken, tenzij de Lactatie Amenorroe Methode (LAM) wordt toegepast (**GRADE 1C**).
4. Informeer de borstvoedende kraamvrouw dat de LAM-methode slechts betrouwbaar is onder volgende strikte voorwaarden: exclusief borstvoeden en op vraag, amenorroe en <6 maanden postpartum (**GRADE 1B**).
5. Gebruik bij voorkeur geen combinatiepreparaten bij borstvoedende vrouwen <6 weken postpartum (**GRADE 2B**).
6. Raad vrouwen af te wachten om anticonceptie te gebruiken tot de menstruatie terug op gang komt wegens het verhoogde risico op een ongeplande zwangerschap (**GRADE 1B**).

Klinische vraag 5: Welke informatie en opvolging bij de voeding van de pasgeborene is nodig tijdens de postpartumperiode?

Algemene principes

Bespreek borstvoeding voor en na de geboorte: geef er informatie over en bied ondersteuning zodat ouders hierin een geïnformeerde keuze kunnen maken. Erken, bij het bespreken van de voeding van de pasgeborene, de emotionele, sociale, financiële en ecologische bezorgdheden van de ouders over de voedingsopties en respecteer hun keuzes (**GRADE 1C**).

Borstvoeding

Ondersteuning bieden

1. Indien gewenst kan ook de partner worden geïnformeerd over hoe die steun kan bieden bij het geven van borstvoeding (**GRADE 2C**).
2. Informeer vrouwen en hun partner over hun rechten omtrent borstvoeding, nl. het recht om borstvoeding te geven in het openbaar, het recht op borstvoedingspauzes tijdens het werk, tot 9 maanden na de bevalling (**GPP**).
3. Moedig de kraamvrouw aan om vroegtijdig huid-op-huidcontact te hebben met haar baby zodat de borstvoeding kan starten wanneer beiden er klaar voor zijn (**GRADE 1B**).
4. Bied borstvoedingsondersteuning en -educatie, door diverse interventies toe te passen (**GRADE 1B**).
5. Geef face-to-face borstvoedingszorg op maat van de individuele noden van de kraamvrouw, ondersteund met schriftelijke, digitale of telefonische informatie en zorg voor continuïteit (**GRADE 1C**).

Borstvoeding beoordelen

1. Borstvoedingsassessment:

- Vraag naar (**GPP**):
 - de bezorgdheden van ouders omtrent de voeding van hun baby;
 - hoe vaak en lang de voedingsmomenten zijn;
 - of de baby ritmisch zuigt en hoorbaar slikt;
 - of de baby tevreden is na het voedingsmoment;
 - of de baby wakker wordt voor de voedingsmomenten;
 - de gewichtstoename of het gewichtsverlies van de baby;
 - het aantal natte en droge luiers;
 - de toestand van de borsten en tepels van de kraamvrouw;
 - of de baby voor of na de borstvoeding huilt;
 - of de vrouw pijn ondervindt bij het geven van borstvoeding.
 - Observeer een voedingsmoment binnen de eerste 24 uur na de geboorte, en ten minste één ander voedingsmoment binnen de eerste week (bij voorkeur meerdere) (**GPP**).
2. Neem bijkomende maatregelen bij aanhoudende bezorgdheden rond de borstvoeding (**GPP**).

Kunstvoeding

1. Bespreek kunstvoeding met ouders die kunstvoeding overwegen of moeten geven, rekening houdend met het feit dat baby's, naast borstvoeding of afgekolfd moedermelk, gedeeltelijk kunstvoeding kunnen krijgen (**GRADE 1C**).
2. Geef bij voorkeur face-to-face kunstvoedingszorg op maat van de individuele noden van de kraamvrouw, aangevuld met schriftelijke, digitale en/of telefonische ondersteuning (**GRADE 2C**).
3. Ondersteun ouders die overwegen om borstvoeding aan te vullen met kunstvoeding of om over te stappen van borstvoeding naar kunstvoeding in het nemen van een weloverwogen beslissing (**GRADE 1C**).

Lactatieonderdrukking

Wil de kraamvrouw geen borstvoeding geven of de borstvoeding stoppen, bespreek dan de lactatieonderdrukking: geef informatie en zelfhulpadvies (**GPP**).

Inleiding

Motivatie van de richtlijn

Postpartumzorg belangt jaarlijks veel personen aan. In België waren er in 2022 113 593 levendgeborenen ¹. Al deze baby's en hun moeders worden door verschillende zorgverleners begeleid vanaf de zwangerschap (en ervoor) tot na de bevalling. De verblijfsduur op de materniteit na een normale bevalling bedroeg in de jaren '50 van vorige eeuw 10 dagen of langer en dit is geleidelijk aan verkort. De gemiddelde verblijfsduur op de materniteit na een normale bevalling bedroeg 6,9 dagen in 1991, 4 dagen in 2011 en 2,7 dagen in 2021 ². De ligduur zal mogelijk nog verder dalen om de zorg betaalbaar te houden. Door de tendens naar een verkorte ligduur (zie *definities, blz. 15*) op de materniteit komt de focus van de postpartumzorg meer op de thuiszorg en de eerste lijn te liggen en kampt de organisatie van de postpartumzorg met grote uitdagingen. Er is wetenschappelijk bewijs dat een kort verblijf van minstens 48 uur met opvolging thuis een goed alternatief is wanneer een gezonde moeder bevallen is van een gezond voldragen kind. Hiervoor moet de zorg aan bepaalde voorwaarden voldoen.

In 2014 onderzocht het KCE de organisatie van de postpartumzorg in België en werden er aanbevelingen en actiepunten geformuleerd om hoogkwalitatieve postpartum thuiszorg te kunnen bieden ³. Er werd onder andere aanbevolen om evidence-based klinische praktijkrichtlijnen voor postpartumzorg te ontwikkelen mede gezien het aantal zorgverleners dat betrokken is: vroedvrouwen, kinderartsen, huisartsen en gynaecologen; maar ook het aantal instanties voor preventieve zorg (Kind en Gezin (Agentschap Opgroeien)/Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/ Kaleido (voorheen Dienst für Kind und Familie (DKF)) en ondersteuning (kraamzorg). In 2016 bracht de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen

¹ [Geboortecijfer en vruchtbaarheid | Statbel \(fgov.be\)](#)

²

- Benahmed N, Devos C, San Miguel L, et al. De organisatie van de zorg na een bevalling – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE Reports 232As. D/2014/10.273/79.
- [Health care use - Length of hospital stay - OECD Data](#)

³ Benahmed N, Devos C, San Miguel L, et al. De organisatie van de zorg na een bevalling – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE Reports 232As. D/2014/10.273/79

(VBOV) dertig “good practice” aanbevelingen uit met betrekking tot de postpartum (of postnatale) zorgverlening door vroedvrouwen ⁴.

Doel van de postpartumthuiszorg

De opvolging van kraamvrouw, baby en gezin in de postpartumperiode heeft verschillende doelen. Behalve de noodzakelijke opvolging van de medische gezondheidstoestand van de moeder (wondzorg, bloeddruk, uterien of vaginaal bloedverlies, perineale last, hemorroïden, borstvoeding...) en van de pasgeborene (navel, ontwikkeling, gewicht, geelzucht, voeding...) is er aandacht nodig voor het psychosociale proces: de postpartumblues, de transitie naar het ouderschap, het hechtingsproces (met aandacht voor de andere ouder) ... Er is bovendien algemene gezondheidsvoorlichting nodig inzake anticonceptie, seksualiteit, preventie, groei en ontwikkeling.

Deze postpartumzorg kan worden verwezenlijkt door een georganiseerde samenwerking tussen vroedvrouwen, artsen (huisartsen, neonatologen, pediaters en gynaecologen) en andere zorgverleners (kinesitherapeuten, apothekers, psychologen en andere) en instanties (Kind en Gezin (Agentschap Opgroeien)/Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/ Kaleido, kraamzorg, enzovoort).

Complicaties en klachten

Bij de moeder

De complicatie- en moedersterfteratio in de postpartumperiode ligt in onze contreien eerder laag. Voor de periode 2016-2020 bedroeg de moedersterfteratio 7,1 sterfgevallen per 100 000 levendgeborenen, in tegenstelling tot 3,7 per 100 000 voor de periode 2012-2016 ⁵. De stijging van dit cijfer is te wijten aan een aanpassing van de definitie die rekening houdt met de door de WHO-aanbevolen criteria voor moedersterfte, inclusief suïcide. Met een goed georganiseerde postpartumzorg kunnen complicaties vaak voorkomen worden, of tijdig worden opgemerkt en nadien behandeld.

⁴ [Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg. Aanbevelingen voor vroedvrouwen. Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, 2016.](#)

⁵

- [Moedersterfte | Statbel \(fgov.be\)](#)
- <https://www.b-oss.be/bamm>

Ernstige tot levensbedreigende complicaties bij de moeder zijn:

- Postpartumbloeding: indien niet tijdig opgemerkt en behandeld (spoedopname, chirurgische interventie of een bloedtransfusie ⁶), kan deze leiden tot maternale sterfte.
- Postpartumeclampsie: is eerder zeldzaam en manifesteert zich meestal binnen de 48 uur na de bevalling. Net omdat ze zo zeldzaam is, kan deze ernstige aandoening over het hoofd worden gezien ⁷.
- Verhoogd tromboserisico ⁸: zowel diepveneuze trombosen (DVT) als longembolieën (LE) behoren hiertoe. De bloedklonter van een diepveneuze trombose kan loslaten en in de pulmonale circulatie terechtkomen en LE veroorzaken. In zeldzame gevallen kan een LE de arteriële circulatie afsluiten en tot de dood leiden.
- Postpartumendometritis: onbehandeld kan de infectie evolueren tot sepsis en multiple orgaanfalen met een dodelijke afloop.
- Ernstige mentale klachten in de postpartumperiode, zoals een psychose, ernstige depressie..., kunnen leiden tot suicide van de kraamvrouw. In dat geval is een professionele behandeling en soms zelfs een opname vereist.

Minder ernstige complicaties/klachten bij de moeder zijn:

- Hoofdpijn: het is een van de meest voorkomende klachten bij de kraamvrouw. Dit kan een van de symptomen zijn van pre-eclampsie, maar veel vaker is de onderliggende oorzaak niet levensbedreigend. Onderzoek heeft aangetoond dat de meeste oorzaken van hoofdpijn in de postpartumperiode niet worden gediagnosticeerd, en bijgevolg matig behandeld worden ².
- Andere veel voorkomende lichamelijke klachten bij de kraamvrouw zijn perineale pijn onmiddellijk na de bevalling (42%), incontinentie voor urine in de eerste 3 maanden postpartum (30%), obstipatie en hemorroïden ⁹.
- Milde mentale klachten komen vaak voor in de postpartumperiode, zoals de 'baby blues', verminderd emotioneel welbevinden, druk op het ouderschap en de relatie. Hierbij kan algemene psycho-educatie en in sommige gevallen een professionele behandeling belangrijk zijn.

⁶ [Zwangerschap en kraamperiode | NHG-Richtlijnen](#)

⁷ van Weert JM, Hajenius PJ, Richard E, et al. Late eclampsie post partum. Ned Tijdschr Geneeskd 2007;151: 414-7.

⁸ [Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015.](#)

⁹ Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for preventing postpartum constipation. Cochrane Database Syst Rev 2020;8(8):CD011625.

Bij de pasgeborene

Ook de zuigelingensterfte (zie *definities, blz. 15*) ligt in onze contreien eerder laag in vergelijking met de rest van de wereld, maar middelmatig in vergelijking met de andere Europese landen. In 1960, 1980, 2000 en 2021 bedroeg de zuigelingensterfte in België respectievelijk 31,4, 12,1, 4,8 en 2,9 per 1.000 baby's. In 2021 telde men in Europa een sterftepercentage van 3,0 per 1.000 baby's.

Ernstige tot levensbedreigende complicaties bij de pasgeborene zijn:

- Kernicterus komt incidenteel voor en is een potentieel ernstige aandoening die tot neurologische schade of overlijden kan leiden ^{10,11}.
- Neonatale sepsis kan worden veroorzaakt door vroege bacteriële infecties. De incidentie varieert van 1 tot 4,6 per 1 000 voldragen kinderen ¹². Het is belangrijk om vroege symptomen van infecties te herkennen en te behandelen.
- Congenitale hartafwijkingen (coarctatio aortae).
- Ernstige voedingsmoeilijkheden, met dehydratatie en ondervoeding.
- Zeldzame metabole aandoeningen met nood aan screening.

Minder ernstige complicaties/klachten bij de pasgeborene zijn:

- Voedingsmoeilijkheden door gastro-oesofageale reflux.
- Slechte gewichtsevolutie.
- Schimmelinfecties (spruw, luierdermatitis).
- Darmkrampen.
- Lokale infecties zoals navelinfectie of conjunctivitis (snel vast te stellen en te behandelen).
- Fysiologische icterus.

Doel van de richtlijn

Deze multidisciplinaire richtlijn heeft tot doel om:

- de kwaliteit van de postpartumzorg te optimaliseren;
- de samenwerking tussen de verschillende betrokken zorgverleners in de postpartumzorg te optimaliseren;

¹⁰ Maisels MJ, Newman TB. Kernicterus in otherwise healthy, breast-fed term newborns. *Pediatrics* 1995;96:730-3.

¹¹ Brown AK, Johnson L. Loss of concern about jaundice and the reemergence of kernicterus in full-term infants in the era of managed care. In: Fanaroff AA, Klaus MH, editors. *The year book of neonatal and perinatal medicine*. St. Louis: Mosby, 1996:17-28.

¹² Sgro M, Shah PS, Campbell D, et al. Early-onset neonatal sepsis: rate and organism pattern between 2003 and 2008. *J Perinatol* 2011;31:794-8.

- complicaties bij de pasgeborene en de moeder tijdens de postpartumperiode tijdig op te merken en aan te pakken, zodat levensbedreigende situaties vermeden kunnen worden.

Deze multidisciplinaire richtlijn bestaat uit twee delen. In dit tweede deel worden de klinische vragen behandeld met betrekking tot het informeren en ondersteunen van het gezin, het mentale welzijn en de seksuele gezondheid van de moeder, de onderzoeken en de voeding van de pasgeborene (borstvoeding en kunstvoeding). Het eerste deel behandelt klinisch vragen m.b.t. de zorg die nodig is om de fysieke gezondheid van de moeder en de pasgeborene te waarborgen tijdens de postpartumperiode. Het eerste deel van de richtlijn is terug te vinden op: www.worel.be

Doelpopulatie van de richtlijn

Dit tweede deel van de richtlijn is van toepassing op de gezonde kraamvrouw en de gezonde pasgeborene tijdens de postpartumperiode. Deze richtlijn heeft betrekking op het postplacentair tijdperk, dus vanaf de geboorte van de placenta tot 8 weken na de bevalling. De focus ligt op de opvolging in de eerste lijn, m.n. na ontslag uit de kraamkliniek en terugkeer naar huis of in de thuissetting in geval van thuisbevallingen.

Deze richtlijn geeft geen aanbevelingen specifiek rond de postpartumzorg na een keizersnede. Kraamvrouwen en/of pasgeborenen met specifieke aandoeningen of risicofactoren moeten aangepaste zorg krijgen, in samenspraak met het behandelende zorgteam. Dat wordt niet besproken in deze richtlijn.

De scope van de richtlijn werd bepaald aan de hand van volgende PIPOH ¹³:

P(atients)	gezonde kraamvrouwen (zonder aandoeningen die de zwangerschap, bevalling en/of postpartumperiode (majeur) beïnvloeden) en hun gezonde pasgeborene (baby's die geboren zijn na een normale zwangerschap, en na een normale vaginale bevalling, en op een postmenstruele leeftijd tussen 37 en 42 weken, en met een geboortegewicht van meer dan 2500 gram en gezond zijn bij eerste klinisch onderzoek) tijdens de postpartumperiode (tot 8 weken na geboorte; voor de psychosociale en seksuele gezondheid tot 1 jaar na de geboorte).
------------	--

¹³ Een PIPOH is een acroniem waarmee de algemene scope van de richtlijn wordt afgebakend. Zie ADAPTE framework.

- The ADAPTE process: resource toolkit for guideline adaptation. Version 2.0. ADAPTE Collaboration, 2009. Available from <http://www.g-i-n.net>.

I(ntervention)	zorg, onderzoek, screening, informatie en opvolging
P(rofessionals)	vroedvrouwen, lactatiekundigen, huisartsen, kinderartsen, neonatologen, gynaecologen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, kraamhulp, bureaus voor preventie en ondersteuning van jonge kinderen (Kind en Gezin (Agentschap Opgroeien)/Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), Kaleido), apothekers, psychologen,...
O(utcome)	garanderen van fysieke, mentale en seksuele gezondheid van moeder en pasgeborene
H(ealthcare setting)	eerstelijnszorg (zowel intra- als extramuraal)

Eindgebruikers

De richtlijn is bedoeld voor de verschillende gezondheidsactoren die betrokken zijn in de postpartumzorg: vroedvrouwen, huisartsen, kinderartsen en neonatologen, gynaecologen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, kraamverzorgenden, apothekers, psychologen en andere zorgverleners die instaan voor de zorg voor moeder en kind.

Definities

- **Disfunctioneel gezin:** een gezin waar de gezinsleden herhaaldelijk trauma en onveiligheid ervaren, bijv. door misbruik, verwaarlozing, intrafamiliaal geweld, verslavingsproblematiek...
- **Dyspareunie:** wordt gedefinieerd als pijn bij het vrijen of coïtus terminosus. Dit is een seksuele disfunctie die bestaat uit een terugkerende of aanhoudende genitale pijn die samengaat met de coïtus. Dit kan het resultaat zijn van een somatische aandoening, maar kan ook een psychische oorzaak hebben.
- **Kraamvrouw:** een moeder die pas bevallen is, wordt vaak 'kraamvrouw' genoemd omdat zich tijdens de kraamperiode specifieke situaties voordoen die eerder met het kraambed te maken hebben dan met het moederschap op zich. Beide termen worden in deze richtlijn gebruikt.
- **Ligduur:** de gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis ('average length of stay in hospitals' of 'ALOS') wordt vaak gebruikt als indicator voor efficiëntie ¹⁴. Als alle andere parameters gelijk blijven, zal een kortere verblijfsduur de kosten per ontslag uit het ziekenhuis verlagen en de zorg verschuiven van ziekenhuiszorg naar minder dure postacute settings. De gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis verwijst naar

¹⁴ [Health care use - Length of hospital stay - OECD Data](#)

het gemiddelde aantal dagen dat patiënten in het ziekenhuis verblijven en wordt doorgaans berekend door het totale aantal verblijfsdagen van alle patiënten gedurende 1 jaar te delen door het aantal ziekenhuisopnames of -ontslagen. Dagopnames worden niet meegerekend. De indicator is geldig voor alle gevallen van acute zorg en voor bevallingen zonder complicaties.

- **Mentale gezondheid:** de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hanteert volgende definitie van mentale gezondheid: *“een toestand van welzijn waarin het individu zijn of haar eigen capaciteiten realiseert, de normale spanningen van het leven aankan, productief en vruchtbaar kan werken en in staat is om een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap.”*¹⁵
- **Normale kraamvloed** kan 4 tot 8 weken duren waarbij er initieel veel helderrood bloedverlies is (lochia rubra), al dan niet gepaard met klonters. Na 3 tot 4 dagen neemt de hoeveelheid vaginaal verlies af en verandert de kleur van de lochia naar roodbruin (lochia serosa). Nog een week later verandert de kleur van het vaginaal verlies naar geel of wit (lochia alba) gedurende meerdere weken. Borstvoedende vrouwen hebben doorgaans een grotere hoeveelheid lochia.
- **Pearl-index:** geeft aan hoeveel zwangerschappen optreden, ondanks het gebruik van de anticonceptiemethode, bij 100 vrouwen die een jaar lang deze methode gebruiken. De betrouwbaarheid hangt af enerzijds van de methode zelf en anderzijds van de persoon die de methode gebruikt. Daarom moet men een onderscheid maken tussen het theoretisch haalbare cijfer en het cijfer dat in de praktijk met de methode wordt bereikt.
- **Perinatale periode:** is de periode gaande van 1 jaar vóór de zwangerschap, de zwangerschap zelf tot 1 jaar na de bevalling. Voor de klinische vragen m.b.t. het mentale welzijn en de seksuele gezondheid van de kraamvrouw, spreken we in de toelichting bij de aanbevelingen van de perinatale periode en niet van de postpartumperiode (tot 8 weken na de bevalling).
- **Pre-eclampsie** : hypertensieve aandoening die bij de vrouw voorkomt tijdens de zwangerschap en het postpartum. Bij pre-eclampsie gaat hypertensie gepaard met andere disfuncties zoals proteïnurie, hematologische complicaties, acute nierinsufficiëntie, leverfunctiestoornissen en/of neurologische complicaties (eclampsie, veranderde mentale status, blindheid, persisterende visuele scotomen, herseninfarct, clonus, ernstige hoofdpijn).
- **Psychosociaal welzijn:** omhelst zowel het psychologische welzijn als het sociale welzijn.
- **Secundaire postpartumbloeding** wordt gedefinieerd als abnormaal of overvloedig vaginaal bloedverlies 24 uur tot 12 weken na de bevalling¹⁶.

¹⁵ [Mental health \(who.int\)](http://www.who.int)

¹⁶ Alexander J, Thomas P, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2002;(1):CD002867.

- 17

Klinische vragen

Dit tweede deel van de multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg geeft een antwoord op volgende klinische vragen:

1. Welke informatie en ondersteuning is nodig tijdens de postpartumperiode?
2. Welke onderzoeken en screeningstests zijn nodig bij de pasgeborene tijdens de postpartumperiode?
3. Welke opvolging is nodig om de mentale gezondheid en het psychosociaal welzijn te waarborgen tijdens de postpartumperiode?
4. Welke zorg is nodig om de seksuele gezondheid (incl. anticonceptie/gezinsplanning) van de moeder te waarborgen tijdens de postpartumperiode?
5. Welke informatie en opvolging bij de voeding van de pasgeborene is nodig tijdens de postpartumperiode?

Klinische vraag 1: Welke informatie en ondersteuning is nodig tijdens de postpartumperiode?

1. Informatieverstrekking en transfer van zorg

1.1. Algemene principes

Bij de geboorte van een eerste kind, maar ook bij die van volgende kinderen, wordt de moeder geconfronteerd met nieuwe en/of onbekende gezondheidsgerelateerde ervaringen. Bij het verstrekken van informatie over de postnatale gezondheid van de moeder moet de gezondheidsprofessional niet alleen inspelen op de noden de moeder zelf, maar ook op die van haar partner. De informatie moet, naast het ondersteunen van een goede gezondheid, ouders toelaten om actief deel te nemen aan de besluitvorming omtrent hun zorg.

De belangrijkste principes zijn ²⁰:

- geïndividualiseerde zorg verlenen bij ieder postnataal contact;
- actief luisteren naar de kraamvrouw en rekening houden met haar noden en voorkeuren;
- alle bezorgdheden van de kraamvrouw over haar gezondheid en die van haar baby steeds ernstig nemen;
- aandacht hebben voor de etnische achtergrond en sociaaleconomische status van het gezin;
- zich bewust zijn van een verhoogd sterfterisico bij vrouwen en baby's met migratieachtergrond en behorend tot etnische minderheden, met nood aan nauwer toezicht en een lagere drempel voor verdere zorg of opname;
- rekening houden met het feit dat de personen met ouderlijke verantwoordelijkheid het recht hebben om bij de verzorging van de baby te worden betrokken, als ze daarvoor kiezen;
- de partner en het informele netwerk (familie, vrienden of andere steunfiguren) van de moeder betrekken al naar gelang haar wensen;
- rekening houden met de voorkeuren van de kraamvrouw bij het delen van informatie, namelijk wijze van communiceren, timing en inhoud;
- eenduidige informatie en, daar waar mogelijk, evidence-based informatie verstrekken.
- de informatie 'face to face' geven, en hierbij een respectvolle attitude aannemen.

²⁰ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

- inclusieve communicatie hanteren zodat elke kraamvrouw (en haar partner) de informatie begrijpt. De woordkeuze moet worden aangepast aan het niveau van geletterdheid van de kraamvrouw, aan personen die tot een minderheidsgroep behoren,...;
- de informatieverstrekking ondersteunen aan de hand van een toegankelijke medium, bijv. door het gebruik van visueel materiaal en vertalingen voor anderstaligen;
- de kraamvrouw regelmatig de gelegenheid bieden om vragen te stellen en haar bezorgdheden te bespreken, hiervoor de tijd nemen en nagaan of de informatie goed begrepen is;
- rekening houden met de noden van de baby ('infant mental health') aangezien het op deze leeftijd heel beperkt is qua communicatie.

1.2. Communicatie bij de transfer van zorg

De postnatale zorg voor de kraamvrouw en de pasgeborene wordt opgenomen door verschillende zorgverleners met vaak verschillende expertises. In het huidige zorglandschap werken bepaalde zorgverleners complementair en toch hebben ze een overlappende functie. Het is in het belang van de patiëntveiligheid dat er duidelijke afspraken worden gemaakt over welke zorgverlener waarvoor verantwoordelijk is, en dit om de transfer en communicatie van zorg tussen de verschillende zorgverleners naadloos te laten verlopen. Hierbij staat een goede communicatie centraal zodat alle zorgaspecten adequaat worden opgevolgd en consistente adviezen worden gegeven ²¹.

We nemen in deze richtlijn geen standpunt in welke zorgverlener welke taken moet opnemen, wel om volgende redenen:

- Bepaalde taken kunnen door verschillende zorgverleners met gemeenschappelijke kennis en ervaring worden opgenomen;
- Patiënten hebben de keuzevrijheid om te bepalen welke zorg ze aan welke zorgverlener vragen;
- Het is niet de bedoeling om zorgverleners met een bepaalde deskundigheid uit te sluiten.

We pleiten om via een goede communicatie en multidisciplinaire samenwerking fragmentering van zorg tegen te gaan om het risico op hiaten in de zorg tot een minimum te herleiden en de continuïteit van zorg voor de patiënt te verzekeren.

²¹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

1.3. Transfer naar de eerste lijn

De ligduur na een normale bevalling op de kraamafdeling is geleidelijk korter geworden. De meeste vrouwen willen graag zo snel mogelijk naar huis. Het risico bestaat echter dat ze naar huis moeten voor ze zich hiervoor zelf klaar voelen. Een korte ligduur na de bevalling wordt in verband gebracht met latere problemen, zoals bloedingen of infecties, wat dan weer kan leiden tot een nieuwe opname in het ziekenhuis, een moeder die emotioneel overstuurt is, alsook extra kosten voor de gezondheidszorg.

Aandachtspunten vóór het ontslag van de kraamvrouw uit het ziekenhuis ²²:

- Het tijdstip van ontslag moet worden besproken met de kraamvrouw. De zorg moet zoveel mogelijk worden afgestemd op de individuele behoeften en voorkeuren van de kraamvrouw en de noden van de pasgeborene.
- Bij ontslag moet minstens duidelijk zijn:
 - welke vroedvrouw aan huis komt en wanneer de eerste afspraak gepland is;
 - of de screening naar metabole aandoeningen reeds in het ziekenhuis gebeurde of de vroedvrouw dit aan huis doet;
 - wanneer het zevendedagsonderzoek van de baby gepland is en bij wie;
 - wanneer de kraamvrouw bij de gynaecoloog wordt verwacht voor een postpartumcontrole;
 - wanneer Kind en Gezin langskomt, de gehoortest uitvoert en preventieve zorg voorziet, zoals de controle van de psychomotorische ontwikkeling van het kind en de vaccinaties.
- Mentale en sociale kwetsbaarheden worden idealiter al besproken tijdens de prenatale opvolging, zodat men eventueel al maatregelen kan nemen voor hulp thuis (eventueel te registreren in de tool "Born In Belgium Professional": <https://borninbelgiumpro.be/>);
- Bij de ontslagplanning wordt rekening gehouden met de voorkeuren van de kraamvrouw.

In geval van een thuisbevalling zijn volgende aandachtspunten van belang voordat de vroedvrouw vertrekt (bovenop bovenstaande):

- Beoordeel de fysieke en psychologische gezondheid van de kraamvrouw (onder meer blaasfunctie, emotioneel welzijn, sociale omkadering...), de gezondheid van de pasgeborene (onder meer productie van meconium) en het voedingsschema (inclusief observatie van minstens 1 voedingsmoment), het feit of ze voldoende ondersteuning/hulpbronnen heeft en andere factoren die een veilige zorg kunnen

²² Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://nhs.uk/conditions/postnatal-care/)

beïnvloeden, bijv. onveilige huisvesting of thuisomgeving, inclusief intrafamiliaal geweld.

- De kraamvrouw en haar partner moeten informatie krijgen over:
 - de postnatale periode en wat men kan verwachten (zie verder);
 - de beschikbare ondersteuning/hulpbronnen, bijv. wie te contacteren in geval van bezorgdheden/problemen in de postpartumperiode;
 - het belang van bekkenbodemoefeningen na de geboorte (preventie van incontinentie of verzakking van bekkenorganen).

2. Eerste bezoeken/onderzoek na transfer van zorg (vanuit geboorteplaats of na thuisbevalling)

2.1. Eerste postnatale bezoek van de vroedvrouw

Aanbeveling

Streef ernaar om het eerste postnatale bezoek van een vroedvrouw voor de medische opvolging van de kraamvrouw en de pasgeborene te laten plaatsvinden binnen de 24 uur na overdracht vanuit de geboorteplaats of na een thuisbevalling (**GRADE 2C**).

Toelichting

De vroedvrouw bezoekt de moeder thuis binnen de 24 uur na overdracht van de zorg vanuit de geboorteplaats of na een thuisbevalling, zeker indien ontslag van de materniteit binnen 72 uur na de geboorte.

Er zijn heel wat belangrijke onderwerpen waaraan de vroedvrouw aandacht moet besteden. Het is echter niet mogelijk om elk onderwerp aan bod te laten komen tijdens het eerste bezoek. Onderstaande lijst geeft een overzicht van alle te bespreken onderwerpen. **We hebben hieronder in oranje die onderwerpen aangeduid die niet kunnen wachten tot een later contact omdat ernstige complicaties zouden kunnen worden gemist.**

- onderzoek van en zorg voor de kraamvrouw (lichamelijk):
 - doe een uitgebreide beoordeling van het fysieke welzijn van de moeder;
 - beoordeel de urine-incontinentie en de darmfunctie;
 - beoordeel de genezing van een perineale wonde, perineale pijn en perineale hygiëne.
 - peil naar eventuele lichamelijke klachten of zorgen;
 - ga na of de kraamvrouw last heeft van pijn in de borst, gevoeligheid van de baarmoeder en van abnormale lochia (hoeveelheid en geur).
- onderzoek van en zorg voor de kraamvrouw (psychosociaal welzijn):

- doe een uitgebreide beoordeling van het sociale en psychologische welzijn van de moeder;
- beoordeel symptomen van depressie en angst en bied passende ondersteuning; verwijs bij vermoeden van majeure depressie door voor verdere beoordeling (zie klinische vraag 3 op blz. 47);
- geef psycho-educatie (en betrek de partner hierbij):
 - bespreek de mentale gezondheid;
 - verstrek voorlichtingsmateriaal;
- geef de kraamvrouw de gelegenheid om over haar bevallingservaring te praten.
- onderzoek van en zorg voor de pasgeborene:
 - bied ouders ondersteuning met hulpmiddelen en technieken om de hechting en sociale interactie met hun baby te bevorderen;
 - beoordeel de voeding en het voedingspatroon;
 - beoordeel (bij elk contact) de aanwezigheid van alarmtekens (zie tabel 3, blz. 35).
- beoordeling van de beschikbare steun voor moeder en baby van partner/familie:
 - geef de kraamvrouw de kans om één op één over haar relatie met de partner en familie te praten.
- beoordeling van het risico op intrafamiliaal geweld:
 - observeer vrouwen op risico's, tekens en symptomen van intrafamiliaal geweld.
- het geven van advies/informatie over:
 - levensstijl (voeding, slaap en hygiëne);
 - gezondheid en welzijn van de moeder en de pasgeborene, zodat de kraamvrouw en haar partner zaken waarover ze zich zorgen ma(a)k(t)(en) kunnen herkennen en hierop adequaat reageren;
 - borstvoeding, met actieve ondersteuning van de borstvoeding;
 - vaccinaties (cf. adviezen van de Hoge Gezondheidsraad);
 - neonatale screening naar aangeboren aandoeningen (hielprik);
 - anticonceptiemethoden: doeltreffendheid en bijwerkingen;
 - het fysiologische herstelproces na de bevalling.
- specifieke aandacht voor subgroepen:
 - Adolescente kraamvrouwen:
 - zorg voor een zorgprogramma op maat van de adolescente moeder om haar kennis over het ouderschap te verbeteren en geef counseling i.v.m. anticonceptie;
 - geef in geval van problemen gerichte borstvoedingsondersteuning en stem de ondersteuning af op de individuele noden en omstandigheden van de moeder;
 - Kraamvrouwen in een risicovolle omgeving (disfunctioneel gezin):
 - volg het gezin op via formeel en gestructureerd casusoverleg;

- doe extra huisbezoeken;
 - bij conflicten, misbruik of verwaarlozing: overweeg doorverwijzing naar gepaste gemeenschapsvoorzieningen.
- Kraamvrouwen met genitale verminking ('female genital mutilation' (FGM) of vrouwelijke genitale verminking (VGV)). Zij hebben andere lichamelijke sensaties (plassen, menstruatie, vrijen,...), zeker wanneer ze gedesinfibuleerd werden na de bevalling (VGV type III) 19 ²³. We benadrukken hierbij ook het belang van het voorkomen van VGV bij het kind.
 - [GAMS België](#) publiceerde hierover een handleiding en tools (niet gevalideerd door Cebam) met nuttige informatie.
 - Er is ook andere informatie over dit onderwerp beschikbaar op: [CeMAViE: Medisch Centrum voor slachtoffers van Vrouwelijke Genitale Verminking - CHU Saint-Pierre | UMC Sint-Pieter \(stpierre-bru.be\)](#)

Onderbouwing

Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021 ²⁴. Een cross-sectionele studie van lage kwaliteit vond, voor de uitkomstmaat 'heropname van het kind binnen 28 dagen na geboorte', geen klinisch belangrijke verschillen tussen een routineonderzoek van de pasgeborene door een vroedvrouw tussen 6 en 48 uren na de geboorte versus 49 en 72 uren ²⁵. Wegens de indirectheid en de lage kwaliteit van bewijs werden de aanbevelingen opgesteld door een comité van NICE op basis van consensus, stoelend op hun expertise en ervaring eerder dan op het klinisch bewijs. Op basis van die expertise was het comité van mening dat het eerste postnatale contact door een vroedvrouw normaal gesproken binnen 36 uur na de overdracht van de geboorteplaats naar de thuissituatie moet plaatsvinden. Het eerste postnatale contact door een vroedvrouw gebeurt face-to-face en bij voorkeur thuis. De commissie benadrukte dat ondanks deze voorkeur altijd rekening moet worden gehouden met de individuele omstandigheden en voorkeuren van de kraamvrouw. Er werd geen bijkomend wetenschappelijk bewijs gevonden.

De aanbeveling werd voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werd gevalideerd in de tweede ronde. Hoewel de bronrichtlijn spreekt van een postnataal onderzoek door de vroedvrouw binnen 36 uur, oordeelde het Delphi-panel dat 24 uur in een Belgische context, met een gemiddelde ligduur van tegenwoordig minder dan 72 uur, gepaster is.

²³ Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

²⁴ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

²⁵ Ellberg L, Högberg U, Lundman B, et al. Maternity care options influence readmission of newborns. Acta Paediatr 2008;97(5):579-83.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van de aanbeveling:

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs: lage zekerheid van bewijs op basis van 1 cross-sectionele studie die voor de uitkomstmaat 'heropname van het kind binnen 28 dagen na geboorte' geen klinisch belangrijke verschillen vond tussen een routineonderzoek van de pasgeborene door een vroedvrouw tussen 6 en 48 uren na de geboorte versus 49 en 72 uren.
- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbeveling. De aanbeveling is erop gericht belangrijke klachten/symptomen binnen 24 uur na overdracht van zorg te identificeren bij de kraamvrouw en/of de pasgeborene.
- Waarden en voorkeuren: deze aanbeveling voldoet aan de waarden van pasgeborenen en hun ouders omdat het risico op complicaties wordt verkleind.
- Toepasbaarheid: 24 uur is een hele korte periode na ontslag; mogelijk zijn er niet altijd voldoende vroedvrouwen beschikbaar om dit strikt na te leven.

Besluit: het wetenschappelijke bewijs m.b.t. het eerste postnatale bezoek van een vroedvrouw is schaars (indirect, lage zekerheid van bewijs) en stoelt op de consensusaanbeveling van het comité van NICE. Er was binnen het stakeholderspanel discussie over de termijn van 36 uur. Gezien de verkorte ligduur in het ziekenhuis en zeker bij thuisbevallingen waren de meeste panelleden van mening dat in de Belgische context het eerste bezoek het best plaatsvindt binnen 24 uur na de bevalling.

2.2. Eerste postnatale bezoek van een verpleegkundige van Kind en Gezin

Aanbeveling

Het eerste huisbezoek van een verpleegkundige van Kind en Gezin vindt plaats rond de twee weken na de geboorte (**GPP**).

Toelichting

Het gezinstraject bij Kind en Gezin start al tijdens de zwangerschap met het startgesprek. Er is een standaard basisaanbod dat aan alle ouders wordt aangeboden. Gezien de diversiteit van de gezinnen kan er op maat ondersteuning worden gegeven (bijv. een extra huisbezoek). In het kader van de systematische preventieve opvolging wordt bepaalde informatie op vaste momenten gegeven bij de opvolging van de ontwikkeling van het kind. Dat gebeurt los van de opvolging door de vroedvrouw. Beide vormen van zorg zijn complementair.

Kind en Gezin tracht het eerste huisbezoek te brengen rond de tweede week na de geboorte. Het is belangrijk dat de vroedvrouw en Kind en Gezin met elkaar afstemmen, en met andere mogelijk betrokken zorgverleners. Zeker in geval van kwetsbare gezinnen, gezinnen zonder ziekteverzekering, enz, en naargelang de bezorgdheden. De ouder wordt hierover geïnformeerd. Het aanbod van Kind en Gezin is terug te vinden op: <https://www.kindengezin.be/nl/kind-en-gezin-diensten/contactmomenten>

Dat huisbezoek dient voor een eerste kennismaking, het opbouwen van een vertrouwensrelatie en om:

- verdere afspraken te maken (bijv. verwijzing voor gehoorscreening, nagaan of het zevendedagsonderzoek heeft plaatsgevonden, bespreken van het belang van de opvolging van de ontwikkeling, eerste consultatie op 4 weken);
- vragen van ouders te beantwoorden en hen te informeren (bijv. over de dienstverlening van Kind en Gezin, vaccinaties, voeding, (mentale) gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van de baby, het ouderschap, maar ook over hulpbronnen, financiële omstandigheden, ...);
- ouders te begeleiden bij hun ervaringen en de veranderende partnerrelatie, het leren kennen van hun baby, de groei van hun baby, het leren omgaan met hun baby, het veilig te slapen leggen van hun baby, de ondersteuning door een vroedvrouw of andere partners,...;
- signalen in de ouder-kindrelatie op te vangen.

Indien er prenataal geen huisbezoek (startgesprek) heeft plaatsgevonden, kan een extra vroegtijdig postnataal huisbezoek gebeuren door een verpleegkundige van Kind en Gezin.

Het is belangrijk om in kaart te brengen wie de betrokken eerstelijnszorgverstrekkers zijn rond het gezin. Op het moment dat de ouder kiest om geen beroep (meer) te doen op Kind en Gezin, is het belangrijk dat ze weten welke betrokken partners ze kunnen contacteren in geval van ongerustheid of wanneer ze alsnog met welbepaalde vragen zitten.

Onderbouwing

Dit GPP werd overgenomen uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021 ²⁶. Bij gebrek aan bewijs werden de aanbevelingen opgesteld door een comité van NICE op basis

²⁶ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

van een formele consensus, steunend op hun expertise en ervaring eerder dan op klinisch bewijs. Er werd geen bijkomend wetenschappelijk bewijs gevonden.

Dit GPP werd voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werd gevalideerd in de tweede ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van het GPP:

- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van het GPP. Het GPP is erop gericht belangrijke klachten/symptomen te identificeren bij de kraamvrouw en/of de pasgeborene. De financiële impact hiervan lijkt beperkt en weegt waarschijnlijk niet op tegenover de potentiële voordelen.
- Waarden en voorkeuren: dit GPP voldoet aan de waarden van pasgeborenen en hun ouders omdat het risico op complicaties wordt verkleind. Het aanbod vanuit Kind en Gezin is vrijblijvend; ouders kunnen er ook voor kiezen om er geen gebruik van te maken.
- Toepasbaarheid: mogelijk zijn er niet altijd voldoende verpleegkundigen beschikbaar om het eerste huisbezoek rond de 2 weken na de bevalling te realiseren. Kind en Gezin volgt goed op dat het lokale aanbod wordt uitgevoerd en stuurt waar nodig bij om het huisbezoek rond de 2 weken maximaal te garanderen.

Besluit: er is een gebrek aan wetenschappelijke bewijs m.b.t. het eerste postnatale huisbezoek door een verpleegkundige. Het GPP stoelt bijgevolg op consensus. In Vlaanderen gebeurt het eerste huisbezoek van Kind en Gezin door een verpleegkundige. De dienstverlening van Kind en Gezin is complementair aan de zorg van de vroedvrouw. Er gebeurt geen systematische overdracht van de vroedvrouw naar Kind en Gezin. Dit zou nochtans wel moeten gebeuren, alsook met andere mogelijk betrokken zorgverleners. Beide opereren onafhankelijk, maar afstemming is noodzakelijk.

3. Verdere zorgcontacten in de postpartumperiode

3.1. Wat te bespreken met de kraamvrouw?

Aanbevelingen (vroedvrouw)

1. Informeer de kraamvrouw bij het eerste postnatale contact over de symptomen en tekenen die kunnen wijzen op een mogelijk ernstige aandoening en vraag haar onmiddellijk medisch advies in te winnen als die zich voordoen (**GPP**).
2. Bespreek met de kraamvrouw welke vaginale bloedingen ze kan verwachten na de bevalling (lochia) en adviseer haar medisch advies in te winnen als bepaalde symptomen zich voordoen of indien ze zich hierover ongerust maakt (**GPP**).
3. Vraag de kraamvrouw bij elk postnataal contact of ze ongerust is over de perineale wonde (als onderdeel van de perineale wondgenezing) en wees bedacht op alarmtekens (**GPP**).
4. Indien nodig, geef gepaste informatie over beschikbare pijnstillers, rekening houdend met het feit of de kraamvrouw borstvoeding geeft of niet (**GPP**).
5. Vraag de kraamvrouw bij elk postnataal contact naar haar gezondheid, of ze zich zorgen maakt en beoordeel haar algemeen welzijn (**GPP**).

Toelichting

In een periode van fysiologische en psychologische verandering is het belangrijk dat de betrokken zorgverleners geen significante problemen over het hoofd zien. Tijdens het eerste postpartumbezoek vindt een uitgebreide beoordeling plaats van het fysieke en psychosociale welzijn van de kraamvrouw (idealiter te herhalen bij elke postnataal zorgcontact). De vrouw moet tijdens het eerste postnatale contact gewezen worden op symptomen/tekenen van mogelijk ernstige aandoeningen waarvoor ze onmiddellijk medisch advies moet inwinnen (*tabel 1*). Zie ook deel 1 van de multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn ²⁷.

²⁷ Tency I, Vercoutere A, D'Haenens F, et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1). Wilrijk (Antwerpen): WOREL, 2022. Beschikbaar via: <https://www.worel.be/home>

Tabel 1: Lijst met symptomen/tekenen van mogelijk ernstige aandoeningen.

