

# Oproep voor kandidaturen: pilootprojecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf”

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding - context.....	1
2.	Doelstelling van de pilootprojecten .....	1
2.1.	Algemene doelstelling .....	1
2.2.	Doelstellingen en kenmerken van het pilootproject “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf”	2
3.	Onderdelen die in de beschrijving van elk voorstel van pilootproject aan bod moeten komen: .....	5
3.1.	Beoogde populatie:.....	5
3.2.	Zorgverstrekkers en andere partners: .....	5
3.3.	Zorgaanbod en zorgepisode: .....	6
3.4.	Doelstellingen en organisatiemodel: .....	7
3.5.	Financiering tijdens het pilootproject: .....	8
3.6.	Bijkomende aspecten .....	11
4.	Selectie en evaluatie van de projecten:.....	11
4.1.	Evaluatiecriteria .....	11
4.2.	Evaluatie van de ingediende voorstellen: .....	12
4.3.	Evaluatie van weerhouden projecten, tijdens hun looptijd: .....	13
5.	Contractuele opvolging van de goedgekeurde pilootprojecten.....	14
6.	Dossier voor de kandidaatstelling .....	15

## 1. Inleiding - context

Het federaal regeerakkoord voorziet maatregelen om “onnodig lange ziekenhuisverblijven te vermijden, gecombineerd met het aanbieden van alternatieve en goedkopere vormen van zorg”. Meer concreet stelde de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 28 april 2015 in haar “Plan van aanpak voor de Hervorming van de Ziekenhuisfinanciering” dat met het toenemend aantal patiënten met chronische aandoeningen er gestreefd moet worden naar een goede afstemming en coördinatie tussen ambulante zorg en ziekenhuiszorg, en tussen ziekenhuizen onderling: de zorg dient méér geïntegreerd te verlopen en transmurale zorg dient gestimuleerd te worden. Ook voor acute aandoeningen is goede coördinatie tussen ziekenhuis- en ambulante zorg van wezenlijk belang. Als voorbeeld wordt verwezen naar “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf”.

Eerder wees het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in een studie (rapport 232A) in 2014 er reeds op dat, hoewel in België net als in de meeste Westerse landen het verblijf in de kraamafdelingen korter wordt, de gemiddelde ligduur bij bevallingen zonder complicaties hier nog altijd hoger ligt dan in andere landen: iets meer dan 4 dagen, tegenover gemiddeld 3 in de OESO-landen. Volgens het KCE is een verdere inkorting van de duur van het kraamverblijf mogelijk mits een grondige reorganisatie van de postnatale zorg.

Verder is er ook de vraag van sommige beroepsgroepen om de zorgtaken te herverdelen en op innovatieve manieren toe te wijzen aan de verschillende beroepsgroepen.

Deze verschillende elementen geven aanleiding tot de in dit document beschreven oproep voor het indienen van projectvoorstellen rond bevallen met verkort ziekenhuisverblijf.

## 2. Doelstelling van de pilootprojecten

### 2.1. Algemene doelstelling

Het Plan van Aanpak voor de Hervorming van de Ziekenhuisfinanciering voorziet een voorzichtige en pragmatische implementatie van nieuwe organisatie- en financieringsmodellen voor de ziekenhuiszorg. De bedoeling is om, in nauw overleg met de sector en de deelstaten, nieuwe modaliteiten eerst op kleine schaal uit te proberen en pas na gunstige evaluatie op ruimere schaal te implementeren. Zo kunnen ongunstige en onverwachte neveneffecten makkelijker beheerst en bijgestuurd worden en wordt chaos vermeden. Tegelijkertijd wordt er ruimte geboden aan diverse spelers in de gezondheidszorg om creatieve en innovatieve initiatieven op te starten. In het werkveld is veel expertise en ervaring aanwezig over welke vormen van samenwerking, welke alternatieve organisatiemodellen, .... in praktijk goed kunnen werken en welke weinig perspectief bieden. De overheid wil leren uit deze ervaringen vooraleer substantiële hervormingen op ruime schaal te implementeren.

De pilootprojecten fungeren als proeftuinen om een aantal van de nuttige beleidsmechanismen voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering uit te testen op hun praktische haalbaarheid. Het Plan van Aanpak geeft duidelijk aan dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering vooral beoogt om:

- de budgetten die beschikbaar zijn voor ziekenhuiszorg efficiënter in te zetten (zodat de onderfinanciering in het budget van financiële middelen kan weggewerkt worden en de groeiende zorgnoden in de toekomst kunnen opgevangen worden met een te verwachten beperktere budgetgroei dan in het verleden)
- zonder te raken aan de kwaliteit van zorg en de patiëntentevredenheid – integendeel, waar mogelijk zowel de zorgkwaliteit als de tevredenheid nog verder te verbeteren.

Een efficiëntere middeleninzet kan gerealiseerd worden via aangepaste organisatie- en financieringsmodellen, niet enkel voor de zorg binnen de ziekenhuismuren, maar evenzeer voor de pre- en posthospitalisatiezorg. Het is de bedoeling dat er vanuit de belanghebbenden voorstellen voor aangepaste organisatie- en financieringsmodellen worden ontwikkeld, zodat deze op hun praktische haalbaarheid kunnen beoordeeld worden, vooraleer de overheid ze op ruimere schaal implementeert.

In de sector kan de bekommernis leven dat ziekenhuizen die al veel moeite gedaan hebben om hun verblijfsduur te verkorten (= ziekenhuizen die al efficiënt werken), weinig extra efficiëntie-winsten kunnen realiseren via de pilootprojecten. Vooral ziekenhuizen die tot op heden geen inspanningen deden om hun efficiëntie te verbeteren zouden nu voordelen kunnen realiseren. Het is uiteraard zo dat de startpositie van alle ziekenhuizen niet identiek is op het ogenblik dat prikkels tot efficiëntieverbetering worden ingevoerd. De ziekenhuizen die vroeger zelf al initiatief namen tot efficiëntieverbetering hebben daar in het verleden al de vruchten van geplukt (en hebben die middelen die hierbij vrij kwamen al alternatief kunnen aanwenden). Deze ziekenhuizen hebben op korte termijn wellicht minder extra voordeel bij deelname aan pilootprojecten. Maar ze zijn op lange termijn beter gewapend voor de toekomst. Ze hebben al een voorsprong opgebouwd en zullen zich makkelijker kunnen inschakelen in de nieuwe organisatie- en financieringsmodaliteiten zodra de resultaten van de pilootprojecten op ruimere schaal geïmplementeerd worden. De pilootprojecten bieden aan de deelnemers een “veilige” omgeving (want met gewaarborgd budget per patiënt) waarin kan “geëxperimenteerd” worden met nieuwe organisatiemodaliteiten. Op die manier kan men mee aan de wieg staan van een innovatie die later voor de hele sector kan geïmplementeerd worden.

## 2.2. Doelstellingen en kenmerken van het pilootproject “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf”

Op basis van de wenselijke kenmerken van de pilootprojecten, die werden beschreven in het “Plan van Aanpak pilootprojecten”, worden de volgende accenten gelegd voor dit eerste thema, waarvoor een oproep tot het indienen van kandidaturen gelanceerd wordt.

- **“Transmurale” zorg** staat centraal.

De focus van dit pilootproject ligt op het realiseren van kwaliteitsvolle perinatale zorg, waarbij bij een ongecompliceerde bevalling moeder en baby het ziekenhuis bv. 48 uur na de natuurlijke bevalling verlaten. Dit verblijf kan, zo noodzakelijk, verlengd worden na een bevalling via keizersnede voor een af te spreken periode. De thuiszorg moet dan dermate georganiseerd zijn dat zij de postnatale zorg optimaal kan verder zetten voor alle betrokken moeders en baby’s. Er wordt bijgevolg **minder gebruik** gemaakt van dure acute **ziekenhuisinfrastructuur**, door verkorting van de verblijfsduur en/of door ruimere overschakeling naar daghospitalisatie. Ook het verminderen van het gebruik van de spoedgevallendiensten, van onnodig medicatieverbruik, van (over)gebruik

van medische diagnostiek (labo, beeldvorming, ...) wordt nagestreefd.