Klacht/symptoom	Mogelijke aandoening
Buikpijn	<ul style="list-style-type: none"> • Endometritis • Postpartumbloeding • Pre-eclampsie
Abnormaal vaginaal verlies <ul style="list-style-type: none"> - geur - hoeveelheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Postpartumbloeding <ul style="list-style-type: none"> ○ Uterien ○ Cervicaal ○ Vaginaal ○ Episiotomie • Endometritis
Koorts, rillen, malaise	Endometritis Mastitis
Hoofdpijn	Pre-eclampsie, postdurale punctiehoofdpijn
Nausea, braken, visuele klachten	Pre-eclampsie
Kuitpijn, verkleuring pijnlijke zone, zwelling kuit	Diepveneuze trombose (DVT)
Pijn op de borst	Longembolieën
Tachypneu	Longembolieën, postpartumbloeding
Tachycardie	Postpartumbloeding, longembolieën, endometritis, mastitis,...
Hypoperfusie	Postpartumbloeding
Veranderingen in het bewustzijn	Postpartumbloeding, sepsis
Pijnlijk perineum	Infectie episiotomie
Anurie >6 uur na bevalling	Urineretentie

Iedere kraamvrouw moet bij elk postnataal contact de gelegenheid krijgen om over haar bevallingservaring te praten. Indien nodig (bijv. na een traumatische bevalling) is het belangrijk dat de kraamvrouw informatie (mee)krijgt over relevante ondersteuning en hulpbronnen. Dat kan belangrijke voordelen hebben voor het emotioneel welzijn van de kraamvrouw, ook al verschilt de nood en de timing van deze gesprekken van vrouw tot vrouw.

Bij ieder postnataal contact wordt bovendien de tijd genomen om onderwerpen te bespreken die het dagelijkse leven van de kraamvrouw kunnen beïnvloeden:

- de implicaties van de postnatale periode;
- symptomen/tekenen van eventuele postnatale mentale gezondheidsproblemen en hoe hulp te zoeken;
- symptomen/tekenen van eventuele postnatale lichamelijke problemen en hoe hulp te zoeken;
- belang en de voordelen van bekkenbodemoefeningen, hoe ze te doen en wanneer hulp te zoeken;

- voeding en gezondheid van de baby;
- gezondheid van de kraamvrouw;
- wat een normaal huilpatroon is bij de baby en hoe hem te troosten en te kalmeren;
- het belang van huidcontact en een veilige omgeving voor de baby.

Secundaire postpartumbloeding

Een secundaire postpartumbloeding komt meestal voor in de tweede week van het postpartum ²⁸. Kraamvrouwen herkennen niet steeds vroege tekenen en symptomen van een secundaire postpartumbloeding omdat ze denken dat die na de bevalling normaal zijn. Nochtans is een secundaire postpartumbloeding een belangrijke postnatale complicatie die een dringende interventie vereist. De kraamvrouw wordt gevraagd om in onderstaande gevallen medisch advies in te winnen:

- plotselinge en zeer hevige vaginale bloeding;
- toenemende vaginale bloeding;
- klonters/stolsels van placentaweefsel of -vliezen;
- sterke of onaangename geur van vaginale bloeding of afscheiding (mogelijkheid van een infectie);
- andere infectiesymptomen: koorts, rillingen, buikpijn, hoofdpijn of spierpijn.

De risicofactoren voor een postpartumbloeding staan beschreven in tabel 2 (overgenomen uit deel 1 van deze richtlijn). Zorgverleners moeten zich ervan bewust zijn dat de gevolgen van een postpartumbloeding erger kunnen zijn bij kraamvrouwen met bloedarmoede en/of een lichaamsgewicht van <50 kg bij aanvang van de zwangerschap ²⁹.

Tabel 2: Risicofactoren voor een postpartumbloeding (zie deel 1 van de richtlijn ³⁰).

Medische voorgeschiedenis en sociodemografische kenmerken	<ul style="list-style-type: none"> • eerdere postpartumbloeding • hypertensie • leeftijd ≥35 jaar • sociale uitsluiting • etniciteit (niet-Kaukasisch)
---	---

²⁸ Tency I, Vercoutere A, D'Haenens F, et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1). Wilrijk (Antwerpen): WOREL, 2022. Beschikbaar via: <https://www.worel.be/home>

²⁹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

³⁰ Tency I, Vercoutere A, D'Haenens F, et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1). Wilrijk (Antwerpen): WOREL, 2022. Beschikbaar via: <https://www.worel.be/home>

Ziekenhuisopname en pariteit	<ul style="list-style-type: none"> • prenatale opname <ul style="list-style-type: none"> ◦ medicatie bij opname: antidepressiva, anti-epileptica en/of ijzer • aandoeningen bij opname: <ul style="list-style-type: none"> ◦ hoge bloeddruk, pre-eclampsie ◦ placenta praevia ◦ obesitas ◦ stollingsstoornissen • primipariteit • meerlingzwangerschap
Arbeid en bevalling	<ul style="list-style-type: none"> • inductie of augmentatie • lange arbeid (>12 u), • laceratie van de zachte weefsels • bevalling met behulp van verlostang/zuignap • episiotomie • spoedkeizersnede • placentaretentie • geboortegewicht >4 kg

Een kraamvrouw met een postpartumbloeding moet steeds verwezen worden naar een arts (huisarts of gynaecoloog) ³¹.

Perineale gezondheid

Vaginaal bevallen resulteert vaak in een perineaal trauma. De bijbehorende symptomen worden door zorgverleners vaak als normaal beschouwd. Nochtans kunnen perineale wonden erg lastig/pijnlijk zijn voor de kraamvrouw en leiden tot complicaties als ze niet op de juiste manier worden beoordeeld of aangepakt.

Vroegtijdige identificatie en behandeling van perineale pijn kan gevolgen op lange termijn voorkomen (infecties, complicaties) en de ervaring van de kraamvrouw met de postnatale zorg verbeteren:

- Vraag actief na of de kraamvrouw perineale problemen ondervindt. In voorkomend geval kan praktisch advies worden gegeven over een goede perineale hygiëne (dagelijks douchen van het perineum, frequent wisselen van maandverband en handen wassen voor en na).
- Beoordeel veranderingen in de tijd van de ernst van de perineale pijn aan de hand van een gevalideerde pijnscore.

³¹ Tency I, Vercoutere A, D'Haenens F, et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1). Wilrijk (Antwerpen): WOREL, 2022. Beschikbaar via: <https://www.worel.be/home>

- Onderzoek van het perineum kan helpen om de ernst of de oorzaak van de pijn te achterhalen en in te schatten of verdere actie nodig is.
- Soms is medicatie nodig om de pijn te verlichten (doorverwijzing na 5 dagen pijn).
- Verwijs vrouwen met perineumwondafbraak dringend door naar de kraamkliniek voor verdere behandeling om complicaties en mogelijke nadelige gevolgen op lange termijn te voorkomen.

Pijnstilling

Een kraamvrouw zonder pijn heeft meer energie voor haar baby. Bespreek met/geef informatie aan de kraamvrouw over:

- de belangrijkste etiologieën van pijn na de bevalling;
- de opties qua pijnstilling;
- de beschikbare pijnstillers (ibuprofen, paracetamol, diclofenac) en hun veilige gebruik (borstvoeding of kunstvoeding);
- de maximale dosis in functie van de nood (sectio versus vaginale bevalling) en innamemodaliteiten (vaste inname of alleen op indicatie).

Vraag de kraamvrouw om het gebruik van pijnstillers steeds met u te bespreken. Ga bij elk postnataal contact het gebruik en de dosering van pijnstillers na.

Onderbouwing

Deze GPP's werden overgenomen uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021³² en werden opgesteld door een comité op basis van een formele consensus, aangevuld met een systematische review van systematische reviews. Er werd geen bijkomend wetenschappelijk bewijs gevonden.

Alle GPP's werden voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werden gevalideerd in de eerste ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van de GPP's:

- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de GPP's. De GPP's zijn erop gericht om belangrijke klachten/symptomen te identificeren bij de kraamvrouw. Een postpartumbloeding die niet tijdig opgemerkt en behandeld wordt (spoedopname, chirurgische ingreep of bloedtransfusie) kan leiden tot maternale

³² Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

sterfte³³. Informatie en kennis van de kraamvrouw hierover kunnen bijdragen tot het tijdig herkennen ervan. Men moet wel rekening houden met het beperkte tijdsbestek van de zorgverleners.

- Waarden en voorkeuren: variabiliteit te verwachten wegens gewoonten van zorgverleners en verwachtingen van de kraamvrouw (en haar familie).
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: deze GPP's stelen op consensus. Zowel het comité van NICE dat de aanbevelingen via consensus opstelde als de panelleden betrokken in de Delphi-procedure van deze richtlijn waren het eens over welke zaken moeten worden bevraagd/nagegaan en welke informatie moet worden gegeven tijdens het eerste postnatale bezoek door de vroedvrouw en de daaropvolgende zorgcontacten tijdens de postpartumperiode.

3.2. Met betrekking tot de pasgeborene: wat nagaan en/of bespreken met de ouders?

Aanbevelingen

1. Vraag de ouders bij elk postnataal contact of ze zich zorgen maken over het algemene welzijn, de voeding of de ontwikkeling van hun baby. Bekijk de voorgeschiedenis en beoordeel de gezondheid van de baby, met inbegrip van een lichamelijk onderzoek en observatie. In geval van bezorgdheden, neem gepaste maatregelen (**GPP**).
2. Luister goed naar de bezorgdheden van de ouders over de gezondheid van hun baby en behandel hun bezorgdheid als een belangrijke indicator van een mogelijke ernstige ziekte bij hun baby (**GPP**).
3. Raad ouders aan om steeds een arts (pediater of huisarts die ervaring heeft met neonaten) te contacteren wanneer hun baby jonger dan 3 maanden koorts ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) of te lage temperatuur ($< 36^{\circ}\text{C}$) heeft (**GPP**).
4. Bespreek met de ouders het belang van hechting en emotionele gehechtheid (**GPP**).
5. Erken dat voor sommige ouders bijkomende ondersteuning voor de hechting en de emotionele gehechtheid nodig kan zijn (**GPP**).

³³ [Zwangerschap en kraamperiode | NHG-Richtlijnen](#)

Toelichting

Gezondheid en welzijn van de baby: tekenen/symptomen van ziekte

De kans op ziekte en overlijden is het grootst in de eerste 6 levensmaanden van de baby. De meeste baby's vertonen geen ernstige tekenen en symptomen van ziekte, maar in sommige gevallen kan er meer aan de hand zijn. In die gevallen zijn vroegherkenning en een snelle behandeling belangrijk om ziekte-ernst te helpen verminderen en overlijden te voorkomen.

Vraag bij elk postnataal contact actief na of de ouders bepaalde bezorgdheden hebben over de gezondheid van hun kind. Observeer en onderzoek de baby, rekening houdend met de voorgeschiedenis, en let ook op voedingsgerelateerde aspecten.

Geef de ouders informatie over 'ziek-zijn' bij jonge zuigelingen: apathie, mindere alertheid, kreunen, bleekheid, verminderd drinkgedrag,.... en hoe ze het verschil kunnen maken tussen 'ziek' en 'ernstig ziek' (alarmtekenen: niet wegdrukbaar kleine rode of blauwe huidvlekjes, grauwe huidskleur, suf of moeilijk te wekken, verwardheid, moeilijk ademen, kreunen, zuchten, stuipen, ongeval zoals ernstig vallen, zware brandwonde,...).

Ouders kennen hun baby het beste. Hebben ze een niet-pluisgevoel, dan moet dat steeds ernstig worden genomen. Geef hen het advies om onmiddellijk een arts (pediater of huisarts die ervaring heeft met neonaten) te raadplegen als hun kind jonger is dan 3 maanden en een lichaamstemperatuur gelijk aan of hoger dan 38°C heeft ³⁴. Bij alarmtekenen is een snelle medische interventie nodig (tabel 3).

Tabel 3: Niet-exhaustieve lijst met alarmtekenen.

Klacht/symptoom	Niet te missen pathologie, specifiek voor de pasgeborene in het postpartum
Uitgebreide geelzucht of geelzucht ontstaan binnen de 24 uur of geelheid die verergert, geelheid ontstaan na 8 dagen, of nog aanwezig na 28 dagen	Kernicterus
Blijvende luieruitslag na initiële behandeling van luierdermatitis	<ul style="list-style-type: none">• Contactallergie• Atopische dermatitis
Blijvende vochtige en slechtruikende navelstomp met roodheid rond de navel	Navelinfectie met gevaar op sepsis
Aanhoudende vochtafscheiding uit de oogjes of 'pusoogjes' ontstaan na 10 dagen of langer aanhoudend dan 14 dagen	Infectie met <i>Neisseria gonorrhoeae</i> of <i>Chlamydia trachomatis</i>

³⁴ Zie <https://www.kindengezin.be/sites/default/files/2021-06/flowchart-koorts-ouders.pdf>

Galbraken of braken met gewichtsverlies	<ul style="list-style-type: none"> • Pylorusstenose • Volvulus
Geen meconiumlozing binnen de 24 uur	<ul style="list-style-type: none"> • Ziekte van Hirschsprung • Darmobstructie
Gewichtsverlies van >10%	<ul style="list-style-type: none"> • Dehydratatie • Congenitale hartafwijking
Koorts $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Ondertemperatuur $< 36^{\circ}\text{C}$	<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis • Meningitis • Pneumonie • Urineweginfectie • Andere infectie
Blauw kleuren van de huid	<ul style="list-style-type: none"> • Cyanose • Congenitale hartafwijking
Blijvende lichaamstemperatuur $< 36,2^{\circ}\text{C}$ ondanks opwarmen	<ul style="list-style-type: none"> • Onderkoeling/hypothermie • Sepsis
Bloed of slijm in de stoelgang	<ul style="list-style-type: none"> • Gastro-enteritis • Koemelkallergie • Necrotiserende enterocolitis • Invaginatie • Infectie met Clostridium
Opgezette buik	<ul style="list-style-type: none"> • Ziekte van Hirschsprung • Volvulus • Gastro-intestinale obstructie
Luchtweg- en ademhalingsproblemen	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • 'Wet Lung'-syndroom • 'Respiratory Distress'-syndroom • Congenitale hartafwijking
Lethargie	<ul style="list-style-type: none"> • Encefalopathie (door hypoxie, infectie, metabole ziekte, ...) • Kernicterus • Congenitale hartafwijking • Sepsis,...
Stuipen, abnormale bewegingen	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatale epilepsie • Encefalopathie (door hypoxie, infectie, metabole ziekte, ...) • Andere hersenafwijkingen
Gespannen fontanel	<ul style="list-style-type: none"> • Infectie • Meningitis • Overdruk door intracraniale bloeding, hydrocefalie, ...

Aanmoedigen van emotionele hechting/binding

Emotionele hechting is de positieve emotionele en psychologische band die primaire verzorger(s) ontwikkel(t)(en) met het kind. Emotionele hechting gaat uit van de baby

en is een aangeboren gedrag. Het is de vroegste relatie die een kind ontwikkelt met zijn primaire verzorger(s). Die verzorger(s) moet(en) de baby voldoende fysieke nabijheid en veiligheid bieden. Emotionele hechting wordt dus beïnvloed door het gedrag van de primaire verzorger(s). Gevoelig reageren op de behoeften van de baby garandeert een 'veilige basis' zodat het kind zijn fysieke omgeving kan verkennen, zich emotioneel en sociaal kan ontwikkelen en positieve relaties met anderen kan opbouwen in de toekomst. Verstoring van dit hechtingssysteem kan levenslang gevolgen hebben.

Ouders moeten zich bewust zijn van het belang van binding en emotionele hechting. Met hen moet worden besproken wat kan helpen bij het proces van binding met hun baby. De emotionele hechting van de baby kan worden bevorderd door de combinatie van:

- Voldoende kwaliteitsvolle momenten doorbrengen met de baby en die momenten (leren) waarderen;
- Huid-op-huidcontact;
- Positieve interacties: reageren op en beantwoorden van de signalen van de baby's in een kalme, stille omgeving vrij van afleiding.

De belangrijkste factor in het bevorderen van de emotionele hechting van de baby is het welzijn van de primaire verzorger(s). De geboorte en de zorg voor een pasgeboren baby zijn belangrijke levensgebeurtenissen die vaak overweldigend en uitdagend zijn. Dat kan op zich al een impact hebben op de ontwikkeling van emotionele hechting. Daarom is het belangrijk om met ouders in gesprek te gaan over wat ze kunnen verwachten in de postnatale periode op het vlak van herstel na de geboorte (zowel fysiek als emotioneel), de uitdagingen omtrent voeding van de baby en de eisen van het ouderschap. Het is belangrijk om hen gerust te stellen en positief te bekrachtigen.

Sommige ouders kunnen vatbaarder zijn voor bindingsproblemen met hun kind en hebben mogelijk nood aan meer ondersteuning:

- ouder(s) die zelf het zorgsysteem hebben doorlopen of nadelige gebeurtenissen hebben doorgemaakt in de kindertijd;
- ouder(s) die een traumatische geboorte hebben meegemaakt;
- ouder(s) met complexe psychosociale noden, waaronder geestelijke gezondheidsproblemen;
- ouder(s) met een ziekte, een beperking, in bepaalde levensomstandigheden of een combinatie ervan.

Adviezen i.v.m. het bed delen met de baby

Vaak delen ouders het bed met hun kind, vooral als de moeder borstvoeding geeft. Soms is het een bewuste keuze, soms ingegeven door vermoeidheid na avond- of nachtvoedingen. Dat wordt nochtans niet aangeraden. Een co-sleeper of

aanschuifbedje kan een veilig alternatief bieden. Tracht dit bespreekbaar te maken en hanteer hierbij een ondersteunende communicatiestijl (i.e. positieve bekrachtiging van het ouderschap). In dat geval is het belangrijk om ouders de juiste informatie te geven en aandacht te vragen voor een veilige slaaphouding en -omgeving, onder meer op basis van de [adviezen van Kind en Gezin over veilig slapen](#).

Voor het verband tussen het bed delen en het risico op wiegendood en preventieve maatregelen, verwijzen we naar deel 1 van deze richtlijn ³⁵.

Onderbouwing

Deze GPP's werden overgenomen uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021 ³⁶ en werden opgesteld door een comité op basis van een formele consensus. Er werd geen bijkomend wetenschappelijk bewijs gevonden. De online survey van Alderdice et al. ³⁷ haalt het belang aan van het positief bekrachtigen van de moeder, nl. geruststellen en bevestigen dat ze goed voor haar kind zorgt. Alle GPP's werden voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werden gevalideerd in de eerste ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van de GPP's:

- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbeveling. De aanbeveling is erop gericht belangrijke klachten/symptomen te identificeren bij de baby. Gezien het belang van een goed welzijn en goede gezondheid van de pasgeborene is het aan te raden om als zorgverlener deze zaken met de ouders te bespreken en problemen te herkennen. Men moet wel rekening houden met het beperkte tijdsbestek van zorgverleners; niet elke zorgverlener is hiervoor specifiek opgeleid.
- Waarden en voorkeuren: deze GPP's voldoen aan de waarden van de kraamvrouw omdat het risico op complicaties wordt verkleind.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

³⁵ Tency I, Vercoutere A, D'Haenens F, et al. Multidisciplinaire richtlijn Postpartumzorg in de eerste lijn (deel 1). Wilrijk (Antwerpen): WOREL, 2022. Beschikbaar via: <https://www.worel.be/home>

³⁶ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

³⁷ Alderdice F, McLeish J, Henderson J, et al. Women's ideal and real expectations of postnatal care during their first pregnancy: An online survey in England. Midwifery 2020;89:102815.

Besluit: deze GPP's stelen op consensus. Zowel het comité van NICE dat de aanbevelingen via consensus opstelde als de panelleden betrokken in de Delphi-procedure van deze richtlijn waren het erover eens dat bij elk postnataal contact actief moet worden nagevraagd of ouders zich zorgen maken over het algemene welzijn, de voeding of de ontwikkeling van hun baby en dat de gezondheid van de baby moet worden beoordeeld (lichamelijk onderzoek en observatie) en indien nodig gepaste maatregelen moeten worden genomen. Bezorgdheden van de ouders over de gezondheid van hun baby zijn een belangrijke indicator van mogelijke ernstige ziekte bij hun baby en moeten ernstig worden genomen. Verder benadrukken de panelleden het belang om bij koorts ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) of een ondertemperatuur ($< 36^{\circ}\text{C}$) bij een baby jonger dan 3 maanden een arts (pediater of huisarts die ervaring heeft met neonaten) te raadplegen en om de binding van de ouder(s) met hun kind en de emotionele hechting van de baby te bevorderen, zeker bij bepaalde groepen ouders die hierin meer ondersteuning nodig hebben.

Klinische vraag 2: Welke onderzoeken en screeningstests zijn nodig bij de pasgeborene tijdens de postpartumperiode?

Aanbevelingen

1. Adviseer ouders om deel te nemen aan de neonatale screening naar aangeboren aandoeningen (**GPP**).
2. Zorg ervoor dat het 'zevendagedsonderzoek' van de baby gebeurt bij de arts (pediater of huisarts die ervaring heeft met neonaten) op dag 7 à 10 na de geboorte (**GPP**).
3. De arts voert tijdens de consultaties in de postpartumperiode steeds een gepast klinisch onderzoek uit en heeft aandacht voor bijzondere uiterlijke kenmerken en opvolging van de groei (**GPP**).
4. Voer een gehoortest uit binnen de eerste levensweken en bij voorkeur vóór de 21ste dag (**GRADE 1C**).

Toelichting

Neonatale screening naar aangeboren aandoeningen

Belang van neonatale screening

Verschillende aangeboren of congenitale aandoeningen kunnen met de huidige wetenschappelijke en medisch-technische kennis vroegtijdig worden opgespoord. Hiervoor worden bevolkingsonderzoeken georganiseerd. Deze screening heet tegenwoordig 'bevolkingsonderzoek aangeboren aandoeningen' (de vroegere hiehprik of de Guthrie-test).

Het bevolkingsonderzoek heeft tot doel een aantal ziekten op te sporen die al vóór de geboorte aanwezig zijn, maar vlak na de geboorte nog niet klinisch kunnen worden vastgesteld. Het onderzoek is niet verplicht voor de ouders, maar wordt sterk aanbevolen. De meeste ziekten die worden opgespoord zijn zeldzaam, maar hebben vaak heel ernstige gevolgen. Door deelname aan het bevolkingsonderzoek is het mogelijk deze ziekten zodanig vroeg op te sporen dat er tijdig een behandeling kan worden gestart. Zo kunnen ernstige beperkingen of letsels worden voorkomen of kan een progressieve aandoening worden afgeremd.

De screening naar aangeboren aandoeningen is onderdeel van preventieve gezondheidszorg. In België is dit een bevoegdheid van de gemeenschappen waardoor er enkele organisatorische verschillen zijn.

Momenteel wordt in Vlaanderen naar 18 aandoeningen gescreend en in de Fédération Wallonie-Bruxelles naar 20. De meest recente lijst met aandoeningen waarnaar wordt gescreend met uitleg over deze aandoeningen kan men terecht op volgende websites:

- Voor Vlaanderen: [Aangeboren Aandoeningen \(bevolkingsonderzoek.be\)](https://bevolkingsonderzoek.be)
- Voor de Fédération Wallonie-Bruxelles: [Quelles sont les maladies dépistées ? | depistage-neonatal \(depistageneonatal.be\)](https://depistageneonatal.be)

Timing van de neonatale screening

Bij voldragen baby's is het tijdstip waarop het bloedkaartje (zie verder) met bloed wordt gevuld afhankelijk van de leeftijd in uren. Dit was in Vlaanderen tot voor kort ten vroegste 72 uur en ten laatste 96 uur na de geboorte. Vanaf 1 januari 2024 wordt gevraagd om het bloedstaal af te nemen bij voorkeur 48 uur na de geboorte en ten laatste 96 uur na de geboorte. Dat betekent dat de meeste bloedafnames voortaan in de materniteiten zullen gebeuren, met snellere screeningsresultaten tot gevolg.

Afname

Vroeger gebeurde de afname voor screening aan de hand van een prik in de hiel (de zogenaamde hielprik). Nu prikt men liever in een bloedvat van de handrug van de baby. Er worden enkele druppels bloed opgevangen op een speciaal daarvoor ontworpen kaartje met filterpapier (bloedkaartje). Dat gebeurt doorgaans in de materniteit. Bij thuisbevallingen of na ontslag uit de materniteit neemt de vroedvrouw het bloedstaal meestal thuis binnen de 48 à 96 uur na de geboorte. Verblijft de baby niet meer op de materniteit op het juiste moment voor staalafname, dan bespreekt men het best samen met de ouders hoe ze dit moeten aanpakken. Er bestaat een specifieke procedure voor staalafname en informatiedoorstroming bij een [poliklinische bevalling en kortverblijf](#).

Bij prematuren of zieke pasgeborenen zijn er andere regels van toepassing voor de bloedafname. Deze situaties vallen buiten de bestek van deze richtlijn.

Rol van de vroedvrouw bij de screening

Het bevolkingsonderzoek wordt in 3 fasen opgedeeld: de preanalytische fase, de analytische fase en de postanalytische fase.

De vroedvrouw speelt een belangrijke rol in de preanalytische fase (informer, geïnformeerde toestemming noteren, staalafname en registreren). Tijdens de analytische fase gebeurt een analyse van het bloedstaal en de postanalytische fase bestaat vooral uit de opvolging na een afwijkend screeningsresultaat (diagnose,

behandeling), met registratie van alle gegevens op basis waarvan de kwaliteit van de stappen in het bevolkingsonderzoek worden gemonitord.

INFORMATIE GEVEN

In de preanalytische fase worden de ouders minstens geïnformeerd over:

- de 18 behandelbare aangeboren aandoeningen die worden opgespoord;
- waarom op tijd opsporen zo belangrijk is;
- hoe de screening verloopt en wat de voor- en nadelen zijn;
- de kostprijs van de screening;
- wat er gebeurt bij een afwijkend screeningsresultaat;
 - het is in elk geval nuttig om ouders te verwijzen naar www.aangeborenaandoeningen.be voor meer informatie.
- welke afspraken er moeten worden gemaakt als de baby niet meer op de materniteit verblijft wanneer de staalafname moet gebeuren (tussen 48 à 96 uur na de geboorte) en wat de ouders dan doen moeten (zie ook *procedure 'poliklinische bevallingen en kortverblijf'*)
 - het is elk geval nodig om ouders hierin maximaal te begeleiden.
- het feit dat vóór de staalafname aan de ouders een mondelinge toestemming wordt gevraagd, hoe dat precies verloopt en waarvoor die toestemming geldt.
- wat ouders moeten doen als ze weigeren deel te nemen.
 - het is elk geval nodig om ouders te wijzen op het belang van deelname voor hun baby.
- hoe en wanneer een resultaat wordt meegedeeld aan de ouders.
 - voor mucoviscidose en spinale musculaire atrofie zijn aparte draaiboeken beschikbaar op <https://aangeboren.bevolkingsonderzoek.be/professionals/draaiboeken/>
 - het is elk geval nodig om ouders te vertellen dat ze alleen actief op de hoogte worden gebracht bij een afwijkend screeningsresultaat.
- waarom en hoe lang het bloedkaartje en de persoonsgegevens (beveiligd) worden bewaard met oog op kwaliteitsbewaking in het bevolkingsonderzoek.
- het feit dat deelname aan het bevolkingsonderzoek gratis is voor de ouders. Bij een afwijkend resultaat zijn eventueel bijkomende consultaties en vervolgonderzoeken nodig, met terugbetaling via de ziekteverzekering.

Het is nuttig om ouders te verwijzen naar www.aangeborenaandoeningen.be voor meer informatie.

AFNAME EN REGISTRATIE

Behalve het informeren is het de taak van de vroedvrouw om het bloedstaal af te nemen, alle gevraagde gegevens te registreren op de voor- en achterzijde van het bloedkaartje en het bloedkaartje aan een screeningscentrum te bezorgen.

Het draaiboek voor vroedvrouwen is terug te vinden op [de website van het bevolkingsonderzoek](#).

Zevendedagsonderzoek

Het eerste onderzoek van de baby hoort <24 uur na de bevalling te gebeuren. We gaan er in deze richtlijn van uit dat dit eerste onderzoek plaatsvond op de materniteit of door de zorgverleners die de thuisbevalling hebben begeleid.

Aangezien de ligduur na een bevalling in het ziekenhuis aanzienlijk is verkort en de pasgeborene vroeger naar huis gaat, is het aangewezen om ouders er attent op te maken dat de baby na thuiskomst een tweede keer moet worden onderzocht door een pediatr of huisarts die ervaring heeft met neonaten.

Omdat bepaalde aandoeningen niet binnen de 24 uur na de bevalling kunnen worden opgemerkt, gebeurt een tweede klinisch onderzoek van de baby tussen de 7^e en 10^e dag na de geboorte door een pediatr of huisarts die ervaring heeft met neonaten. Dat noemt men het zevendedagsonderzoek van de baby. Tijdens dat onderzoek worden onder meer volgende zaken beoordeeld:

- Anamnese: voeding, vitaminen, screening naar aangeboren aandoeningen en gehoorafwijkingen.
- Biometrie opmeten en uitzetten op de groeicurve: lengte, gewicht en hoofdomtrek.
- Klinisch onderzoek:
 - controle op abnormaliteiten van de huid (icterus, cyanose, bleekheid, huidafwijkingen), schedel (vorm en fontanel), oren, ogen, mond, hals, bovenste ledematen, hart (ritme, souffle, extrasystolen, dextrocardie), longen (ademhalingsfrequentie, geluiden), abdomen (incl. navel), liezen (pulsaties en hernia), heupen (Barlow, Ortolani), genitalia (incl. testesindaling), onderste ledematen, rug, neus-keel-oor;
 - houding, gedrag, spontane bewegingen, spiertonus en schreeuw van de baby;
 - reflexen (moro-reflex, stapreflex, tonische nekreflex, grijppreflex, rooting-reflex, zuigreflex, Babinski-reflex, galant-reflex).

Bij afwijkingen moet de baby worden verwezen voor verdere diagnostiek (of uitsluiten van belangrijke aandoeningen) en behandeling.

Opvolging van de psychomotorische en neurologische ontwikkeling

Naast het eerste klinische onderzoek van de baby <24 uur na de bevalling en het zevendedagsonderzoek, moet op vaste momenten ook het Van Wiechenonderzoek gebeuren. Hierbij wordt de psychomotorische en neurologische ontwikkeling van

baby's, peuters en kleuters op een gestandaardiseerde wijze opgevolgd en besproken met de ouders. Dit onderzoek gebeurt doorgaans door de arts van het consultatiebureau van Kind en Gezin, maar kan, indien gewenst, ook door een pediater of een huisarts met ervaring worden uitgevoerd. Het Van Wiechenonderzoek is belangrijk om ontwikkelingsstoornissen vroegtijdig op te sporen en eventuele verwijzingen te ondersteunen en begint reeds in de postpartumperiode wanneer de baby 4 weken oud is. Meer informatie is terug te vinden op: [Van Wiechenonderzoek \(VWO\) | Nederlands Jeugdinstituut \(nji.nl\)](#)

Gehoortest

Er gebeurt een gehoortest in de eerste levensweken (binnen de eerste levensweken en bij voorkeur vóór de 21^e dag) om aangeboren gehoorafwijkingen op te sporen. De test is erg betrouwbaar en heeft een gunstige invloed op de spraakontwikkeling ³⁸. Hoe vroeger de test plaatsvindt, hoe sneller de begeleiding of behandeling van een gehoorafwijking kan starten (liefst voor 6 weken). De test wordt in Vlaanderen afgenomen door Kind en Gezin. Het is mogelijk deze test te laten uitvoeren in het ziekenhuis (bijv. bij prematuren of gehospitaliseerde neonaten). Ouders moeten informatie krijgen over hoe ze hun baby kunnen voorbereiden op de test. Dat gebeurt wanneer de verpleegkundige van Kind en Gezin de afspraak voor de gehoortest maakt (zie ook op de website van Kind en Gezin: [Gehoortest | Kind en Gezin](#)).

Onderbouwing

Aanbeveling 1: Adviseer ouders om deel te nemen aan de neonatale screening naar aangeboren aandoeningen (**GPP**).

³⁸

- Controlled trial of universal neonatal screening for early identification of permanent childhood hearing impairment. Wessex Universal Neonatal Hearing Screening Trial Group. Lancet 1998;352(9145):1957-64.
- Kennedy CR, McCann DC, Campbell MJ, et al. Language ability after early detection of permanent childhood hearing impairment. N Engl J Med 2006;354(20):2131-41.
- Wake M, Hughes EK, Poulakis Z, et al. Outcomes of children with mild-profound congenital hearing loss at 7 to 8 years: a population study. Ear Hear 2004;25(1):1-8.
- Moeller MP. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. Pediatrics 2000;106(3):E43.
- Kennedy CR. Controlled trial of universal neonatal screening for early identification of permanent childhood hearing impairment: coverage, positive predictive value, effect on mothers and incremental yield. Wessex Universal Neonatal Screening Trial Group. Acta Paediatr Suppl 1999;88(432):73-5.
- Thompson DC, McPhillips H, Davis RL, et al. Universal newborn hearing screening: summary of evidence. JAMA 2001;286(16):2000-10.

Het GPP i.v.m. neonatale screening werd toegevoegd zonder voorafgaande zoektocht in de literatuur. Vermits de screening naar aangeboren aandoeningen in België wordt georganiseerd via bevolkingsonderzoek, had een literatuurzoektocht weinig zin. De informatie hieromtrent is rechtstreeks afkomstig van de online informatie 'Bevolkingsonderzoek Aangeboren Aandoeningen' van de Vlaamse overheid.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van het GPP:

- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van het GPP. Het GPP is erop gericht de ouders aan te moedigen om hun baby te laten screenen op aangeboren afwijkingen. Het bevolkingsonderzoek 'neonatale screening' biedt het voordeel dat een eventuele congenitale aandoeningen (indien één van de 18 waarvoor screening wordt aangeboden) tijdig kan worden vastgesteld en behandeld.
- Waarden en voorkeuren: deze aanbeveling voldoet aan de waarden van de ouders ook al is het moeilijk om een dergelijke boodschap te aanvaarden. De screening is niet verplicht, dus ouders zijn vrij om hierop in te gaan.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Aanbeveling 2: Zorg ervoor dat het 'zevendagedagsonderzoek' van de baby gebeurt bij de arts (pediater of huisarts die ervaring heeft met neonaten) op dag 7 à 10 na de geboorte (**GPP**).

Er konden geen studies worden gevonden om dit GPP te onderbouwen. Gezien de specifieke context werd dit GPP voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werd deze gevalideerd in de eerste ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van het GPP:

- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van het GPP. Het GPP is erop gericht belangrijke klachten/symptomen te identificeren bij de pasgeborene. Voorwaarde is wel dat de huisarts voldoende kennis heeft over het zevendedagsonderzoek.
- Waarden en voorkeuren: deze aanbeveling voldoet aan de waarden van pasgeborenen en hun ouders omdat het risico op complicaties wordt verkleind.
- Toepasbaarheid: mogelijk is de kennis en het bekwaamheidsgevoel van de huisarts omtrent het zevendedagsonderzoek en neonatale urgenties ontoereikend. Het organiseren van navorming met een specifieke focus op deze topics voor geïnteresseerde huisartsen lijkt op zijn plaats om een bredere toepasbaarheid mogelijk te maken binnen de eerstelijnszorg in België.

Besluit: dit GPP stoelt op consensus. Aangezien de ligduur na een bevalling aanzienlijk is verkort, gaven de panelleden betrokken bij de Delphi-consensusprocedure van deze richtlijn aan dat een 'zevendagedsonderzoek' van de baby door de arts (pediater of huisarts die ervaring heeft met neonaten) nodig is.

Aanbeveling 3: De arts voert tijdens de consultaties in de postpartumperiode steeds een gepast klinisch onderzoek uit en heeft aandacht voor bijzondere uiterlijke kenmerken en opvolging van de groei (**GPP**).

Het GPP werd geadapteerd van de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021 ³⁹ en werd opgesteld door een comité op basis van een formele consensus. Het GPP werd aangepast aan de Belgische zorgcontext en voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders. Het GPP werd gevalideerd in de derde ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van het GPP:

- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbeveling. Gezien het belang van een goed welzijn en goede gezondheid van de pasgeborene is het aan te raden om als zorgverlener belangrijke klachten/symptomen te identificeren bij de pasgeborenen. Men moet wel rekening houden met het beperkte tijdsbestek van zorgverleners; niet elke zorgverlener is hiervoor specifiek opgeleid.
- Waarden en voorkeuren: dit GPP voldoet aan de waarden van de pasgeborene en de kraamvrouw omdat het risico op complicaties wordt verkleind.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: dit GPP stoelt op consensus. Er was enige discussie in het Delphi-panel over de inhoud van een volledig klinisch onderzoek. Dit werd binnen de richtlijnontwikkelingsgroep besproken. De inhoud van het onderzoek werd daarom niet opgenomen in de aanbeveling zelf, maar geduid in de toelichting. Daarnaast was het Delphi-panel van mening dat een duidelijk onderscheid moet worden gemaakt tussen het klinisch onderzoek door de arts en het ontwikkelingsonderzoek (Van Wiechen). Dit werd in de toelichting duidelijker gesteld.

³⁹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

Aanbeveling 4: Voer een gehoortest uit binnen de eerste levensweken en bij voorkeur vóór de 21ste dag (**GRADE 1C**).

De literatuur m.b.t. de gehoortest stoelt op enkele methodologisch matig tot goed uitgevoerde studies. Hieruit blijkt dat de test doeltreffend is om aangeboren gehoorafwijkingen snel te identificeren en dat begeleiding of een behandeling gestart voor de leeftijd van 6 maanden een gunstig effect heeft. Het is onduidelijk of deze vroegdetectie een gunstig effect heeft op de spraakontwikkeling.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van de aanbeveling:

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs: lage zekerheid van bewijs.
- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbeveling. Gezien het belang van een goed welzijn en goede gezondheid van de pasgeborene is het aan te raden om als zorgverlener belangrijke klachten/symptomen te identificeren bij de pasgeborenen. Men moet wel rekening houden met het beperkte tijdsbestek van zorgverleners; niet elke zorgverlener is hiervoor specifiek opgeleid.
- Waarden en voorkeuren: deze aanbeveling voldoet aan de waarden van de pasgeborene en de kraamvrouw omdat het risico op complicaties wordt verkleind.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: deze aanbeveling is gebaseerd op studies van matige tot hoge zekerheid van bewijs. De richtlijnontwikkelingsgroep oordeelde in consensus dat de gehoortest tussen 2 en 4 weken moet plaatsvinden om gehoorafwijkingen op te sporen en om in een vroeg stadium begeleiding/behandeling te kunnen opstarten.

Klinische vraag 3: Welke opvolging is nodig om de mentale gezondheid en het psychosociaal welzijn te waarborgen tijdens de postpartumperiode⁴⁰?

Aanbevelingen

1. Evalueer bij het eerste postpartumbezoek uitgebreid het psychosociale welzijn van de moeder (**GPP**).
2. Bespreek tijdens postpartumcontacten routinematig het mentale welbevinden van de kraamvrouw en haar partner. Geef indien nodig psycho-educatie, tips voor zelfzorg en passende ondersteuning. Benoem tekenen van (postnatale) psychische gezondheidsproblemen en waar men terecht kan voor hulp. Voelt u zich hiertoe niet in staat, verwijst de kraamvrouw dan naar een zorgverlener met de juiste competenties (**GPP**).
3. Gebruik het getrapte screeningsmodel om te screenen naar depressie en angststoornissen in de postpartumperiode (**GRADE 1C**).
4. Zorgverleners moeten extra aandacht hebben voor mentale gezondheidsproblemen bij (**GRADE 1C**):
 - vrouwen met een psychiatrische voorgeschiedenis;
 - vrouwen met zwangerschapscomplicaties;
 - vrouwen die ongewenst zwanger waren;
 - vrouwen met gebrek aan sociale ondersteuning;
 - vrouwen die intrafamiliaal geweld kennen in het gezin;
 - vrouwen die behoren tot een etnische minderheid;
 - vrouwen met een lagere sociaaleconomische status;
 - vrouwen met taalproblemen, vluchtelingen- of asielzoekersstatuut;
 - LGBTQ2S+ personen;
 - tienermoeders.
5. Bij vermoeden van perinatale mentale stoornissen, zoals een majeure depressie of een angststoornis (op basis van getrapte screening of klinische expertise), verwijst de kraamvrouw door voor diagnostiek en gepaste behandeling (**GPP**).
6. Wees alert voor signalen van intrafamiliaal geweld en bied zo nodig de vrouw gepaste hulp of verwijzing aan (**GPP**).

⁴⁰ Hoewel deze klinische vraag focust op de postpartumperiode, kadert de opvolging van de mentale gezondheid van de kraamvrouw in de bredere perinatale periode. Zie definities, blz. 8.

Toelichting

Net zoals in andere levensfasen, komen in de perinatale periode mentale gezondheidsproblemen en/of een verminderd emotioneel welbevinden voor. Mentale problemen die niet (tijdig) worden behandeld kunnen een risico vormen voor zowel de kraamvrouw als haar kind, en bij uitbreiding het hele gezin. Deze risico's omvatten onder meer een toegenomen morbiditeit en mortaliteit bij moeder en kind, hechtings- en ontwikkelingsproblemen bij het kind, sociale moeilijkheden binnen het gezin en maatschappelijke kwetsbaarheid ⁴¹. Ook de partner van de kraamvrouw kan, mede door de transitie naar het ouderschap, depressieve klachten ontwikkelen ⁴².

Borstvoeding hangt nauw samen met mentaal welzijn. Vroegtijdig stoppen met borstvoeding wordt geassocieerd met een groter risico op postpartumdepressie. Een mogelijke reden is dat negatieve ervaringen bij borstvoeding depressieve gevoelens kunnen veroorzaken. Omgekeerd voorspelt de aanwezigheid van depressieve gevoelens ook het vroegtijdig stoppen van borstvoeding ⁴³. Anderzijds verlaagt het geven van borstvoeding ook de kans op depressieve klachten bij moeders zonder depressie tijdens de zwangerschap die de intentie hadden om borstvoeding te geven ⁴⁴.

41

- Meaney MJ. Perinatal maternal depressive symptoms as an issue for population health. *Am J Psychiatry* 2018;175(11):1084-93.
- Reid HE, Pratt D, Edge D, Wittkowski A. Maternal suicide ideation and behaviour during pregnancy and the first postpartum year: a systematic review of psychological and psychosocial risk factors. *Front Psychiatry* 2022;13:765118.
- Webb R, Ayers S, Rosan C. A systematic review of measures of mental health and emotional wellbeing in parents of children aged 0-5. *J Affect Disord* 2018;225:608-17.
- Rayce SB, Rasmussen IS, Væver MS, Pontoppidan M. Effects of parenting interventions for mothers with depressive symptoms and an infant: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open* 2020;6(1):e9.

42

- Ansari NS, Shah J, Dennis CL, Shah PS. Risk factors for postpartum depressive symptoms among fathers: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2021;100(7):1186-99.
- Recto P, Champion JD. Psychosocial factors associated with paternal perinatal depression in the United States: a systematic review. *Issues Ment Health Nurs* 2020;41(7):608-23.

43

- Fallon V, Groves R, Halford JC, et al. Postpartum anxiety and infant-feeding outcomes. *J Hum Lact* 2016;32(4):740-58.
- Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord* 2015;171:142-54.

⁴⁴ Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Matern Child Health J* 2015;19(4):897-907.

Vrouwen met een naar hun mening geslaagde borstvoeding geven aan dat borstvoeding een positief effect had op hun mentale gezondheid. Vrouwen met de intentie borstvoeding te geven en die er niet in geslaagd zijn hun voornemen te realiseren, hebben daarentegen wel een groter risico op mentale gezondheidsproblemen ⁴⁵. Daarom zijn een goede voorlichting in de zwangerschap rond borstvoeding en een deskundige begeleiding van borstvoeding postnataal essentieel om borstvoedingsgerelateerde mentale gezondheidsproblemen te voorkomen. Zo heeft de kraamvrouw realistische verwachtingen en is ze voorbereid op mogelijke valkuilen, zeker wanneer er sprake is van pijn bij borstvoeding, onvoldoende melkproductie of een kindgroei die lager blijft dan verwacht.