- De zorg wordt verleend door een **multidisciplinair team**.  
Verschillende zorg- en hulpverleners zijn betrokken bij de perinatale zorg (huisarts, vroedvrouw, gynaecoloog, pediater, ziekenhuis, verpleegkundige, kiné, K&G, ONE, kraamhulp, ....). Zij dienen de nodige modaliteiten van samenwerking en coördinatie uit te werken (zowel organisatorisch als financieel).
- Opstellen en volgen van **een evidence-based transmuraal zorg- en begeleidingsplan**, reeds tijdens de zwangerschap, met behulp van een gedeeld **elektronisch patiëntendossier**.<sup>1</sup> Hierbij worden duidelijk omschreven ontslagcriteria voor moeder en baby opgesteld, die de overdracht van de intra- naar de extramurale zorg bewaken.  
In het kader van zorg op maat worden de zwangere vrouw en haar gezin optimaal betrokken in het vastleggen van dit plan en grondig voorbereid op een bevalling met verkort ziekenhuisverblijf. Bijlage 1 bevat een overzicht van de zorgprotocollen die bij voorkeur aanwezig dienen te zijn en gecommuniceerd worden met alle partners.
- De **patiënt als actieve partner** in de besluitvorming.  
Er is aandacht voor empowerment van de aanstaande moeder. Onder meer het beter voorbereiden van de postnatale fase gedurende de prenatale fase dient de inkorting van het ziekenhuisverblijf mogelijk te maken. Een meer volledige prenatale educatie met aandacht voor de bijzonderheden tijdens de eerste maand na de bevalling/geboorte voor moeder en kind is noodzakelijk.  
Tevens hoort hierbij het bekendmaken van de zorgen die postnataal door de vroedvrouw, huisarts, kinderarts, en anderen verstrekt kunnen worden en van de hulp die geboden kan worden door diensten voor kraamhulp, met bijzondere aandacht voor gezinnen die een lage mate van sociale steun ervaren.
- **Monitoring** van de **resultaten** van de zorg.  
De **resultaten** van de zorg worden op patiëntniveau **gemonitord** en opgevolgd:
  - Er wordt aangegeven wie de zorg op patiëntniveau opvolgt (i.e. wie is coördinator?).
  - Er is aandacht voor concrete performantieparameters (op vlak van outcome of zorgprocessen) die gebruikt kunnen worden in het kader van waardegedreven zorg en *pay for performance* initiatieven.  
Specifiek voor dit pilootproject wordt ook bijzondere aandacht gevraagd voor:
    - de neonatale screening. Het is belangrijk dat elke pasgeborene alle voorziene neonatale screenings krijgt. Onder meer:
      - de metabole screening: dit vormt een aandachtspunt vermits de bloedafname (hielprik) dient te gebeuren tussen 72 en 120 uur na de geboorte. Wanneer pasgeborenen op dat moment niet meer in het ziekenhuis zijn, dient de

---

<sup>1</sup> Het is niet de bedoeling dat projecten zelf elektronische patiëntendossiers ontwikkelen maar gebruik maken van de in het kader van e-gezondheid beschikbare diensten.

thuiszorg zodanig georganiseerd en opgeleid te zijn dat zij dit optimaal kan overnemen.

- Icterus: de neonatale screening ter opsporing van neonatale icterus moet gedurende de eerste 72 uur minimaal dagelijks worden uitgevoerd. Bij het ontslag van de pasgeborene dient icterus klinisch te zijn beoordeeld en moet er een geschikt beleid zijn opgesteld.
- de meer kwetsbare groepen.  
Het pilootproject moet aantonen wat deze 'bijzondere aandacht' moet inhouden: betrekken van extra partners, toch langer ziekenhuisverblijf verantwoorden, noodzaak van vroedvrouwen om langduriger aan huis te gaan, beperkt casemanagement in bepaalde situaties, ...
- borstvoeding: continuïteit in de begeleiding van borstvoeding, zoals het aanleren van borstvoedingsvaardigheden, moet gegarandeerd blijven.

Voor een meer gedetailleerd overzicht van de relevante zorgaspecten en resultaten wordt verwezen naar bijlage 1 (zorgprotocollen) en bijlage 2 (indicatoren ter evaluatie van de pilootprojecten).

- Voor de moeder is op elk ogenblik duidelijk bij welke zorgverlener zij terecht kan, alsook waar zij terecht kan i.g.v. klachten. Voor de zorgverleners is duidelijk wie in welke fase verantwoordelijk is voor de moeder en de baby.