Alle zorgverleners moeten kraamvrouwen (en hun partner) steeds de kans geven om over hun mentale problemen te praten en de kraamvrouw adviseren om in geval van (vermoeden van) mentale problemen of een verminderd emotioneel welbevinden hun huisarts te raadplegen voor verdere op puntstelling en zo nodig verwijzing.

Ook voor psychosociale ondersteuning in de postpartumperiode is een bijzondere plaats weggelegd voor vroedvrouwen. Contact met een vaste vroedvrouw en meer frequente contacten kunnen drempelverlagend werken en tijd creëren voor deze ondersteuning. Opleiding van de vroedvrouwen hierin is echter essentieel ⁴⁶.

Psychosociale en psychologische interventies doen het aantal vrouwen die een postpartumdepressie ontwikkelen significant dalen, zoals:

- huisbezoeken door verpleegkundigen of vroedvrouwen, telefonische ondersteuning door lotgenoten en psychotherapie ⁴⁷;
- informatieverstrekking en psychologische interventies via sociale media en gezondheidsapps (telegeneeskunde) ⁴⁸.

⁴⁵ Yuen M, Hall OJ, Masters GA, et al. The effects of breastfeeding on maternal mental health: a systematic review. *J Womens Health (Larchmt)* 2022;31(6):787-807.

⁴⁶ Coates D, Foureur M. The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health Soc Care Community* 2019;27(4):e389-e405.

⁴⁷ Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(2):CD001134.

⁴⁸

- Chan KL, Chen M. Effects of social media and mobile health apps on pregnancy care: meta-analysis. *JMIR Mhealth Uhealth* 2019;7(1):e11836.
- Jaynes S, Brathwaite D, Tully KP. Systematic review of the effect of technology-mediated education intervention on maternal outcomes in the first year after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2022;51(3):278-89.

Psycho-educatie dient om voorlichting te geven over de mogelijke mentale problemen die een kraamvrouw (en haar partner) in de postnatale periode kan ondervinden en te verduidelijken wanneer er hulp gezocht moet worden. Bij tekenen van 'baby blues' hoeft dit niet, maar wel bij signalen die wijzen op een postpartumdepressie bijvoorbeeld. Aangezien een gezonde levensstijl essentieel is voor een fit gevoel moeten ook tips voor zelfzorg worden gegeven. In de postnatale periode ligt de focus van de moeder meestal meer bij haar baby dan bij zichzelf. Zelfzorg onder de vorm van een gezond voedingspatroon, ontspanning en lichamelijke activiteit gebeurt dan vaak minder goed dan voor de bevalling. Een gezonde levensstijl vormt de basis voor zowel fysieke als mentale gezondheid. Daarom is het belangrijk om aan iedere kraamvrouw zelfzorgtips te geven. Ook tips over het bewaken van grenzen, het vragen van hulp, hoe zowel 'me-time' als tijd met de partner te waarborgen, omkadering door gelijkgestemden... kunnen worden besproken. Een mogelijke tool hiervoor is [Eerste hulp bij wolken - Wolk In Mijn Hoofd](#), een initiatief van het Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid.

Zorgverleners kunnen de [patiëntenrichtlijn depressie](#) van Gezondheid en Wetenschap gebruiken als leidraad voor algemene tips voor de kraamvrouw. De [patiëntenrichtlijn Postnatale depressie, psychose en andere postnatale psychische stoornissen](#) van Gezondheid en Wetenschap kan worden gebruikt ter educatie van de kraamvrouw.

Er bestaan allerhande initiatieven voor de kraamvrouw, zowel via organisaties (Huis van het Kind) als online tools zoals de tool [Perinatale depressie - depressiehulp.be](#). Dit is een (online zelfhulp)tool met betrekking tot perinatale depressie en angst. Een deel van de website, [OnlinePsyHulp](#), komt tegemoet aan de hulpvraag van ouders (zowel vrouw als partner) die psychische klachten ervaren in de periode vanaf de zwangerschap tot 1 jaar na de bevalling; deze is voorlopig alleen toegankelijk bij deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Een ander initiatief in verband met perinatale mentale gezondheid is bijv. [PsyBru](#) waarbij personen uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een psycholoog kunnen vinden.

Er wordt in de richtlijn regelmatig verwezen naar initiatieven/projecten/websites. Het is echter belangrijk te weten dat deze voorbeelden niet exhaustief zijn. Er zijn veel meer initiatieven van bijv. laagdrempelige en informele opvang- en ontmoetingsmogelijkheden die specifiek regio- of wijkgebonden zijn. Zorgverleners op het terrein zijn hiervan vaak op de hoogte.

-
- Liu X, Huang S, Hu Y, Wang G. The effectiveness of telemedicine interventions on women with postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews Evid Based Nurs* 2022;19(3):175-190.
 - Dol J, Richardson B, Murphy GT, et al. Impact of mobile health interventions during the perinatal period on maternal psychosocial outcomes: a systematic review. *JBIM Evid Synth* 2020;18(1):30-55.

Perinatale mentale stoornissen

Babyblues of postpartumblues, met onder andere stemmingswisselingen, huilbuien, angstgevoelens en slaapmoeilijkheden, zijn een normaal fenomeen in de postpartumperiode. Het ontstaat 2 à 3 dagen na de bevalling, is kortdurend van aard en verdwijnt spontaan na enkele dagen tot 2 weken.

De meest voorkomende psychiatrische aandoening in de postpartumperiode is de postpartumdepressie. Ook angststoornissen, posttraumatisch stressstoornis (PTSS), middelengebruik en eetstoornissen kunnen voorkomen, alsook ernstige psychiatrische stoornissen zoals psychosegevoeligheid, affectieve psychose en bipolaire stoornissen

⁴⁹.

Perinatale mentale problemen worden vaak niet gedetecteerd en dus onderbehandeld, waarschijnlijk mede door het gebrek aan educatie van zorgverleners ⁵⁰. Het is belangrijk om risicofactoren op mentale gezondheidsproblemen in te schatten en er zo nodig naar te screenen (*tabel 4, zie volgende blz.*).

Cijfers uit andere westerse landen (Verenigde Staten, Australië, Nieuw-Zeeland) tonen dat amper 13 tot 33% van de kraamvrouwen die positief screenen op depressie, gebruik maakt van de geestelijke gezondheidszorg ⁵¹. Belgische cijfers zijn helaas niet beschikbaar. Zorgverleners houden er best rekening mee dat praten over mentale problemen niet voor iedereen evident is, omwille van barrières bij zowel de zorgverlener als de kraamvrouw. Zo kan men mogelijk zelf het verschil niet voelen tussen normale en abnormale gevoelens, niet weten of een behandeling werkt of beschikbaar is, worstelen met de maatschappelijke verwachting gelukkig te zijn, stigmatisering en/of plaatsing van de baby vrezen,... ⁵². Of een kraamvrouw met een psychiatrische aandoening al dan niet gebruikmaakt van de geestelijke gezondheidszorg, hangt af van haar algemene ingesteldheid tegenover de geestelijke gezondheidszorg, maar ook van individuele, familiale en sociale

⁴⁹ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

⁵⁰ Legere LE, Wallace K, Bowen A, et al. Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth 2017;17(1):239.

⁵¹ Byatt N, Levin LL, Ziedonis D, Moore Simas TA, Allison J. Enhancing participation in depression care in outpatient perinatal care settings: a systematic review. Obstet Gynecol 2015;126(5):1048-58.

⁵² (NICE) NIfHaCE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

factoren⁵³. Kennis van de perinatale netwerken en de sociale kaart met verwijsmogelijkheden is zeer belangrijk om gepaste hulp aan een kraamvrouw te kunnen bieden ⁵⁴.

Tabel 4: Risicofactoren voor perinatale mentale stoornissen.

Sociale risicofactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Partnergeweld • (Recente) negatieve levensgebeurtenissen/trauma/stress • Gebrek aan sociale ondersteuning • Kansarmoede • Behoren tot een etnische minderheid • Taalproblemen • Vluchtelingen- of asielzoekersstatuut • LGBTQ2S+ personen • Tiernormoeders
Psychologische/ psychiatrische risicofactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijkskenmerken • Psychiatrische voorgeschiedenis (ernstige psychiatrische stoornissen (bipolaire stoornis, affectieve psychose en psychosegevoeligheid), depressie, angst, PTSS, middelengebruik, ...) • Familiaal psychiatrische voorgeschiedenis • Ongewenste zwangerschap
Biologische risicofactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Genetische kwetsbaarheid • Zwangerschapscomplicaties

De kans krijgen om (meermaals) over de bevalling te praten, vooral als die moeizaam is verlopen of althans zo werd ervaren, kan een positieve invloed hebben op het emotionele welbevinden van de kraamvrouw. Het is wel belangrijk om hier zorgzaam mee om te gaan aangezien in de diepte over de traumatische ervaring praten, aanleiding kan geven tot het herbeleven van het trauma. Als de kraamvrouw het er

⁵³

- Bina R. Predictors of postpartum depression service use: A theory-informed, integrative systematic review. *Women Birth* 2020;33(1):e24-e32.
- Hadfield H, Wittkowski A. Women's experiences of seeking and receiving psychological and psychosocial interventions for postpartum depression: a systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *J Midwifery Womens Health* 2017;62(6):723-36.
- Hansotte E, Payne SI, Babich SM. Positive postpartum depression screening practices and subsequent mental health treatment for low-income women in Western countries: a systematic literature review. *Public Health Rev* 2017;38:3.
- McCarthy M, Houghton C, Matvienko-Sikar K. Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21(1):811.

⁵⁴ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

graag over wil hebben, dan kan erover gepraat worden, mits het respecteren van de grenzen van de kraamvrouw. Ook PTSS-symptomen of klachten kunnen worden bevraagd. Het tijdstip waarop dit gebeurt, speelt niet zo'n grote rol. In geval van een traumatische bevalling toont onderzoek wel aan dat psychologische interventies binnen 72 uur doeltreffender zijn in de preventie van traumatische stresssymptomen dan interventies 4 à 6 weken na de bevalling ⁵⁵.

Risicofactoren op perinatale mentale stoornissen

Een inschatting van de psychosociale situatie van de kraamvrouw laat toe om risicofactoren voor mentale stoornissen in de postpartumperiode in kaart te brengen. Dit gebeurt het best al tijdens de zwangerschap zodat, zo nodig, een zorgplan kan worden opgesteld ⁵⁶.

Kenmerken die vaker gepaard gaan met een postpartumdepressie en -angst zijn (meerdere kenmerken tegelijk zijn mogelijk) ⁵⁷:

- een psychiatrische voorgeschiedenis;
- zwangerschapscomplicaties;
- een ongewenste zwangerschap;
- gebrek aan sociale ondersteuning;
- intrafamiliaal geweld in het huidige gezin;
- het behoren tot een etnische minderheid;
- een lage sociaaleconomische status;

⁵⁵ Taylor Miller PG, Sinclair M, Gillen P, et al. Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in post-partum women: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2021;16(11):e0258170.

⁵⁶

- Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.
- (NICE) NifHaCE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
- Felice E, Agius A, Sultana R, et al. The effectiveness of psychosocial assessment in the detection and management of postpartum depression: a systematic review. Minerva Ginecol 2018;70(3):323-45.

⁵⁷

- Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. J Affect Disord 2016;191:62-77.
- Hutchens BF, Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. J Midwifery Womens Health 2020;65(1):96-108.
- Alvarez-Segura M, Garcia-Estevé L, Torres A, et al. Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. Arch Womens Ment Health 2014;17(5):343-57.
- Ross LE, Dennis CL. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: a systematic review. J Womens Health (Larchmt) 2009;18(4):475-86.

- taalproblemen, vluchtelingen- of asielzoekersstatuut;
- voorgeschiedenis van intrafamiliaal geweld, middelengebruik en een onvoltooide zwangerschap.

Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat een epidurale verdoving, meerlingenbevalling en bevalling van een jongen risicofactoren zijn voor een postpartumdepressie ⁵⁸.

Migrantenvrouwen die recent naar België zijn gekomen, hebben op zich geen groter risico op mentale stoornissen in de perinatale periode dan vrouwen die in ons land zijn geboren. Maar onvoldoende afstemming tussen de sociale ondersteuning en de noden van de kraamvrouw, het behoren tot een etnische minderheid, een lagere sociaaleconomische status, taalproblemen, het gebrek aan cultuurgevoelige zorg, gezondheidsvaardigheden ('health literacy') en een vluchtelingen- of asielzoekersstatuut zijn daarentegen wel factoren die het risico op een perinatale mentale aandoening vergroten ⁵⁹.

LGBTQ2S+ personen hebben een groter risico op mentale gezondheidsproblemen, grotendeels wegens de ongelijkheden in het gezondheidszorgsysteem en uitsluiting van de traditionele perinatale zorg ⁶⁰.

Ook tienermoeders hebben een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen. Uit onderzoek blijken vooral factoren zoals minder sociale steun, meer stress, eerdere depressie en/of een voorgeschiedenis van seksueel of fysiek geweld daartoe bij te dragen ⁶¹.

⁵⁸

- Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* 2022;31(19-20):2665-2677.
- Wenze SJ, Battle CL, Tezanos KM. Raising multiples: mental health of mothers and fathers in early parenthood. *Arch Womens Ment Health* 2015;18(2):163-76.

⁵⁹

- Anderson FM, Hatch SL, Comacchio C, Howard LM. Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* 2017;20(3):449-62.
- Keygnaert I, Ivanova O, Guieu A, et al. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports. What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing Evidence in the WHO European region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

⁶⁰ Kirubarajan A, Barker LC, Leung S, et al. LGBTQ2S+ childbearing individuals and perinatal mental health: A systematic review. *BJOG* 2022;129(10):1630-1643.

⁶¹

- Vanderkruik R, Gonsalves L, Kapustianyk G, Allen T, Say L. Mental health of adolescents associated with sexual and reproductive outcomes: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2021;99(5):3539-73K.

Bijlage 1 op blz. 155 geeft handvatten om risicofactoren met betrekking tot het psychosociale welzijn te bevragen ⁶².

Screening naar depressie en angst

Om mentale stoornissen in de perinatale periode te detecteren, wordt almaar meer gebruik gemaakt van universele screeningsmethoden. De diagnostiek daarentegen gebeurt aan de hand van psychosociaal en klinisch onderzoek en niet op basis van een screeningsinstrument.

Een toegankelijke en haalbare screening is mogelijk dankzij een getrappt screeningsmodel ⁶³. Dit model omvat enerzijds vragen van Whooley en anderzijds vragen van de Generalized Anxiety Disorder (GAD)-2 en laten toe om eenvoudig en snel (<1 minuut) een depressie en angstproblematiek uit te sluiten:

- Whooley-vragen:
 - Hebt u gedurende de voorbije maand vaak last gehad van neerslachtigheid, een depressief of wanhopig gevoel?
 - Hebt u gedurende de laatste maand minder plezier of interesse in wat u doet?
- GAD-2-vragen:
 - Hebt u zich de afgelopen twee weken vaak zenuwachtig, ongemakkelijk of gespannen gevoeld?
 - Bent u de afgelopen twee weken niet in staat geweest om te stoppen met piekeren of om controle te krijgen over het piekeren?

Antwoordt de vrouw op minstens 1 van de 2 Whooley-vragen positief of positief op beide GAD-2-vragen, dan is verdere screening aan de hand van de Edinburgh Depression Scale (EDS ⁶⁴) aangewezen (schriftelijk af te nemen, duurt 10 à 15 minuten).

-
- Recto P, Champion JD. Psychosocial risk factors for perinatal depression among female adolescents: a systematic review. *Issues Ment Health Nurs* 2017;38(8):633-42.

⁶² Van Damme R. Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

⁶³ Van Damme R. Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

⁶⁴ EDS is dezelfde vragenlijst als de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). De EDS bevat immers dezelfde vragen en is gevalideerd voor de perinatale periode, ook bij vaders.

De EDS is het meest gebruikte instrument om te screenen naar depressie in de perinatale periode (Nederlandstalige versie, zie bijlage 2 op blz. 159). Deze vragenlijst met 10 vragen werd ontwikkeld om een perinatale depressie op te sporen. De diagnostische performantie van de EDS wordt over het algemeen als goed beschouwd, maar is afhankelijk van de populatie, de prevalentie, de vertaling en de gebruikte cut-off en het moment waarop die in de perinatale periode wordt afgenomen ⁶⁵.

Is de EDS-score voor de factor angst > 5 (vragen 3, 4 en 5 van de EDS), dan wordt de meer uitgebreide Generalized Anxiety Disorder scale 7 (GAD-7) afgenomen ⁶⁶.

Eender welke zorgverlener (gynaecoloog, vroedvrouw, huisarts, pediater, consultatiebureau Kind en Gezin...) kan deze screening aanbieden ⁶⁷.

Het door het RIZIV gesubsidieerde project 'Born in Belgium Professionals' (BiB) biedt een digitale tool die zorgverleners ondersteunt bij de screening en opvolging van psychosociale kwetsbaarheden bij zwangere vrouwen. De bovenstaande meetinstrumenten zijn hierin verwerkt. De scores worden automatisch berekend en er wordt aangegeven hoe men best reageert. Een geïntegreerde sociale kaart is beschikbaar. Via deze tool kunnen betrokken hulp- en zorgverleners uit de (para)medische en sociale sector informatie delen (GDPR-proof en toestemming nodig van de vrouw) met het oog op preventie, zorg op maat en continuïteit van zorg (ook in de postpartumperiode). Meer informatie is te vinden op <https://borninbelgiumpro.be/>.

⁶⁵

- Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.
- Thombs BD, Levis B, Lyubenova A, et al. Overestimation of postpartum depression prevalence based on a 5-item version of the EPDS: systematic review and individual participant data meta-analysis. Can J Psychiatry 2020;65(12):835-44.

⁶⁶

- Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.
- Nelson HD, Cantor A, Pappas M, Weeks C. Screening for anxiety in adolescent and adult women: a systematic review for the Women's Preventive Services Initiative. Ann Intern Med 2020;173(1):29-41.

⁶⁷ van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, MJ IJ, et al. Screening for postpartum depression in well-baby care settings: a systematic review. Matern Child Health J 2017;21(1):9-20.

Verwijzing na positief screeningsresultaat

Een positief screeningsresultaat betekent dat er een verhoogde kans is op mentale problemen en het nodig is om de kraamvrouw door te verwijzen voor diagnostiek.

De klinische diagnose wordt gesteld door een huisarts, psychiater of psycholoog, al dan niet aan de hand van semigestructureerde vragenlijsten. Wordt een kraamvrouw gediagnosticeerd met een mentale aandoening, dan is het essentieel dat ze gepaste hulp krijgt ⁶⁸.

De verwijzsmogelijkheden kunnen verschillen per regio in België. De behandeling wordt bepaald door professionals met expertise in mentale gezondheid.

Een regionaal perinataal psychosociaal zorgpad heeft tot doel de zorg voor het psychische welzijn van de vrouw, haar baby en gezin te verbeteren en vertrekt vanuit de principes van geïntegreerde zorg. Daarvoor is nauwe samenwerking nodig met alle relevante regionale actoren in de eerste, de tweede en de derde lijn (huisartsen, Kind en Gezin, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, neonatologen, sociale dienst, psychiaters, kinderpsychiaters, infantteams, Moeder-Baby-Eenheid,...), met de huisarts in een centraal coördinerende rol ⁶⁹. Bij de ontwikkeling van een perinataal zorgpad in een bepaalde setting of regio in België, kunnen de betrokken zorgverleners met elkaar afstemmen wie, wat en wanneer screent, en dit systematisch opnemen, opvolgen en evalueren ⁷⁰. De uitrol en implementatie van de zorgpaden perinatale mentale gezondheid (PMG) worden ondersteund door de collega's van BiB.

Een flowchart met het voorgestelde getrapte screeningsprotocol en de screeningsvragenlijsten, is terug te vinden in bijlage 3 op blz. 161.

Timing voor screening naar depressie en geweld

Hoewel er bij elk zorgcontact aandacht moet zijn voor het mentale welzijn, kan er best ook een timing worden besproken voor de systematische screening. De voorkeur gaat uit naar de gynaecologische consultatie 6 weken postpartum om het effect van de

⁶⁸ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

⁶⁹ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

⁷⁰ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

babyblues te vermijden. Het is tevens aangewezen om nogmaals te screenen 6 maanden na de bevalling ⁷¹.

Ook Kind en Gezin screent systematisch aan de hand van de Whooley-vragen. Dat gebeurt tijdens het tweede huisbezoek rond de leeftijd van 6 weken of, als er geen huisbezoek gebeurde, op het consultatiemoment van 8 weken, op het consultatiemoment van 12 weken en op het consultatiemoment van 6 maanden na de bevalling.

Voor vrouwen met mentale gezondheidsproblemen in de voorgeschiedenis wordt het best vóór de bevalling een zorgplan opgesteld waarin de zorg en de behandeling voor het mentale probleem en de verschillende rollen van de zorgverleners worden vastgelegd.

Partnergeweld

Partnergeweld werd in het 'nationaal actieplan ter bestrijding van alle vormen van gendergerelateerd geweld, 2015-2019' gedefinieerd als *'een geheel van gedragingen, handelingen en houdingen van één van de partners of ex-partners die erop gericht zijn de andere te controleren en te domineren. Het omvat fysieke, psychische, seksuele en economische agressie, bedreigingen of geweldplegingen die zich herhalen of kunnen herhalen en die de integriteit van de ander en zelfs zijn socio-professionele integratie aantasten. Er wordt gepreciseerd dat dit geweld ook andere leden van het gezin, waaronder de kinderen, treft'* ⁷².

Geweld is, zoals gezegd, een risicofactor voor angst en depressie (in de perinatale periode) ⁷³. Het vergroot bovendien de kans op suïcidale ideatie en suïcidaal gedrag;

⁷¹ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

⁷² [Nationaal actieplan ter bestrijding van alle vormen van gendergerelateerd geweld 2015-2019 | Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen \(belgium.be\)](#)

⁷³

- Reid HE, Pratt D, Edge D, Wittkowski A. Maternal suicide ideation and behaviour during pregnancy and the first postpartum year: a systematic review of psychological and psychosocial risk factors. *Front Psychiatry* 2022;13:765118.
- Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016;191:62-77.
- Hutchens BF, Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *J Midwifery Womens Health* 2020;65(1):96-108.
- Alvarez-Segura M, Garcia-Esteve L, Torres A, et al. Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2014;17(5):343-57.
- Ross LE, Dennis CL. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: a systematic review. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18(4):475-86.

emotionele en praktische ondersteuning bij familiaal geweld tijdens de perinatale periode kan de kans op suïcidaal gedrag verkleinen ⁷⁴. Omgekeerd is de periode van zwangerschap, bevalling en postpartum ook een risicofactor voor (verergering van) familiaal geweld; dit komt voor bij 3 tot 8% van de vrouwen in de perinatale periode ⁷⁵. De perinatale periode is een erg kwetsbare periode voor koppels omdat in de transitie naar het vernieuwde gezin een nieuw evenwicht wordt gezocht.

Geweld heeft een negatieve invloed op beide partners, het (ongeboren) kind en andere gezinsleden. Mogelijke gevolgen in de perinatale periode voor de moeder zijn een verhoogd risico op morbiditeit (zwangerschapscomplicaties, fysieke verwondingen, vroegtijdige arbeid, miskraam of abortus, psychologische gevolgen zoals stress, depressie...) en mortaliteit (zowel door moord als zelfmoord). Ook zijn er mogelijke gevolgen voor het (ongeboren) kind, zowel lichamelijke (groeiachterstand, vroeggeboorte, ontwikkelingsproblemen...) als psychologische (emotionele ontwikkeling, gedragsproblemen...) ⁷⁶.

Tijdens de perinatale periode komt een vrouw frequent in contact met zorgverleners en wordt er een vertrouwensrelatie opgebouwd. Daarom zijn deze contacten uitgelezen momenten om te screenen naar partnergeweld ⁷⁷. In België wordt de aanwezigheid van geweld doorgaans te weinig bevraagd. Het risico op intrafamiliaal geweld wordt bevraagd en genoteerd in het moederboekje. Het moederboekje is in Vlaanderen ingeburgerd. Bovendien is het de bedoeling om bij de uitrol van de screening- en zorgpaden samen met de BiB-tool geweld te bevragen; dat gebeurt nog niet door iedereen. Bijkomend kunnen (routine) huisbezoeken in de perinatale periode voor zorgverleners nuttig zijn om signalen van familiaal geweld te detecteren. Die signalen zijn slechts een hulpmiddel; hun interpretatie vraagt de nodige voorzichtigheid en zorgvuldigheid.

⁷⁴

- Reid HE, Pratt D, Edge D, Wittkowski A. Maternal suicide ideation and behaviour during pregnancy and the first postpartum year: a systematic review of psychological and psychosocial risk factors. *Front Psychiatry* 2022;13:765118.
- Andreucci CB, Bussadori JC, Pacagnella RC, et al. Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:307.

⁷⁵ Geweld tijdens de zwangerschap 2022. Brussel: In beweging tegen geweld vzw. [Available from: <https://www.vzwzijn.be/wat-is-geweld/themas/geweld-tijdens-de-zwangerschap>.

⁷⁶

- Geweld tijdens de zwangerschap 2022. Brussel: In beweging tegen geweld vzw. [Available from: [Geweld tijdens de zwangerschap \(geweldenzwangerschap.be\)](https://www.geweldenzwangerschap.be)
- Dekker N, Goemaes R, Neirinckx J, Seuntjens L, Smets K. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Zwangerschapsbegeleiding. Antwerpen: Domus Medica, 2015.

⁷⁷ Dekker N, Goemaes R, Neirinckx J, Seuntjens L, Smets K. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Zwangerschapsbegeleiding. Antwerpen: Domus Medica, 2015.

Omdat signalen van intrafamiliaal geweld zeer gemakkelijk gemist worden, is het peilen ernaar via bevraging de meest doeltreffende screeningstool. Routinematig screenen wordt in internationale richtlijnen sterk aanbevolen, maar er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs om een specifieke screeningsmethode of interventie naar voren te schuiven die het risico op familiaal geweld verlaagt of een effect heeft op maternale en neonatale mortaliteit en morbiditeit ⁷⁸.

Tips en handvatten zijn beschikbaar op <http://www.geweldenzwangerschap.be> ⁷⁹ en voor Franstalig België in de Cebam-gevalideerde richtlijn 'Détection des violences conjugales' ontwikkeld door de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG).

Is er sprake van familiaal geweld, dan moet de kraamvrouw (en ook de pasgeborene) gepaste hulp krijgen ⁸⁰ en verwezen worden:

- In noodsituaties belt men het noodnummer 112. Concreet betekent dat bij actueel, zeer ernstig en zeker gevaar, met als doel de psychische en fysieke integriteit van moeder en pasgeborene te beschermen (kan ook een materiaal of moreel belang zijn). De politie is opgeleid om met intrafamiliaal geweld om te gaan.
- Is er gevaar voor de integriteit of indien andere (langdurige) hulp ontoereikend blijkt, dan kan volgens artikel 458bis van het Strafwetboek de procureur des Konings worden gecontacteerd met de vraag naar een beschermende maatregel voor de kwetsbare betrokkenen. Volgens de wetgeving is er een meldrecht (geen meldplicht), indien men niet zelf of met behulp van andere de passende hulp kan bieden. Dat meldrecht is altijd t.a.v. de procureur des Konings (het parket), NIET t.a.v. de politie of onderzoeksrechter.
- Is er geen gevaar voor de integriteit, dan schakelt men zo mogelijk andere hulpverlening in. Houd rekening met het [beroepsgeheim](#).

⁷⁸

- Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. Cochrane Database Syst Rev 2013(2):CD009414.
- Feltner C, Wallace I, Berkman N, et al. Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2018;320(16):1688-701.

⁷⁹

- Geweld tijdens de zwangerschap 2022. Brussel: In beweging tegen geweld vzw. [Available from: [Geweld tijdens de zwangerschap \(geweldenzwangerschap.be\)](#)]
- Dekker N GR, Neirinckx J, Seuntjens L, Smets K. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Zwangerschapsbegeleiding. Antwerpen: Domus Medica, 2015.

⁸⁰ [Een hulpverlener | Geweld tijdens de zwangerschap \(geweldenzwangerschap.be\)](#)

Voor meer informatie, verwijzen we naar de richtlijnen “Aanpak van vermoeden van kindermishandeling” en “Detectie van partnergeweld, een aanbeveling voor de huisarts” van Domus Medica ⁸¹.

Nuttige contactpunten:

- In Vlaanderen is het [Centrum voor Algemeen Welzijn \(CAW\)](#) de centrale toegangspoort voor aanpak van intrafamiliaal geweld.
- [1712](#) is een professionele hulplijn voor onder andere vragen rond geweld, die zowel telefonisch, per chat als per mail anoniem, gratis en discreet bereikbaar is.
- Ook [Veilig Thuis](#) oftewel [Family Justice Center \(FJC\)](#) zijn belangrijke partners. Veilig Thuis is een koepelterm voor initiatieven in verschillende Vlaamse regio's die zich richten op gezinnen waar er meermaals geweld voorkomt, sprake is van een meervoudige problematiek en/of er onveiligheid is voor directe en indirecte slachtoffers (bijv. kinderen getuigen van geweld). In Vlaanderen zijn er al twee centra opgericht, in de regio Antwerpen en in de regio Kempen.

Onderbouwing

Aanbeveling 1: Evalueer bij het eerste postpartumbezoek uitgebreid het psychosociale welzijn van de moeder (**GPP**).

Dit GPP is gebaseerd op de NICE-richtlijn ‘Postnatal care’ van 2021 ⁸² en stoelt op consensus en expertopinie. De GPP werd aangepast aan de Belgische eerstelijnscontext en voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werd gevalideerd in de eerste ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: de balans is duidelijk in het voordeel van de aanbeveling aangezien het vroegtijdig uitgebreid bevragen van het psychosociale welzijn van de moeder elementen kan blootleggen die een frequentere opvolging of vroegtijdige samenwerking met andere zorgverleners en/of diensten kan

⁸¹

- De Deken L, Pas L, Hillemans K, et al. Detectie van partnergeweld: een aanbeveling voor de huisarts. Huisarts Nu 2010;39:S57-S63;
- Dekker N, Smets K, Kaïret K, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Aanpak van vermoeden van kindermishandeling. Antwerpen: Domus Medica, 2014.

⁸² Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

rechtvaardigen. Gebeurt dit zo vroeg mogelijk, dan kan men preventief optreden en leed voorkomen. Dit sluit echter niet uit dat er ook later in het postpartum aandacht moet zijn voor mentale welzijn.

- **Waarden en voorkeuren:** men moet steeds aandacht hebben voor het psychosociale welzijn van de kraamvrouw (en haar partner). Voor zorgverleners is het echter onmogelijk om bij élk contact uitgebreid in te gaan op het hele psychosociale spectrum; haalbaarder is de eerste keer een uitgebreide bevraging te doen en nadien gericht. Belangrijk is om de kraamvrouw op een kwalitatieve manier te bevragen zodat ze het niet als vervelend of stigmatiserend ervaart. Het meermaals bevragen is cruciaal omdat de psychosociale gezondheid een veranderlijk gegeven is en moet worden opgevolgd. De kraamvrouw kan het bovendien vervelend vinden dat ze bij elk contact uitgebreid wordt bevraagd over haar psychosociale welzijn. Daarom koos de richtlijnontwikkelingsgroep ervoor om het psychosociale welzijn zeker bij het eerste postnatale contact uitgebreid en nadien herhaaldelijk te bevragen.
- **Toepasbaarheid:** dit is een interventie die extra opleiding vraagt aangezien die mogelijk onvoldoende aan bod komt in de basisopleiding en bepaalde vaardigheden vergt. De interventie behoeft anderzijds geen extra materiaal of middelen en is toepasbaar in de eerstelijns postpartumzorg in België.

Besluit: dit GPP is gebaseerd op expertopinie afkomstig van zowel de NICE-richtlijn als de experts betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn. Aangezien het psychosociale welzijn van de moeder een grote impact heeft op verschillende domeinen en voor verschillende personen, kan het vroegtijdig bespreken preventief werken en geeft het de mogelijkheid om tijdig bijkomende hulp in te schakelen. Aangezien het herhaaldelijk uitgebreid bespreken van het mentale welzijn niet evident is voor elke kraamvrouw, is het beter om dat eenmalig uitgebreid te doen en nadien herhaaldelijk te bespreken. Van zorgverleners kan niet verwacht worden dat ze bij elk postnatale contact uitgebreid tijd maken om het psychosociale welzijn van de moeder te bevragen. Dit GPP kwam tot stand door discussie met de experts, en werd goedgekeurd tijdens de Delphi-procedure.

Aanbeveling 2: Bespreek tijdens postpartumcontacten routinematig het mentale welbevinden van de kraamvrouw en haar partner. Geef indien nodig psycho-educatie, tips voor zelfzorg en passende ondersteuning. Benoem tekenen van (postnatale) psychische gezondheidsproblemen en waar men terecht kan voor hulp. Voelt u zich hiertoe niet in staat, verwijst de kraamvrouw dan naar een zorgverlener met de juiste competenties (**GPP**).

Dit GPP is gebaseerd op de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021⁸³ en stoelt op consensus en expertopinie. Het GPP werd voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werd gevalideerd in de tweede ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van het GPP:

- Balans voor- en nadelen: het mentale welzijn van een persoon kan veranderen, zeker in de postpartumperiode waar de kraamvrouw (en haar partner) allerlei veranderingen doormaken (hormonaal, fysiek, ouder zijn, veranderingen in het gezin, werk...). Daarom is het belangrijk om hier gedurende de hele postnatale periode routinematig aandacht voor te hebben, en niet alleen tijdens het eerste postpartumcontact. Er kan ook steeds ruimte worden gelaten voor het bespreken van bijv. de bevallingservaring. Deze nood verschilt van vrouw tot vrouw en van bevalling tot bevalling. Het is bijgevolg niet zinvol om dit steeds opnieuw te bevragen of willens nillens tijdens het eerste postpartumcontact. Het betrekken van de partner is belangrijk, aangezien de psychische gezondheid van de partner an sich belangrijk is en dit een grote impact heeft op de kraamvrouw en het gezin. Bovendien is de partner een steunfiguur van de kraamvrouw en ouder van het kind.
- Waarden en voorkeuren: de zorgverlener moet aandacht hebben voor de wensen en gevoeligheden van de kraamvrouw, bijv. inzake het betrekken van haar partner. Zorgverleners moeten rekening houden met de context van de kraamvrouw, en bijv. concrete tips om het welzijn te bevorderen hierop afstemmen. Zorgverleners voelen zich niet altijd in staat om het mentale welbevinden te bespreken of om de juiste adviezen te geven, al dan niet omwille van een subjectief gevoel van tijdsgebrek. De detectie en de eerste opvang kunnen op enkele minuten tijd gebeuren. De ondersteuning en de begeleiding vragen tijd. In het geval de zorgverlener hiervoor onvoldoende tijd heeft, is het belangrijk de kraamvrouw door te verwijzen naar een zorgverlener met de juiste competenties en tijd. Mentaal lijden mag nooit worden genegeerd. Het niet verwijzen of niet terugkomen op mentaal lijden is schadelijk voor de kraamvrouw en haar omgeving.
- Toepasbaarheid: dit GPP is toepasbaar in de eerstelijnszorg in België. Belangrijk is dat zorgverstrekkers opgeleid zijn om het mentale welbevinden tijdens de postnatale periode te ondersteunen. De organisatie van de zorg verleend door vroedvrouwen kan het bieden van psychosociale ondersteuning belemmeren of faciliteren. Zo kunnen het contact met een vaste vroedvrouw en meer frequente contacten drempelverlagend werken en tijd creëren voor deze taken.

⁸³ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

Besluit: dit GPP is gebaseerd op expertopinie afkomstig van zowel de NICE-richtlijn als de experts betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn. Het mentale welzijn verandert doorheen de tijd. Daarom is het nodig hiervoor routinematig aandacht te hebben, niet alleen bij de kraamvrouw, maar ook bij haar partner. Indien nodig biedt men hen psycho-educatie aan, met tips voor zelfzorg en gepaste ondersteuning. Het benoemen van tekenen van (postnatale) mentale gezondheidsproblemen en informatie geven over hulpbronnen kan drempelverlagend zijn en ervoor zorgen dat de kraamvrouw hier zelf op terugkomt als ze bijv. merkt dat de mentale gezondheidsproblemen groter worden. Het is evenzeer belangrijk om rekening te houden met de expertise en tijdsbeperking van zorgverleners. Ze kunnen desgevallend de kraamvrouw verwijzen naar een zorgverlener die wel beschikt over de juiste competenties (en de nodige tijd). Dit GPP kwam tot stand door discussie met de experts, en werd goedgekeurd tijdens de Delphi-procedure.

Aanbeveling 3: Gebruik het getrapte screeningsmodel om te screenen naar depressie- en angststoornissen in het postpartum (**GRADE 1C**).

De oorspronkelijke aanbeveling uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021 ⁸⁴ luidt als volgt: *"At each postnatal contact, assess the woman's psychological and emotional wellbeing. Follow the recommendations on recognising mental health problems in pregnancy and the postnatal period and referral in the NICE guideline on antenatal and postnatal mental health. If there are concerns, arrange for further assessment and follow up."* Deze werd opgesteld door een comité op basis van ervaring, expertise en consensus.

Voor de aanbevelingen in verband met *"Recognising mental health problems in pregnancy and the postnatal period and referral"* wordt, zoals hierboven gesteld, verwezen naar de NICE-richtlijn 'Antenatal and Postnatal mental Health' ⁸⁵. NICE beveelt een getrappt screeningsmodel aan:

- Een negatief antwoord op de eerste vragen (of 'Whooley'-vragen: peilen naar gemoedstoestand en interesse) kan een postnatale depressie en angststoornis uitsluiten.
- Bij een positief antwoord op één van de vragen of in geval van klinische bezorgdheid, wordt aanbevolen om verder te screenen met de EPDS of de PHQ-

⁸⁴ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng194)

⁸⁵ (NICE) NIfHaCE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

9, of door te verwijzen naar de huisarts of een zorgverlener gespecialiseerd in mentale gezondheid.

De studies uit de bovenvermelde NICE-richtlijn ⁸⁶ tonen aan dat deze vragen even doeltreffend zijn als meer diepgaande screeningtools en makkelijker routineus toe te passen zijn in de eerstelijnszorg (en tweedelijnszorg). De vragen zijn gebaseerd op 2 items van de PHQ-9 (in de literatuur ook wel de PHQ-2 genoemd) en worden met 'ja' of 'neen' beantwoord; de antwoorden worden, in tegenstelling tot de PHQ-2, niet gescoord.

De Whooley-vragen hebben een hogere sensitiviteit dan de EPDS en de PHQ-9, terwijl de EPDS en de PHQ-9 een hogere specificiteit hebben dan de Whooley-vragen. Het gebruik van de EPDS en PHQ-9 duurt daarentegen 15 minuten in plaats van 1 minuut voor de Whooley-vragen. De specificiteit van de EPDS en de PHQ-9 worden ook bepaald door de gehanteerde cut-offscore van de screeningstool.

Tool	Sensitiviteit	Specificiteit	tijdsduur
Whooley-vragen	1 (0,81 – 1,00)	0,64 (0,53 – 0,75)	1 minuut
EPDS met cut-off 9 - 10	0,83 (0,81 – 0,86)	0,85 (0,84 – 0,86)	15 minuten
PHQ-9 met cut-off 10	0,75 (0,64 – 0,84)	0,88 (0,85 – 0,90)	15 minuten

Er gebeurde een bijkomende literatuurzoektocht. We identificeerden onderstaande relevante studies:

- De methodologisch correct uitgevoerde systematische review met meta-analyse van 17 observationele studies van Park et al. ⁸⁷ uit 2022 vergeleek de voorspellende waarde van de EPDS versus andere screeningstools voor de screening naar postpartumdepressie bij zwangere vrouwen en kraamvrouwen in de postpartumperiode. Zes studies includeerden alleen kraamvrouwen in de postpartumperiode (in totaal 515); gepoolde sensitiviteit en specificiteit van de EPDS waren resp. 0,79 (95%-BI 0,67-0,88) en 0,92 (95%-BI 0,76-0,98). De studie vergeleek de diagnostische performantie (sROC) van de EPDS met andere tools. Zo had de EPDS een sROC-curve 0,86 versus een sROC-curve van 0,74 voor de Patient Health Questionnaire-9. De sROC-curve van de 'Beck Depression Inventory' en de 'Kessler Psychological Distress Scale' was 0,91, vergelijkbaar met die van de EPDS (0,90 en 0,87). Vergeleken met de 'Postpartum Depression Screening Scale' (met een sROC-curve van 0,98) bedroeg de sROC-curve van de EPDS slechts 0,54. Desondanks presteert de EPDS uitstekend als tool om te screenen naar depressie bij zwangere vrouwen en vrouwen in het postpartum in de eerste lijn.

⁸⁶ (NICE) NifHaCE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

⁸⁷ Park SH, Kim JI. Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet 2023;307(5):1331-1345.

- De methodologisch correct uitgevoerde systematische review met meta-analyse van Levis et al.⁸⁸ uit 2020 onderzocht, aan de hand van individuele gegevens van 15.557 patiënten uit de 58 studies van wie 2.069 met majeure depressie, de accuraatheid van de EPDS voor de screening naar majeure depressie bij zwangere vrouwen en vrouwen in het postpartum. De gecombineerde sensitiviteit en specificiteit varieerden volgens de gebruikte cut-offscore op de EPDS. Bij een cut-offwaarde van 11 of hoger waren de sensitiviteit en specificiteit van de EPDS het hoogst. Vanaf 13 of hoger daalde de sensitiviteit, maar steeg de specificiteit. Lagere cut-offscores kunnen worden gebruikt om vals-negatieven te vermijden en om die patiënten te identificeren die voldoen aan diagnostische criteria van een postpartumdepressie.
- De systematische review van Ukatu et al.⁸⁹ uit 2018 beoordeelde de accuraatheid van screeningtools in het detecteren van postpartumdepressie. De kwaliteit van de studie werd als matig beschouwd omdat werd gezocht op specifieke samengestelde termen, waardoor slechts 68 artikels konden worden geïdentificeerd. Het is mogelijk dat de meest relevante literatuur op deze manier werd gevonden, maar evengoed dat andere belangrijke studies ontbreken. Desondanks is deze studie interessant voor onze vraag omdat 2 van de geïnccludeerde studies de PHQ-2, een variant op de Whooley-vragen, meenamen in de analyse. De PHQ-2 stelt twee vragen die peilen naar depressieve en angstgevoelens: *“Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems? “Little interest or pleasure in doing things” en “Feeling down, depressed or hopeless”*. Eén van de 2 studies gebruikte een dichotome scoremethode en had een sensitiviteit van 100%; de andere studie gebruikte een Likert-schaal als scoremethode en behaalde een sensitiviteit van 62%. Het gebruik van de Likert-schaal zou een bias geven bij hoger opgeleide patiënten. Daarom zou de voorkeur gaan naar een dichotome schaal. Uit deze studie kunnen we concluderen dat gezien zijn hoge sensitiviteit de PHQ-2 een goede uitsluiter kan zijn voor een postpartumdepressie.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van de aanbeveling:

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: de aanbeveling is gebaseerd op de aanbevelingen uit 1 NICE-richtlijn

⁸⁸ Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD; DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ* 2020;371:m4022.

⁸⁹ Ukatu N, Clare CA, Brulja M. Postpartum depression screening tools: a review. *Psychosomatics* 2018;59(3):211-219.

met een update in 2018 ⁹⁰, die worden voorgesteld vanuit de te adapteren NICE-richtlijn ⁹¹, en 3 systematische reviews (waarvan 1 van matige en 2 van goede kwaliteit). Gezien de primaire studies quasi uitsluitend observationele studies zijn, hebben we hier te maken met bewijs van lage zekerheid.

- Balans voor- en nadelen:
 - Gezien het belang van het mentale welzijn van de moeder, de pasgeborene, het hele gezin en bij uitbreiding de maatschappij, is een screening nodig. Dat kan resulteren in meer behandelde postpartumdepressies, wat weegt in het voordeel van de aanbeveling.
 - Men moet echter rekening houden met het feit dat niet elke eerstelijnszorgverlener, gynaecoloog of vroedvrouw opgeleid is om een postpartumdepressie te herkennen of te diagnosticeren en dat zorgverleners vaak over beperkte tijd beschikken. Korte vragen (Whooley-vragen) waarmee met vrij hoge zekerheid een postpartumdepressie kan worden uitgesloten, zijn zeer zinvol voor zowel patiënt als zorgverlener.
 - Een zorgverlener kan een meer diepgaande screening doen op basis van de eigen klinische inschatting. Dat kan aan de hand van andere gestandariseerde vragenlijsten, maar hij/zij kan de patiënte ook doorverwijzen naar een zorgverlener met ervaring in screening, bijv. de huisarts.
 - De Whooley-vragen en de PHQ-2-vragen zijn identiek, maar de Whooley-vragen hebben geen scoring (in tegenstelling tot de PHQ-2). We gaan er bijgevolg van uit dat de Whooley-vragen eveneens een hoge sensitiviteit hebben en het weinig waarschijnlijk is dat vrouwen met een postpartumdepressie of angststoornis onterecht 'neen' antwoorden op beide vragen. De Whooley-vragen zijn een betrouwbare en handige uitsluiter van postpartumdepressie en angststoornissen in het postpartum.
 - Omdat niet elke vrouw die 'ja' antwoordt op de Whooley-vragen ook effectief een majeure postpartumdepressie of angststoornis heeft, is het belangrijk dat deze vrouwen verder worden gescreend. Uit de literatuur blijkt dat de EPDS met een cut-offwaarde vanaf 11 geschikt is om te screenen naar een majeure depressie (en angststoornis). De diagnostiek moet weliswaar gebeuren door een arts met ervaring.
- Waarden en voorkeuren: deze risicofactoren zijn voor zorgverleners voldoende algemeen en toegankelijk om te bevragen; patiënten kunnen mogelijk met schroom antwoorden op de vragen die hen worden gesteld of die negatief beantwoorden. Zorgverleners geven door het stellen van de vraag aan dat de patiënten bij hen terecht kunnen als ze dat wensen en als ze er klaar voor zijn.

⁹⁰ (NICE) NifHaCE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

⁹¹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng194)

- Toepasbaarheid: dit is een interventie die bepaalde vaardigheden vergt en dus extra opleiding vraagt rond mentale gezondheid en het psychosociaal welzijn in de postnatale periode en het gebruik van het getrapte screeningsmodel. Deze aspecten komen immers waarschijnlijk onvoldoende aan bod in de basisopleiding. De interventie behoeft anderzijds geen extra materiaal of middelen en is toepasbaar in de eerstelijns postpartumzorg in België.

Besluit: er is veelvuldig bewijs, maar van lage wetenschappelijke zekerheid, dat aantoonst dat EDS een goede screeningstool is voor een postpartumdepressie. De waarde (sensitiviteit en specificiteit) hangt echter af van de gebruikte cut-offscore. Algemeen wordt aangenomen dat een cut-offscore van 11 of 12 geschikt is om te screenen naar een majeure postpartumdepressie. Het afnemen en interpreteren van de EDS door zorgverleners die deze tool kennen, duurt echter een 15-tal minuten. Rekening houdend met de beperkte tijd die zorgverleners ter beschikking hebben en de prevalentie van depressie en angststoornissen in het postpartum, is het wenselijk om op een eenvoudige en snelle manier een eerste triage te doen van vrouwen die waarschijnlijk geen (majeure) postpartumdepressie of angststoornis hebben. Voor deze eerste triage kunnen de Whooley-vragen worden gebruikt, met dichotome antwoordmogelijkheid ('ja' of 'nee') en zonder scoresysteem. Een patiënte die op beide vragen 'nee' antwoordt, heeft waarschijnlijk geen postpartumdepressie of angststoornis. Daarom bevelen we aan dat eerstelijnszorgverleners getrapd screenen: eerst met de Whooley-vragen en, bij positief antwoord op één van beide vragen, verder screenen met bijv. de EDS of de PHQ-9, of zo gewenst de patiënt doorverwijzen naar de huisarts voor diagnostiek, behandeling en/of verwijzing. Kind en Gezin screent enkel met de Whooley-vragen; voor verdere screening verwijst Kind en Gezin de kraamvrouw naar haar behandelende (huis)arts.

Aanbeveling 4: Zorgverleners moeten extra aandacht hebben voor mentale gezondheidsproblemen bij (**GRADE 1C**):

- vrouwen met een psychiatrische voorgeschiedenis;
- vrouwen met zwangerschapscomplicaties;
- vrouwen die ongewenst zwanger waren;
- vrouwen met gebrek aan sociale ondersteuning;
- vrouwen die intrafamiliaal geweld kennen in het gezin;
- vrouwen die behoren tot een etnische minderheid;
- vrouwen met een lagere sociaaleconomische status;
- vrouwen met taalproblemen, vluchtelingen- of asielzoekersstatuut;
- LGBTQ2S+ personen;
- tienermoeders

De oorspronkelijke aanbeveling uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021 ⁹² luidt als volgt: *"Follow the principles in the NICE guideline on pregnancy and complex social factors for women who may need additional support, for example:*

- *women who misuse substances*
- *recent migrants, asylum seekers or refugees, or women who have difficulty reading or speaking English*
- *young women aged under 20*
- *women who experience domestic abuse."*

Deze werd opgesteld door een comité op basis van ervaring, expertise en consensus.

Er gebeurde een bijkomende literatuurzoektocht. We identificeerden onderstaande relevante studies:

- De methodologisch correct uitgevoerde umbrellareview van Hutchens et al. ⁹³ uit 2020 onderzocht de risicofactoren voor een postpartumdepressie op basis van de resultaten van 21 systematische reviews en meta-analyses. Het poolen van de resultaten van de in totaal 1.143 observationele studies (incl. dubbels) bleek niet evident door verschillen in terminologie qua uitkomsten, bijv. 'domestic violence' vs 'intimate partner violence', 'life stress' vs 'life events'. Bovendien varieerden de in de studies gebruikte statistische methoden. Uiteindelijk identificeerden de auteurs 25 statistisch significante risicofactoren, waarvan 'prenatale depressie' met een odds ratio (OR) van 3 of hoger en 'actueel misbruik' (OR 0,49) de sterkste voorspellers van postpartumdepressie waren. De andere meest voorkomende risicofactoren bleken stress, sociale steun en misbruik (in het verleden en seksueel misbruik van kinderen).
- Kirubarajan et al. onderzochten in 2022 ⁹⁴ in hun goed uitgevoerde systematische review de ervaringen van vruchtbare LGBTQ2S+ personen met betrekking tot de perinatale mentale gezondheid. Ze includeerden 26 observationele studies met in totaal 1.199 deelnemers. Hoewel deze systematische review over het algemeen over mentaal welzijn gaat, gebruikten 6 van de geïnccludeerde studies gevalideerde vragenlijsten, zoals de EPDS. In deze studies testte 8,2-24% van de deelnemers positief voor perinatale depressie. Drie studies vergeleken de resultaten van LGBTQ2+ personen met die van heteroseksuele personen en concludeerden dat LGBTQ2+ personen meer kans hebben op postpartumdepressie dan heteroseksuele personen. De algemene conclusie is dat zwangerschap, de perinatale periode (zwangerschap, postpartum) een unieke

⁹² Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

⁹³ Hutchens BF, Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. J Midwifery Womens Health 2020;65(1):96-108.

⁹⁴ Kirubarajan A, Barker LC, Leung S, et al. LGBTQ2S+ childbearing individuals and perinatal mental health: A systematic review. BJOG 2022;129(10):1630-1643.

impact hebben op de mentale gezondheid en het mentale welzijn van LGBTQ2S+ personen, vooral door de ongelijke behandeling in de geestelijke gezondheidszorg en uitsluiting van de routine perinatale zorg.

- De goed uitgevoerde systematische review van Vanderkruik et al.⁹⁵ uit 2021 vergeleek de mentale gezondheid van adolescenten (<20 jaar) gelinkt aan seksuele uitkomsten (bijv. seksueel overdraagbare infecties) en reproductieve uitkomsten (bijv. zwangerschap) met andere leeftijdsgroepen. Ze includeerden 96 observationele studies met verschillende studiedesigns, waarvan 49 de mentale gezondheid in de postpartumperiode onder de loep namen. De studies hanteerden verschillende definities voor de postpartumperiode (variërend van 72 uur tot 1 jaar na de bevalling) en de meeste rapporteerden over depressie, soms over depressieve klachten en 3 studies over angststoornis. Dertien studies vergeleken het risico op depressie tijdens de postpartumperiode tussen adolescenten en andere leeftijdsgroepen; 9 studies zagen een verhoogd risico op depressie bij adolescenten. Eén studie vergeleek het risico op postpartumangst tussen beide groepen, maar dat bleek niet verhoogd. Eén studie stelde vast dat het suïciderisico hoger lag bij adolescenten.
- De systematische review met meta-analyse van goede kwaliteit van Ding et al.⁹⁶ uit 2023 includeerde 17 prospectieve cohortstudies met in totaal 9.822 deelnemers en ging na of het risico op een postpartumdepressie hoger lag bij vrouwen met een prenataal 'stressful life event' (SLE). De auteurs concluderen dat vrouwen met een SLE een hogere prevalentie hebben voor postpartumdepressie (prevalentie 1,82; 95%-BI 1,52-2,17). Het effect van SLE op postpartumdepressie daalt licht tijdens de postpartumperiode (voor ≤6 weken = prevalentie 3,25, 95%-BI 2,01-5,25; voor 7-12 weken = prevalentie 2,01, 95%-BI 1,53-2,65; voor >12 weken = prevalentie 1,17, 95%-BI 0,49-2,31). Deze resultaten bevestigen het belang van screenen naar postpartumdepressie, vooral bij kraamvrouwen met SLE.
- In hun systematische review onderzochten Stevenson et al. in 2023⁹⁷ de globale prevalentie van perinatale mentale gezondheidsproblemen of middelengebruik bij migrantenvrouwen. Ze includeerden 135 studies, waarvan 30% cohortstudies, 66% cross-sectionele studies en 4% interventiestudie met betrekking tot gelijk welke mentale aandoening tijdens de zwangerschap of postpartumperiode (tot 1 jaar na de bevalling) of middelengebruik tijdens de zwangerschap. De primaire uitkomstmaat was de wereldwijde prevalentie van perinatale

⁹⁵ Vanderkruik R, Gonsalves L, Kapustianyk G, et al. Mental health of adolescents associated with sexual and reproductive outcomes: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2021;99(5):359-73k.

⁹⁶ Ding X, Liang M, Wang H, et al. Prenatal stressful life events increase the prevalence of postpartum depression: Evidence from prospective cohort studies. *J Psychiatr Res* 2023;160:263-271.

⁹⁷ Stevenson K, Fellmeth G, Edwards S, et al. The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2023;8(3):e203-e216.

mentale gezondheidsproblemen bij migrantenvrouwen. Er werden 123 studies uitgevoerd in gastlanden met een hoog inkomen. De migrantenvrouwen waren meestal afkomstig uit Zuid-Amerika, het Midden-Oosten en Noord-Afrika. Slechts 26 studies maakten een onderscheid tussen 'forced migrants' vs. 'economic migrants'. De gepoolde prevalentie van perinatale depressieve aandoeningen was 24,2% (range 0,5-95, 5%; $I^2 = 98,8\%$; $\tau^2 = 0,01$) bij alle migrantenvrouwen; 32,5% (1,5-81,6; 98,7%; 0,01) bij 'forced migrants', en 13,7% (4,7-35,1; 91,5%; 0,01) bij 'economic migrants' ($p < 0,001$). De gepoolde prevalentie van perinatale angststoornissen was 19,6% (range 1,2-53,1; $I^2 = 96,8\%$; $\tau^2 = 0,01$) bij alle migranten. De belangrijkste risicofactoren voor perinatale depressie bij migrantenvrouwen waren een recente immigratie (in het laatste jaar), weinig sociale steun en een slechte partnerrelatie.

- In hun goed uitgevoerde systematische review onderzochten Zacher Kjeldsen et al.⁹⁸ in 2022 de associatie tussen een familiale voorgeschiedenis van psychiatrische aandoeningen en het risico op een postpartumdepressie binnen 12 maanden na de bevalling. Ze includeerden 26 observationele studies (24 cohortstudies en 2 case-controle studies) met gegevens over 100.887 vrouwen. Uit de meta-analyse blijkt een verhoogde OR voor het ontwikkelen van een postpartumdepressie bij moeders met een familiale voorgeschiedenis van psychiatrische aandoeningen (OR 2,08; 95%-BI 1,67-2,59; $I^2 = 57,14\%$), hetgeen overeenkomt met een risk ratio van 1,79 (95%-BI 1,52-2,09). Dat is bijna dubbel zo hoog dan bij vrouwen zonder familiale psychiatrische voorgeschiedenis. Er werd uitgegaan van een gemiddelde prevalentie van postpartumdepressie in de algemene bevolking van 15%.
- De goed uitgevoerde meta-analyse van Qiu et al. uit 2020⁹⁹ onderzocht de associatie tussen een ongeplande zwangerschap en het risico op een postpartumdepressie binnen 12 maanden na de bevalling. Ze includeerden 30 observationele studies met gegevens over 65.454 vrouwen. De meta-analyse toonde een verhoogde OR voor het ontwikkelen van een postpartumdepressie wanneer moeders ongepland zwanger waren (OR 1,53; 95%-BI 1,35-1,74; $p < 0,00001$) in vergelijking met vrouwen die hun zwangerschap hadden gepland. Uit de resultaten blijkt de noodzaak om te screenen naar de zwangerschapsintentie en om gezinsplanning als aandachtspunt te integreren in de eerstelijnszorg om de mentale gezondheid van de moeder te waarborgen.

⁹⁸ Zacher Kjeldsen MM, Bricca A, Liu X, et al. Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022;79(10):1004-1013.

⁹⁹ Qiu X, Zhang S, Sun X, Li H, Wang D. Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. *J Psychosom Res* 2020;138:110259.

- Een systematische review van Biaggi et al.¹⁰⁰ uit 2016 van studies met matige kwaliteit van bewijs onderzocht de belangrijkste risicofactoren (psychosociaal, obstetrisch en omgeving) in het ontstaan van antenatale angst en depressie. Ze selecteerden 97 studies en vonden psychosociale, omgevingsgerelateerde, obstetrische en zwangerschapsgerelateerde risicofactoren die relevant waren voor zowel angst als depressie. De belangrijkste risicofactoren waren: gebrek aan partner of sociale steun (29 vs 0); voorgeschiedenis van mishandeling (abuse) of intrafamiliaal geweld (29 vs. 0); persoonlijke voorgeschiedenis van mentale aandoeningen (23 vs. 0); ongeplande of ongewenste zwangerschap (22 vs. 2); tegenslagen in het leven en erge stress (21 vs. 0); complicaties van vorige of huidige zwangerschap of miskraam (17 vs. 4); lage scholingsgraad (17 vs. 9); laag inkomen (15 vs. 3); alleenstaanden (14 vs. 5); roken (actueel of in de voorgeschiedenis) (11 vs. 1); negatieve ingesteldheid/laag zelfbeeld of weinig zelfvertrouwen (10 vs. 0); problematische relatie met partner of ontevredenheid met relatie (7 vs. 0); mishandeling als kind (8 vs. 0). Er werden inconsistente resultaten gevonden voor werkloosheid (11 vs. 6); etniciteit (7 vs. 4); jonge of oudere leeftijd (resp. 13 vs. 10 en 10 vs. 10); multipariteit (5 vs. 10), nulli- en primipariteit (3 vs. 10); multigraviditeit (2 vs. 2) en primigraviditeit (1 vs. 2). Er was onvoldoende bewijs om een conclusie te trekken voor alcoholgebruik (2 vs. 0), middelengebruik (2 vs. 0), familiale voorgeschiedenis van mentale problemen (2 vs. 0), opvoedingsstijl (3 vs. 0), bevallingswijze (2 vs. 1), werkloosheid van de partner (4 vs. 0).
- De systematische review en meta-analyse van Anderson et al. uit 2017¹⁰¹ onderzocht de prevalentie en het risico op mentale aandoeningen in de perinatale periode bij migrantenvrouwen. Ze doorzochten 6 databanken en includeerden 53 studies. Wegens heterogeniteit werden de studies onderverdeeld per land waarin ze werden uitgevoerd. Canadese studies toonden een verhoogd risico voor symptomen van een prenatale (OR: 1,86; 95%-BI 1,32-2,62) en een postnatale depressie (OR: 1,98; 95%-BI 1,57-2,49) bij migrantenvrouwen. Studies uit de Verenigde Staten (VS) vonden een verlaagd risico voor symptomen van een prenatale depressie (OR: 0,71; 95%-BI 0,51-0,99) en studies uit de VS en Australië vonden geen associatie tussen migrantenstatus en een postnatale depressie. Uit de studies bleek wel dat een gebrek aan sociale ondersteuning, behoren tot een etnische minderheid, een lagere sociaaleconomische status, taalproblemen en een vluchtelingen- of asielzoekersstatuut factoren waren die het risico op een perinatale mentale stoornis vergroten.

¹⁰⁰ Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016;191:62-77.

¹⁰¹ Anderson FM, Hatch SL, Comacchio C, Howard LM. Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* 2017;20(3):449-62.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van de aanbeveling:

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: de aanbeveling is gebaseerd op 5 systematische reviews (waarvan 1 van matige kwaliteit en 4 van goede kwaliteit) en 4 methodologisch correct uitgevoerde systematische reviews en meta-analyses met in totaal 1.488 geïnccludeerd primaire studies. Gezien de primaire studies quasi uitsluitend observationeel van opzet zijn, hebben we te maken met bewijs van lage zekerheid.
- Balans voor- en nadelen: gezien het belang van het mentale welzijn van de moeder, de pasgeborene, het hele gezin en bij uitbreiding de maatschappij, is het aangeraden om bij de screening extra aandacht te besteden aan die groepen waarvan men weet dat postpartumdepressie vaker voorkomt, weliswaar zonder dat deze groepen een risicofactor voor postpartumdepressie an sich zijn. Men moet wel rekening houden met het risico op taboe en/of stigmatisering van bepaalde groepen. Alert zijn betekent een snellere diagnose en behandeling van een postpartumdepressie. Dat weegt dit in het voordeel van de aanbeveling.
- Waarden en voorkeuren: zorgverleners kunnen deze groepen voldoende identificeren door de kraamvrouw te bevragen. De kraamvrouwen hebben mogelijk iets minder schroom bij zorgverleners met wie ze een vertrouwensbad hebben. De vragen zijn dezelfde voor alle kraamvrouwen, of ze nu tot een groep behoren waar postpartumdepressie vaker voorkomt of niet. Zorgverleners kunnen naast de bevraging meer alert zijn bij vrouwen die (op basis van het medisch dossier) behoren tot een groep waar postpartumdepressie vaker voorkomt.
- Toepasbaarheid: dit is een interventie die extra opleiding vraagt aangezien die mogelijk onvoldoende aan bod komt in de basisopleiding en bepaalde vaardigheden vergt. De interventie behoeft anderzijds geen extra materiaal of middelen en is toepasbaar in de eerstelijns postpartumzorg in België.

Besluit: er is veelvuldig bewijs, maar van lage zekerheid van bewijs, dat een verband suggereert tussen het risico op een postpartumdepressie en kraamvrouwen die behoren tot een groep met bepaalde kenmerken in vergelijking met vrouwen die niet tot deze groepen behoren. Uit de studies blijkt het om vrouwen te gaan uit volgende groepen: vrouwen met een (familiale) voorgeschiedenis van psychiatrische aandoeningen, vrouwen die geconfronteerd worden met een stressvolle gebeurtenis in hun leven (zie definities, blz. 15), vrouwen met een ongewenste zwangerschap, vrouwen met een gebrek aan sociale ondersteuning, vrouwen met een lagere sociaaleconomische status, vrouwen die behoren tot een etnische minderheid, taalproblemen hebben en/of een vluchtelingen- of asielzoekersstatuut hebben; LGBTQ2S+ personen en tienermoeders. Gezien het belang van mentaal welzijn, niet alleen van de moeder en de pasgeborene, maar ook van de rest van het gezin en bij uitbreiding de hele maatschappij, is het belangrijk dat wordt gescreend naar

postpartumdepressie, met extra aandacht voor vrouwen met een of meerdere kenmerken die geassocieerd kunnen worden met een hoger risico op postpartumdepressie. Vrouwen hebben vaak een bijzondere band met hun zorgverleners tijdens de zwangerschap. Ze hebben normaal gezien een vast(e) (team) vroedvrouw(en) en kunnen laagdrempelig terecht bij hun huisarts of gynaecoloog. Deze eerstelijnszorgverleners zijn dus uitstekend geplaatst om zicht te hebben op deze kenmerken of ze te bevragen.

Aanbeveling 5: Bij vermoeden van perinatale mentale stoornissen zoals een majeure depressie of een angststoornis (op basis van getrapte screening of klinische expertise), verwijs de kraamvrouw door voor diagnostiek en gepaste behandeling (**GPP**).

Dit GPP is gebaseerd op de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021 ¹⁰². Het GPP werd voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werd gevalideerd in de tweede ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van het GPP:

- Balans voor- en nadelen: het vermoeden van een majeure depressie of angststoornis kan ook ontstaan op basis van de klinische expertise van zorgverleners. Daarom is het niet zinvol om alleen te verwijzen op basis van een positieve EDS-score.
- Waarden en voorkeuren: het niet verwijzen van de kraamvrouw voor gepaste hulp (diagnostiek en behandeling) bij vermoeden van een majeure depressie of angststoornis na het afnemen van de EDS of inschatting door de eigen expertise van de zorgverlener, heeft een negatieve invloed op de kraamvrouw aangezien ze eerst haar lijden besproken ziet, maar er nadien niets mee gebeurt.
- Toepasbaarheid: zorgverleners kennen mogelijk geschikte professionals binnen hun netwerk, maar hebben momenteel geen zicht op alle geschikte zorgverleners. Er is nood aan een overzicht van lokale voorzieningen en professionals met expertise in perinatale mentale gezondheid opdat deze aanbeveling vlot toepasbaar is in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: dit GPP is gebaseerd op expertopinie afkomstig van zowel de NICE-richtlijn als de experts betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn. Bij vermoeden van een majeure depressie of angststoornis is het de deontologische plicht van de zorgverlener om de kraamvrouw te verwijzen voor gepaste hulp. Het vermoeden kan stoelen op een afwijkende EDS-score of op de klinische inschatting van de zorgverlener op basis

¹⁰² Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

van diens expertise. Dit GPP kwam tot stand door discussie met de experts, en werd goedgekeurd tijdens de Delphi-procedure.

Aanbeveling 6: Wees alert voor signalen van intrafamiliaal geweld en bied zo nodig de vrouw gepaste hulp of verwijzing aan (**GPP**).

Dit GPP is gebaseerd op de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021¹⁰³ en stoelt op consensus en expertopinie. Het GPP werd voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werd gevalideerd in de tweede ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van het GPP:

- Balans voor- en nadelen: betrokken zorgverleners hebben vaak zowel tijdens de zwangerschap als de postpartumperiode een vertrouwensband met de kraamvrouw; een aantal zorgverleners komt bovendien aan huis. Daarom zijn ze goed geplaatst om intrafamiliaal geweld te bevragen en alert te zijn voor de signalen ervan. Het is logisch dat, bij vermoeden van intrafamiliaal geweld, gepaste hulp of verwijzing moet worden aangeboden. De kraamperiode is een kwetsbare periode voor het gezin. Bedacht zijn op intrafamiliaal geweld is daarom extra belangrijk.
- Waarden en voorkeuren: het niet bieden van gepaste hulp bij signalen van intrafamiliaal geweld is deontologisch onverantwoord. De kraamvrouw kan zich er mogelijk voor schamen of de familiale situatie kan zeer beladen zijn waardoor hulp of verwijzing voor de kraamvrouw niet evident is. Zorgverleners moeten hiermee rekening houden. Het is belangrijk dat de kraamvrouw zo veel mogelijk in haar autonomie wordt gelaten en mee kan beslissen hoe het probleem kan worden aangepakt.
- Toepasbaarheid: deze aanbeveling is toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: dit GPP is gebaseerd op expertopinie afkomstig van zowel de NICE-richtlijn als de experts betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn. Zwangerschap en het postpartum zijn kwetsbare periodes voor het hele gezin. Zorgverleners dienen dus steeds alert te zijn voor signalen van intrafamiliaal geweld. Tijdens de kraamperiode komen bepaalde zorgverleners bij de kraamvrouw thuis of hebben ze een nauwer contact met de kraamvrouw, waardoor ze goed geplaatst zijn om intrafamiliaal geweld te bevragen en alert te zijn voor de signalen ervan. Bij vermoeden van intrafamiliaal geweld, bespreekt de zorgverlener met de kraamvrouw (en idealiter de partner) hoe de situatie kan worden aangepakt en bij welke instanties ze

¹⁰³ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

terecht kunnen. Dit GPP kwam tot stand door discussie met de experts, en werd goedgekeurd tijdens de Delphi-procedure.

Klinische vraag 4: Welke zorg is nodig om de seksuele gezondheid (incl. anticonceptie/gezinsplanning) van de moeder te waarborgen tijdens de postpartumperiode¹⁰⁴?

1. Seksuele gezondheid

Aanbevelingen

1. Informeer de kraamvrouw en haar partner dat fysiek herstel (herstel van de baarmoederhals, stoppen van lochia, herstel van een scheur of episiotomie) noodzakelijk is alvorens penetratieseks te hervatten. Doorgaans is er herstel na 6 à 8 weken, maar dat kan variëren (**GPP**). Naast het fysieke herstel, is het evenzeer belangrijk dat het koppel mentaal of relationeel klaar is om penetratieseks te hervatten.
2. Informeer de kraamvrouw en haar partner dat het seksuele functioneren in het postpartum wordt beïnvloed door biologische, psychologische en sociale factoren die aanleiding kunnen geven tot een verminderd seksueel verlangen, dyspareunie en seksuele ontevredenheid en geef hen informatie over mogelijke oplossingen (**GRADE 1C**). De voornaamste factoren zijn:
 - Biologische factoren bij de vrouw:
 - Perineaal trauma (scheur, episiotomie, incontinentie, zwakte van bekkenbodemspieren...);
 - Borstvoeding (vaginale droogte, toegenomen gevoeligheid tepels, lekken van melk).
 - Psychologische factoren bij de vrouw en haar partner:
 - Postpartumdepressie;
 - Angst (voor het wekken of niet horen van de baby, voor dyspareunie, voor een ongeplande zwangerschap);
 - Negatief zelfbeeld door een veranderd lichaam na de zwangerschap;
 - Vermoeidheid;
 - Interpersoonlijke relatie tussen de partners (verlangen geassocieerd met o.a. het voelen van intimiteit en het ervaren van praktische en emotionele steun).

¹⁰⁴ Hoewel deze klinische vraag focust op de postpartumperiode, kadert de opvolging van de seksuele gezondheid van de kraamvrouw (en haar partner) in de bredere perinatale periode. Zie definities, blz. 8

- sociale factoren bij de vrouw en haar partner:
 - Veranderde rol en aanpassingen aan het ouderschap;
 - Toegenomen verantwoordelijkheid;
 - Veranderde levensstijl.
- 3. Informeer de kraamvrouw en haar partner dat dyspareunie veel voorkomt in het postpartum, ongeacht de bevallingswijze, maar met de tijd mindert (**GRADE 1B**).
- 4. Maak seksualiteit bespreekbaar en verwijst de kraamvrouw bij problemen naar de gespecialiseerde hulp (**GPP**).

Toelichting

Seksualiteit is een centraal gegeven in het leven van elke mens; seksuele tevredenheid wordt geassocieerd met levenskwaliteit ¹⁰⁵. Seksualiteit is een multidimensionaal thema dat wordt bepaald door verschillende aspecten. Het seksleven van de kraamvrouw en haar partner worden onder meer beïnvloed door ¹⁰⁶:

- de context:
 - de zwangerschapswens;
 - de zwangerschap;
 - de bevalling;
 - de postpartumperiode;
 - het gezinsleven;
- fysieke veranderingen van de kraamvrouw:
 - perineaal trauma.
- hormonale veranderingen (ook bij de partner):
 - vaginale droogte door het geven van borstvoeding;
 - verminderd seksueel verlangen.
- psychologische veranderingen:

¹⁰⁵ Branecka-Woźniak D, Wójcik A, Błażejewska-Jaśkowiak J, Kurzawa R. Sexual and life satisfaction of pregnant women. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(16).

¹⁰⁶

- Grussu P, Vicini B, Quatraro RM. Sexuality in the perinatal period: a systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sex Reprod Healthc* 2021;30:100668.
- Hajimirzaie SS, Tehranian N, Razavinia F, et al. Evaluation of couple's sexual function after childbirth with the biopsychosocial model: a systematic review of systematic reviews and meta-analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2021;26(6):469-78.
- Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E, et al. Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: a systematic review. *Sex Med Rev* 2020;8(1):38-47.

- een veranderd zelfbeeld;
- verlies van gevoel van eigenheid door aanwezigheid van de baby;
- de transitie naar het ouderschap met een nieuwe rol als moeder/vader/meeouder;
- socioculturele invloeden: sociale ondersteuning, culturele verwachtingen over de rol als vrouw/moeder en man/partner/vader.
- veranderingen in de relatie en levensstijl door de zorg voor de baby en het vinden van een nieuw evenwicht in het gezin.

Het onderwerp seksualiteit kent helaas nog heel wat taboes bij de zorgverleners, de (kraam)vrouw en haar partner. Internationaal onderzoek doet vermoeden dat het nodig is om kennis, vaardigheden en zelfredzaamheid van zorgverleners rond dit thema te versterken ¹⁰⁷. Hoewel de richtlijn focust op de postpartumperiode (tot 8 weken na de bevalling), moet het onderwerp seksualiteit bespreekbaar zijn in de hele prenatale periode (zwangerschap) en de postnatale periode tot 1 jaar na de bevalling. Bij het bespreken van het onderwerp seksualiteit moet de zorgverlener, waar mogelijk, rekening houden met mogelijke gevoeligheden bij de kraamvrouw. Deze gevoeligheden zijn mogelijk ontstaan door eerdere ervaringen van de kraamvrouw, culturele verschillen, religieuze overtuigingen,...

Educatietools voor de zorgverlener om seksualiteit bespreekbaar te maken zijn (niet-exhaustief):

- [Onder 4 Ogen-methode](#) van Sensoa;
- het LOK-pakket [Bespreekbaar maken van seksuele gezondheid van Domus Medica](#);
- het handboek [Bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit](#) van Sensoa;
- het rapport [Bespreekbaar maken van seksualiteit in de zorg](#) van Rutgers, het Nederlands Expertisecentrum Seksualiteit.
- Taalbarrières: [Zanzu](#) is een website ontwikkeld door Sensoa om taalbarrières bij het praten over seksuele gezondheid te overwinnen. Via deze website kan informatie o.a. worden voorgelezen in de taal van de kraamvrouw (of haar partner) en worden er duidelijke afbeeldingen gebruikt.

107

- Darooneh T, Ozgoli G, Keshavarz Z, Nasiri M. Educational programs and counseling models for improving postpartum sexual health: a narrative review. *Sexual and Relationship Therapy* 2022;1-17.
- Geuens S, Vermeulen J. From midwifery competencies on sexual wellbeing to teaching and training midwives on sexuality. In: Geuens S, Polona Mivšek A, Gianotten WL, editors. *Midwifery and sexuality*. Cham: Springer International Publishing; 2023: p. 325-34.
- McCann E, Brown M, Hollins-Martin C, et al. The views and experiences of LGBTQ+ people regarding midwifery care: A systematic review of the international evidence. *Midwifery* 2021;103:103102.

Wetenschappelijk onderzoek rond seksualiteit is echter schaars en focust vooral op seksuele stoornissen en zelden op seksueel functioneren in de brede zin. Er is nood aan meer studies naar seksualiteit in het algemeen én in de perinatale periode. Opvallend is dat de beperkte literatuur focust op de somatische aspecten zoals pijn, seksuele problemen/disfuncties..., maar niet op andere belangrijke aspecten zoals onder meer seksueel welbevinden, intimiteit en relaties.

Fysieke veranderingen

LICHAMELIJK HERSTEL ALVORENS PENETRATIESEKS TE HERVATTEN

Penetratieseks mag pas worden hervat vanaf 6 à 8 weken na de bevalling. Deze periode is nodig zodat het vrouwenlichaam kan herstellen. Na de bevalling moet de baarmoedermond volledig sluiten en kan er sprake zijn van een vaginale/rectale scheur en/of een episiotomie. Penetratieseks vóór deze termijn geeft een risico op infectie en complicaties in de wondheling.

Dat het fysiek mogelijk is om penetratieseks te hervatten, impliceert niet dat koppels hier al klaar voor zijn. Gemiddeld hervatten koppels penetratieseks 6 maanden na de bevalling. Pas 1 jaar na de bevalling is de seksfrequentie meestal gelijk aan voor de zwangerschap ¹⁰⁸. Daartegenover staat dat 11% van de koppels nog geen penetratieseks heeft 1 jaar na de bevalling. Het is vanzelfsprekend dat elk koppel een eigen tempo heeft.

SEKSUELE DISFUNCTIE

Seksuele disfunctie komt frequent voor en neemt af met de tijd; 83% van de koppels ervaart seksuele disfunctie 2 maanden na de bevalling en 64% 6 maanden na de bevalling ¹⁰⁹.

Er zijn meerdere mogelijke oorzaken:

- somatisch:
 - problemen ter hoogte van de bekkenbodem, bijv. dyspareunie;
 - vaginale droogte.
- psychisch:
 - depressie of depressieve klachten;
 - relationele problemen;
 - angst.

¹⁰⁸ Jawed-Wessel S, Sevick E. The impact of pregnancy and childbirth on sexual behaviors: a systematic review. J Sex Res 2017;54(4-5):411-23.

¹⁰⁹ Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, et al. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2022;129(7):1017-1028.

Het informeren van koppels over de mogelijke risicofactoren helpt hen om zich voor te bereiden op de mogelijke seksuele problemen in de postpartumperiode en kan preventief werken ¹¹⁰.

De bevallingswijze (vaginaal, instrumenteel of via keizersnede) is niet bepalend voor de seksuele tevredenheid in de postpartumperiode; bij elke bevallingswijze kan seksuele disfunctie en dyspareunie voorkomen ¹¹¹. Los van perineale traumata is er ook een hogere kans op dyspareunie en verminderd seksueel functioneren of seksuele intimiteit (minder kussen, strelen, knuffelen, orale seks enz.) na een bevalling die als negatief of traumatisch werd ervaren.

DYSPAREUNIE

Dyspareunie is een belangrijke oorzaak van seksuele disfunctie en komt vaak voor in de postpartumperiode. Uit onderzoek blijkt dat dyspareunie voorkomt bij 42% van de kraamvrouwen 2 maanden na de bevalling, bij 43% 2 tot 6 maanden na de bevalling en 22% 6 tot 12 maanden na de bevalling; bij sommigen kan het soms nog langer duren ¹¹².

Dyspareunie kent somatische en psychische oorzaken. Ernstige perineale bevallingstrauma's ten gevolge van episiotomie, scheur (3^e en 4^e graad) en anaal sfinctertrauma vergroten het risico op dyspareunie, net zoals fysieke en psychische bevallingstrauma's zoals een instrumentele bevalling (gebruik van ventouse en/of forceps) ¹¹³.

¹¹⁰ Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, et al. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2022;129(7):1017-1028.

¹¹¹

- Marvi N, Heidarian Miri H, et al. The association of mode of delivery and dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol* 2022;42(3):361-9.
- Fan D, Li S, Wang W, Tian G, et al. Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):408.
- Spaich S, Link G, Alvarez SO, et al. Influence of peripartum expectations, mode of delivery, and perineal injury on women's postpartum sexuality. *J Sex Med* 2020;17(7):1312-25.
- Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J* 2014;25(1):5-14.

¹¹² Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet* 2021;153(1):14-24.

¹¹³

- Andreucci CB, Bussadori JC, Pacagnella RC, et al. Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:307.
- Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, et al. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2022;129(7):1017-1028.

Uit onderzoek blijkt dat bekkenbodemspiertraining een gunstig effect kan hebben op de seksuele disfunctie in de postpartumperiode ¹¹⁴. De vrouw kan hiervoor worden verwezen naar de kinesitherapeut.

Na genezing van de episiotomie of scheur kan er een litteken achterblijven. Dat zorgt ervoor dat de vaginawand minder elastisch is en pijnlijk kan zijn tijdens de seksuele betrekkingen. Voldoende seksuele opwindning en opbouw (voorspel) vooraleer over te gaan tot penetratie zijn essentieel om niet in een pijncirkel terecht te komen. Massage van het littekenweefsel (intern en extern) is belangrijk om het soepeler te maken en kan helpen om de last bij penetratie te verbeteren.

Hormonale veranderingen door borstvoeding

Tijdens het geven van borstvoeding worden prolactine en oxytocine aangemaakt. Prolactine stimuleert de melkklieren en onderdrukt de hormoonproductie van de ovaria, waardoor de vrouw tijdelijk minder vruchtbaar is. Door de verminderde hormoonproductie van de ovaria dalen de oestrogeen- en testosteronspiegels in het bloed. Testosteron is mee verantwoordelijk voor het libido en verlangen, zowel bij vrouwen als mannen.

Oestrogeen is belangrijk in de lubricatie en elasticiteit van de vulva en vagina. Het verlaagde oestrogeengehalte veroorzaakt vaginale droogte ¹¹⁵. Een glijmiddel kan

-
- Crookall R, Fowler G, Wood C, Slade P. A systematic mixed studies review of women's experiences of perineal trauma sustained during childbirth. J Adv Nurs 2018. doi: 10.1111/jan.13724. Epub ahead of print. PMID: 29791012.
 - Manresa M, Pereda A, Bataller E, et al. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2019;30(6):853-68.

¹¹⁴

- Ferreira CH, Dwyer PL, Davidson M, et al. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. Int Urogynecol J 2015;26(12):1735-50.
- Hadizadeh-Talasaz Z, Sadeghi R, Khadivzadeh T. Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. Taiwan J Obstet Gynecol 2019;58(6):737-47.
- Sobhghol SS, Priddis H, Smith CA, Dahlen HG. The effect of pelvic floor muscle exercise on female sexual function during pregnancy and postpartum: a systematic review. Sex Med Rev 2019;7(1):13-28.
- Wu YM, McInnes N, Leong Y. Pelvic floor muscle training versus watchful waiting and pelvic floor disorders in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2018;24(2):142-9.

¹¹⁵ Alnuaimi K, Obeisat S, Almalik M, et al. A phenomenological study of Jordanian women's experience of sexual intercourse after giving birth. Midwifery 2020;88:102761.

hier soelaas bieden ¹¹⁶. Een glijmiddel op waterbasis is combineerbaar met een condoom; een glijmiddel op oliebasis niet, maar is wel beter in geval van een litteken na bijv. episiotomie. Om een vicieuze pijncirkel te voorkomen is, behalve het gebruik van een glijmiddel, de seksuele responscyclus en het opbouwen van emotionele en seksuele interactie belangrijk. De seksuele responscyclus omvat verlangen/opwinding, plateau, orgasme en herstel/afkoeling. Seks omvat niet alleen penetratie, maar ook knuffelen, strelen, zoenen, erogene zones verkennen, penetratie met vingertop-vinger(s), masturberen, orale seks.... Hoewel doorgaans het onderscheid wordt gemaakt tussen voorspel en penetratie, kan een volwaardige vrijpartij plaatsvinden zonder dat er penetratie is. Er is veel tijd nodig om de seksuele interactie terug op te bouwen. Meer dan de 6 weken heeft het vrouwenlichaam nodig om te genezen van een bevalling. Penetratieseks wordt meestal pas later dan 6 weken hervat, en is niet (meteen) zoals voor de zwangerschap.

Tijdens het geven van borstvoeding komt er oxytocine vrij, hetgeen de toeschietreflex activeert en de baarmoeder doet samentrekken. Tijdens het vrijen komt er eveneens oxytocine vrij, wat een belangrijke rol speelt in de sensualiteit en het bereiken van een orgasme. Oxytocine kan tijdens het vrijen ook de toeschietreflex activeren waardoor melk uit de borsten lekt. Doordat oxytocine bij het voeden en bij het vrijen andere functies heeft en andere gevoelens teweegbrengt, kan de vrouw dit als verwarrend ervaren ¹¹⁷. Het is niet evident om seksuele gevoelens te combineren met een baby, zowel aan de borst als op de achtergrond of in het achterhoofd wanneer er seksuele interactie is tussen de partners.

Het mag duidelijk zijn dat al deze hormonale veranderingen tezamen het bereiken van een orgasme kunnen bemoeilijken ¹¹⁸. Bovendien kunnen gevoelige borsten, grotere borsten door de melkproductie, lekkende borsten en overprikkeling door intensief fysiek contact met de baby ook een invloed hebben op de seksualiteitsbeleving van de vrouw.

Borsten hebben in onze cultuur overigens een belangrijke rol in de seksualiteit en opwinding. Na de bevalling krijgen borsten een andere functie, namelijk het voeden van de baby. Voor de vrouw en haar partner kan dat verwarrend zijn. Het is belangrijk

¹¹⁶ Bucher MK, Spatz DL. Ten-year systematic review of sexuality and breastfeeding in medicine, psychology, and gender studies. *Nurs Womens Health* 2019;23(6):494-507.

¹¹⁶ Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E, et al. Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: a systematic review. *Sex Med Rev* 2020;8(1):38-47.

¹¹⁸

- Grussu P, Vicini B, Quatraro RM. Sexuality in the perinatal period: a systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sex Reprod Healthc* 2021;30:100668.
- Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E, et al. Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: a systematic review. *Sex Med Rev* 2020;8(1):38-47.

dat koppels praten over deze gevoelens en de nieuwe 'functie van de borsten'. Ook zorgverleners hebben een belangrijke rol in het bespreken van al deze aspecten en moeten mogelijke oplossingen kunnen aanbieden ¹¹⁹.

Psychologische veranderingen en veranderingen in de relatie

De komst van een baby brengt een verandering teweeg in het gezin en vraagt een nieuw evenwicht, ook al is het niet voor de eerste keer. Een baby heeft continu verzorging nodig, wat vermoeiend is en slaapttekort kan veroorzaken. De transitie naar het ouderschap is bovendien een zoektocht voor zowel de kraamvrouw als haar partner. Er kunnen ook andere factoren spelen zoals de zorg voor andere kinderen, babyblues, onzekerheid, werkhervatting (voor de partner en later voor de kraamvrouw), verwachtingen van familie en maatschappij over het functioneren van het gezin... Deze combinatie kan voor jonge ouders best heftig zijn en een negatieve impact hebben op het seksueel welbevinden.

De kraamvrouw en haar partner kunnen met verschillende gevoelens kampen:

- de kraamvrouw kan onzeker zijn over haar veranderde lichaam en zich hierdoor onaantrekkelijk vinden, bijv. slappere borsten en buik, gewichtstoename,...
- de partner kan een groot verantwoordelijkheidsgevoel ontwikkelen tegenover vrouw en baby, enige jaloezie koesteren tegenover de baby die veel aandacht vraagt, verwachtingen hebben over te hernemen penetratieseks...

Als koppels niet over deze gevoelens praten, kan dit moeilijkheden geven in de (seksuele) relatie. Kwaliteitsvolle communicatie kan de emotionele verbondenheid binnen een koppel vergroten en dat werkt preventief voor seksuele problemen op langere termijn. Een stevige relationele basis is belangrijk voor het vertrouwen in de seksuele beleving, net zoals de aandacht voor intimiteit, het (her)verkennen van elkaars lichaam en het opbouwen van seksuele handelingen. Het is belangrijk dat koppels beseffen dat dit tijd en aandacht vraagt, van beide kanten.

Rol van de zorgverlener

Zorgverleners moeten het belang van seksualiteit erkennen en koppels (vrouw én partner) informeren over de mogelijke gevolgen van een bevalling, de hormonale veranderingen, de impact van borstvoeding op seksualiteit, de impact van een baby op de relatie, de mogelijke gevoelens die een invloed hebben op het seksueel

¹¹⁹ Bucher MK, Spatz DL. Ten-year systematic review of sexuality and breastfeeding in medicine, psychology, and gender studies. Nurs Womens Health 2019;23(6):494-507.

welbevinden en wat koppels zelf kunnen doen om dit aan te pakken ¹²⁰. Wanneer een koppel bezorgdheden heeft met betrekking tot het seksueel welbevinden, moeten zij hiermee terecht kunnen bij de zorgverlener, ook al is dit geen gemakkelijk onderwerp.

Zorgverleners moeten er zich van bewust zijn dat aanhoudende perineale pijn aanleiding kan geven tot psychoseksuele problemen en spanningen rond seksualiteit. Behalve begeleiding bij seksuele stoornissen in de strikte zin spelen ook eerstelijnszorgverleners een belangrijke rol bij seksuele ontevredenheid.

Seksuele ontevredenheid kent ook zijn oorsprong in de 'mismatch' van noden tussen het koppel, onder andere het moment waarop iemand zin heeft in seks, in welke intieme of seksuele handelingen iemand zin heeft... Dat is zelden identiek bij 2 personen op hetzelfde moment. Deze 'mismatch' kan worden versterkt tijdens een groot transitiemoment zoals de perinatale periode. Het is volkomen normaal dat koppels hierin moeilijkheden kunnen ondervinden en in dat geval informatie, geruststelling, advies en/of begeleiding nodig hebben.

Ondanks de daling van het seksuele verlangen/libido van de vrouw in de postpartumperiode en er bij de meeste vrouwen minder nood is aan penetratieseks, zeker in die eerste weken, is er geen verminderde nood aan (seksuele) intimiteit en verbinding (knuffelen, lepeltje liggen, huid op huid, strelen, kussen...). Partners/mannen gaan vaak net die emotionele verbinding zoeken via seksualiteit (penetratieseks) en drukken hun liefde voor hun partner vaak uit via seks. De vrouw kan omwille van veel redenen geen zin hebben in penetratieseks (verminderd fysiologisch verlangen, focus op de baby, vermoeidheid, geen emotionele connectie voelen) waardoor de partner zich afgewezen kan voelen en emotioneel kan afhaken. Dat vergroot het risico op een mismatch.

Om seksualiteit bespreekbaar te maken, kunnen artsen de '[Onder 4 Ogen-methode](#)' van Sensoa of het PLISSIT-model gebruiken.

In geval van problemen moet men de kraamvrouw verwijzen naar gespecialiseerde hulp (gynaecoloog, seksuoloog). Voor bekkenbodemspiertraining, dat een gunstig effect zou hebben op het seksueel functioneren in de postpartumperiode, kan de vrouw verwezen worden naar de kinesitherapeut. Dit mag echter niet het enige aanbod zijn voor de vrouw en haar partner.

¹²⁰

- Bucher MK, Spatz DL. Ten-year systematic review of sexuality and breastfeeding in medicine, psychology, and gender studies. *Nurs Womens Health* 2019;23(6):494-507.
- Rosenbaum TY, Padoa A. Managing pregnancy and delivery in women with sexual pain disorders. *J Sex Med* 2012;9(7):1726-35; quiz 36.

Informatie voor zorgverleners en patiënten is beschikbaar op:

- <https://www.allesoverseks.be>
- <https://seksualiteit.nl>
- <https://www.lalecheleague.nl>
- <https://www.uzleuven.be>
- rutgers.nl

Onderbouwing

Aanbeveling 1: Informeer de kraamvrouw en haar partner dat fysiek herstel (herstel van de baarmoederhals, stoppen van lochia, herstel van een scheur of episiotomie) noodzakelijk is alvorens penetratieseks te hervatten. Doorgaans is er herstel na 6 à 8 weken, maar dat kan variëren (**GPP**). Naast het fysieke herstel, is het evenzeer belangrijk dat het koppel mentaal of relationeel klaar is om penetratieseks te hervatten.

Dit GPP is gebaseerd op de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021 ¹²¹ en stoelt op consensus en expertopinie. Het GPP werd voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werd gevalideerd in de tweede ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van het GPP:

- Balans voor- en nadelen: de balans is in het voordeel van het GPP aangezien het voor de kraamvrouw en haar partner belangrijk is om te weten wanneer ze penetratieseks op een veilige manier kunnen hervatten. Het blijft belangrijk te duiden dat er niet alleen fysiek herstel nodig is om penetratieseks te hervatten, maar dat de kraamvrouw en haar partner hier ook beiden psychologisch klaar voor moeten zijn.
- Waarden en voorkeuren: er kan zowel bij zorgverleners als bij zorgvragers een taboe rusten op seksualiteit. Net daarom is het belangrijk om duidelijke informatie te geven over het hervatten van penetratieseks, zodat dit op een veilige manier gebeurt.
- Toepasbaarheid: dit GPP is toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

¹²¹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

Besluit: de stakeholders (zowel patiënten als zorgverleners) gaven aan nood te hebben aan duidelijke informatie over het hervatten van penetratieseks. Daarom wordt samengevat wanneer penetratieseks fysiek opnieuw kan, nl. na herstel van de baarmoederhals, scheur of episiotomie, en wanneer de lochia gestopt zijn. De herstelperiode neemt doorgaans 6 à 8 weken in beslag, maar dat kan variëren. Het blijft belangrijk te benadrukken dat het herstel niet alleen fysiek moet zijn, maar dat beide partners hiervoor ook psychologisch klaar moeten zijn. Dit GPP kwam tot stand door discussie met de experts, en werd goedgekeurd tijdens de Delphi-procedure.

Aanbeveling 2: Informeer de kraamvrouw en haar partner dat het seksuele functioneren in het postpartum wordt beïnvloed door biologische, psychologische en sociale factoren die aanleiding kunnen geven tot een verminderd seksueel verlangen, dyspareunie en seksuele ontevredenheid en geef hen informatie over mogelijke oplossingen (**GRADE 1C**). De voornaamste factoren zijn:

- Biologische factoren bij de vrouw:
 - Perineaal trauma (scheur, episiotomie, incontinentie, zwakte van bekkenbodemspieren...);
 - Borstvoeding (vaginale droogte, toegenomen gevoeligheid tepels, lekken van melk).
- Psychologische factoren bij de vrouw en haar partner:
 - Postpartumdepressie;
 - Angst (voor het wekken of niet horen van de baby, voor dyspareunie, voor een ongeplande zwangerschap);
 - Negatief zelfbeeld door een veranderd lichaam na de zwangerschap;
 - Vermoeidheid (impact vaak > bij vrouwen die borstvoeding geven);
 - Interpersoonlijke relatie tussen de partners (verlangen geassocieerd met o.a. het voelen van intimiteit en het ervaren van praktische en emotionele steun).
- Sociale factoren bij de vrouw en haar partner:
 - Veranderde rol en aanpassingen aan het ouderschap;
 - Toegenomen verantwoordelijkheid;
 - Veranderde levensstijl.

De aanbeveling is afkomstig uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021 ¹²². De experts en stakeholders betrokken bij deze richtlijnen oordeelden dat deze aanbeveling niet voldeed aan de zorgnoden van de patiënten of aan wat de zorgverleners nodig achtten. Daarom gebeurde een bijkomende literatuurzoektocht, specifiek naar seksualiteit in het postpartum, meer bepaald naar beïnvloedende

¹²² Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

factoren op de seksualiteit in het postpartum en het voorkomen van dyspareunie in het postpartum. Deze zoektocht kon onderstaand wetenschappelijk bewijs identificeren:

- In hun goed uitgevoerde systematische review uit 2021 onderzochten Cattani et al.¹²³ de risicofactoren voor seksuele disfunctie in het eerste jaar na de bevalling. De review includeerde vergelijkende studies die gevalideerde vragenlijsten en de ICS/IUGA-terminologie voor seksuele disfunctie, dyspareunie en vaginale droogte gebruikten. De kwaliteit en het risico op bias van de geïnccludeerde studies werden beoordeeld met de Newcastle-Ottawa-schaal; de studieheterogeniteit werd beoordeeld met behulp van de I^2 van Higgins. Uit de resultaten blijkt dat een letsel aan de anale sfincter geassocieerd was met een verhoogde kans op zowel seksuele disfunctie (OR 3; 95%-BI 1,28-7,03) als dyspareunie (OR 1,92; 95%-BI 1,47-2,52). Episiotomie was geassocieerd met dyspareunie (OR 1,64; 95%-BI 1,25-2,14), maar niet met seksuele disfunctie (OR 1,90; 95%-BI 0,94-3,84). Vergeleken met een vaginale bevalling verminderde een keizersnede de kans op dyspareunie (OR 0,68; 95%-BI 0,54-0,86), maar niet op seksuele disfunctie (OR 1,14; 95%-BI 0,89-1,46). Een instrumentele vaginale bevalling verhoogde de kans op seksuele disfunctie (OR 1,70; 95%-BI 1,05-2,76), maar er was geen verschil voor dyspareunie (OR 1,82; 95%-BI 0,88-3,75). De auteurs concluderen dat perineaal trauma, eerder dan de wijze van bevallen, de kans verhoogt op seksuele disfunctie in het eerste jaar na de bevalling.
- De goed uitgevoerde systematische review van Crookall et al. uit 2018¹²⁴ onderzocht kwalitatieve, kwantitatieve en mixed-methodsstudies over de ervaringen van vrouwen met perineaal trauma tijdens de bevalling en de impact ervan op het emotioneel welzijn. Er werden 11 kwalitatieve studies, 22 kwantitatieve studies en 1 mixed methods studie opgenomen in de review. Uit de thematische synthese van de studies werden telkens 5 thema's afgeleid:
 - kwalitatieve studies: (1) mysterie van perineaal trauma; (2) de ellende van perineale hechting; (3) het perineum in de postnatale periode; (4) de normalisatie en het zich afgewezen voelen; (5) de aanpassing aan een nieuw normaal (coping en compromis);
 - kwantitatieve studies: (1) bevallingservaring (n=4); (2) seksueel functioneren (n=12); (3) sociaal functioneren (n=2); (4) psychologisch welzijn (n=8) en (5) kwaliteit van leven (n=5).

Twee kwalitatieve studies beschrijven hoe incontinentie het sociale en seksuele functioneren beïnvloedt en dat seksuele problemen na een perineaal trauma

¹²³ Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, et al. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2022;129(7):1017-1028.

¹²⁴ Crookall R, Fowler G, Wood C, Slade P. A systematic mixed studies review of women's experiences of perineal trauma sustained during childbirth. J Adv Nurs 2018. doi: 10.1111/jan.13724. Epub ahead of print. PMID: 29791012.

complex en veelzijdig zijn. Twaalf kwantitatieve studies onderzochten de impact van perineaal trauma op het seksueel functioneren en gebruikten verschillende meetmethodes. Dat kan verklaren waarom soms wel en soms geen associatie werd gevonden met seksuele disfunctie. De impact van perineaal trauma is groter tijdens de eerste maanden, en verdwijnt bij de meeste vrouwen na verloop van tijd.

- De goed uitgevoerde systematische review van Grussu et al. uit 2021 ¹²⁵ includeerde 11 studies die het seksueel functioneren tijdens de zwangerschap en na de bevalling onderzochten. De resultaten werden onderverdeeld in 2 categorieën: seksuele gezondheid tijdens zwangerschap en seksuele gezondheid in de postpartumperiode. De seksuele activiteit werd hervat rond 6-8 weken na de bevalling, om pas na 6 maanden volledig te herstellen. Tegelijkertijd werd, in vergelijking met voor de zwangerschap, een verandering in het seksueel functioneren vastgesteld (meer perineale pijn en dyspareunie, minder seksueel verlangen, verlaagde seksuele opwinding, minder intense en kortere orgasmes) tijdens de eerste 3 maanden postpartum, met een graduele verbetering in de eerste zes maanden postpartum. Het veranderd seksueel functioneren heeft te maken met de bevallingswijze (vaginale bevalling geeft vaker perineaal trauma en dyspareunie), met borstvoeding en hormonale veranderingen (grotere borsten, vaginale droogte, minder verlangen in seks, het al dan niet exclusief borstvoeding geven en de tijd dat borstvoeding gegeven wordt) en met postpartumdepressie. Zorgverleners moeten koppels dus adequaat informeren over de normale schommelingen in de seksuele activiteit, interesse, verlangen en ontvankelijkheid in de loop van de zwangerschap en na de bevalling. Gezamenlijke counseling geniet de voorkeur.
- De systematische review van systematische reviews en meta-analyses van Hajimirzaie et al. uit 2021 ¹²⁶, die methodologisch goed werd uitgevoerd, tracht om een biopsychosociaal model uit te werken voor de beoordeling van het seksueel functioneren van koppels in de postpartumperiode. Ze includeerden 9 systematische reviews gepubliceerd tussen 2010 en 2019, waarvan 5 met een meta-analyse of meta-synthese. Alle studies onderzochten biologische factoren, 5 studies psychologische factoren en 5 studies sociale factoren. Door het soort studies en het verschil in gebruikte meetmethoden, kon er geen pooling van de resultaten gebeuren. Uit de geïnccludeerde studies bleken volgende factoren geassocieerd te zijn met seksuele disfunctie in het postpartum:

¹²⁵ Grussu P, Vicini B, Quatraro RM. Sexuality in the perinatal period: a systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sex Reprod Healthc* 2021;30:100668.

¹²⁶ Hajimirzaie SS, Tehranian N, Razavinia F, et al. Evaluation of couple's sexual function after childbirth with the biopsychosocial model: a systematic review of systematic reviews and meta-analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2021;26(6):469-478.

1. Factoren gerelateerd aan het vrouwelijke seksueel functioneren in het postpartum:

○ biologische factoren:

- Bevallingswijze/ernstige morbiditeit: 12 maanden na de bevalling kwam dyspareunie nog steeds voor, ongeacht de aanwezigheid van een perineaal trauma. Vaginale bevallingen kunnen perineale trauma veroorzaken (perineale scheuren graad III of IV, aandoeningen van de bekkenbodemspieren, beschadiging (uitrekken of soms scheur) van de nervus pudendus, urine- en/of fecale incontinentie). Bij instrumentele vaginale bevallingen (vacuüm of forceps) stelde men postpartum vaker seksuele disfunctie en een verlaagde levenskwaliteit vast. Keizersnede bleek geen beschermende factor voor seksuele disfunctie in het postpartum. Integendeel, vrouwen die vaginaal waren bevallen, hadden hogere gemiddelde scores voor verlangen, orgasme en seksuele tevredenheid.
- Borstvoeding: lage oestrogeen-, progesteron- en androgeenspiegels en hoge prolactine- en oxytocinespiegels kunnen aanleiding geven tot verminderde vaginale lubricatie, verminderde congestie van bloedvaten, vaginale droogte, atrofie van de vaginale epithelium, toegenomen gevoeligheid van de tepels en het lekken van melk. Daardoor kan het seksuele verlangen dalen, met mogelijk meer dyspareunie en seksuele ontevredenheid.

○ Psychologische factoren:

- Postpartumdepressie: psychologische veranderingen na de bevalling en een depressie kunnen een belangrijke rol spelen in de seksuele disfunctie in het postpartum en de seksuele tevredenheid doen afnemen.
- Vermoeidheid: kan ontstaan door de zorg voor de baby, de melkproductie en slaapgebrek en heeft een impact op het hervatten van seks, het verlangen en de intieme relaties (vooral bij vrouwen die borstvoeding geven).
- Angst: angst over de nieuwe/veranderde rol als ouder, angst om de baby wakker te maken of om de baby niet te horen, angst voor dyspareunie bij het hervatten van seks hebben een impact op het seksueel functioneren, het verlangen, orgasmes en intieme relaties in het postpartum. Een onafhankelijke risicofactor voor seksuele disfunctie postpartum is de angst voor een nieuwe ongeplande zwangerschap.
- Zelfbeeld: een negatief zelfbeeld na de bevalling, geassocieerd met gewichtstoename, veranderde borsten, striae, varices, slaaptekort en

het gevoel onaantrekkelijk te zijn, heeft een impact op het seksueel functioneren, het verlangen en de intieme relaties in het postpartum.

- Andere: de meeste vrouwen zetten het vroegere patroon van seksuele activiteit verder na de bevalling. Pijnlijke betrekkingen en dyspareunie vóór de bevalling zijn geassocieerd met een latere hervatting van de seksuele betrekkingen, toegenomen dyspareunie, verminderd verlangen en seksuele ontevredenheid in het puerperium. Huwelijksduur, seksuele inactiviteit tijdens het eerste trimester van de zwangerschap, tijd tot de eerste seksuele betrekkingen en de frequentie van de betrekkingen (coïtus) na de bevalling kunnen het seksuele functioneren in het postpartum beïnvloeden.
- Sociale factoren: de overgang naar nieuwe rollen en de aanpassingen aan het ouderschap, de toegenomen verantwoordelijkheden, de veranderde levensstijl, de etnische opvattingen over seksualiteit en seksuele betrekkingen beïnvloeden op het seksueel functioneren in het postpartum.
- Interpersoonlijke relaties: het seksuele verlangen van vrouwen na de bevalling was het sterkst geassocieerd met hoe hecht of intiem ze zich voelden met hun partner en hun perceptie van het seksueel verlangen van hun partner. De hoeveelheid steun (vooral emotioneel en praktisch) en het bespreken van angst en stress kunnen een rol spelen in de seksuele gezondheid en het verlangen naar elkaar vergroten.

2. Factoren gerelateerd aan het *mannelijke* seksueel functioneren in het postpartum ¹²⁷:

- Sociale factoren: de uitdagingen van het vaderschap en de aanpassing aan veranderde rollen, de toegenomen verantwoordelijkheid en de sociaal-culturele status kunnen het seksuele functioneren en de tevredenheid van mannen in de postpartumperiode beïnvloeden. Er is geen significante associatie tussen de bevallingswijze en seksuele disfunctie van de mannelijke partner in het postpartum.
- Psychologische factoren:
 - de bevalling als traumatisch ervaren kan een belangrijke impact hebben op het seksueel functioneren.
 - bezorgdheid om de partner pijn te doen.
- Biologische factoren: verandering in de testosteron-, prolactine- en oxytocinespiegels.

¹²⁷ Hoewel het mannelijke seksueel functioneren in de perinatale periode een belangrijk gegeven is, belichten we deze niet uitvoerig in deze richtlijn aangezien de focus ligt op de postpartumperiode tot 8 weken na de bevalling. Meer info over het mannelijke seksueel functioneren is terug te vinden in het boek: Geuens S, Mivsek AP, Gianotten WL. Midwifery and Sexuality. Springer: 2023. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-18432-1> (Open Access).

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van de aanbeveling:

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: lage zekerheid van bewijs, maar wel veelvuldig en consistent; het lijkt onwaarschijnlijk dat nieuw bewijs de risicofactoren op seksuele disfunctie in het postpartum zal wijzigen. Mogelijk toont nieuwe literatuur nog meer oorzaken aan.
- Balans voor- en nadelen: het vroegtijdig informeren van de vrouw en haar partner over de biologische, psychologische en sociale factoren die de seksualiteit in het postpartum beïnvloeden, heeft als voordeel dat beiden weten waar ze mogelijk aan toe zijn en wat normaal is en wat niet. Die kennis werkt preventief waardoor mogelijke seksuele problemen door psychologische factoren (stress, angst...) kunnen worden verminderd en de verwachtingen over seksualiteit, de seksualiteit zelf (met de nodige tips) en de levenskwaliteit kunnen verbeteren. De aanbeveling heeft duidelijke voordelen en geen nadelen.
- Waarden en voorkeuren: er is mogelijk een taboe m.b.t. het bespreken van seksualiteit, zowel bij de zorgvragers als bij de zorgverlener. Door deze factoren hier te benoemen, heeft de zorgverlener een leidraad om dit onderwerp aan te kaarten. De zorgvragers zijn geïnformeerd zonder dat ze zich over hun schroom heen hebben moeten zetten. Het gaat om algemene informatie waarvan het weinig waarschijnlijk is dat ze botst met waarden en voorkeuren van patiënten of zorgverleners.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: er zijn 4 recente (2018-2022) en methodologisch goed uitgevoerde systematische reviews van observationele studies die de risicofactoren voor seksuele disfunctie tijdens het postpartum beschrijven. Ze kunnen worden onderverdeeld volgens het biopsychosociaal model, met 1) *biologische factoren* bij de vrouw (perineale trauma bijv. ten gevolge van een scheur, episiotomie, incontinentie en/of verzwakte bekkenbodemspieren), 2) *psychologische factoren* bij de vrouw en haar partner, zoals postpartumdepressie, angst (bijv. voor het wekken of niet horen van de baby, angst voor dyspareunie, voor een ongeplande zwangerschap...), negatief zelfbeeld door het veranderde lichaam na de zwangerschap, vermoeidheid (vaak >impact bij vrouwen die borstvoeding geven) en de relatie tussen de partners (verlangen geassocieerd met o.a. het voelen van intimiteit en het ervaren van praktische en emotionele steun), 3) *sociale factoren* bij de vrouw en haar partner zoals de veranderde rol, aanpassingen aan het ouderschap, de toegenomen verantwoordelijkheid en de veranderde levensstijl. Deze benadering kan zorgen voor realistische verwachtingen, inzicht vanwege de kraamvrouw en haar partner, en kan preventief werken om seksuele ontevredenheid te voorkomen. De aanbeveling kreeg een GRADE 1C.

Aanbeveling 3: Informeer de kraamvrouw en haar partner dat dyspareunie veel voorkomt in het postpartum, ongeacht de bevallingswijze, maar met de tijd mindert (**GRADE 1B**).

De aanbeveling is afkomstig uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021 ¹²⁸. De experts en stakeholders betrokken bij deze richtlijnen oordeelden dat deze aanbeveling niet voldeed aan de zorgnoden van de patiënten of aan wat de zorgverleners nodig achtten. Daarom gebeurde een bijkomende literatuurzoektocht, specifiek naar seksualiteit in het postpartum, meer bepaald naar beïnvloedende factoren op de seksualiteit in het postpartum en het voorkomen van dyspareunie in het postpartum. Deze zoektocht kon onderstaand wetenschappelijk bewijs identificeren:

- De goed uitgevoerde systematische review van Banaei et al. van 2021 ¹²⁹ includeerde 22 observationele studies met 11.457 vrouwen die de prevalentie van dyspareunie in de postpartumperiode onderzochten. Studieheterogeniteit en publicatiebias werden beoordeeld aan de hand van respectievelijk de I^2 van Higgins en de Egger-Begg-test. De totale geschatte prevalentie van dyspareunie bedroeg 35% (95%-BI 29%-41%), en 42% (95%-BI 26%-60%) op 2 maanden, 43% (95%-BI 36%-50%) tussen 2-6 maanden en 22% (95%-BI 15%-29%) tussen 6-12 maanden postpartum. Er was geen significante bias van de gegevens met betrekking tot de prevalentie van dyspareunie in het postpartum ($p=0,466$). De prevalentie van dyspareunie nam geleidelijk af naarmate de duur van het postpartum toenam.
- De goed uitgevoerde systematische review met meta-analyse van Manresa et al. van 2019 ¹³⁰ onderzocht de incidentie van perineale pijn en dyspareunie na een spontane vaginale bevalling met intact perineum, perineaal trauma (1e of 2e graad) of episiotomie. Er werden 18 studies geïnccludeerd (8 RCT's en 10 niet gerandomiseerde studies) die alle de incidentie van perineale pijn of dyspareunie na een spontane vaginale bevalling rapporteerden. Negen studies beschikten over gegevens m.b.t. dyspareunie bij 1.468 vrouwen voor een meta-analyse (97,7% van het totaal). Twaalf studies beschikten over gegevens m.b.t. perineale pijn bij 2.113 vrouwen voor een meta-analyse (67,4% van het totaal). Van 16 studies (3.133 vrouwen) kon een meta-analyse gebeuren. Uit de resultaten blijkt dat vrouwen op dag 2 postpartum bijna dezelfde incidentie van perineale pijn ervoeren, ongeacht de aanwezigheid van een perineaal trauma. Tussen 4-10 dagen postpartum was

¹²⁸ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹²⁹ Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet* 2021;153(1):14-24.

¹³⁰ Manresa M, Pereda A, Bataller E, et al. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2019;30(6):853-868.

er een significante vermindering van de incidentie van perineale pijn bij zowel aan- als afwezigheid van perineaal trauma. Episiotomie ging gepaard met het hoogste percentage perineale pijn. De incidentie van dyspareunie was hoog bij hervatting van de seksuele betrekkingen na een spontane vaginale bevalling met intact perineum. Na 12 maanden hadden vrouwen nog steeds last van dyspareunie, ongeacht de aanwezigheid van een perineaal trauma. De auteurs besluiten dat vrouwen na een spontane vaginale bevalling perineale pijn en dyspareunie ervaren ongeacht de aan- of afwezigheid van een perineaal trauma, maar dat de incidentie hoger is in geval van een perineaal trauma.

- De goed uitgevoerde systematische review met meta-analyse van Marvi et al. van 2022 ¹³¹ onderzocht de associatie tussen de bevallingswijze en dyspareunie op basis van 23 epidemiologische studies gepubliceerd tot juli 2019. De OR van dyspareunie van gelijk welke wijze van bevalling ten opzichte van een intacte bevalling (zonder knip, scheur...) was 1,63 met een 95%-BI 1,39-1,92) ($p < .000$). De I^2 was 50,2% ($p = .00$), wat aantoont dat er belangrijke verschillen zijn tussen de geïnccludeerde studies. Om met deze heterogeniteit om te gaan, werd een random-effectsmodel gebruikt voor bevallingswijze en -tijd. Dyspareunie verschilde naargelang de wijze van bevalling, maar dat verschil was niet statistisch significant. Wat de bevallingswijze betreft, werd er een verschil gevonden tussen een instrumentele vaginale bevalling en een keizersnede, maar ook dat was niet significant. Meer studies met een grotere steekproefgrootte en met een beter onderscheid tussen bevallingswijze en tijd zijn nodig.

Overwegingen

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: lage zekerheid van bewijs, maar wel veelvuldig en consistent; het lijkt onwaarschijnlijk dat nieuw bewijs zal tegenspreken dat dyspareunie veel voorkomt in het postpartum en afneemt met de tijd. Gezien de inclusie van in totaal 25.727 vrouwen is er een aanzienlijk grootte-effect. Daardoor werd de kwaliteit van het bewijs, ondanks het type studies, geüpgraded van C naar B.
- Balans voor- en nadelen: het vroegtijdig informeren van de vrouw en haar partner over het veelvuldig voorkomen, maar ook afnemen van dyspareunie, heeft als voordeel dat zowel de vrouw als haar partner weten waar ze mogelijk aan toe zijn. Deze kennis werkt preventief zodat mogelijke seksuele problemen door psychologische factoren (stress, angst...) kunnen worden verminderd en de verwachtingen over seksualiteit de levenskwaliteit kunnen verbeteren. De aanbeveling heeft duidelijke voordelen en geen nadelen.

¹³¹ Marvi N, Heidarian Miri H, et al. The association of mode of delivery and dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol 2022;42(3):361-369.

- Waarden en voorkeuren: het gaat om algemene informatie waarvan het weinig waarschijnlijk is dat ze botst met waarden en voorkeuren van patiënten of zorgverleners. Zorgverleners moeten educatie krijgen rond het bespreken van seksualiteit in de postpartumperiode.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: er zijn 3 recente (2019-2022) en methodologisch goed uitgevoerde systematische reviews, waarvan 2 met een meta-analyse met inclusie van in totaal 25.727 vrouwen. Gezien het grote aantal geïnccludeerde vrouwen is er een aanzienlijk grootte-effect. Daardoor werd de kwaliteit van het bewijs, ondanks het type studies, geüpgraded van C naar B. De studies tonen aan dat dyspareunie, ongeacht de bevallingswijze, veel voorkomt in het postpartum en afneemt met de tijd. Dat is een belangrijk inzicht en kan de kraamvrouw en haar partner geruststellen. Dat kan angst, seksuele ontevredenheid en een verlaagde levenskwaliteit voorkomen. De aanbeveling kreeg een GRADE 1B.

Aanbeveling 4: Maak seksualiteit bespreekbaar en verwijst de kraamvrouw bij problemen naar de gespecialiseerde hulp (**GPP**).

Dit GPP is gebaseerd op de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021¹³² en stoelt op consensus en expertopinie. Het GPP werd voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werd gevalideerd in de eerste ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van het GPP:

- Balans voor- en nadelen: de balans is duidelijk in het voordeel van de aanbeveling aangezien het vroegtijdig bespreekbaar maken van seksualiteit problemen kan voorkomen, en de drempel kan verlagen voor de kraamvrouw en haar partner om zo nodig verdere hulp te vragen.
- Waarden en voorkeuren: Zowel bij zorgverleners als zorgvragers kan er taboe rusten op seksualiteit. Zorgverleners kunnen nood hebben aan opleiding rond het bespreekbaar maken van seksualiteit in het algemeen en specifiek in het postpartum omdat ze meer vertrouwd geraken met het onderwerp. Indien zorgverleners zich niet in staat voelen om hier passend mee om te gaan, of onvoldoende expertise bezitten, is het belangrijk dat zij zich gesteund voelen om de zorgvrager te verwijzen naar gespecialiseerde hulp. Afhankelijk van de nood (somatisch, psychologisch, educatie...) kan worden verwezen naar zowel

¹³² Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

seksuologen als artsen (huisartsen en gynaecologen) en kinesitherapeuten met expertise.

- Toepasbaarheid: dit GPP is breed toepasbaar in de eerstelijnszorg in België mits educatie rond communicatieve vaardigheden om een gesprek te starten rond seksualiteit. Aangezien er seksuologen zijn, die specifiek werken met koppels in het postpartum, is een verwijzing mogelijk. Het is onduidelijk of er voldoende beschikbaarheid is van zorgverleners met expertise en wat de kostprijs kan zijn voor de patiënt.

Besluit: de stakeholders (zowel patiënten als zorgverleners) gaven aan dat seksualiteit in het algemeen, maar vooral in het postpartum, een belangrijk onderwerp is dat in de huidige richtlijnen niet voldoende aan bod komt. De experts concludeerden dat zorgverleners seksualiteit zeker moet bespreken en zo nodig doorverwijzen naar gespecialiseerde hulp. Deze hulp is in België beschikbaar. Dit GPP kwam tot stand door discussie met de experts, en werd goedgekeurd tijdens de Delphi-procedure.

2. [Gezinsplanning](#)

Aanbevelingen

7. Bespreek met de kraamvrouw én haar partner de mogelijke anticonceptiemethoden, haar voorkeur, verwachte therapietrouw en persoonlijke situatie (**GPP**).
8. Een vrouw die minder dan 21 dagen geleden bevallen is, hoeft geen anticonceptie te gebruiken (**GRADE 1C**).
9. Adviseer een vrouw die langer dan 21 dagen geleden bevallen is geen penetratieseks te hebben of aanvullende anticonceptie te gebruiken, tenzij de Lactatie Amenorroe Methode (LAM) wordt toegepast (**GRADE 1C**).
10. Informeer de borstvoedende kraamvrouw dat de LAM-methode slechts betrouwbaar is onder volgende strikte voorwaarden: exclusief borstvoeden en op vraag, amenorroe en <6 maanden postpartum (**GRADE 1B**).
11. Gebruik bij voorkeur geen combinatiepreparaten bij borstvoedende vrouwen <6 weken postpartum (**GRADE 2B**).
12. Raad vrouwen af te wachten om anticonceptie te gebruiken tot de menstruatie terug op gang komt wegens het verhoogde risico op een ongeplande zwangerschap (**GRADE 1B**).

Toelichting

Algemene principes

Gezinsplanning is een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorg en heeft een impact op zowel de kraamvrouw en haar partner, het gezin als de maatschappij. Gezinsplanning in de postpartumperiode wordt door de WHO gedefinieerd als het voorkomen van een ongeplande zwangerschap of kort opeenvolgende zwangerschappen in het eerste jaar na de bevalling.

Bij het bespreken van de gezinsplanning en de mogelijke anticonceptiemethoden moet men rekening houden met de medische voorgeschiedenis van de kraamvrouw, het geven van borstvoeding en een mogelijk volgende kinderwens ¹³³. Het contraceptivum wordt idealiter gekozen in functie van de voorkeur van de kraamvrouw én haar partner. Op die manier neemt het koppel gezamenlijk de verantwoordelijkheid rond gezinsplanning.

Een vrouw die minder dan 21 dagen geleden bevallen is, hoeft in principe geen anticonceptie te gebruiken ¹³⁴. Een vrouw die langer dan 21 dagen geleden bevallen is, is daarentegen mogelijk opnieuw vruchtbaar; de ovulatie herstart immers gemiddeld 39 dagen na de bevalling bij vrouwen die geen borstvoeding geven ¹³⁵. Om een ongeplande of kort op elkaar volgende zwangerschap te vermijden, moet het koppel een vorm van anticonceptie gebruiken, zoals een hormoonpreparaat, een intra-uterien device (IUD), de barrièremethode, een natuurlijke gezinsplanningsmethode of sterilisatie.

Tabel 5 (volgende blz.) toont een overzicht van de mogelijke contraceptiva, samen met de Pearl-index.

¹³³ Dam A, Yeh PT, Burke AE, Kennedy CE. Contraceptive values and preferences of pregnant women, postpartum women, women seeking emergency contraceptives, and women seeking abortion services: A systematic review. *Contraception* 2022;111:39-47.

¹³⁴ Peremans L van Leeuwen E, Delvaux N, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. *Huisarts Nu* 2012;41:S1-S32.

¹³⁵ Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. [Post-partum contraception: Guidelines for clinical practice]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015;44(10):1127-34.

Tabel 5: Praktische betrouwbaarheid anticonceptiemethoden (Pearl-index) en aandachtspunten ¹³⁶.

	Pearl-index	Aandachtspunten
Combinatiepreparaten	<ul style="list-style-type: none"> • Combinatiepil (COC) (0,3-0,5) • Vaginale ring (0,7) • Pleister (0,7) 	NIET <6 weken indien <ul style="list-style-type: none"> • borstvoeding • verhoogd risico op diepveneuze trombose
progestageenpreparaten	<ul style="list-style-type: none"> • Minipil (1-5) • Prikpil (0,3-0,6) • Implanon (0,03) 	Prikpil >6 weken indien borstvoeding
Natural Family Planning (NFP)/klassieke methoden	<ul style="list-style-type: none"> • Kalendermethode (25) • Methode Billings (15-35) • Temperatuurmethode (2-7) • NFP/symptothermaal (7-16) • Coïtus interruptus (6-38) 	
Barrièremethode	<ul style="list-style-type: none"> • Condoom (2-28) • Vrouwencondoom (5-15) 	
IUD	<ul style="list-style-type: none"> • Hormoonspiraal (0,1- 0,2) • Koperspiraal (0,2-0,5) 	
LAM-methode	<ul style="list-style-type: none"> • 0 tot 4 maanden(0,3) • 5- 6 maanden (3-16) 	Strikte regels: <ul style="list-style-type: none"> • Exclusief borstvoeding • Borstvoeding op verzoek • Amenorroe • <6 maanden postpartum

Bespreek met de kraamvrouw de werking en het gebruik van de contraceptiva en hun respectieve Pearl-index. Het NHG, Thuisarts.nl en Patiëntfederatie Nederland ontwikkelden handige keuzekaarten voor patiënten:

- [keuzekaart voor voorbehoedsmiddelen die goed beschermen tegen zwangerschap](#)
- [keuzekaart voor een voorbehoedsmiddel zonder hormonen](#)
- [Anticonceptiekeuzehulp - Seksualiteit](#)
- [Anticonceptie | allesoverseks.be - van Sensoa](#)

¹³⁶

- World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) KS. Family Planning - A global handbook for providers. Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2022.
- Draaiboek Consult seksuele gezondheid – deeldraaiboek 11 – anticonceptie. RIVM, 2016. Beschikbaar via: <https://lci.rivm.nl/sites/default/files/2018-11/Consult%20seksuele%20gezondheid%20-%20Deeldraaiboek%2011%20-%20Anticonceptie.pdf>

Hormonale anticonceptie

Bij het opstarten van hormonale anticonceptie moet men steeds rekening houden met de absolute contra-indicaties en niet alleen met de postpartumperiode. Ook moet altijd worden gecontroleerd of de kraamvrouw niet opnieuw zwanger is (als ze penetratieseks heeft hervat). Hormonale anticonceptie wordt onderverdeeld in oestroprogestagene combinaties en progestagenen (oraal gebruik).

OESTROPROGESTAGENE COMBINATIES

De oestroprogestagene combinaties zijn in België verkrijgbaar onder de vorm van de combinatiepil (of COC), de vaginale ring en de transdermale pleister en zijn zeer betrouwbare anticonceptiemiddelen met een Pearl-index tussen 0,35 en 0,7.

Omdat deze preparaten ook oestrogenen bevatten, moet er rekening worden gehouden met:

- de mogelijke invloed op borstvoeding: deze staat niet vast; men gaat ervan uit dat de melkproductie na 6 weken sowieso stabiel genoeg is om niet onherstelbaar beïnvloed te worden door oestrogenen ¹³⁷. Daarom worden deze preparaten doorgaans niet aanbevolen tijdens de eerste 6 weken na de bevalling bij borstvoedende vrouwen (exclusief borstvoeden). Bij gedeeltelijke borstvoeding, indien er geen andere mogelijkheid is, kunnen COC wel worden gegeven.
- het mogelijke verhoogde risico op een veneuze trombo-embolie (VTE) in de postpartumperiode: bij kraamvrouwen met obesitas en een verminderde mobiliteit is er de eerste 6 weken na de bevalling een verhoogd risico op een veneuze trombo-embolie (VTE) (diepveneuze trombose (DVT) of longembolie (LE)). In dat geval wordt het gebruik van combinatiepreparaten eveneens afgeraden in de eerste 6 weken van het postpartum.

PROGESTAGENEN

Progestagenen zijn in België verkrijgbaar onder de vorm van de minipil of de Progestogen-Only Pill (POP), de prikpil (subcutaan of intramusculair) en het implantaat, ook wel staafje genoemd. Het hormoonspiraal wordt hieronder besproken.

De minipil of POP heeft een Pearl-index van 1-5, dus beduidend lager dan die van de combinatiepil. Om de betrouwbaarheid optimaal te houden, moet extra aandacht gaan naar een correct gebruik: strikt dagelijks in te nemen, op hetzelfde uur, geen stopweek. De Pearl-index van de prikpil en het staafje zijn eveneens zeer laag. De

¹³⁷

- Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, et al. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. Cochrane Database Syst Rev 2015(3):CD003988.
- Tepper NK, Phillips SJ, Kapp N, et al. Combined hormonal contraceptive use among breastfeeding women: an updated systematic review. Contraception 2016;94(3):262-74.

gebruikster kan geen invloed uitoefenen op de werking, wat ervoor zorgt dat het betrouwbaar is.

Er zijn geen aanwijzingen dat de progestageenpreparaten een negatief effect hebben op de melkproductie ¹³⁸. Daarom kunnen ze <6 weken na de bevalling al worden opgestart bij borstvoedende vrouwen. Voor de prikpil wordt aanbevolen om te wachten tot 6 weken na de bevalling bij borstvoedende vrouwen.

Wordt een hormoonpreparaat 3 à 4 weken na de bevalling opgestart, dan zijn geen bijkomende maatregelen nodig. Dat geldt ook wanneer de kraamvrouw met een hormoonpreparaat start op de eerste dag van de menstruatie. Bijkomende maatregelen (onthouding of barrièremethode) zijn wel nodig als de kraamvrouw met het hormoonpreparaat start op een ander moment, en dit gedurende 2 dagen voor een POP, 7 dagen voor een COC (9 dagen voor de COC Qlaira®).

Sluit een zwangerschap uit wanneer het preparaat niet wordt gestart tijdens de menstruaties en penetratieseks al werd hervat.

Het spiraal of intra-uterien device (IUD)

Er zijn 2 soorten IUD's op de markt: het hormoonspiraal en het koperspiraal. Beide zijn zeer betrouwbaar. De Pearl-index voor het hormoonspiraal is 0,1-0,2 en voor het koperspiraal 0,2-0,5.

Uit bijkomend literatuuronderzoek blijkt dat het spiraal een veilige anticonceptiemethode is in de postpartumperiode, ook bij borstvoedende vrouwen. Het spiraal mag zowel bij vrouwen met een vaginale bevalling als een keizersnede worden geplaatst. De timing van plaatsing wordt afgestemd op de situatie van de kraamvrouw. In principe kan het spiraal meteen na de bevalling worden ingebracht. Echter, het risico op uitdrijving is volgens sommige studies tot driemaal hoger <6 weken postpartum en ook het risico op perforatie van de baarmoeder zou licht verhoogd zijn ¹³⁹.

¹³⁸

- Peremans L van Leeuwen E, Delvaux N, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. Huisarts Nu 2012;41:S1-S32.
- Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, et al. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception 2016;94(3):226-52.

¹³⁹

- Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. [Post-partum contraception: Guidelines for clinical practice]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2015;44(10):1127-34. 78.
- Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, et al. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2015(6):CD003036.
- Goldstuck ND, Steyn PS. Intrauterine contraception after cesarean section and during lactation: a systematic review. Int J Womens Health 2013;5:811-8.

Snelle plaatsing van een IUD (<48 uur na de bevalling) zal bij heel wat kraamvrouwen niet de voorkeur krijgen. Men moet dit voor de bevalling goed bespreken. Het voordeel van doeltreffende anticonceptie is in bepaalde situaties mogelijk belangrijker dan het verhoogde risico op uitdrijving:

- Kraamvrouwen in een precare situatie en/of met een grotere kans op het missen van een vervolgspraak bedoeld om anticonceptie op te starten (tienermoeders, vluchtelingen...);
- Kraamvrouwen die meteen een oplossing willen en zich niet meer willen bezighouden met de opstart van anticonceptie;
- Kraamvrouwen met een lage therapietrouw.

Natuurlijke methoden en barrièremethoden

Het is belangrijk om met het koppel te bespreken dat met natuurlijke methoden de kans op een ongeplande zwangerschap groter is. Barrièremethoden zoals een condoom voor mannen, een pessarium of een vrouwencondoom zijn eveneens minder doeltreffend dan andere methoden (hormonale anticonceptie of het spiraal) om een zwangerschap te voorkomen.

Het koppel moet bovendien informatie krijgen over de mogelijkheid van noodanticonceptie en het gebruik ervan na onbeschermd penetratieseks:

- Als anticonceptiemethode is de noodpil niet betrouwbaar en niet 100% doeltreffend. Hoe sneller ze wordt ingenomen na onbeschermd penetratieseks, hoe doeltreffender. De 'morning after pil' is verkrijgbaar in de apotheek zonder voorschrift.
- De klassieke noodpil moet <72 uur (3 dagen) worden ingenomen. EllaOne™ kan tot maximaal 120 uur (5 dagen) na onbeschermd penetratieseks worden ingenomen.
- Men kan ook kiezen voor een koperspiraal, te plaatsen <5 dagen na een onbeschermd seksueel contact.

-
- Sonalkar S, Kapp N. Intrauterine device insertion in the postpartum period: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2015;20(1):4-18.
 - Berry-Bibee EN, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. The safety of intrauterine devices in breastfeeding women: a systematic review. *Contraception* 2016;94(6):725-38.
 - Sothornwit J, Werawatakul Y, Kaewrudee S, et al. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4(4):CD011913.
 - Abdelhakim AM, Sunoqrot M, Amin AH, et al. The effect of early vs. delayed postpartum insertion of the LNG-IUS on breastfeeding continuation: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2019;24(5):327-36.

Daarnaast moeten koppels weten dat ze kunnen kiezen voor een zwangerschapsafbreking bij een ongeplande en ongewenste zwangerschap ¹⁴⁰.

LACTATIE AMENORROE METHODE (LAM)

Tijdens de eerste 6 borstvoedingsmaanden kan de vrouw kiezen voor de Lactatie Amenorroe Methode (LAM) op voorwaarde dat strikte regels worden toegepast ¹⁴¹. Gedurende de borstvoedingsperiode is de kraamvrouw minder vruchtbaar, maar LAM is slechts doeltreffend als volgende voorwaarden zijn ingevuld:

- De vrouw moet exclusief borstvoeding geven: de baby krijgt de borst op verzoek (dus niet op vaste tijden), dag én nacht, met tussenpozen van niet meer dan idealiter 4 uur (maximaal 1 keer per 24 uur mag men er 6 uur tussen laten);
- De baby krijgt geen bijvoeding, behalve eventueel een beetje water en vitaminen. Bijvoeding leidt tot minder lang drinken aan de borst, tot lagere prolactinespiegels en daardoor tot ovulatie;
- Bij bloedverlies >8 weken postpartum is er meer kans op bevruchting en moet een aanvullende anticonceptiemethode worden gebruikt ¹⁴². Raad vrouwen die borstvoeding geven aan niet te wachten met anticonceptie tot de menstruatie terug op gang komt omdat het risico op een ongeplande zwangerschap immers groot is ¹⁴³.

KALENDERMETHODE OF NATUURLIJKE FAMILIEPLANNING (NFP)

Niet elke vrouw kan of wil hormonale anticonceptie of steeds een barrièremethode gebruiken. Naast het koperspiraal kunnen ze kiezen voor de kalendermethode of natuurlijke familieplanning (NFP). Bij de kalendermethode wordt de vruchtbare periode berekend op basis van de eerste dag van de laatste menstruatie. Dat is alleen mogelijk bij een zeer regelmatige cyclus.

Bij NFP kijkt het koppel naar lichamelijke veranderingen om de vruchtbare periode (eisprong) vast te stellen. Volgende veranderingen wijzen op een vruchtbare periode:

- Stijging van de lichaamstemperatuur;
- Meer eiwitachtig cervixslijm met draden;
- Zachtere en meer open baarmoedermond.

¹⁴⁰ Hassoun D. [Natural Family Planning methods and barrier: CNGOF Contraception Guidelines]. Gynecol Obstet Fertil Senol 2018;46(12):873-82.

¹⁴¹ Peremans L van Leeuwen E, Delvaux N, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. Huisarts Nu 2012;41:S1-S32.

¹⁴² Peremans L van Leeuwen E, Delvaux N, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. Huisarts Nu 2012;41:S1-S32.

¹⁴³ Hassoun D. [Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines]. Gynecol Obstet Fertil Senol 2018;46(12):873-82.

Ook ovulatietests op urine kunnen worden gebruikt om de vruchtbare periode te kennen.

Men behoudt wel de natuurlijke menstruatiecyclus, maar het risico op een ongeplande zwangerschap is groter. Deze methode vraagt bovendien kennis, ervaring en zelfdiscipline. Voor vrouwen met een onregelmatige cyclus zijn deze methoden niet aangewezen.

Sterilisatie

Is er geen zwangerschapswens meer of is een volgende zwangerschap medisch onverantwoord, dan kan de vrouw tijdens de zwangerschap al kiezen om tijdens de (geplande) keizersnede te worden gesteriliseerd. Ook in de postpartumperiode kan een sterilisatie worden gepland. Sterilisatie van de man is eveneens mogelijk, maar valt buiten het bestek van deze richtlijn.

Onderbouwing

Aanbeveling 1: Bespreek met de kraamvrouw én haar partner de mogelijke anticonceptiemethoden, haar voorkeur, verwachte therapietrouw en persoonlijke situatie (**GPP**).

Dit GPP is gebaseerd op de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021 ¹⁴⁴ en stoelt op consensus en expertopinie en aangepast aan de context van de eerste lijn in België. Het GPP werd voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werd gevalideerd in de eerste ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van het GPP:

- Balans voor- en nadelen: de balans is in het voordeel van de aanbeveling aangezien de bespreking van alle mogelijke en gangbare anticonceptiemiddelen, de voor- en nadelen ervan, rekening houdend met de persoonlijke situatie van de vrouw en de therapietrouw de kraamvrouw (en eventueel haar partner) toelaat een geïnformeerde keuze te maken.
- Waarden en voorkeuren: idealiter wordt de anticonceptie met de partner besproken; zo worden de keuze en de verantwoordelijkheid samen gedragen. Aangezien de kraamvrouw de anticonceptie zal moeten gebruiken of ongepland zwanger kan geraken, mag het niet de bedoeling zijn dat de partner een beslissing opdringt waar de kraamvrouw niet achter staat. Er lijkt een tendens te zijn naar meer gebruik van hormoonvrije anticonceptie. Daarom is het belangrijk om

¹⁴⁴ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

zorgvragers ook over deze mogelijkheden te informeren, met inbegrip van mogelijke tips en valkuilen, op een gelijkwaardige manier. Ondanks een hogere Pearl-index, moet men de zorgvrager motiveren om zelf een geïnformeerde beslissing te nemen.

- Toepasbaarheid: deze aanbeveling is toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: de stakeholders (zowel patiënten als zorgverleners) gaven aan dat anticonceptie in de brede zin moet worden besproken en dat men rekening moet houden met alle (hormonale en niet-hormonale) anticonceptiemogelijkheden. Het is belangrijk de partner te betrekken zodat de verantwoordelijkheid samen gedragen wordt; het mag echter niet de bedoeling zijn dat de partner een keuze opdringt aan de kraamvrouw. De besproken anticonceptiemiddelen zijn beschikbaar in België. Er zijn overzichtelijke tools voorhanden om deze informatie te bespreken. De aanbeveling toepasbaar is in de eerstelijnszorg in België. Deze stelling kwam tot stand door discussie met de experts, en werd goedgekeurd tijdens de Delphi-procedure.

Aanbevelingen 2-6:

2. Een vrouw die minder dan 21 dagen geleden bevallen is, hoeft geen anticonceptie te gebruiken (**GRADE 1C**).
3. Adviseer een vrouw die langer dan 21 dagen geleden bevallen is geen penetratieseks te hebben of aanvullende anticonceptie te gebruiken, tenzij de Lactatie Amenorroe Methode (LAM) wordt toegepast (**GRADE 1C**).
4. Informeer de borstvoedende kraamvrouw dat de LAM-methode slechts betrouwbaar is onder volgende strikte voorwaarden: exclusief borstvoeden en op vraag, amenorroe en <6 maanden postpartum (**GRADE 1B**).
5. Gebruik bij voorkeur geen combinatiepreparaten bij borstvoedende vrouwen <6 weken postpartum (**GRADE 2B**).
6. Raad vrouwen af te wachten om anticonceptie te gebruiken tot de menstruatie terug op gang komt wegens het verhoogde risico op een ongeplande zwangerschap (**GRADE 1B**).

Bovenstaande aanbevelingen werden overgenomen uit de Cebam-gevalideerde richtlijn 'Hormonale anticonceptie' van Domus Medica ¹⁴⁵, met opvolgrapport in 2019 ¹⁴⁶. We verwijzen naar de oorspronkelijke richtlijn voor de onderbouwing.

¹⁴⁵ Peremans L van Leeuwen E, Delvaux N, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. Huisarts Nu 2012;41:S1-S32.

¹⁴⁶ [Opvolgrapport Richtlijn Hormonale anticonceptie, 2019](#)

Klinische vraag 5: Welke informatie en opvolging bij de voeding van de pasgeborene is nodig tijdens de postpartumperiode?

1. Algemene principes

Aanbeveling

Bespreek borstvoeding voor en na de geboorte: geef er informatie over en bied ondersteuning zodat ouders hierin een geïnformeerde keuze kunnen maken. Erken, bij het bespreken van de voeding van de pasgeborene, de emotionele, sociale, financiële en ecologische bezorgdheden van de ouders over de voedingsopties en respecteer hun keuzes (**GRADE 1C**).

Toelichting

De Belgische federale overheidsdienst Volksgezondheid volgt de strategieën van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en UNICEF omtrent de promotie van borstvoeding. Hierbij wordt 'exclusieve borstvoeding gedurende 6 maanden en voortzetting van de borstvoeding tot de leeftijd van 2 jaar of langer' aangemoedigd wegens de vele voordelen ervan, ten opzichte van kunstvoeding, voor de gezondheid van moeder en baby ¹⁴⁷.

Het is aangeraden om met kraamvrouwen de facilitatoren en barrières van borstvoeding te bespreken. Het doel is om ouders het belang van borstvoeding te laten begrijpen. Zo kunnen de start en de voortzetting van borstvoeding beter worden ondersteund. De gezondheid van moeder en kind heeft er baat bij.

Volgende voordelen kunnen worden benadrukt:

- Nutritioneel voordeel voor de baby aangezien borstvoeding een natuurlijke, complete voeding is voor een gezonde baby en uniek is voor de moeder-kindrelatie;
- Gezondheidsvoordelen voor de baby, bijv. minder luchtweg- en gastro-intestinale aandoeningen, lager risico op wiegendood;
- Gezondheidsvoordelen voor de vrouw, bijv. lager risico op eierstok- en borstkanker later in het leven.
- Troostend en kalmerend effect op de baby.

¹⁴⁷ [Borstvoeding, natuurlijk. Waarom? | FOD Volksgezondheid \(belgium.be\)](#)

- Preventie van obesitas bij de baby.

Ondanks het belang van borstvoeding, moeten gezinnen weten dat kunstvoeding een alternatief is wanneer borstvoeding niet gewenst en/of niet mogelijk is. Deze keuze is vrij en de zorgverlener moet die respecteren. Gezinnen die voor kunstvoeding kiezen, moeten gelijkwaardig worden behandeld met voldoende aandacht voor informatie en praktische ondersteuning.

Onderbouwing

Deze aanbeveling is overgenomen van de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021¹⁴⁸ en geadapteerd. De NICE-richtlijn gaat oorspronkelijk uit van 2 aparte aanbevelingen, met onderbouwing vanuit verschillende 'evidence reviews' (zie hieronder). Gezien de sterke link beslisten de auteurs om beide aanbevelingen samen te voegen:

- Evidence Review Q' beschrijft op basis van kwalitatief onderzoek welke facilitatoren en barrières worden ervaren om met borstvoeding te starten en deze vol te houden. Men geeft aan dat de gezondheidsvoordelen voor borstvoeding algemeen gekend zijn, maar dat inzicht in wat vrouwen hierover denken, nodig is om hen hierin te kunnen ondersteunen. Diverse thema's kwamen aan bod: niveau van ondersteuning door familie en vrienden, borstgerelateerde gezondheid (bijv. mastitis), accurate informatie, emotioneel welzijn, hoeveelheid slaap, beschikbare tijd en pijn. Er werd een GRADE-CERQual uitgevoerd voor de synthese van het bewijs en de beoordeling ervan. De kwaliteit van bewijs voor de diverse (sub)thema's behandeld in de geïnccludeerde studies varieerde van laag tot hoog. Men geeft aan dat kennis en inzicht m.b.t. gezondheidsvoordelen van borstvoeding voor de kraamvrouw en de baby motivatoren zijn om borstvoeding te geven. Relevante informatie om ouders te helpen en te ondersteunen bij deze beslissing omvat onder meer: (1) de aanmaak van antistoffen, (2) de grotere emotionele nabijheid en het gevoel van intimiteit (in vergelijking met afkolven) en (3) het belang van borstvoeding, ook voor een kortere periode (bijv. slechts 4 maanden in het kader van werkhervatting). Of het financiële argument (borstvoeding is goedkoop) bijdraagt tot de beslissing om borstvoeding te geven, is niet duidelijk.
- 'Evidence Review T' beschrijft op basis van kwalitatief onderzoek welke informatie en ondersteuning vrouwen nuttig vinden bij kunstvoeding. Borstvoeding heeft gekende extra voordelen ten opzichte van kunstvoeding, maar sommige vrouwen kiezen toch bewust voor kunstvoeding of worstelen om borstvoeding op een adequate manier te geven. Diverse inhoudelijke thema's werden geïdentificeerd, die verder aan bod komen bij het onderdeel 'kunstvoeding' (zie blz. 127). Er werd een GRADE-CERQual uitgevoerd voor de synthese van het bewijs en de

¹⁴⁸ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

beoordeling ervan. De kwaliteit van bewijs voor de diverse (sub)thema's behandeld in de geïnccludeerde studies varieerde van laag tot hoog. Uit de evidence review blijkt dat ouders zich door zorgverleners soms gestigmatiseerd en beoordeeld voelen als ze kiezen voor kunstvoeding en niet voor borstvoeding. Vrouwen willen zich niet schuldig of onder druk gezet voelen of als slechte ouders worden bestempeld omdat ze kunstvoeding geven. Zorgverleners moeten respectvol zijn ten opzichte van de gemaakte keuze van de ouders, of dat nu borst- of kunstvoeding is (of gecombineerde vormen). Zorgverleners moeten ook rekening te houden met:

- emotionele bezorgdheden, zoals de mogelijke ondersteuning om te leren omgaan met het feit dat men geen borstvoeding kan geven;
- sociale bezorgdheden, zoals de mogelijke ondersteuning in de thuissetting;
- financiële bezorgdheden, zoals de kostprijs van materiaal bij kunstvoeding;
- bezorgdheden die te maken hebben met de omgeving: wat is de beste omgeving om de baby te voeden en wat te doen wanneer men niet thuis is?

Er gebeurde een bijkomende literatuurzoektocht waaruit verschillende kwalitatieve studies werden geselecteerd:

- De beschrijvende studie van Hvatum et al.¹⁴⁹ van 2017 bevestigt op basis van semigestructureerde interviews bij 12 Noorse kraamvrouwen dat het niet geven van borstvoeding vaak aanleiding geeft tot stigmatisering, schuldgevoelens en schaamte. Daarom moeten zorgverleners, op een genuanceerde manier en rekening houdend met de situatie van de kraamvrouw, niet alleen de voordelen van borstvoeding in de verf zetten, maar evengoed het verschil duiden tussen moedermelk en kunstvoeding. Ze moeten bovendien over voldoende kennis beschikken over kunstvoeding en kunnen uitleggen hoe die correct moet worden gebruikt en voorbereid. We kunnen deze onderzoeksresultaten echter niet veralgemenen naar Belgische vrouwen, aangezien in Noorwegen meer dan 96% van de vrouwen borstvoeding start en nog 80% borstvoeding geeft 6 maanden postpartum. In een dergelijke borstvoedingscultuur hebben vrouwen mogelijk sneller het gevoel een uitzondering te zijn.
- De verkennende studie van Appleton et al. van 2018 op basis van semigestructureerde interviews¹⁵⁰ bij 24 kraamvrouwen in Australië beschrijft dat moeders op het vlak van kunstvoeding door een aantal factoren worden beïnvloed bij de keuze voor een bepaalde voeding, onder andere door de informatie op de verpakking van kunstvoeding en de marketing van de fabrikant.

¹⁴⁹ Hvatum I, Glavin K. Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. J Clin Nurs 2017;26(19-20):3144-3155.

¹⁵⁰ Appleton J, Laws R, Russell CG, et al. Infant formula feeding practices and the role of advice and support: an exploratory qualitative study. BMC Pediatr 2018;18(1):12.

Andere beïnvloedende factoren zijn: de interpretatie van de signalen van de baby (honger en verzadiging) en de hoeveelheid voeding die in de fles achterblijft. Moeders willen graag meer informatie omtrent kunstvoeding, maar worden belemmerd in de toegang tot professioneel advies en ondersteuning. Gezien de sociale omgeving borstvoeding als de beste optie promoot, ervaren vrouwen soms een gevoel van stigmatisering omtrent kunstvoeding. Het ongevraagd informatie geven over kunstvoeding werkt borstvoedingsondermijnend; informatie over kunstvoeding kan worden gegeven wanneer (aanstaande) ouders aangeven dat ze hierover informatie wensen ¹⁵¹.

- De verkennende studie van Wirihana et al. uit 2012 op basis van 7 semigestructureerde interviews ¹⁵² bevroeg, ongeveer 4 weken postpartum, de ervaringen van kraamvrouwen die geen borstvoeding gaven en hun percepties aangaande de verleende zorg. De kraamvrouwen gaven belangrijke domeinen aan waarbinnen niet aan hun noden werd voldaan. Een ervan was de nood aan hoogkwalitatieve educatie omtrent kunstvoeding, ook als de keuze om geen borstvoeding te geven niet de voorkeur wegdraagt van de zorgverlener.
- De kwalitatieve, beschrijvende en transversale studie van Wennberg et al. uit 2017 ¹⁵³ onderzocht de discussies van moeders gevoerd op webfora over de introductie van kunstvoeding. Uit de analyse blijkt dat moeders vnl. balanceren tussen de maatschappelijke verwachtingen en het vertrouwen in de eigen capaciteiten als ouder m.b.t. de voeding van de baby. Ze ervoeren meermaals een opdringerige houding vanwege zorgverleners om borstvoeding te geven, met een gevoel van inbreuk op hun integriteit. Daarnaast meldden ze onvoldoende draagvlak of mogelijkheid om kunstvoeding te bespreken en tegenstrijdige adviezen. Zorgverleners blijken niet voldoende open te staan voor de keuzes en de vaak stressvolle situaties van kraamvrouwen. Webfora kunnen zorgverleners helpen om te weten met welke aspecten kraamvrouwen worstelen.

¹⁵¹

- International code of marketing of breast-milk substitutes. Geneva: WHO, 1981. [Nutrition and Food Safety \(who.int\)](https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO-1981-Code)
- Rollins N, Piwoz E, Baker P, et al.; 2023 Lancet Breastfeeding Series Group. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *Lancet* 2023;401(10375):486-502.

¹⁵² Wirihana LA, Barnard A. Women's perceptions of their healthcare experience when they choose not to breastfeed. *Women Birth* 2012;25(3):135-41.

¹⁵³ Wennberg AL, Jonsson S, Zadik Janke J, Hörnsten Å. Online perceptions of mothers about breastfeeding and introducing formula: qualitative study. *JMIR Public Health Surveill* 2017;3(4):e88.

- De kwalitatieve studie van Llorente-Pulido van 2021 ¹⁵⁴ onderzocht op basis van diepte-interviews bij 20 vroedvrouwen welke biopsychosociale factoren exclusief borstvoeden kunnen bevorderen of belemmeren. Die factoren situeren zich op verschillende niveaus: werk, gemeenschap, relatie en individu. Het succes of falen van borstvoeding hangt bijgevolg niet alleen af van individuele factoren bij de moeder zelf, maar met de factoren op alle niveaus; die moeten dus geïntegreerd worden aangepakt.
- De kwalitatieve, beschrijvende studie van Zhang et al. uit 2018 ¹⁵⁵ uitgevoerd in China benadrukt op basis van 32 diepte-interviews en 10 focusgroependiscussies de verschillende noden en problemen van moeders doorheen de 'borstvoedingsreis'. Tijdens de zwangerschap hadden de meeste moeders de intentie om borstvoeding te geven, maar hadden ze nood aan een betere voorbereiding op borstvoeding, inclusief de ermee gepaard gaande problemen. Tijdige professionele ondersteuning en individuele begeleiding in de materniteit zijn van groot belang om het vertrouwen van moeders te vergroten en de vroegtijdige introductie van andere voeding dan borstvoeding te vermijden. Na terugkeer naar huis is actieve ondersteuning vanwege zorgverleners nodig om moeders te helpen het hoofd te bieden aan eventuele problemen met borstvoeding. Bij werkhervatting is een bredere ondersteuning van de omgeving nodig om moeders in staat te stellen om (exclusief) borstvoeden verder te zetten. Het ondersteuningstraject zou kunnen worden afgestemd op de specifieke noden van moeders in elk van deze fasen, met inzet van relevante zorgverleners, familieleden alsook moderne telecommunicatiemiddelen. Zorgverleners verlenen daarbij gezondheidseducatie op maat van het gezin. Hiervoor is extra training nodig.
- De Deense kwalitatieve studie van Kornborg et al. uit 2015 ¹⁵⁶ peilde in een schriftelijke open bevraging bij 280 primipare moeders 6 maanden postpartum naar hun ervaringen met borstvoeding. Uit de resultaten blijkt de nood van primipare borstvoedende vrouwen aan ondersteuning in de stap naar het moederschap, het leren lezen van de signalen van de baby, het juist leren aanleggen aan de borst, het opbouwen van vertrouwen in het vermogen van de jonge moeder om voor haar baby te zorgen en voldoende melk te produceren. Zorgverleners moeten hier dus aandacht voor hebben. Een persoonlijke en familiegerichte aanpak is de kernboodschap.

¹⁵⁴ Llorente-Pulido S, Custodio E, López-Giménez et al. Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding in women's biopsychosocial spheres according to primary care midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(7):3819.

¹⁵⁵ Zhang Y, Jin Y, Vereijken C, et al. Breastfeeding experience, challenges and service demands among Chinese mothers: A qualitative study in two cities. *Appetite* 2018;128:263-270.

¹⁵⁶ Kornborg H, Harder I, Hall EO. First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sex Reprod Healthc* 2015;6(2):82-7.

Overwegingen

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: deze aanbeveling stoelt op 2 'evidence reviews' van NICE gebaseerd op kwalitatieve studies. De kwaliteit hiervan varieert van laag tot hoog. We gaan dus uit van een lage zekerheid van bewijs.
- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbevelingen; er zijn geen nadelen verbonden aan het geven van advies wanneer ouders zich zorgen maken en het erkennen van de bezorgdheden van ouders door de zorgverleners.
- Waarden en voorkeuren: de voorkeur gaat naar borstvoeding gezien de extra gezondheidsvoordelen voor baby en moeder, maar ouders moeten de kans krijgen om alle voedingsopties te bespreken en in overweging te nemen. Diverse factoren kunnen een rol spelen bij de keuze voor borst- of kunstvoeding; zorgverleners moeten hiermee rekening houden. Deze keuzes zijn voor ouders niet altijd gemakkelijk. Ook de voorkeursoptie is niet steeds haalbaar. Aangezien vrouwen zich soms veroordeeld voelen in hun keuze voor kunstvoeding is het belangrijk dat zorgverleners steeds respectvol blijven ten opzichte van de uiteindelijke keuze ¹⁵⁷.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: er is lage zekerheid van bewijs omtrent de algemene principes van babyvoeding, gebaseerd op 2 evidence reviews van NICE en enkele bijkomende kwalitatieve studies. Aangezien de balans van voor- en nadelen in het voordeel van de aanbeveling ligt, de aanbeveling toepasbaar is in de Belgische setting en rekening houdt met diverse persoonlijke omgevingsfactoren van gezinnen beslisten de auteurs om een sterke aanbeveling te formuleren (GRADE 1C).

¹⁵⁷ National Guideline Alliance, p.o.t.R. and College of Obstetricians and Gynaecologists, Postnatal care, in [T] Formula feeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. p. 92.

2. Borstvoeding

2.1. **Ondersteuning bieden**

Aanbeveling

1. Indien gewenst kan ook de partner worden geïnformeerd over hoe die steun kan bieden bij het geven van borstvoeding (**GRADE 2C**).
2. Informeer vrouwen en hun partner over hun rechten omtrent borstvoeding, nl. het recht om borstvoeding te geven in het openbaar, het recht op borstvoedingspauzes tijdens het werk, tot 9 maanden na de bevalling (**GPP**).
3. Moedig de kraamvrouw aan om vroegtijdig huid-op-huidcontact te hebben met haar baby zodat de borstvoeding kan starten wanneer beiden er klaar voor zijn (**GRADE 1B**).
4. Bied borstvoedingsondersteuning en -educatie aan door diverse interventies toe te passen (**GRADE 1B**).
5. Geef face-to-face borstvoedingszorg op maat van de individuele noden van de kraamvrouw, ondersteund met schriftelijke, digitale of telefonische informatie en zorg voor continuïteit (**GRADE 1C**).

Toelichting

Betrekken van en ondersteuning door de partner

Partners voelen zich vaak in gebreke qua kennis over en begrip van borstvoeding en willen weten hoe ze hun borstvoedende partner het beste kunnen ondersteunen. De meeste kennis hebben ze louter vanuit boeken of van hun partners. Partners geven zelf aan dat ze hierover meer informatie willen, nog voor de bevalling.

Weinig aandacht hiervoor kan leiden tot een gebrek aan kennis en inzicht bij de partner, met een mogelijk negatief effect op de borstvoeding. De partner kan zich minderwaardig voelen en bijgevolg de kraamvrouw minder ondersteuning bieden. De zorgverlener kan met de partner bespreken hoe die op een andere manier dan via borstvoeding een band kan opbouwen met de baby. Voorbeelden: de baby helpen aanleggen en huid-op-huidcontact.

Het activeren van de partner in een ondersteunende rol vertrekt vanuit de kennis over het belang van borstvoeding. Die kennis bijbrengen gaat vooraf aan het gesprek over hoe de partner ondersteuning kan bieden aan de borstvoedende kraamvrouw en hoe die een band kan opbouwen met de baby. Vermits alleen de kraamvrouw borstvoeding kan geven, kan de partner leren om op andere manieren ondersteuning

te bieden, door bijv. andere taken over te nemen en waardering te tonen voor de tijd die de kraamvrouw spendeert aan borstvoeding.

In België heeft men altijd en overal (in openbare ruimten) het recht om borstvoeding te geven ¹⁵⁸. De zorgverlener kan hierop de aandacht vestigen. Het geven van borstvoeding mag geenszins leiden tot sociaal isolement. België heeft overigens niet alleen een wetgeving omtrent borstvoedingsverlof, maar ook omtrent het combineren van werk en borstvoeding. Zo heeft iedere jonge moeder tot 9 maanden na de bevalling het recht om borstvoedingspauzes te nemen op het werk. Deze factoren dragen bij tot het langer geven van borstvoeding.

De jonge moeder heeft recht op de ondersteuning van de vroedvrouw in het eerste jaar postpartum, onder andere bij werkhervatting door bijv. een afkolfschema op te stellen. Ook andere zorgverleners kunnen informatie geven en afkolfmogelijkheden bespreken. Kind en Gezin ¹⁵⁹ en ONE ('Office de la Naissance et de l'Enfance) hebben hierover adviezen ¹⁶⁰.

Ondersteunen van de borstvoedende vrouw

Er bestaat een grote variatie in de expertise omtrent borstvoeding van zorgverleners die de zorg opnemen voor moeders en baby's. Dat kan zorgen voor wisselende niveaus van borstvoedingsondersteuning. Lactatiekundigen kunnen een belangrijke rol spelen bij borstvoedingsondersteuning en zo vermijden dat borstvoeding vroegtijdig wordt gestopt. De Belgische Vereniging voor Lactatiekundigen promoot en ondersteunt borstvoeding ¹⁶¹. Men kan via de website lactatiekundigen vinden in de regio. De vereniging biedt lactatiekundigen ook navorming aan.

Om adequate borstvoedingsondersteuning te kunnen bieden, moeten zorgverleners voldoende opgeleid zijn en:

- kennis hebben over de melkproductie, doeltreffende melktransfer en het goed aanleggen aan de borst;

¹⁵⁸ federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Mythes en waarheden over borstvoeding. Borstvoeding, natuurlijk 2016; Available from: <https://www.health.belgium.be/nl/borstvoeding-natuurlijk/mythes-en-waarheden-over-borstvoeding#1>.

¹⁵⁹ Opgroeien. Op het werk en soorten verlof. 2022; Available from: <https://www.kindengezin.be/nl/thema/zwangerschap-en-geboorte/voorbereiden-op-de-geboorte/op-het-werk-en-soorten-verlof>.

¹⁶⁰ ONE (office de la naissance et de l'enfance). L'allaitement maternel. 2022; Available from: <https://www.one.be/public/grossesse/sante/lallaitement-maternel/>

¹⁶¹ BVL (Belgische Vereniging Lactatiekundigen). Over BVL. 2022; Available from: https://www.bvl-borstvoeding.be/nl/over_bvl/1https://www.bvl-borstvoeding.be/nl/over_bvl/1.

- weten hoe ze vrouwen moeten aanmoedigen en ondersteunen bij vaak voorkomende borstvoedingsproblemen;
- kennis hebben over veilige medicatie (voorschrijven en gebruik);
- herkennen van aandoeningen, daarbij juiste adviezen kunnen geven en gepast doorverwijzen, waar nodig.

Borstvoedingsondersteuning omvat volgende aspecten:

- zo snel mogelijk huid-op-huidcontact tussen moeder en kind bewerkstellingen; dat heeft een positief effect op de start en de duur van de eerste borstvoeding (ook exclusief borstvoeden);
- aandacht voor persoonlijke ervaringen, voorkeuren en waarden van de kraamvrouw;
- respectvol omgaan met eerdere borstvoedingservaringen, met culturele invloeden, de persoonlijke ruimte van vrouwen en hun privacygevoel, en tegelijk een veilige omgeving creëren om observaties te kunnen doen. We adviseren hiervoor toestemming te vragen;
- oog hebben voor een brede variatie aan emoties, zoals onder meer gevoelens van schuld, druk, falen en vervreemding;
- geruststelling bieden;
- voldoende tijd voorzien: ervaren vrouwen dat er weinig tijd is, de communicatie gehaast, didactisch, in één richting verloopt en niet afgestemd is op hun noden, dan durven ze geen hulp te vragen;
- aanmoedigen en positief bekrachtigen, maar evengoed borstvoeding durven te bespreken zodat de vrouw voldoende zelfvertrouwen kan opbouwen.

Peer support is waardevol voor kraamvrouwen: ze kunnen ervaringen delen, informatie inwinnen en sociale contacten opbouwen (die een extra bron van advies en ondersteuning kunnen betekenen). Zo zijn er moedergroepen die kraamvrouwen bij elkaar roepen in de postpartumperiode, of groepen zoals 'MamaMeets' of blogs/FaceBook-groepen. Soms organiseren de huizen van het kind (of andere organisaties, zoals 'La Leche League' of borstvoeding vzw) ook peer-supportgroepen of mamacafés.

Professionele borstvoedingsondersteuning en -informatie heeft bewezen positieve effecten op de start van de borstvoeding (niet exclusief en exclusief borstvoeden). De focus ligt vooral op face-to-faceondersteuning. Andere communicatievormen, zoals online of telefonisch contact, kunnen bijkomende ondersteuning bieden, maar mogen de face-to-faceondersteuning niet vervangen. Het is overigens niet zeker of ondersteuning op afstand wel een meerwaarde heeft. De problemen met borstvoeding worden immers vaak onderschat, waardoor men minder snel hulp durft te zoeken. Thuisbezoeken blijven nuttig voor directe observaties. Ondersteuning op afstand buiten de kantooruren kan wel zinvol zijn, aangezien dit de flexibiliteit en de

toegankelijkheid verhoogt. Mogelijke barrières zijn evenwel privacy, veiligheid, locatiebeperking (verplaatsing) en kostprijs (extra tijd).

Kraamvrouwen waarderen ondersteuning op maat en continuïteit van de zorgverlener. Ze krijgen zo de kans om in alle veiligheid over hun gevoelens en moeilijkheden te praten. Vrouwen hechten belang aan aanmoediging en een vriendelijke, niet-oordelende aanpak. Als ze steeds bij dezelfde zorgverlener terecht kunnen, worden de problemen ook meteen aangepakt.

Te bespreken topics in het kader van borstvoedingsondersteuning:

- diverse gezondheidsvoordelen voor moeder en kind;
- hoe wordt moedermelk geproduceerd, hoeveel wordt geproduceerd in een vroeg stadium en het principe van vraag/aanbod van borstvoeding;
- responsieve borstvoeding ¹⁶²: i.e. de moeder reageert op de signalen van haar baby en op haar eigen verlangen om de baby te voeden. Bij responsief voeden wordt erkend dat voeding meer inhoudt dan het voeden alleen, maar ook het geven van liefde, troost en geruststelling;
- voedingssignalen van de baby ¹⁶³: op vingertjes zuigen, vuistjes maken, wroeten, bewegen en wriemelen, snelle oogbewegingen zijn tekenen dat de baby klaar is voor een voeding. Voeden in dit stadium is ideaal omdat de baby dan nog rustig is; huilen is het laatste teken van honger en tegen die tijd is de baby mogelijk te overstuurd om te drinken;
- hoe vaak baby's gewoonlijk moeten worden gevoed en hoe lang, met oog voor individuele variatie;
- verschillende voedingshoudingen en hoe de baby helpen bij aanleggen;
- hoe de kraamvrouw kan weten dat de baby goed drinkt en dus voldoende melk binnenkrijgt (het is niet mogelijk om een baby te 'overvoeden');
- het afkolven van moedermelk (met de hand of met een pompje) als onderdeel van de borstvoeding en hoe dit nuttig kan zijn; veilige bewaring en voorbereiding; de gevaren van een zelfvoedend babykussen ('prop feeding');
- normale veranderingen van de borsten tijdens de zwangerschap en na de bevalling;
- pijn tijdens de borstvoeding en wanneer hulp te zoeken;
- borstvoedingscomplicaties (bijv. mastitis of borstabces) en wanneer hulp te zoeken;
- strategieën om met vermoeidheid om te gaan tijdens de borstvoeding;
- bijvoeding met kunstmelk kan soms, maar wordt doorgaans niet aangeraden;

¹⁶² <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2017/12/Responsive-Feeding-Infosheet-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative.pdf>

¹⁶³ <https://www.breastfeedinginsheffield.co.uk/mum-and-baby/baby-feeding-cues/>

- hoe borstvoeding het lichaamsbeeld en de identiteit van de vrouw kan beïnvloeden;
- de informatie kan wijzigen naarmate de baby groeit;
- de mogelijkheid van herstarten van de borstvoeding na een borstvoedingspauze;
- veilig medicatiegebruik tijdens de borstvoeding.

Zorgverleners moeten zich ervan bewust zijn dat jonge kraamvrouwen en kraamvrouwen met een laag inkomen of kansarme achtergrond mogelijk meer ondersteuning en aanmoediging nodig hebben om met borstvoeding te starten en die vol te houden. Jonge kraamvrouwen kunnen bijkomende barrières voor borstvoeding ervaren en sneller kiezen voor kunstvoeding omdat ze zich bijv. alleen voelen in de materniteit en niet kunnen terugvallen op peer support. Bij deze vrouwen is een goede opvolging vanwege de zorgverlener van groot belang.

Onderbouwing

Aanbeveling 1: Indien gewenst kan ook de partner worden geïnformeerd over hoe die steun kan bieden bij het geven van borstvoeding (**GRADE 2C**).

Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021¹⁶⁴ en stoelt op een 'evidence review' gebaseerd op kwalitatief onderzoek ('Evidence Review Q'). De evidence review beschrijft op basis van kwalitatief onderzoek welke facilitatoren en barrières worden ervaren om met borstvoeding te starten en deze vol te houden). Men geeft aan dat de gezondheidsvoordelen voor borstvoeding algemeen gekend zijn, maar dat inzicht in wat vrouwen hierover denken, nodig is om hen hierin te kunnen ondersteunen. Diverse thema's kwamen aan bod: niveau van ondersteuning door familie en vrienden, borstgerelateerde gezondheid (bijv. mastitis), accuraatheid van de informatie, emotioneel welzijn, hoeveelheid slaap, beschikbare tijd en pijn. Er werd een GRADE-CERQual uitgevoerd voor de synthese van het bewijs en de beoordeling ervan. De kwaliteit van bewijs voor de diverse (sub)thema's behandeld in de geïncludeerde studies varieerde van laag tot hoog. Uit de evidence review blijkt dat de visie, ervaringen en praktische ondersteuning van de partner en familieleden een belangrijke invloed hebben op borstvoeding, zowel positief als negatief. Zo wordt kunstvoeding soms beschouwd als een manier om de verantwoordelijkheid rond voeding te kunnen delen met anderen of om een band te kunnen opbouwen met de baby. Dat kan een belangrijke reden zijn om kunstvoeding te geven in plaats van borstvoeding. De partner kan op diverse manieren

¹⁶⁴ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

ondersteunen (zie *toelichting*) en/of de kraamvrouw kan borstmelk afkolven. Borstvoeding kan ook voor extra spanningen zorgen binnen de relatie.

Er werd geen bijkomende onderbouwing gevonden voor deze aanbeveling.

Overwegingen

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: deze aanbeveling stoelt op 'Evidence Review Q' van NICE gebaseerd op kwalitatieve studies. De kwaliteit hiervan varieert van laag tot hoog. We gaan dus uit van een lage zekerheid van bewijs.
- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbevelingen. Het betrekken van de partner en naasten bij borstvoeding kan enerzijds een positieve impact hebben op de relatie en de borstvoeding vergemakkelijken, maar anderzijds ook een negatieve impact hebben op de relatie en voor relatieproblemen zorgen. Mogelijk is er extra training nodig van de zorgverleners, alsook een andere manier van werken die gepaard kan gaan met een grotere tijdsinvestering. Er zijn geen grote kosten te verwachten, maar ze kunnen wel variëren naargelang de toepassing van de aanbevelingen (bijv. voorzien van individuele informatiesessies of in groep, van brochures of een aanpak op maat). Het geven van informatie en ondersteuning brengt slechts een kleine kostprijs mee en weegt niet op tegen grote voordelen ¹⁶⁵.
- Waarden en voorkeuren: Het is mogelijk dat niet alle vrouwen willen dat hun partner/naasten worden betrokken en/of dat de partner/naasten dat zelf ook niet wensen. Er kunnen ook discrepanties zijn in de onderlinge verwachtingen en wensen.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: er is lage zekerheid van bewijs omtrent het informeren van de partner over hoe die de vrouw kan ondersteunen bij borstvoeding, gebaseerd op 1 evidence review van NICE van kwalitatieve studies. Rekening houdend met de waarden en voorkeuren kan deze aanbeveling zowel positieve als negatieve gevolgen hebben. De balans is in het voordeel van de aanbeveling, maar veel hangt af van hoe de aanbeveling wordt toegepast. Daarom beslisten de auteurs om een zwakke aanbeveling te formuleren (GRADE 2C).

Aanbeveling 2: Informeer vrouwen en hun partner over hun rechten omtrent borstvoeding, nl. het recht om borstvoeding te geven in het openbaar, het recht op borstvoedingspauzes tijdens het werk, tot 9 maanden na de bevalling (**GPP**).

¹⁶⁵ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [Q] Breastfeeding facilitators and barriers. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence

Dit GPP is gedeeltelijk overgenomen uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021 ¹⁶⁶. De oorspronkelijke aanbeveling uit NICE wordt onderbouwd door een 'evidence review' van kwalitatief onderzoek ('Evidence Review Q') en is opgesteld op basis van de kennis en ervaring van het NICE-comité. In verband met de dimensies van voeden in het openbaar belicht deze evidence review het gebrek aan privacy tijdens het ziekenhuisverblijf na de bevalling, borstvoeding geven in het bijzijn van anderen (bezorgdheden, visie en ervaringen), gebruik van private voorzieningen in openbare ruimten en sociale afzondering. Sommige vrouwen ervaren borstvoeding geven in het openbaar als iets ongepast of waarvoor onvoldoende voorzieningen zijn om in alle rust borstvoeding te kunnen geven. Gevoelens van schaamte, tegenzin en gebrekkige privacy kunnen mogelijke barrières zijn om borstvoeding te geven en kunnen er zelfs voor zorgen dat de vrouw zich isoleert.

De oorspronkelijke aanbeveling stelde dat vrouwen en hun partner geïnformeerd moeten worden over hun recht om borstvoeding te geven in openbare ruimten. Deze aanbeveling werd aangepast aan de Belgische setting en iets breder gemaakt, met extra aandacht voor de kraamvrouw in de werksetting, m.b.t. borstvoedingspauzes tot 9 maanden na de bevalling. Het geherformuleerde GPP werd voorgelegd in een Delphi-procedure aan een panel van experts en stakeholders en werd gevalideerd in de eerste ronde.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs: lage zekerheid van bewijs op basis van NICE. De aanbeveling werd grondig aangepast en stoelt op een formele consensus binnen de richtlijnontwikkelingsgroep.
- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbeveling. De aanbeveling benadrukt het recht op het geven van borstvoeding in het openbaar en het recht op borstvoedingspauzes op het werk tot 9 maanden postpartum; dit draagt bij tot het langer geven van borstvoeding.
- Waarden en voorkeuren:
 - Sommige vrouwen ervaren schaamte bij het geven van borstvoeding in het openbaar; het vermelden van het recht op borstvoeding in het openbaar kan vermijden dat de vrouw zich isoleert om borstvoeding te geven;
 - Het vermelden van het recht op borstvoedingspauzes op het werk verlaagt mogelijk de drempel om te beslissen om borstvoeding door te geven na werkhervatting.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

¹⁶⁶ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

Besluit: er is lage zekerheid van bewijs omtrent het geven van borstvoeding in het openbaar. Het GPP is gebaseerd op de kennis en ervaring van het NICE-comité dat de oorspronkelijke aanbeveling heeft opgesteld en na aanpassing door de auteurs via een Delphi-bevraging voorgelegd aan een panel van experts en stakeholders. Het GPP werd gevalideerd in de eerste ronde.

Aanbeveling 3: Moedig de kraamvrouw aan om vroegtijdig huid-op-huidcontact te hebben met haar baby zodat de borstvoeding kan starten wanneer beiden er klaar voor zijn (**GRADE 1B**).

Deze aanbeveling is geadapteerd uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021¹⁶⁷ op basis van een evidence review (S)¹⁶⁸ waaruit blijkt dat de voordelen van de aanbevelingen rond borstvoeding maximaal zijn als ze zo snel mogelijk na de geboorte worden toegepast. Het comité van NICE vond geen specifiek wetenschappelijk bewijs over vroeg huid-op-huidcontact. De oorspronkelijke aanbeveling van NICE is expert-based en is in lijn met de aanbeveling van de WHO.

De bijkomende zoektocht identificeerde wel volgende relevante studies:

- De systematische review van Moore et al. uit 2016¹⁶⁹ van goede kwaliteit onderzocht de effecten van onmiddellijk of vroeg huid-op-huidcontact tussen moeder en gezonde pasgeborene ten opzichte van de gebruikelijke opstart van dat contact. Er werden 38 studies geïnccludeerd in de analyse (n=3.472 deelnemers). Uit de subanalyses blijkt dat huid-op-huidcontact de kans op het geven van borstvoeding gedurende 1 tot 4 maanden verhoogt met 24% (RR van 1,24; 95%-BI 1,07-1,43). Met onmiddellijk of vroeg huid-op-huidcontact gaven moeders gemiddeld 63,73 dagen langer borstvoeding.
- De meta-analyse van Karimi et al.¹⁷⁰ uit 2019 van goede kwaliteit includeerde 9 studies met in totaal 597 deelnemers in de interventiegroep en 553 in de controlegroep, en onderzocht het effect van huid-op-huidcontact tussen moeder en pasgeborene onmiddellijk na de geboorte op de slaagkans en de duur van de

¹⁶⁷ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹⁶⁸ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560481/)

¹⁶⁹ Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2016;11(11):CD003519.

¹⁷⁰ Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. Taiwan J Obstet Gynecol 2019;58(1):1-9.

eerste borstvoeding. Huid-op-huidcontact onmiddellijk na de geboorte verhoogt de kans op succesvolle eerste borstvoeding met 2,8 keer (MD 1,90; OR: 2,771; 95%-BI 1,587-4,838) en verlengt de duur van het geven van borstvoeding met gemiddeld 27 dagen (MD 26,627; 95%-BI 1,070-52,184).

- De meta-analyse van Karimi et al.¹⁷¹ uit 2020 van goede kwaliteit includeerde 8 studies met in totaal 511 deelnemers in de interventiegroep en 508 deelnemers in de controlegroep en onderzocht het effect van huid-op-huidcontact onmiddellijk na de geboorte op exclusief borstvoeden. Huid-op-huidcontact onmiddellijk na de geboorte had een significant positief effect op exclusief borstvoeden, waarbij de kans 120% hoger lag (OR: 2,19; 95%-BI 1,66-2,00). Huid-op-huidcontact geeft een 2,5-maal hogere kans om exclusieve borstvoeding te geven tussen ontslag uit de materniteit en 3 maanden postpartum (OR 2,47; 95%-BI 1,76-3,48) en 1,7-maal hogere kans om exclusieve borstvoeding te geven 3 tot 6 maanden postpartum (OR 1,71; 95% BI 1,05-2,78).

Overwegingen

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: matige zekerheid van bewijs.
- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbevelingen. Gelijkaardig aan vorige aanbevelingen is er mogelijk nood aan extra training van de zorgverleners. Het toepassen van de aanbevelingen kan een extra tijdsinvestering vragen; de beperkte tijd van zorgverleners kan dus een barrière zijn om de aanbeveling te implementeren¹⁷². De nood aan continuïteit in de opvolging van borstvoeding door de zorgverlener kan een impact hebben op de organisatie. Er is geen economisch bewijs gevonden, maar er is een kleine meerkost te verwachten voor onder andere training en de extra tijdsinvestering. De (gezondheids)voordelen van deze aanbevelingen wegen op tegen de nadelen¹⁷³.
- Waarden en voorkeuren: weinig variabiliteit te verwachten.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: de aanbevelingen zijn gericht op de ondersteuning en de verbetering van de huidige praktijk m.b.t. borstvoeding, met mogelijk effect (wijziging) op de organisatie van de zorgverlening, maar zonder significante meerkost. Ze zijn voornamelijk

¹⁷¹ Karimi FZ, Miri HH, Khadivzadeh T, Maleki-Saghooni N. The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. J Turk Ger Gynecol Assoc 2020;21(1):46-56.

¹⁷² National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

¹⁷³ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

gebaseerd op kwalitatief onderzoek dat peilt naar de ervaringen van vrouwen en zorgverleners. We besluiten tot een matige zekerheid van bewijs, maar met een risico-batenbalans in het voordeel van de aanbevelingen.

Aanbeveling 4: Bied borstvoedingsondersteuning en -educatie aan, door diverse interventies toe te passen (**GRADE 1B**).

Deze aanbeveling is geadapteerd uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021¹⁷⁴ op basis van een evidence review (S)¹⁷⁵ waaruit blijkt dat vrouwen praktische ondersteuning en informatie waarderen omtrent borstvoeding, hun verwachtingen hieromtrent en de onderliggende fysiologische mechanismen. Die informatie kan hen helpen om het onderscheid te maken tussen wat wel of niet normaal is en wanneer ze hulp moeten inroepen. Bezorgdheden over voldoende melkproductie en het goede verloop van de borstvoeding moeten worden aangepakt. Vrouwen verkiezen daarbij 'gewone' spreektaal in plaats van technische en klinische termen. Zo kunnen bepaalde eigenschappen van borstvoeding, zoals pijnlijke tepels, vrouwen ontmoedigen als ze niet op voorhand weten dat het vaak voorkomt. Andersom helpt een goede kennis van het belang van borstvoeding om die in moeilijke tijden vol te houden.

De bijkomende zoektocht identificeerde volgende relevante studies:

- De systematische review van hoge kwaliteit¹⁷⁶ van Balogun et al. uit 2016 onderzocht het effect van interventies van gezondheidspromotie voor borstvoeding (promotiecampagnes en ondersteuning) door zorgverleners op de start van de borstvoeding ten opzichte van de gebruikelijke zorg (controlegroep). Er werden gegevens gebruikt van 23 studies (n=104.238 deelnemers). Borstvoedingseducatie en -ondersteuning door zorgverleners verhoogt de kans om met borstvoeding te starten met 43% ten opzichte van gebruikelijke zorg (RR 1,43; 95%-BI 1,07-1,92). De review includeerde elke interventie die het starten van borstvoeding bevordert en plaatsvindt voor aanvang van de eerste borstvoeding. Voorbeelden zijn gebruik van multimedia, peer support, lokale organisaties voor zwangere vrouwen of pas bevallen vrouwen, inzetten van lactatiekundigen en diverse programma's. De review had enkele tekortkomingen (studiedesign, heterogeniteit) waarvoor de zekerheid van bewijs werd gedowngraded.

¹⁷⁴ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹⁷⁵ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560481/)

¹⁷⁶ Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2016;11(11):CD001688.

- De meta-analyse van Patnode et al. uit 2016 van goede kwaliteit ¹⁷⁷ beschrijft de voor- en nadelen van borstvoedingsinterventies op gezondheidssuitkomsten voor moeder en kind, hoeveelheid en duur van borstvoeding en de nadelen gerelateerd aan die interventies. Er werden 52 studies geïncludeerd (n=66.757 deelnemers). Individuele borstvoedingsinterventies hadden gunstige associaties met:
 - elke vorm van borstvoeding; deze interventies verhoogden de kans op het geven van borstvoeding gedurende minder dan 3 maanden met 7% (RR 1,07; 95% BI 1,03-1,11; 26 studies, n=11.588) en de kans op het geven van borstvoeding gedurende 3 tot minder dan 6 maanden met 11% (RR 1,11; 95% BI 1,04-1,18; 23 studies, n=8942).
 - met exclusieve borstvoeding; deze interventies verhoogden de kans op het geven van borstvoeding gedurende minder dan 3 maanden met 21% (RR 1,2; 95% BI 1,11-1,33; 22 studies, n = 8.246), de kans op het geven van borstvoeding gedurende 3 tot minder dan 6 maanden met 20% (RR 1,20; 95% BI 1,05-1,38; 18 studies, n=7.027) en de kans op het geven van borstvoeding gedurende 6 maanden met 16% (RR 1,16; 95% BI 1,02-1,32; 17 studies, n=7690).

Overwegingen

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: matige zekerheid van bewijs
- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbevelingen. Gelijkaardig aan vorige aanbevelingen is er mogelijk nood aan extra training van de zorgverleners. Het toepassen van de aanbevelingen kan een extra tijdsinvestering vragen; de beperkte tijd van zorgverleners kan dus een barrière zijn om de aanbeveling te implementeren ¹⁷⁸. De nood aan continuïteit in de opvolging van borstvoeding door de zorgverlener kan een impact hebben op de organisatie. Er is geen economisch bewijs gevonden, maar er is een kleine meerkost te verwachten voor onder andere training en de extra tijdsinvestering. De (gezondheids)voordelen van deze aanbevelingen wegen op tegen de nadelen ¹⁷⁹.
- Waarden en voorkeuren: weinig variabiliteit te verwachten.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

¹⁷⁷ Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, et al. Primary care interventions to support breastfeeding: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2016;316(16):1694-1705. Erratum in: JAMA 2016;316(20):2155.

¹⁷⁸ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

¹⁷⁹ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

Besluit: de aanbevelingen zijn gericht op de ondersteuning van borstvoeding en de verbetering van de huidige praktijk hieromtrent, met mogelijk effect (wijziging) op de organisatie van de zorgverlening, maar zonder significante meerkost. Ze zijn voornamelijk gebaseerd op kwalitatief onderzoek dat peilt naar de ervaringen van vrouwen en zorgverleners. De auteurs besluiten tot een matige zekerheid van bewijs en met een risico-batenbalans in het voordeel van de aanbeveling.

Aanbeveling 5: Geef face-to-face borstvoedingszorg op maat van de individuele noden van de kraamvrouw, ondersteund met schriftelijke, digitale of telefonische informatie (**GRADE 1C**).

Deze aanbeveling is geadapteerd uit de NICE-richtlijn 'Postnatal care' van 2021¹⁸⁰ op basis van een evidence review (S)¹⁸¹ waaruit blijkt dat vrouwen praktische ondersteuning en informatie waarderen omtrent borstvoeding, de verwachtingen hieromtrent en de onderliggende fysiologische mechanismen. Die informatie kan hen helpen om het onderscheid te maken tussen wat wel of niet normaal is en wanneer ze hulp moeten inroepen. Bezorgdheden over voldoende melkproductie en het goede verloop van de borstvoeding moeten worden aangepakt. Vrouwen verkiezen daarbij 'gewone' spreektaal in plaats van technische en klinische termen. Zo kunnen bepaalde eigenschappen van borstvoeding, zoals pijnlijke tepels, vrouwen ontmoedigen als ze niet op voorhand weten dat het vaak voorkomt. Andersom helpt een goede kennis van het belang van borstvoeding om die in moeilijke tijden vol te houden.

De bijkomende zoektocht identificeerde volgende relevante studies:

- De systematische review van D'haenens et al. van 2019¹⁸² van goede kwaliteit onderzocht het effect van 'continuity of care' (COC) op de fysieke en mentale gezondheid van moeder en kind. Er werden 10 artikels geïncludeerd m.b.t. gezonde moeders bevallen of baby's geboren na een zwangerschap van 37-42 weken. Uit de resultaten blijken de effecten van COC op de uitkomsten voor moeder en kind in het postpartum doorgaans positief, hoewel niet steeds significant. Verstorende variabelen zijn onder andere de sociaaleconomische status van deelnemers.

¹⁸⁰ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹⁸¹ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560481/)

¹⁸² D'haenens F, Van Rompaey B, Swinnen E, et al. The effects of continuity of care on the health of mother and child in the postnatal period: a systematic review. Eur J Public Health 2020;30(4):749-760.

- De systematische review van McFadden et al. uit 2017 ¹⁸³ van goede kwaliteit onderzocht diverse methodes van borstvoedingsondersteuning, de timing en modaliteiten ervan (bijv. face-to-face of telefonisch), alsook de efficiëntie van de betrokken zorgverleners hierin en van hun training. Er werden gegevens geanalyseerd van 73 studies (n=74.656 moeder-kindparen). De gepoolde resultaten bevestigen dat elke vorm van ondersteuning het risico dat vrouwen stoppen met gedeeltelijke of exclusieve borstvoeding op 6 maanden met 10% doet afnemen (RR: 0,91; 95%-BI 0,88-0,95; 51 studies). Gelijkaardige resultaten werden gezien voor stoppen met borstvoeding op 4 tot 6 weken; het risico daalde met 13% (RR: 0,87; 95%-BI 0,80-0,95; 33 studies). Men zag ook een afname van het risico op stoppen met exclusieve borstvoeding op 6 maanden met 12% (RR: 0,88; 95%-BI 0,85-0,92; 46 studies) en na 4 tot 6 weken met 22% (RR: 0,79; 95%-BI 0,71-0,89; 32 studies). Gezien de hoge heterogeniteit (diverse interventies) werd de zekerheid van bewijs gedowngraded. De subgroepanalyses suggereren dat face-to-faceondersteuning geassocieerd is met betere cijfers voor exclusieve borstvoeding dan telefonische ondersteuning alleen of een gemengde vorm. Meer contacten (geplande afspraken) hebben een gelijkaardig effect, alsook de duur van het contact.
- De systematische review van Lavender et al. uit 2013 ¹⁸⁴ van goede kwaliteit onderzocht de effecten van telefonische ondersteuning tijdens de zwangerschap en in de eerste 6 weken postpartum, ten opzichte van gebruikelijke zorg, op uitkomsten voor moeder en kind. Er werden 27 RCT's geïnccludeerd (n=12.256 deelneemsters) met 'tevredenheid van de moeder' als één van de primaire uitkomstmaten. Telefonisch contact kan de tevredenheid van vrouwen over de ondersteuning tijdens het postpartum verhogen, maar het bewijs is niet robuust en niet eenduidig. Er is meer onderzoek nodig. Er is geen bewijs dat telefonisch contact de angst van de moeder kan verminderen tijdens de zwangerschap (gegevens uit 2 studies; n=386 vrouwen; SMD -0,09; 95% BI 0,29-0,11) noch het in het postpartum (gegevens uit van twee studies; n=702 vrouwen; RR 0,50; 95%-BI 0,17-1,46). Eén studie onderzocht de stressniveaus van jonge moeders met behulp van de 'Parenting Stress Index' afgenomen 3 maanden postpartum. Vrouwen die telefonische ondersteuning kregen, hadden 70% minder risico op hoge stress-scores (n=94 vrouwen; RR 0,30; 95%-BI 0,09-1,00; p=0,05), terwijl vrouwen die telefonische ondersteuning kregen bovenop de gebruikelijke zorg waarschijnlijk 21% meer kans hadden om na 6 maanden nog (exclusieve en gemengde)

¹⁸³ McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev 2017;2(2):CD001141. Update in: Cochrane Database Syst Rev 2022;10:CD001141.

¹⁸⁴ Lavender T, Richens Y, Milan SJ, et al. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. Cochrane Database Syst Rev 2013;2013(7):CD009338.

borstvoeding te geven (gegevens van 5 studies; n=691 vrouwen; RR: 1,21; 95%-BI 1,06-1,38).

Overwegingen

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: lage zekerheid van bewijs
- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbevelingen. Gelijkaardig aan vorige aanbevelingen is er mogelijk nood aan extra training van de zorgverleners. Het toepassen van de aanbevelingen kan een extra tijdsinvestering vragen; de beperkte tijd van zorgverleners kan dus een barrière zijn om de aanbeveling te implementeren ¹⁸⁵. De nood aan continuïteit in de opvolging van borstvoeding door de zorgverlener kan een impact hebben op de organisatie. Er is geen economisch bewijs gevonden, maar er is een kleine meerkost te verwachten voor onder andere training en de extra tijdsinvestering. De (gezondheids)voordelen van deze aanbevelingen wegen op tegenover de nadelen ¹⁸⁶.
- Waarden en voorkeuren: weinig variabiliteit te verwachten.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België. Naargelang de situatie kan het echter onmogelijk zijn om zowel face-to-faceondersteuning als continuïteit van de zorgverlener te voorzien.

Besluit: de aanbevelingen zijn gericht op het ondersteunen en verbeteren van de huidige praktijk m.b.t. borstvoeding, met mogelijk effect (wijziging) op de organisatie van de zorgverlening, maar zonder significante meerkost. Ze zijn voornamelijk gebaseerd op kwalitatief onderzoek dat peilt naar ervaringen van vrouwen en zorgverleners. De auteurs besluiten tot een lage zekerheid van bewijs, maar met een risico-batenbalans in het voordeel van de aanbevelingen (GRADE 1C).

¹⁸⁵ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

¹⁸⁶ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

2.2. Borstvoeding beoordelen

Aanbevelingen

1. Borstvoedingsassessment:

- Vraag naar (**GPP**):
 - de bezorgdheden van ouders omtrent de voeding van hun baby;
 - hoe vaak en lang de voedingsmomenten zijn;
 - of de baby ritmisch zuigt en hoorbaar slikt;
 - of de baby tevreden is na het voedingsmoment;
 - of de baby wakker wordt voor de voedingsmomenten;
 - de gewichtstoename of het gewichtsverlies van de baby;
 - het aantal natte en droge luiers;
 - de toestand van de borsten en tepels van de kraamvrouw;
 - of de baby voor of na de borstvoeding huilt;
 - of de vrouw pijn ondervindt bij het geven van borstvoeding.
 - Observeer een voedingsmoment binnen de eerste 24 uur na de geboorte, en ten minste één ander voedingsmoment binnen de eerste week (bij voorkeur meerdere) (**GPP**).
2. Neem bijkomende maatregelen bij aanhoudende bezorgdheden rond de borstvoeding (**GPP**).

Toelichting

De zorgverlener moet beschikken over de vaardigheden en competenties om de borstvoeding te beoordelen en mogelijke bezorgdheden te identificeren en te bespreken. UNICEF beschikt over verschillende instrumenten om de borstvoeding te beoordelen ¹⁸⁷. Daarnaast wordt aangeraden om in de eerste week 2 borstvoedingsmomenten te observeren. Neem hiervoor de tijd.

In geval van bezorgdheden kunnen bijkomende observaties of maatregelen nodig zijn:

- Aanpassing van de positionering en aanleggen aan de borst;
- Afgekolfde melk geven;
- Verwijzen voor aanvullende ondersteuning, zoals een lactatieconsultatie of peer support;

¹⁸⁷ UNICEF. Breastfeeding Assessment Tools. 2022; Available from: [Breastfeeding assessment tool - maternity \(unicef.org.uk\)](https://www.unicef.org/maternal/breastfeeding-assessment-tools)

- Onderzoek van de mond(structuur), algemene houding (mogelijke torticollis of te kort tongriempje);
- Verwijzen naar een lactatiekundige, vroedvrouw (aan huis) en/of (kinder)arts.

Onderbouwing

Deze GPP's werden overgenomen uit de NICE-richtlijn "Postnatal care" van 2021¹⁸⁸ en zijn gebaseerd op 'Evidence review R' van de NICE-richtlijn. Die beschrijft hoe werd gezocht naar literatuur over observaties of klinische instrumenten die moeilijkheden bij borstvoeding accuraat kunnen voorspellen met als doel deze door vroege interventie(s) te voorkomen. Er werden slechts 3 studies gevonden met een ernstig/zeer ernstig risico op bias en andere grote tekortkomingen. De aanbevelingen werden bijgevolg opgesteld door een comité van NICE op basis van consensus, expertise en ervaring. Het comité erkent het belang van enkele kritieke onderdelen van een goed borstvoedingsassessment door een zorgverlener. Deze liggen in lijn met de principes van het 'Baby Friendly Initiative borstvoedings-assessment'-instrument van UNICEF¹⁸⁹. Er werd geen bijkomend wetenschappelijk bewijs gevonden. De NICE-aanbevelingen werden aangepast aan de Belgische context en voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders. Ze werden gevalideerd in de eerste ronde.

Overwegingen

- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbevelingen. Assessment en observatie van de borstvoeding zijn belangrijk, zeker als er problemen zijn rond voeding, gewicht of beleving. Er is geen bewijs gevonden over enige economische impact; bijkomende tijdsinvestering vanwege de zorgverleners is te verwachten.
- Waarden en voorkeuren: weinig variabiliteit te verwachten.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: er werd geen bewijs gevonden om de aanbevelingen te onderbouwen. De GPP stoelt bijgevolg op consensus. Ondanks de mogelijke extra tijdsinvestering zijn borstvoedingsassessment en observatie van de borstvoeding belangrijke aspecten in de zorgverlening, zeker als er problemen zijn rond voeding, gewicht of beleving.

¹⁸⁸ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹⁸⁹ [Breastfeeding assessment tool - maternity \(unicef.org.uk\)](https://www.unicef.org/uk/breastfeeding-assessment-tool-maternity)

3. Kunstvoeding

Aanbevelingen

1. Bespreek kunstvoeding met ouders die kunstvoeding overwegen of moeten geven, rekening houdend met het feit dat baby's, naast borstvoeding of afgekolfde moedermelk, gedeeltelijk kunstvoeding kunnen krijgen (**GRADE 1C**).
2. Geef bij voorkeur face-to-face kunstvoedingszorg op maat van de individuele noden van de kraamvrouw, aangevuld met schriftelijke, digitale en/of telefonische ondersteuning (**GRADE 2C**).
3. Ondersteun ouders die overwegen om borstvoeding aan te vullen met kunstvoeding of om over te stappen van borstvoeding naar kunstvoeding in het nemen van een weloverwogen beslissing (**GRADE 1C**).

Toelichting

Hoewel borstvoeding de voorkeur heeft, is exclusieve kunstvoeding of een combinatie van kunst- en borstvoeding eveneens mogelijk. Die keuze moeten zorgverleners respecteren. De informatie die zij geven omtrent kunstvoeding moet dus niet-oordelend, ondersteunend en neutraal zijn.

Informatie omtrent kunstvoeding moet volgende inhouden:

- De verschillen tussen moedermelk en kunstmelk;
- Zuigelingenvoeding is de enige kunstvoeding die baby's nodig hebben tijdens hun eerste levensjaar, tenzij er specifieke medische noden zijn;
- Hoe voedingsmateriaal steriliseren en kunstvoeding veilig voor te bereiden, met zo nodig een praktische demonstratie;
- Aan vrouwen die borstvoeding proberen te geven en bijvoeding met kunstmelk overwegen: de mogelijke effecten van bijvoeding op het succes van borstvoeding en hoe voldoende melkproductie te onderhouden.

De ondersteuning bij kunstvoeding omvat volgende aspecten:

- Het geven van advies omtrent:
 - responsieve kunstvoeding: dat wil zeggen dat de moeder reageert op de signalen van haar baby en op haar eigen verlangen om de baby te voeden. Bij responsief voeden wordt erkend dat voeding meer inhoudt dan het voeden alleen, maar ook het geven van liefde, troost en geruststelling omvat;
 - het tempo van kunstvoeding;
 - het herkennen van honger- en verzadigingssignalen: met kunstvoeding is het wel mogelijk om een baby te 'overvoeden';
 - andere manieren dan voeding om de baby te troosten en te kalmeren;

- het opbouwen van een band met de baby bij kunstvoeding door huid-op-huidcontact, oogcontact en het aantal mensen te beperken die de baby regelmatig voeden;
- de houding van de baby bij kunstvoeding en de gevaren van een zelfvoedend babykussen ('prop feeding').
- Het helpen herkennen van honger- en verzadigingssignalen ¹⁹⁰:
 - op vingertjes zuigen, vuistjes maken, wroeten, bewegen en wriemelen, snelle oogbewegingen zijn tekenen dat de baby klaar is voor een voeding;
 - voeden in dit stadium is ideaal omdat de baby dan nog rustig is;
 - huilen is het laatste teken van honger en tegen die tijd is de baby mogelijk te overstuur om te drinken.
- De observatie van een voedingsmoment.

Onderbouwing

Aanbeveling 1: Bespreek kunstvoeding met ouders die kunstvoeding overwegen of moeten geven, rekening houdend met het feit dat baby's, naast borstvoeding of afgekolfd moedermelk, gedeeltelijk kunstvoeding kunnen krijgen (**GRADE 1C**).

Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NICE-richtlijn "Postnatal care" van 2021 ¹⁹¹ en is gebaseerd op 'Evidence review T' van de NICE-richtlijn ¹⁹² die stoelt op kwalitatieve studies. Uit deze evidence review blijkt dat vrouwen die kunstvoeding geven, zich onvoldoende ondersteund voelen. Bestaande informatie, brochures en discussies lijken vooral gefocust op borstvoeding. Er is bovendien weinig genuanceerde informatie voorhanden die op kunstvoeding focust, zonder borstvoeding te blijven vooropstellen. Voedingskeuzes kunnen een belangrijke emotionele impact hebben op de ouders. Zorgverleners moeten ondersteuning bieden, ongeacht de uiteindelijke keuze van de ouders. Het bespreken van kunstvoeding en het geven van informatie hierover start best voor de geboorte en wordt postnataal verder gezet.

¹⁹⁰ <https://www.breastfeedinginsheffield.co.uk/mum-and-baby/baby-feeding-cues/>

¹⁹¹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹⁹²

- Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)
- National Guideline Alliance, p.o.t.R. and College of Obstetricians and Gynaecologists, Postnatal care, in [T] Formula feeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. p. 92.

De bijkomende zoektocht identificeerde volgende relevante kwalitatieve studies:

- De Noorse kwalitatieve, beschrijvende studie van Hvatum et al. ¹⁹³ uit 2017 peilde in 12 individuele semigestructureerde interviews naar de ervaringen van jonge Noorse moeders m.b.t. het niet geven van borstvoeding binnen een borstvoedingscultuur. Uit de analyse komen 3 hoofdthema's naar voren: (1) het verlangen om zich aan die cultuur aan te passen; (2) het gevoel de wet te hebben overtreden en (3) het gebrek aan (ongenuanceerde) informatie. Uit het derde thema blijkt dat er te weinig, te eenvoudige en foutieve informatie wordt gegeven over kunstvoeding. Het doel moet zijn om zorg en educatie te bieden van een hoog niveau.
- De verkennende studie van Appleton et al. ¹⁹⁴ uit 2018 exploreert de praktijken m.b.t. kunstvoeding van ouders – en de factoren die daarop een invloed hebben – en de informatiebronnen die ze gebruiken. Uit de thematische analyse van 24 semigestructureerde telefonische interviews (n=24) blijkt dat er nood is aan advies om tot een geïnformeerde beslissing te komen. Momenteel is het aanbod aan informatie/advies ontoereikend om ouders daarin te helpen.
- Het kwalitatief onderzoek van Wirihana et al. ¹⁹⁵ uit 2012 exploreert, op basis van 4 individuele semigestructureerde interviews die plaatsvonden ongeveer 4 weken na de bevalling, de postnatale ervaringen van vrouwen die geen borstvoeding geven. De studie probeert inzicht te krijgen in hun perceptie over de zorg en de ondersteuning bij het maken van hun keuze. Uit de analyse blijkt dat vrouwen zich ongemakkelijk voelen wanneer ze hulp vragen en dat de beschikbare educatie versnipperd is. Voor deze educatie rekenen ze op zorgverleners.
- De etnografische studie van Wennberg et al. uit 2017 ¹⁹⁶ onderzocht op basis van discussies op webfora de percepties van moeders over de introductie van kunstvoeding. Belangrijkste bevindingen waren het feit dat vrouwen dikwijls tegenstrijdig advies kregen, dat zorgverleners borstvoeding steeds vooropstellen en bezorgd waren als werd gekozen voor kunstvoeding. De auteurs concluderen dat positieve ervaringen met zorgverleners angst-, schaamte- en schuldgevoelens kunnen wegnemen en de beslissing voor kunstvoeding kunnen faciliteren.

¹⁹³ Hvatum I, Glavin K. Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *J Clin Nurs* 2017;26(19-20):3144-3155.

¹⁹⁴ Appleton J, Laws R, Russell CG, et al. Infant formula feeding practices and the role of advice and support: an exploratory qualitative study. *BMC Pediatr* 2018;18(1):12.

¹⁹⁵ Wirihana LA, Barnard A. Women's perceptions of their healthcare experience when they choose not to breastfeed. *Women Birth* 2012;25(3):135-41.

¹⁹⁶ Wennberg AL, Jonsson S, Zadik Janke J, Hörnsten Å. Online Perceptions of Mothers About Breastfeeding and Introducing Formula: Qualitative Study. *JMIR Public Health Surveill* 2017;3(4):e88.

Overwegingen

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: deze aanbeveling is gebaseerd op evidence review T van NICE op basis van kwalitatief onderzoek. De kwaliteit van de studies varieert van laag tot hoog. We gaan dus uit van een lage zekerheid van bewijs. De bijkomende zoektocht naar literatuur leverde nog 4 extra kwalitatieve studies op die de aanbeveling onderbouwen.
- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbevelingen. Gelijkaardig aan vorige aanbevelingen is er mogelijk nood aan extra training van de zorgverleners om voldoende expertise en kennis te verwerven omtrent kunstvoeding. Het toepassen van de aanbevelingen kan een extra tijdsinvestering vragen. De nood aan continuïteit in de opvolging van borstvoeding door de zorgverlener kan een impact hebben op de organisatie. Er is geen economisch bewijs gevonden, maar er is een kleine meerkost te verwachten onder andere voor training en de extra tijdsinvestering. De (gezondheids)voordelen van deze aanbevelingen wegen op tegen de nadelen.
- Waarden en voorkeuren: weinig variabiliteit te verwachten.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: de aanbevelingen zijn gericht op het ondersteunen en het verbeteren van de huidige praktijk m.b.t. kunstvoeding, met mogelijk effect (wijziging) op de organisatie van de zorgverlening, maar zonder significante meerkost. Ze zijn voornamelijk gebaseerd op kwalitatief onderzoek dat peilt naar ervaringen van vrouwen en zorgverleners. We besluiten tot een lage zekerheid van bewijs, maar met een risico-batenbalans in het voordeel van de aanbevelingen (GRADE 1C).

Aanbeveling 2: Geef bij voorkeur face-to-face kunstvoedingszorg op maat van de individuele noden van de kraamvrouw, aangevuld met schriftelijke, digitale en/of telefonische ondersteuning (**GRADE 2C**).

Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NICE-richtlijn "Postnatal care" van 2021¹⁹⁷ en is gebaseerd op 'Evidence review T' van de NICE-richtlijn¹⁹⁸ die stoelt op

¹⁹⁷ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹⁹⁸

- Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)
- National Guideline Alliance, p.o.t.R. and College of Obstetricians and Gynaecologists, Postnatal care, in [T] Formula feeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. p. 92.

kwalitatieve studies. Uit deze evidence review blijkt dat vrouwen ook bij kunstvoeding face-to-faceondersteuning het meest waarderen. Bijkomende informatie kan daarbij behulpzaam zijn. De informatie moet praktisch zijn: over veilige kunstvoeding en hoe het gedrag en tekenen van de baby interpreteren en daarop reageren. Het belang van de continuïteit van zorgverlener wordt ook hier weer benadrukt. Verschillende zorgverleners geven vaak tegenstrijdige informatie, waardoor vrouwen zich verward en ontmoedigd voelen. Moeders die voor kunstvoeding kiezen, missen informatie over de verschillende soorten kunstvoeding en hun voedingswaarden, over de veilige manier om kunstvoeding voor te bereiden en de hoeveelheden. Moeders die borstvoeding proberen te geven, hebben geen besef van de mogelijke ongewenste effecten van aanvullende kunstvoeding (bijvoeding) op het succes van borstvoeding. Ze voelen zich hierin onvoldoende ondersteund, want alle bestaande informatie lijkt gefocust op borstvoeding.

De NICE-aanbeveling over face-to-face- en/of digitale ondersteuning is gebaseerd op de mixed-methodsstudie van Roberts et al. uit 2009 ¹⁹⁹ met een steekproef van vrouwen die ofwel borstvoeding (n=49; 54%), ofwel kunstvoeding (n=32; 35%) ofwel beide (n=10; 11%) gaven. De studie onderzocht aan de hand van een survey (n=91) en 20 individuele semigestructureerde telefonische diepte-interviews ('purposively selected') 6 à 8 weken na de bevalling of video-ondersteuning na ziekenhuisontslag een zinvolle methode is ter ondersteuning van de voeding van de pasgeborene. De studie analyseerde de meningen van vrouwen over een hypothetische situatie. Vrouwen uitten bezorgdheden over de impact van de technologie op de huidige ondersteuning. Ze willen niet dat deze de face-to-facecontacten vervangen of verminderen. Digitale ondersteuning wordt wel beschouwd als een goede aanvulling voor buiten de werkuren, waarbij e-mail en tekstberichten makkelijker en toegankelijker worden bevonden dan video.

De bijkomende zoektocht identificeerde volgende relevante studies:

- De systematische review van Lavender et al. uit 2013 ²⁰⁰ van goede kwaliteit bestudeert de effecten van telefonische ondersteuning tijdens de zwangerschap en in de eerste 6 weken postpartum, ten opzichte van gebruikelijke zorg, op de uitkomsten voor moeder en kind. Er werden 27 RCT's geïnccludeerd (n=12.256 deelnemers) met 'tevredenheid van de moeder' als één van de primaire

¹⁹⁹

- Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)
- Roberts A, Hoddinott P, Heany D, Bryers H. The use of video support for infant feeding after hospital discharge: a study in remote and rural Scotland. *Maternal & Child Nutrition* 2009;5(4):347-357.

²⁰⁰ Lavender T, Richens Y, Milan SJ, et al. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(7):CD009338.

uitkomstmaten. Twee studies ²⁰¹ rapporteren gemiddelde tevredenheidsscores over de zorg tijdens de zwangerschap: de gemiddelde tevredenheid in de controlegroep (gebruikelijke zorg) lag lager (SMD 1,16; BI-95% 0,79-1,54; n=132). Een andere studie uit 1995 ²⁰² beschrijft het aantal vrouwen dat niet tevreden was met de geleverde zorg; er waren geen duidelijke verschillen tussen de interventie- en de controlegroepen (RR 0,84; BI-95% 0,43-1,64; n=181). Twee studies rapporteren ²⁰³ gemiddelde tevredenheidsscores met betrekking tot de ondersteuning in de postnatale periode. De interventiegroep had hogere gemiddelde scores (SMD 0,54; BI-95% 0,17-0,91; n=119). De auteurs van de systematische review concluderen dat er onvoldoende bewijs is om routinematig telefonisch contact aan te raden.

- Het beschrijvende, kwalitatieve onderzoek van Hennessy uit 2020 ²⁰⁴ uitgevoerd in Ierland bevroeg ouders (24 moeders en 5 vaders) en primaire zorgverleners van kinderen jonger dan 30 maanden aan de hand van semigestructureerde interviews. Uit de bevindingen blijkt het belang van de toegang tot diensten wanneer nodig en de nood aan informatie van hoge kwaliteit in verschillende vormen (face-to-face, online, individueel, groep). De optie van telefonisch contact werd als positief beschouwd.
- De mixed-methodsstudie van Crossland et al. uit 2020 ²⁰⁵ evalueert het gebruik van een app op de smartphone, een tijdschrift en dvd voor perinatale ondersteuning.

²⁰¹

- Little M, Saul G, Testa K, Gaziano C. The influence of telephonic nursing care coordination on patient satisfaction in a predominantly low-income, high-risk pregnancy population. *Lippincotts Case Manag* 2002;7(1):15-23.
- Jareethum R, Titapant V, Chantra T, et al. Satisfaction of healthy pregnant women receiving short message service via mobile phone for prenatal support: A randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai*;91(4):458-63.

²⁰² Mongeon M, Allard R. Essai contrôlé d'un soutien téléphonique régulier donné par une bénévole sur le déroulement et l'issue de l'allaitement [Controlled study of a regular telephone support program given by volunteers on the establishment of breastfeeding]. *Can J Public Health* 1995;86(2):124-7.

²⁰³

- Jareethum R, Titapant V, Chantra T, et al. Satisfaction of healthy pregnant women receiving short message service via mobile phone for prenatal support: A randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai* 2008;91(4):458-63.
- Hoddinott P, Craig L, MacLennan G, et al; NHS Grampian and the University of Aberdeen FEST Project Team. The FEeding Support Team (FEST) randomised, controlled feasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding women living in disadvantaged areas. *BMJ Open* 2012;2(2):e000652.

²⁰⁴ Hennessy M, Byrne M, Laws R, Heary C. "They Just Need to Come Down a Little Bit to your Level": a qualitative study of parents' views and experiences of early life interventions to promote healthy growth and associated behaviours. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(10):3605.

²⁰⁵ Crossland N, Thomson G, Moran VH. Impact of parenting resources on breastfeeding, parenting confidence and relationships. *Midwifery* 2020;81:102591.

Het onderzoek bestond uit kwalitatieve interviews (n=30) en enquêtes (bevragingen) bij moeders en zorgverleners, zowel voor (n=161) als na (n=192) de interventie. De resultaten tonen dat de continue beschikbaarheid van de app en de video's voordelen biedt en het gebruik van verschillende informatiebronnen de band tussen moeder en kind kunnen versterken.

- Het beschrijvende onderzoek van Lupton et al. uit 2016 en uitgevoerd in Australië ²⁰⁶ peilt naar de perceptie van zwangere vrouwen of vrouwen die bevallen zijn (n=36) in de laatste 3 jaar m.b.t. het aanbod van digitale media en de soorten informatie die ze waarderen. De auteurs besluiten dat vrouwen via informatie op apps en online media opnieuw een gevoel van controle krijgen. Het gepercipieerde voordeel van digitale media is de grote toegankelijkheid. Bovendien is het een manier voor vrouwen om hun netwerk te vergroten.
- De studie van Hvatum et al. uit 2016 ²⁰⁷ benadrukt dat ouders voldoende kennis moeten hebben omtrent het correcte en veilige gebruik van kunstvoeding. Daarom moeten zorgverleners over deze kennis beschikken om die aan gezinnen over te brengen. Overheidsinstanties hebben hierin ook een verantwoordelijkheid.
- De studie van Wirihana et al. uit 2012 ²⁰⁸ stelt dat educatie over de correcte voorbereiding en bewaring van kunstvoeding essentieel is. Het tonen van hoe kunstvoeding wordt voorbereid, draagt bij tot het verminderen van de risico's van kunstvoeding.

Voor de aanbeveling i.v.m. de geïnformeerde keuze voor kunstvoeding, verwijzen we naar de onderbouwing m.b.t. het bespreken van kunstvoeding met ouders (zie blz. 128).

Overwegingen

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: deze aanbeveling is gebaseerd op evidence review T van NICE van kwalitatieve studies. De kwaliteit van die studies varieert van laag tot hoog, waardoor we uitgaan van een lage zekerheid van bewijs. De aanvullende zoektocht naar literatuur leverde nog 1 systematische review, 1 mixed methods-studie en 4 kwalitatieve onderzoeken op die de aanbeveling verder onderbouwen.

²⁰⁶ Lupton D. The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. BMC Pregnancy Childbirth 2016;16(1):171.

²⁰⁷ Hvatum I, Glavin K. Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. J Clin Nurs 2017;26(19-20):3144-3155.

²⁰⁸ Wirihana LA, Barnard A. Women's perceptions of their healthcare experience when they choose not to breastfeed. Women Birth 2012;25(3):135-41.

- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbevelingen. Gelijkaardig aan vorige aanbevelingen is er mogelijk nood aan extra training van de zorgverleners om voldoende expertise en kennis te verwerven omtrent kunstvoeding. Het toepassen van de aanbevelingen kan een extra tijdsinvestering vragen. De nood aan continuïteit in de opvolging van borstvoeding door de zorgverlener kan een impact hebben op de organisatie. Er is geen economisch bewijs gevonden, maar er is een kleine meerkost te verwachten voor onder andere training en de extra tijdsinvestering. De (gezondheids)voordelen van deze aanbevelingen wegen op tegen de nadelen.
- Waarden en voorkeuren: weinig variabiliteit te verwachten.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België. Naargelang de situatie kan het echter onmogelijk zijn om zowel face-to-faceondersteuning als continuïteit van zorgverlener te voorzien.

Besluit: de aanbevelingen zijn gericht op het ondersteunen en het verbeteren van de huidige praktijk m.b.t. kunstvoeding, met mogelijk effect (wijziging) op de organisatie van de zorgverlening, maar zonder significante meerkost. Ze zijn voornamelijk gebaseerd op kwalitatief onderzoek dat peilt naar ervaringen van vrouwen en zorgverleners. We besluiten tot een lage zekerheid van bewijs, maar met een risico-batenbalans in het voordeel van de aanbevelingen (GRADE 2C).

Aanbeveling 3: Ondersteun ouders die overwegen om borstvoeding aan te vullen met kunstvoeding of om over te stappen van borstvoeding naar kunstvoeding in het nemen van een weloverwogen beslissing (**GRADE 1C**).

Deze aanbeveling werd overgenomen uit de NICE-richtlijn "Postnatal care" van 2021²⁰⁹ en is gebaseerd op 'Evidence review T' van de NICE-richtlijn²¹⁰ die stoelt op kwalitatieve studies. Uit deze evidence review komt naar voren dat zorgverleners aan vrouwen genuanceerde en evidencebased informatie moeten verstrekken die hen helpt om een geïnformeerde en schuldvrije beslissing te maken. Vrouwen die voor kunstvoeding kiezen, willen niet het gevoel hebben dat ze onder druk worden gezet worden of dat ze schuldig, inadequaar of mislukt zijn. Vrouwen willen niet worden

²⁰⁹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

²¹⁰

- Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)
- National Guideline Alliance, p.o.t.R. and College of Obstetricians and Gynaecologists, Postnatal care, in [T] Formula feeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. p. 92.

terechtgewezen of het gevoel krijgen dat ze iets verkeerd doen. Sommige vrouwen vinden wel steun bij zorgverleners wanneer ze met kunstvoeding starten. Globaal genomen ervaren vrouwen die kunstvoeding geven een gebrek aan steun en een gevoel van 'genegeerd' te worden bij het verlenen van postnatale zorg, in vergelijking met vrouwen die borstvoeding geven. Bij de overstap van borst- naar kunstvoeding kan een zorgverlener hierin een groot verschil maken.

De bijkomende zoektocht leverde geen resultaten op.

Voor de aanbeveling i.v.m. de geïnformeerde keuze voor kunstvoeding, verwijzen we naar de onderbouwing m.b.t. het bespreken van kunstvoeding met ouders (zie blz. 128).

Overwegingen

- Globale beoordeling van de effecten en zekerheid van het bewijs voor de kritische uitkomsten: deze aanbeveling is gebaseerd op evidence review T van NICE van kwalitatieve studies. De kwaliteit van die studies varieert van laag tot hoog, waardoor we uitgaan van een lage zekerheid van bewijs. De bijkomende zoektocht leverde geen resultaten op.
- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van de aanbevelingen. Gelijkaardig aan vorige aanbevelingen is er mogelijk nood aan extra training van de zorgverleners om voldoende expertise en kennis te verwerven omtrent kunstvoeding. Het toepassen van de aanbevelingen kan een extra tijdsinvestering vragen. De nood aan continuïteit in de opvolging van borstvoeding door de zorgverlener kan een impact hebben op de organisatie. Er is geen economisch bewijs gevonden, maar er is een kleine meerkost te verwachten voor onder andere training en de extra tijdsinvestering. De (gezondheids)voordelen van deze aanbevelingen wegen op tegen de nadelen.
- Waarden en voorkeuren: weinig variabiliteit te verwachten.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: de aanbevelingen zijn gericht op het ondersteunen en het verbeteren van de huidige praktijk m.b.t. kunstvoeding, met mogelijk effect (wijziging) op de organisatie van de zorgverlening, maar zonder significante meerkost. Ze zijn voornamelijk gebaseerd op kwalitatief onderzoek dat peilt naar ervaringen van vrouwen en zorgverleners. We besluiten tot een lage zekerheid van bewijs, maar met een risico-batenbalans in het voordeel van de aanbevelingen (GRADE 1C).

4. Lactatieonderdrukking

Aanbeveling

Wil de kraamvrouw geen borstvoeding geven of de borstvoeding stoppen, bespreek dan de lactatieonderdrukking: geef informatie en zelfhulpadvies (**GPP**).

Toelichting

Het is belangrijk dat vrouwen weten hoe lactatie werkt en hoe het onderdrukt en afgebouwd kan worden. Ga na welke emotionele impact het stopzetten van de borstvoeding op hen heeft.

Medicatie voorschrijven om de lactatie te onderdrukken, is alleen doeltreffend tijdens de lactogenese. Eens de melkproductie op gang is gekomen, is medicatie minder werkzaam en geeft veel bijwerkingen. Daarom wordt medicatie afgeraden.

Geef volgende informatie omtrent lactatieonderdrukking:

- Werking van de melkproductie, wat er gebeurt wanneer de melkproductie stopt en hoe lang het duurt vooraleer de melkproductie definitief stopt;
- Hoe borstvoeding geleidelijk afbouwen;
- Voor- en nadelen van de verschillende methoden om lactatie te onderdrukken;
- Wanneer hulp zoeken.

Geef de kraamvrouw volgend zelfhulpadvies:

- Vermijd het stimuleren van de borsten;
- Draag een ondersteunende bh;
- Gebruik ijspacks (pijnstillend en vertraagt de toeschietreflex);
- In geval van pijn: neem pijnmedicatie die vrij verkrijgbaar is;
- Kolf de melk spaarzaam af om stuwings te verminderen.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de NICE-richtlijn "Postnatal care" van 2021 ²¹¹:

- De oorspronkelijke aanbeveling bevatte een deel over medicatie om de lactatie te onderdrukken. Dit werd geschrapt op basis van expertopinie, in lijn met de Belgische setting. Tijdens de Delphi-procedure kwamen nog enkele opmerkingen naar voren omtrent mastitisspectrumbeleid. Afkolven om stuwings te verminderen, staat ter discussie. Het mastitisspectrumbeleid valt buiten het bestek van deze

²¹¹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

richtlijn. We verwijzen hiervoor naar een klinisch protocol van de 'Academy of Breastfeeding' ²¹².

- De NICE-richtlijn vond geen relevant onderzoek om de aanbeveling om vrouwen en partners te informeren over lactatieonderdrukking te onderbouwen. De aanbeveling is bijgevolg gebaseerd op de kennis en expertise van auteurs van de NICE-richtlijn. Deze aanbeveling werd voorgelegd in een Delphi-bevraging aan een panel van experts en stakeholders en werd gevalideerd in de eerste ronde.

Overwegingen

- Balans voor- en nadelen: in het voordeel van het GPP. Gelijkaardig aan vorige aanbevelingen is er mogelijk nood aan extra training van de zorgverleners om voldoende expertise en kennis te verwerven omtrent lactatieonderdrukking. Er is geen economisch bewijs gevonden, maar er is een kleine meerkost te verwachten voor onder andere training en de extra tijdsinvestering. De (gezondheids)voordelen van dit GPP wegen op tegen de nadelen.
- Waarden en voorkeuren: weinig variabiliteit in te verwachten.
- Toepasbaarheid: toepasbaar in de eerstelijnszorg in België.

Besluit: de aanbevelingen zijn gericht op het ondersteunen en het verbeteren van de huidige praktijk m.b.t. lactatieonderdrukking, met mogelijk effect (wijziging) op de organisatie van de zorgverlening, maar zonder significante meerkost. Ze zijn voornamelijk gebaseerd op kwalitatief onderzoek dat peilt naar ervaringen van vrouwen en zorgverleners. We besluiten tot een lage zekerheid van bewijs, maar met een risico-batenbalans in het voordeel van het GPP.

²¹² Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, et al; Academy of Breastfeeding Medicine. Academy of Breastfeeding Medicine clinical protocol #36: the mastitis spectrum, Revised 2022. Breastfeed Med 2022;17(5):360-376. Erratum in: Breastfeed Med 2022;17(11):977-978.

GRADE

In deze richtlijn wordt de 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (GRADE ²¹³) toegepast. GRADE is een methode ontwikkeld door de GRADE Working Group om op een overzichtelijke manier met een uniforme codering inzicht te krijgen in de zekerheid van het achterliggende wetenschappelijke bewijs en de sterkte van de aanbeveling. De criteria voor het toepassen van GRADE werden in 2016 herzien ²¹⁴.

De GRADE-benadering omvat twee stappen:

1. Een beoordeling van de zekerheid van het wetenschappelijk bewijs (voor alle uitkomsten die bepalend zijn geweest in het formuleren van de aanbeveling). Dit wordt in deze richtlijn uitgedrukt in 3 niveaus (hoog = A, matig = B of laag = C).
2. Een beoordeling of inschaling ('grading') van de sterkte van de aanbeveling, die vertaald wordt naar een cijfer (sterk = 1 of zwak = 2).

Bij wijze van voorbeeld (zie ook tabel 6):

- 1A betekent dat de voordelen van de aanbeveling de nadelen duidelijk overtreffen en dat de aanbeveling onderbouwd is met goede RCT 's of overtuigende observationele studies.
- 2C betekent dat er onzekerheid is over de voor- en nadelen van de aanbeveling en dat deze 'slechts' onderbouwd is met gewone observationele studies of gevallenstudies.

Daarnaast zijn er ook "good practice points" (GPP). Dat zijn sterke aanbevelingen die gebaseerd zijn op expertopinie en een formele consensusprocedure (Delphi). Een GPP wordt geformuleerd wanneer er uitsluitend indirect wetenschappelijk bewijs bestaat, wanneer de aanbeveling nodig is om goede zorg te bieden én de voordelen ervan duidelijk zijn. Een GPP is dus steeds een sterke aanbeveling, maar zonder directe onderbouwing.

²¹³

- Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, et al, for the GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al, for GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008;336:995-8.

²¹⁴ Criteria for using GRADE 2016
http://www.gradeworkinggroup.org/docs/Criteria_for_using_GRADE_2016-04-05.pdf

Bij de overwegingen om te komen tot een sterke of zwakke aanbeveling, werden naast de zekerheid van het bewijs, ook voor- en nadelen, patiëntenvoorkeuren en toepasbaarheid bekeken. Ook de kosteneffectiviteit van elke aanbeveling werd afgewogen. Er werden geen specifieke studies gevonden die de kosten en baten hebben onderzocht. Bij deze afweging was de kosten-batenverhouding telkens in het voordeel van de geformuleerde aanbevelingen, wat we niet bij elke aanbeveling herhaald hebben vermeld.

Tabel 6: GRADE-classificatie, betekenis van de codes.

GRADE		Voordelen versus nadelen of risico's	Betekenis zekerheid van bewijs	Implicaties
1A	Sterke aanbeveling, hoge zekerheid van bewijs	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	We hebben een sterk vertrouwen dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
1B	Sterke aanbeveling, matige zekerheid van bewijs		We hebben een behoorlijk vertrouwen in het geschatte effect. Wellicht ligt dit effect dicht bij het werkelijke effect, maar het is mogelijk dat dit ook behoorlijk afwijkt.	
1C	Sterke aanbeveling, lage zekerheid van bewijs		Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt. Het werkelijke effect wijkt mogelijk sterk af van het geschatte effect.	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er bewijs van hogere kwaliteit beschikbaar komt.
2A	Zwakke aanbeveling, hoge zekerheid van bewijs	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	We zijn sterk overtuigd dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2B	Zwakke aanbeveling, matige zekerheid van bewijs		We hebben een behoorlijk vertrouwen in het geschatte effect. Wellicht ligt dit dicht bij het werkelijke effect, maar het is mogelijk dat dit ook behoorlijk afwijkt.	

2C	Zwakke aanbeveling, lage zekerheid van bewijs	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt. Het werkelijke effect wijkt hiervan mogelijk sterk af.	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen even goed te verantwoorden zijn
GPP	Aanbeveling gebaseerd op expertopinie en op een formele consensusprocedure (Delphi)			Sterke aanbeveling zonder aanduiding van GRADE

Researchagenda

Researchagenda m.b.t. informatie en ondersteuning tijdens postpartumperiode:

- Er is nood aan wetenschappelijk onderzoek over het beste interval na de geboorte waarin het routineonderzoek van de pasgeborene en het eerste postnatale opvolgbezoek thuis moet gebeuren;
- Er is nood aan wetenschappelijk onderzoek over het effect van emotionele hechting/binding met de pasgeborene op de gezondheid en het welzijn van het kind.

Researchagenda m.b.t. screeningstests bij de pasgeborene:

Er is nood aan wetenschappelijk onderzoek om na te gaan voor welke aandoeningen gericht onderzoek en/of vroegtijdige opsporing effect heeft op de verdere gezondheid en ontwikkeling van de pasgeborene (o.a. psychomotorische en spraakontwikkeling).

Researchagenda m.b.t. zorg voor mentale gezondheid van de moeder:

- Er is nood aan wetenschappelijk onderzoek over de facilitatoren en barrières bij de kraamvrouw en haar partner om te praten over mentale problemen;
- Er is nood aan wetenschappelijk onderzoek over doeltreffende psycho-educatie en tips voor zelfzorg voor de mentale gezondheid van de kraamvrouw;
- Er is nood aan wetenschappelijk onderzoek over de facilitatoren en barrières bij de detectie van perinatale mentale problemen;
- Er is nood aan wetenschappelijk onderzoek over de detectie van intrafamiliaal geweld.

Researchagenda m.b.t. zorg voor seksuele gezondheid van de moeder en gezinsplanning:

Er is nood aan wetenschappelijk onderzoek over het seksueel functioneren in de brede zin (niet enkel seksuele stoornissen) in het eerste jaar na de bevalling en nadien.

Researchagenda m.b.t. de voeding van pasgeborene:

- Er is nood aan wetenschappelijk onderzoek naar het effect en de wijze van informeren van de partner over de manier waarop hij de kraamvrouw kan ondersteunen bij borstvoeding;
- Er is nood aan wetenschappelijk onderzoek over de wijze van 'assessment' en observatie van borstvoeding alsook naar de doeltreffendheid ervan.

Randvoorwaarden voor toepassing van de richtlijn

Dit tweede deel van de richtlijn richt zich voornamelijk op de communicatieve vaardigheden van de zorgverlener (informatie geven, bevraging psychisch welzijn, gezinscontext, seksualiteit, enz.). Bij het toepassen van de richtlijn moet daarom aandacht worden besteed aan een goede communicatie: motiverende gespreksvoering, welke communicatie binnen een normale consultatie (bijv. als onderdeel van een consultatie van 15-20 minuten) en welke bij een langere consultatie, enz.).

Verder zijn volgende aspecten van belang voor de vlotte implementatie van deze richtlijn:

- Creëren en/of ter beschikking stellen van educatiemateriaal.
- Educatie voor zorgverstrekkers rond:
 - mentale gezondheid en welbevinden, en het psychosociaal welzijn in de postpartumperiode, alsook het ondersteunen ervan;
 - het gebruik van het getrapte screeningsmodel (mentale gezondheid);
 - seksuele gezondheid tijdens de postpartumperiode;
 - het bespreekbaar maken van seksualiteit tijdens de postpartumperiode.
- De zorg verleend door vroedvrouwen moet zodanig worden georganiseerd dat de taak van psychosociale ondersteuning kan worden opgenomen

(bijv. een vaste vroedvrouw voor elke kraamvrouw en het voorzien van meer frequente contacten) ²¹⁵.

- Er is nood aan een overzicht van lokale voorzieningen en professionals met een expertise in perinatale mentale gezondheid. Tijdens de stakeholdervergaderingen voor het implementatieproject rond een kwaliteitslabel voor vroedvrouwen werd aangegeven dat de sociale kaart die geïntegreerd is in Born in Belgium ontoereikend is.
- Internationaal onderzoek suggereert dat het nodig is om kennis, vaardigheden en self-efficacy van vroedvrouwen rond het thema seksualiteit te versterken ²¹⁶.
- Er is nood aan een overzicht van lokale voorzieningen en professionals in het kader van de verwijsmogelijkheden rond seksualiteit.

Toetselementen ²¹⁷

De toepassing van heel wat aanbevelingen is moeilijk te meten omdat aspecten rond communicatie, screening, bevraging (bijv. nagaan psychosociaal welzijn tijdens eerste postpartumbezoek,...) meestal afhangen van de (gecodeerde) registratie ervan in het medisch dossier van de kraamvrouw.

Hieronder vermelden we enkele toetselementen die praktisch, haalbaar en meetbaar zijn:

- M.b.t. klinische vraag 1:

²¹⁵ Coates D, Foureur M. The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health Soc Care Community* 2019;27(4):e389-e405.

²¹⁶

- Darooneh T, Ozgoli G, Keshavarz Z, Nasiri M. Educational programs and counseling models for improving postpartum sexual health: a narrative review. *Sexual and Relationship Therapy* 2022;1-17.
- Geuens S, Vermeulen J. From midwifery competencies on sexual wellbeing to teaching and training midwives on sexuality. In: Geuens S, Polona Mivšek A, Gianotten WL, editors. *Midwifery and sexuality*. Cham: Springer International Publishing; 2023: p. 325-34.
- McCann E, Brown M, Hollins-Martin C, et al. The views and experiences of LGBTQ+ people regarding midwifery care: a systematic review of the international evidence. *Midwifery* 2021;103:103102.

²¹⁷ De totstandkoming van de toetselementen gebeurde in samenwerking met de cel Evaluatie van Cebam. De ontwikkelingsgroep bekeek de aangeleverde toetscriteria kritisch op 'feasibility' en behield alleen die die hen haalbaar leken.

- Percentage kraamvrouwen dat binnen 24 uur na de bevalling contact had met een zorgverlener.
- Percentage pasgeborenen dat rond de 2 weken na de geboorte werd gezien door een verpleegkundige van Kind en Gezin.
- M.b.t. klinische vraag 2:
 - Percentage pasgeborenen bij wie een arts (pediater of huisarts die ervaring heeft met neonaten) het 'zevendagedsonderzoek' uitvoerde op dag 7 à 10 na de geboorte.
 - Percentage pasgeborenen bij wie een neonatale screening naar aangeboren en metabole aandoeningen gebeurde.
 - Percentage pasgeborenen bij wie een gehoortest werd uitgevoerd tussen 2 en 4 weken na de geboorte.
- M.b.t. klinische vraag 3:
 - Voor de kwaliteitsindicatoren voor kwetsbare vrouwen tijdens de perinatale periode, verwijzen we naar de publicatie van D'haenens et al. uit 2020 ²¹⁸.
 - Percentage kraamvrouwen dat in de postpartumperiode werd bevraagd over hun mentale gezondheid en welbevinden (*indien geregistreerd in het BiB-dossier, al dan niet geïntegreerd in het medisch dossier*).
 - Percentage kraamvrouwen geïnccludeerd in een regionaal perinataal psychosociaal zorgpad.
 - Percentage kraamvrouwen bij wie intrafamiliaal geweld bevraagd werd en genoteerd staat in het moederboekje.
- M.b.t. klinische vraag 4:
 - Percentage borstvoedende kraamvrouwen dat geen combinatiepreparaat gebruikt en/of aan wie een combinatiepreparaat werd voorgeschreven <6 weken postpartum.
 - Percentage kraamvrouwen dat anticonceptie gebruikt en/of aan wie anticonceptie werd voorgeschreven in de periode tot de menstruatie terug op gang komt.
 - Percentage kraamvrouwen met minder dan 1 jaar tussen bevalling en een nieuwe zwangerschap.
 - Percentage kraamvrouwen dat de huisarts of gespecialiseerde hulp raadpleegt voor seksuele problemen.

²¹⁸ D'haenens F, Helsloot K, Lauwaert K, et al. Towards an integrated perinatal care pathway for vulnerable women: The development and validation of quality indicators. Midwifery 2020;89:102794.

- M.b.t. klinische vraag 5:
 - Meetinstrumenten borstvoeding van de FOD Volksgezondheid: <https://www.health.belgium.be/nl/borstvoeding-0>
 - Percentage kraamvrouwen dat borstvoeding start in de eerste 48 uur na de bevalling.
 - Percentage exclusieve of gedeeltelijke borstvoeding na 6 tot 8 weken postpartum.
 - Percentage kraamvrouwen of primaire verzorgers die kozen voor kunstvoeding en met wie informatie over kunstvoeding is besproken.
 - Tevredenheid van kraamvrouwen en primaire verzorgers over de ondersteuning die ze kregen inzake de voeding van hun baby (via bevraging van betrokkenen).

Totstandkoming

Auteurs

De auteurs van deze richtlijn zijn:

- prof. dr. Nicolas Delvaux, huisarts in Lissewege, professor Huisartsgeneeskunde KU Leuven-KULAK,
- prof. dr. Paul Van Royen, huisarts in Antwerpen, professor Huisartsgeneeskunde Universiteit Antwerpen en voorzitter Werkgroep Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL),
- dr. Katrien Van Thienen, huisarts te Houthalen-Helchteren en wetenschappelijk medewerker expertisecel WOREL,
- dhr. Sam Cordyn, verpleegkundige, verbonden aan het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen en wetenschappelijk medewerker expertisecel WOREL,
- mevr. Tina Van Roy, verpleegkundige in het UZA (Wilrijk) en wetenschappelijk medewerker expertisecel WOREL,
- mevr. Martine Goossens, redactioneel coördinator WOREL,
- mevr. Inge Tency, vroedvrouw, lector en onderzoeker opleiding Vroedkunde, Odisee Hogeschool en voorzitter van de werkgroep Wetenschappelijke onderzoek van de VBOV,
- dr. Anneke Vercoutere, gynaecoloog, Hôpital Erasme, Brussel
- mevr. Florence D'haenens, vroedvrouw, lector en onderzoeker opleiding Vroedkunde, Erasmushogeschool Brussel,
- mevr. Griet Van de Velde, vroedvrouw, lector en onderzoeker opleiding vroedkunde, Arteveldehogeschool Gent,
- prof. dr. Gunnar Naulaers, neonatoloog, UZ Leuven,
- mevr. Hedwig Neels, kinesitherapeut, UAntwerpen,

- prof. dr. Luc De Catte, gynaecoloog, UZ Leuven,
- dr. Marc Raes, kinderarts, voorzitter van de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde.

Methodologie

Algemeen

Deze richtlijn werd ontwikkeld door de Werkgroep Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL) volgens de methodologische stappen beschreven in de leidraad richtlijnontwikkeling opgesteld door WOREL ²¹⁹.

Er werd een Adapte-procedure toegepast ²²⁰. Deze procedure omvat een aantal specifieke stappen:

- systematisch zoeken naar richtlijnen en het beoordelen van de methodologische kwaliteit ervan;
- nagaan of de inhoud (aanbevelingen) van de gevonden richtlijnen overeenstemt met de gestelde klinische vragen;
- nagaan of de wetenschappelijke onderbouwing en de aanbevelingen uit de gevonden richtlijnen op methodologisch en klinisch vlak consistent zijn;
- nagaan of de aanbevelingen uit de gevonden richtlijnen in de Belgische setting aanvaardbaar en toepasbaar zijn;
- selectief adapteren van de relevante aanbevelingen uit de gevonden richtlijnen.

De andere stappen (bepalen van de klinische vragen, updaten van de literatuur, externe toetsing bij eindgebruikers/stakeholders, consensusprocedures) verlopen volgens de ontwikkelingsprocedure van de-novorichtlijnen.

Het methodologisch rapport met de details van de doorlopen stappen, is op vraag beschikbaar.

²¹⁹ Dekker N, Goossens M, et al. Leidraad richtlijnontwikkeling. Antwerpen: WOREL, 2019. Disponible sur demande.

²²⁰ <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf> ADAPTE Manual and Recommendations for Use Feb 2010 Final.doc (g-i-n.net)

Zoektocht naar richtlijnen

Aangezien dit tweede deel een logisch vervolg is op deel 1, werd beslist om verder te werken met de NICE-richtlijn Postnatal care [NG194] als basis voor Adapte. Voor deel 1 werd vnl. de versie van 2015 gebruikt; voor dit tweede deel gebruikten we de update van de NICE-richtlijn uit 2021 ²²¹.

In deel 1 kwamen de fysieke gezondheid van de moeder en de fysieke gezondheid van de pasgeborene aan bod. In deel 2 ligt de nadruk op informatie en ondersteuning (algemeen en specifiek m.b.t. de voeding van de pasgeborene); onderzoeken en screeningstests bij de pasgeborene; mentale gezondheid en seksuele gezondheid (incl. anticonceptie/gezinsplanning) van de moeder. Deel 2 is dus het vervolg van deel 1. De bronrichtlijn van NICE werd tussen de twee delen in herzien. In deze update komen alle onderwerpen van deel 1 én deel 2 aan bod, zij het op meer summiere wijze. Aangezien dit de eerste multidisciplinaire richtlijn is over het onderwerp in België koos de ontwikkelingsgroep ervoor om zo veel mogelijk deelonderwerpen te behandelen.

Voor de methodologische informatie omtrent de zoek- en selectiestrategie m.b.t. richtlijnen verwijzen we naar deel 1 van de richtlijn.

Methodologische informatie m.b.t. tot de klinische vraag over de opvolging van de mentale gezondheid en het psychosociaal welzijn tijdens de postpartumperiode:

- In opdracht van de Vlaamse Overheid ontwikkelde het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid (VEN PMG) in 2018 de richtlijn "Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen" ²²². Het VEN PMG werd in 2018 opgericht als onderdeel van het project "perinatale mentale gezondheid" in Vlaanderen, gesubsidieerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid. De centrale doelstellingen van het project zijn de implementatie van de ontwikkelde richtlijn en de uitbouw van regionale zorgpaden.
- De richtlijn "Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen" werd (door de aard van het project) niet gevonden in de zoektocht naar

²²¹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

²²² Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

bronrichtlijnen. Deze richtlijn werd nadien aangereikt door An-Sofie Van Parijs, een van de auteurs van de richtlijn, en lid van de richtlijnontwikkelingsgroep van onderhavige richtlijn.

- De richtlijn “Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen” geeft zo goed als volledig een antwoord op deze klinische vraag. De inhoud van de richtlijn is zinvol voor elke zorgverlener die met kraamvrouwen werkt. Aangezien deze richtlijn niet werd gevonden tijdens de systematische zoektocht naar richtlijnen en bovendien niet door Cebam werd gevalideerd, konden de aanbevelingen niet als dusdanig worden overgenomen. Rekening houdend met de scope van onze klinische vraag en de doelgroepen van onze richtlijn, wordt er in de toelichting wel verwezen naar deze richtlijn. We verwijzen ook naar praktische bijlagen die de kernboodschappen ondersteunen.

Extractie en beoordeling samenhang van de aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijnen

Tijdens deze stap werden de aanbevelingen voor de 5 klinische vragen uit de richtlijnen van NICE geëxtraheerd.

Voor alle aanbevelingen met aanduiding van een GRADE werden de gebruikte zoekstrategie, de samenvatting en de interpretatie van het wetenschappelijk bewijs en de samenhang tussen de interpretatie van het wetenschappelijk bewijs en de aanbevelingen van de geselecteerde richtlijnen grondig geëvalueerd.

Zoektocht recentere literatuur en contextnazicht

Na de analyse van de samenhang tussen de aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijnen en hun onderbouwing, werd een zoektocht ondernomen naar recentere literatuur die de uit de richtlijnen geëxtraheerde aanbevelingen konden bevestigen of wijzigen.

Voorts werd nagegaan of de aanbevelingen en GPP's in lijn liggen met Belgische evidencebased informatie en dus toepasbaar zijn in de Belgische zorgcontext.

Kritische beoordeling van de onderzoeksartikels gevonden naar aanleiding van bijkomende zoektocht of de novo zoektocht

De informatie met betrekking tot de kritische beoordeling van de geselecteerde artikels (naar aanleiding van bijkomende zoektocht) is narratief uitgeschreven in de richtlijn zelf (onderdeel “onderbouwing” per aanbeveling) en raadpleegbaar in methodologisch rapport.

Patiëntenvoorkeuren

Voor het tweede deel van de richtlijn werden 3 ervaringsdeskundigen betrokken. Zij gaven input bij het bepalen van de klinische vragen en de aandachtspunten hierbij. Met hun input werd rekening gehouden bij het formuleren van de aanbevelingen en GPP's.

Er gebeurde bovendien een zoektocht naar patiëntvoorkeuren. Meer informatie over de zoekstrategie en de resultaten is terug te vinden in het methodologisch rapport (*op vraag*). We vatten de belangrijkste bevindingen hieronder samen:

1. Onderzoek naar patiëntvoorkeuren inzake postpartumcontroles toont aan dat zorgverleners er rekening mee moeten houden dat vrouwen met een andere culturele achtergrond of vrouwen met een lagere sociaal-economische status minder vaak gebruikmaken van postpartumcontroles dan autochtone vrouwen of vrouwen met een hoge sociaaleconomische status omwille van volgende redenen:
 - a. Zorgbehoeften van de kraamvrouw en de zorg die zorgverleners willen geven, zijn niet op elkaar afgestemd;
 - b. Praktische barrières zoals timing van de afspraken en beperkte beschikbaarheid;
 - c. Opvang van andere kinderen;
 - d. Transportmogelijkheden.
2. Onderzoek naar patiëntvoorkeuren inzake informatie en voorlichting toont aan dat er de nood is aan patiëntgerichte postpartumzorg (m.a.w. zorg afgestemd op de situatie van de patiënte in plaats van louter gebruikelijke zorg).
 - a. Zorgverleners moeten aandacht hebben voor de individuele noden van de kraamvrouw en haar omgeving;
 - b. Zorgverleners moeten hun taalgebruik aanpassen aan de geletterdheid van de persoon tegenover hen.
 - c. Patiënten moeten op verschillende manieren toegang hebben tot betrouwbare informatie (via contact met zorgverleners, brochures, video's, websites,...);
 - d. Er is nood aan flexibele afspraaktijden en zorgverleners moeten ook rekening houden met de tijd van de patiënt. De indruk van overbelaste zorgverleners die zoveel mogelijk patiënten willen zien, geeft kraamvrouwen het gevoel dat men er snel van af wil zijn en de tijd van de patiënt niet belangrijk is (aangezien ze ook tijd hebben vrijgemaakt om aanwezig te zijn).
3. Onderzoek naar patiëntvoorkeuren toont aan dat het aangewezen is dat zorgverleners bij de screening naar depressie of angst in het postpartum de

kraamvrouw uitleggen wat er gebeurt en waarom (bv. screening naar vaak voorkomende problematiek in het postpartum die mogelijk ernstige gevolgen meebrengen voor moeder en kind én behandelbaar is). Het is belangrijk dat zorgverleners dit op een neutrale manier bespreken, zonder de kraamvrouw het gevoel te geven dat ze gestigmatiseerd (waarom moet net zij worden gescreend) of veroordeeld (over het resultaat of haar aanpak) wordt. Ten slotte moet rekening worden gehouden met de taalvaardigheid van de patiënt en of de patiënt op dat moment in de mogelijkheid is om gescreend te worden (heeft patiënte nu de tijd en de mogelijkheid om te focussen en wordt ze niet afgeleid door de zorg voor de baby). Bovendien is het belangrijk dat zorgverleners feedback geven aan de kraamvrouw over de resultaten en de nodige interventie initiëren.

4. Onderzoek naar patiëntvoorkeuren inzake anticonceptiecounseling bij kraamvrouwen toont aan dat ze nood hebben aan patiëntgerichte informatie over alle anticonceptiemogelijkheden. Kraamvrouwen willen dat:
 - a. er rekening wordt gehouden met hun persoonlijke voorkeuren;
 - b. er geen wordt druk gezet bij de besluitvorming;
 - c. er respect is voor hun wensen en gevoelens;
 - d. de zorgverlener de opvolging (timing en frequentie) van de anticonceptiebegeleiding in het postpartum afstemt met de kraamvrouw.

Daarnaast werd binnen de opleidingen Master Geneeskunde, Master Management en Beleid van de gezondheidszorg, Master Verpleeg- en Vroedkunde en Master Huisartsgeneeskunde navraag gedaan naar interessante masterproeven. Van de 10 gevonden masterproeven en scripties waren er 7 relevant voor deel 2 van de richtlijn.

Belangrijkste bevindingen op basis van de masterproeven zijn:

- Na invoering van verkorte ligduur in de kraamkliniek, blijken de moeders over het algemeen tevreden te zijn over de kraamzorg en over de informatie die ze kregen op de kraamafdeling ²²³. Uit verschillende onderzoeken komt naar voor dat de meeste moeders meer tevreden waren over de postnatale zorg op de kraamafdeling dan in de thuiszorg

²²³ Laats J. Postnatale tevredenheid bij verkorte ligduur in het Universitair Ziekenhuis Brussel: een kwantitatief, beschrijvend, cross-sectioneel onderzoek. Masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde, 2019.

^{224,225}. De postnatale thuiszorg bleek versnipperd, en de eerste- en tweede lijn waren niet afgestemd op elkaar. Meer samenwerking en communicatie tussen verschillende zorgverleners (ziekenhuis en thuiszorg) is nodig. Men is wel heel tevreden over de privacy die ze thuis hebben ²⁰⁸. Moeders met financiële moeilijkheden voelden de behoefte om langer te blijven, behalve als de moeders in een asielcentrum verbleven ²⁰⁹.

- Meer dan de helft van ouders rapporteert dat ze te weinig informatie kregen. Niet alleen is er een tekort aan informatie, maar vaak is ze ook tegenstrijdig of foutief ²²⁶. Door de verkorte ligduur op de kraamafdeling, kunnen zich meer postpartumcomplicaties voordoen in de thuissituatie. Het is belangrijk dat voldoende en correcte informatie wordt gegeven aan de moeders over problemen in de eerste weken na de zwangerschap. Daartoe werd een beslischulp ontwikkeld over postpartumproblemen bij de moeder ter ondersteuning van de pas bevallen vrouwen. Vrouwen werden bevraagd over het nut en het gebruik van deze beslischulp ²²⁷. Men vond de informatie nuttig. De vrouwen voelden zich beter geïnformeerd en de beslischulp kan hen ondersteuning bieden. Soms bleek de informatie nog onvoldoende. De beslischulp moet wel duidelijk en eenvoudig blijven, en moet zo nodig nog aangepast worden voor vrouwen met een lagere gezondheidsgeletterdheid.
- Autonomie bij de besluitvorming, met name respect voor keuzes en voorkeuren van vrouwen is een belangrijk aspect van 'respectful maternity care'. Vrouwen ervaren matige autonomie wanneer ze deelnemen aan besluitvormingsgesprekken met moeder-kindzorgverleners in Vlaanderen ²²⁸. Factoren die de autonomie en deelname aan besluitvormingsgesprekken beïnvloeden zijn scholing/kennis, cultuur/ethniciteit en sociaal-economische status.

²²⁴ Abdeslam AB. Wat zijn de postnatale noden en behoeften van moeders zonder wettig verblijf of in procedure na kortverblijf in het Brussels stedelijk hoofdstedelijk Gewest. Masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde, 2018.

²²⁵ Geerinck L. Women's satisfaction with the care received at the maternity ward of the University Hospital Brussels and at home: a cross-sectional study. Masterproef Management en Beleid van de Gezondheidszorg, 2017.

²²⁶ Cocquyt C. Zorgeloos naar huis, een beschrijvende studie omtrent de informatiebehoefte van kersverse ouders. Scriptie Vroedkunde, 2015.

²²⁷ Alys E. Implementatie van een beslischulp 'postpartumproblemen' in het zorgpad verkorte ligduur: visie van patiënt. Master Huisartsgeneeskunde, 2020.

²²⁸ Macedo A. Mate van autonomie bij de besluitvorming tijdens perinatale zorgen. Een cross-sectioneel onderzoek bij postpartum vrouwen in Vlaanderen. Master Management en Beleid van de Gezondheidszorg, 2020.

- Sociale ongelijkheid op vlak van gezondheid, vervroegd ziekenhuisontslag en minder toegang tot postnatale zorg komt vaker voor bij vrouwen zonder of met precair verzekerings-/verblijfstatuut en bij vrouwen die behoren tot bepaalde etnische groepen of leven in suboptimale socio-economische omstandigheden ²²⁹. Deze moeders verlaten de kraamkliniek vroeger dan andere moeders (met een normaal verzekeringsstatuut of zonder precare situatie). Er waren meer barrières en stressoren aanwezig: slechte huisvesting, financiële moeilijkheden, complexe administratie, ongeplande zwangerschap. Ze hebben nood aan basisbehoeften zoals huisvesting, voeding, veiligheid en werk. De nood aan psychische ondersteuning en een laagdrempelige, cultuursensitieve zorg met een vertrouwenspersoon die continuïteit waarborgt, is veel groter dan de nood aan louter een medisch consult. Desondanks toonden deze moeders verschillende copingstrategieën ²⁰⁹.

De bevindingen uit de literatuur en de masterproeven werden, waar zinvol, geïntegreerd in de richtlijn, al dan niet bij de overwegingen die een rol hebben gespeeld bij de formulering van de aanbevelingen.

Redactie conceptrichtlijn

Op basis van voorgaande stappen werd een eerste versie van de richtlijn opgesteld (aanbevelingen/GPP's met toelichting en onderbouwing) en verder uitgeschreven aan de hand van de resultaten van de bijkomende zoektochten.

Op basis van de feedback uit verschillende auteursvergaderingen, de Delphi-consensusprocedure en de externe toetsing (zie verder) werd de conceptrichtlijn verder aangepast en verfijnd. Laatste review door de auteurs vond plaats in juni 2023, en werd afgerond met een auteursvergadering op 6 juli 2023.

Consensusprocedure

De aanbevelingen of GPP's die in de NICE-richtlijn stoelden op expertopinie, en/of waarvoor onvoldoende wetenschappelijk bewijs werd gevonden en/of waarover geen eenduidigheid was binnen de auteursgroep, werden als

²²⁹ Cauwels E. Postnatale zorg voor moeder en kind in een precare situatie in België. Master Geneeskunde, 2018.

stellingen voorgelegd aan een panel bestaande uit de auteursgroep (die niet betrokken waren bij het opstellen van de stellingen) en stakeholders tijdens een Delphi-procedure (gemodificeerde Delphi-methode) tussen november 2022 en januari 2023 in 3 rondes. Stellingen waarover consensus was, gaven aanleiding tot het formuleren van GPP's.

Aan de Delphi-procedure voor hebben volgende personen deelgenomen:

Respondent	Taal	Discipline
Alexandra Zecic	NL	neonatoloog
An Deguchtenaere	NL	kinderarts
An Eerdeken	NL	neonatoloog
Annick Covents	NL	kinderarts
Celeste Vincent	FR	sage-femme
Celine Ridremont	FR	pédiatre
Christel Geebelen	NL	verpleegkundige - lactatiedeskundige (K&G)
Clemence Vital Durand	FR	sage-femme
Delia Canini	NL	vroedvrouw - lactatiedeskundige
Emmi Vandamme	NL	Kinderarts
Evelyne Deguffroy	NL	vroedvrouw (K&G)
Florence D'Haenens	NL	Vroedvrouw
Griet Vandevelde	NL	Vroedvrouw
Heidi Devos	NL	Kinderarts
Ines Rothman	NL	Vroedvrouw
Inge Tency	NL	Vroedvrouw
Isabelle Dehaene	NL	Gynaecoloog
Jacques Lombet	FR	pédiatre (ONE)
Joke Muyldermans	NL	Vroedvrouw
Karen Vliegen	NL	Vroedvrouw
Kathleen Van Holen	NL	Vroedvrouw
Lies Versavel	NL	Vroedvrouw
Linde Beddegenoodt	NL	ervaringsdeskundige
Marc Raes	NL	Kinderarts
Marie-Jeanne Schoofs	NL	verpleegkundige (K&G)
Murielle Conradt	FR	sage-femme
Niek Vervaeck	NL	Huisarts
Philippe Alliet	NL	Kinderarts
Sarah Hulsman	NL	medewerker Reproductieve Gezondheid Sensoa
Tine Cornelissen	NL	huisarts (K&G)

De resultaten van de Delphi-rondes zijn op vraag beschikbaar.

Externe toetsing

Na herwerking van de conceptrychtlijn op basis van de feedback van de auteursgroep werd de nieuwe versie vervolgens, na interne goedkeuring binnen WOREL (kritische beoordeling van de methodologie), voorgelegd aan een panel bestaande uit stakeholders voor een externe schriftelijke commentaarronde in juli-augustus 2023.

De focus van de externe toetsing lag voornamelijk op het identificeren van mogelijke barrières bij de toepassing van de aanbevelingen. De schriftelijke commentaren werden verzameld en de punten waarover nog discussie kon bestaan, werden besproken tijdens een stakeholdersmeeting op 25 september 2023.

Volgende stakeholders namen deel aan de externe toetsing:

Respondent	Taal	Discipline
An Eerdeken	NL	Neonatoloog
An Lehouck	NL	Ebpnet - implementatie
Ann De Guchtenaere	NL	Kinderarts
Annick Covents	NL	Kinderarts
Antonius Mulder	NL	Neonatoloog
Carolien Strouwen	NL	Cebam - evaluatie
Céleste Vincent	FR	Sage-femme
Florence D'haenens	NL	Vroedvrouw
Ines Rothmann	NL	VBOV
Isabelle Dehaene	NL	Gynaecoloog
Kathleen Vanholen	NL	Vroedvrouw
Lies Versavel	NL	De Bakermat
Philippe Alliet	NL	Kinderarts
Sarah Hulsmans	NL	Sensoa
Veerle Michiels	NL	Vroedvrouw
Willem Gysemans	NL	Neonatoloog

Belangenvermenging en financiering

De auteursgroep kon in alle onafhankelijkheid haar werk doen. Deze richtlijn is niet beïnvloed door opvattingen of belangen van de financierende instantie, het Riziv.

Alle auteurs en andere betrokkenen verklaarden hun belangen. Deze documenten zijn op vraag beschikbaar bij de WOREL.

De auteurs en de geraadpleegde stakeholders hebben geen banden met de farmaceutische industrie of andere belangengroepen. Mogelijke belangenconflicten bij de experts werden besproken in de auteursgroep en gaven geen aanleiding tot inhoudelijke conflicten.

Geen enkele auteur vermeldde belangenvermenging, tenzij intellectuele belangenvermenging in het onderzoeksdomein. Deze had geen invloed op de inhoud van deze richtlijn.

Herziening

De WOREL bepaalt dat een richtlijn na 5 jaar wordt herzien. De recente literatuur wordt dan onder de loep genomen en er wordt nagegaan in welke mate de aanbevelingen van de richtlijn nog geldig zijn.

Voor de herziening worden dezelfde zoektermen gebruikt als bij de totstandkoming van deze richtlijn. De herziening gebeurt op basis van een systematische literatuursearch (richtlijnen, systematische reviews en meta-analyses en zo nodig aanvullende RCT's en diagnostisch onderzoek) voor alle aanbevelingen. Zo nodig worden de aanbevelingen per klinische vraag aangepast.

Validatie

De richtlijn werd op 21 december 2023 ter validatie ingediend bij het Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine (Cebam). Op basis van de opmerkingen van de validatiecommissie werd een finale versie van de richtlijn opgesteld en ter goedkeuring opnieuw voorgelegd aan Cebam. De richtlijn kreeg het kwaliteitslabel van Cebam op 2 mei 2024.

Bijlage 1: Psychosociale assessment: bevragen van risicofactoren

Onderstaande werd overgenomen uit de richtlijn 'Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen' ²³⁰ en heeft betrekking op zowel de zwangerschap als de postpartumperiode. Een van de vragen zijn dus toegespitst op de zwangerschap. Deze vragen zijn louter bedoeld als leidraad en kunnen worden aangepast aan de context/timing zoals het postpartum aangezien het doorgaans dezelfde zorgverleners zijn die de vrouw opvolgen in de perinatale periode.

Risicofactoren (complex + multifactorieel)

- Psychiatrische voorgeschiedenis
- Familiaal psychiatrische voorgeschiedenis (i.h.b. bipolaire stoornis)
- Middelengebruik
- Gebrek aan sociale steun (praktisch/emotioneel)
- Gebrek aan tevredenheid met steun van partner
- (Partner)geweld
- Seksueel geweld (nu, in verleden, er nog onder lijden)
- Zwangerschapscomplicaties (nu en in voorgeschiedenis), spontane abortus, zwangerschapsonderbreking, doodgeboorte
- Ongeplande of ongewenste zwangerschap
- Kwetsbare groepen: financiële problemen, huisvestingsproblemen, adolescenten, immigranten, vluchtelingen (toegang tot zorg?)

Assessment van risicofactoren voor de bevalling (intake 6 – 8 weken of eerste contact) suggesties voor vragen

We weten dat 1 op 5 vrouwen het psychisch of emotioneel moeilijk heeft tijdens de zwangerschap of na de bevalling. Dat heeft een negatieve invloed op het hele gezin. Daarom vragen we aan iedereen een aantal vragen over psychische gezondheid.

Ongewenste zwangerschap

- Voor je zwanger werd,
 - Was je van plan om een kind te krijgen?
 - Wou je (nog) wel een kind krijgen, maar op een later moment?

²³⁰ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/Universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

Wou je geen kind(eren) (meer) krijgen?

Sociale steun

- Kan je rekenen op praktische hulp bij de zorg voor de baby, je huishouden en ev andere kinderen? Van wie?
Bij ontkennen van hulp: als het nodig zou zijn, op wie zou je dan een beroep kunnen doen?
- Kan je met iemand in je omgeving praten over je gevoelens en zorgen? Wie?
Ev. Kan je terecht bij je moeder wanneer je vragen hebt rond je zwangerschap?
- Heeft u een partner?
Kan je rekenen op de steun van je partner?
Ev. hoe zou u de relatie met uw partner omschrijven?

(Partner)geweld (enkel bevragen wanneer zwangere alleen kan geïnterviewd worden)

- Heeft er iemand je met de vuist geslagen, met de vlakke hand geslagen, geschopt of op een andere manier fysiek pijn gedaan?
Wanneer? Recent (laatste jaar)/voorgeschiedenis?)
Kan je mij vertellen wie dit gedaan heeft? (niet doorvragen)
- Heeft er iemand je op een seksuele manier aangeraakt wanneer je dat niet wou of je gedwongen, tot seksuele activiteiten?
Wanneer? Recent (laatste jaar /voorgeschiedenis?)
Kan je mij vertellen wie dit gedaan heeft? (niet doorvragen)
- Heeft er iemand je vernederd of gekleineerd ten opzichte van andere mensen, gedreigd om je pijn te doen, dingen gedaan om je opzettelijk bang te maken of je op een andere manier emotioneel pijn gedaan?
Wanneer? Recent (laatste jaar /voorgeschiedenis?)
Kan je mij vertellen wie dit gedaan heeft? (niet doorvragen)
- Op een schaal van 0 tot 10: in welke mate heb je momenteel last van deze ervaringen?
- Ev. extra vragen bij partnergeweld
Voelt u zich veilig thuis?
Maakt u zich zorgen rond de veiligheid van uw kinderen?

Psychiatrische voorgeschiedenis

- Heb je ooit al psychische problemen (zoals een depressieve episode, een angststoornis of een ander psychisch probleem) gehad?

OF

- Ben je ooit in behandeling geweest bij een psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele problemen?
 Voor welk probleem?
 Kreeg je hiervoor medicatie? Welke?
 Heb je ooit al een zelfmoordpoging ondernomen?
- Ben je momenteel in behandeling bij een psychiater of psycholoog of word je gevolgd door je huisarts voor psychische problemen?
 Gebruik je hiervoor momenteel medicatie? Welke?
 Wie is je huidige behandelaar?
 Contactname Ja / neen

Familiaal psychiatrische voorgeschiedenis

- Zijn er mensen in je familie (grootouders, ouders, broers of zussen) met psychiatrische stoornis of voorgeschiedenis?
 Welke problematiek?

Middelengebruik

- Drink je alcohol?
 Zo ja, hoe vaak drinkt u alcohol?
 Hoe vaak komt het voor dat je meer dan 5 eenheden drinkt bij 1 enkele gelegenheid?
 Ev. Heb je wel eens het gevoel gehad te moeten minderen met drinken?
- Rook je?
 Zo ja, hoeveel sigaretten rookt u per dag/(week)?
- Gebruik je (recreationeel) drugs?
 Zo ja, welke middelen? Cannabis (bvb. marihuana/hash/wiet), solventen, cocaïne, stimulantia (bv speed, xtc, MDMA), hallucinogenen (bvb. lsd) of narcotica (bvb. heroïne) ander:)
 Heb je in het verleden verslavende middelen gebruikt?

Kwetsbare groepen

- Materiële omstandigheden
 Ervaar je financiële moeilijkheden? Kom je maandelijks rond?
 Ev. als er een grote onverwachte kost komt, hoe gemakkelijk kan je die betalen?
 Ev. ben jij, of je partner (voltijds) aan het werk?
- Ben je tevreden over je woonsituatie? Ervaar je stress rond je woonsituatie?

Gezondheid

- Wie volgt je zwangerschap op? Wanneer is je volgende afspraak?
- Heb je een vaste huisarts?
Ev. Naar wie ga je wanneer jij of iemand van je gezin ziek is?
- Ben je in orde met de mutualiteit?
- Is de informatie die je krijgt voldoende? Is de informatie duidelijk?

Hulpvraag

- Heeft u het gevoel dat u bij één van de bovengenoemde problemen hulp zou kunnen gebruiken?
Ja
Ja, maar niet nu
Neen
- Welke hulp zou u graag krijgen? Welke instantie?

Bijlage 2: Edinburgh (Postnatal) Depression Scale

Nederlandse versie, vertaald door V.J.M. Pop, 1991

De volgende vragen hebben betrekking op hoe u zich de afgelopen 7 dagen heeft gevoeld. Kruis dat antwoord aan dat het beste aangeeft hoe u zich voelde.

1. Ik heb kunnen lachen en de zonnige kant van de dingen kunnen inzien:
 - ☐ Zoveel als ik altijd kon
 - ☐ Niet zo veel nu als anders
 - ☐ Zeker niet zo veel nu als anders
 - ☐ Helemaal niet
2. Ik heb met plezier naar dingen uitgekeken:
 - ☐ Zoals altijd of meer
 - ☐ Wat minder dan ik gewend was
 - ☐ Absoluut minder dan ik gewend was
 - ☐ Nauwelijks
3. Ik heb mij zelf onnodig verwijten gemaakt als er iets fout ging:
 - ☐ Ja, heel vaak
 - ☐ Ja, soms
 - ☐ Niet erg vaak
 - ☐ Nee, nooit
4. Ik ben bang of bezorgd geweest zonder dat er een aanleiding was:
 - ☐ Nee, helemaal niet
 - ☐ Nauwelijks
 - ☐ Ja, soms
 - ☐ Ja, zeer vaak
5. Ik reageerde schrikachtig of paniekerig zonder echte goede reden:
 - ☐ Ja, tamelijk vaak
 - ☐ Ja, soms
 - ☐ Nee, niet vaak
 - ☐ Nooit
6. De dingen groeiden me boven het hoofd:
 - ☐ Ja, meestal was ik er niet tegen opgewassen
 - ☐ Ja, soms was ik minder goed tegen dingen opgewassen dan anders
 - ☐ Nee, meestal kon ik de dingen erg goed aan
 - ☐ Nee, ik kon alles even goed aan als anders

7. Ik voelde me zo ongelukkig dat ik er bijna niet van kon slapen:

- ☐ Ja, meestal
- ☐ Ja, soms
- ☐ Niet vaak
- ☐ Helemaal niet

8. Ik voelde me somber en beroerd:

- ☐ Ja, bijna steeds
- ☐ Ja, tamelijk vaak
- ☐ Niet erg vaak
- ☐ Nee, helemaal niet

9. Ik was zo ongelukkig dat ik heb zitten huilen:

- ☐ Ja, heel vaak
- ☐ Ja, tamelijk vaak
- ☐ Alleen af en toe
- ☐ Nee, nooit

10. Ik heb er aan gedacht om mezelf iets aan te doen:

- ☐ Ja, tamelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Nauwelijks
- ☐ Nooit

Bijlage 3: getrapt screeningsprotocol voor de detectie van depressie en angst