Er wordt ook voldoende aandacht gevraagd voor:

- mechanismen om verslechtering van klachten te voorkomen / om klachten tijdig te ontdekken (i.e. en dus toekomstige zorgkosten uit te sparen)
  - mechanismen om (re)hospitalisaties te vermijden (i.e. ziekenhuiskosten te vermijden)
  - het monitoren van interacties met co-morbiditeiten
- Ook aspecten in **belendende regelgevingen**, die de uitbouw van creatieve, vernieuwende organisatie- en financieringsmodaliteiten mogelijks verhinderen, dienen gesignaleerd te worden. Voorstellen tot het wegwerken van dergelijke "hinderpalen" zijn aanbevelenswaardig. Hierbij wordt o.a. gedacht aan aspecten in KB nr 78 en de toepassing van de BTW-vrijstelling voor gezondheidszorg.  
Een "regelluwe" omgeving (waarin de zorg verleend binnen het pilootproject waar mogelijk vrijgesteld kan worden van hinderende regelgeving) wordt nagestreefd.
  - Naar **implementatie op ruimere schaal** :  
De gewijzigde organisatie van de zorg die door projecten ontwikkeld wordt moet ook in andere "settings" (andere steden, andere regio's) toepasbaar zijn. De resultaten van de positief geëvalueerde projecten (na 2 jaar werking) moeten toelaten om een "zorgpad" voor perinatale zorg te ontwikkelen, dat de basis vormt voor aangepaste financierings- en organisatiemodaliteiten voor de zorg rond de bevalling, die vervolgens op ruime schaal kan geïmplementeerd worden.

### **3. Onderdelen die in de beschrijving van elk voorstel van pilootproject aan bod moeten komen:**

#### **3.1. Beoogde populatie:**

De doelgroep van het project is de goed aflijnbare patiëntenpopulatie van vrouwen met een laag risico zwangerschap en een (verwachte) ongecompliceerde natuurlijke bevalling of bevalling via keizersnede die opteren om te bevallen met verkort ziekenhuisverblijf in een ziekenhuis dat deelneemt aan het pilootproject. Dat is een ruime patiëntenpopulatie zodat, bij toekomstige implementatie van pilootprojecten met gunstige resultaten op ruimere schaal, er substantiële optimalisaties kunnen gerealiseerd worden.

Een laag risico-zwangerschap verwijst naar een zwangerschap en bevalling waarbij op basis van de medische voorgeschiedenis, de gynaecologische/verloskundige voorgeschiedenis en het verloop van de zwangerschap waarbij er geen bijzondere problemen te verwachten zijn tijdens het postpartum.

De toekomstige moeder moet expliciet en schriftelijk de keuze maken om te bevallen met verkort verblijf in ziekenhuis. Zij dient deze keuze zo vroegtijdig als mogelijk te maken. Het perinataal netwerk omschrijft de zorgvormen die het zal verlenen, met een schatting van het aantal op te volgen patiënten.

#### **3.2. Zorgverstrekkers en andere partners:**

Het initiatief voor het indienen van een voorstel kan uitgaan van alle betrokken partijen die zorg verlenen (niet enkel ziekenhuizen), inclusief de betrokken patiëntengroepen.

Projectvoorstellen worden ingediend door groepen van zorgverleners en -voorzieningen: een samenwerking van ziekenhuizen, specialisten, huisartsen, zelfstandige zorgverleners (vroedvrouwen, kinesisten, thuisverpleegkundigen, ...) of andere zorgvormen wordt beoogd. Het ligt voor de hand dat de slaagkansen stijgen naarmate projecten zich kunnen beroepen op een ruimer draagvlak onder verschillende types zorgverleners, die voldoende impact hebben op de beoogde patiëntengroep. Kennis van de methodiek ter ontwikkeling, implementatie en evaluatie van zorgpaden bij de projectpartners is een voordeel.

Ook toeleveranciers van materieel of uitrusting evenals andere private partners (bv. hospitalisatieverzekeraars, banken) kunnen meewerken als projectpartner, maar projecten dienen in onderling overleg met zorgverleners te worden uitgewerkt en gezamenlijk ingediend.

Om de doelstellingen mogelijk te maken dienen bij voorkeur verschillende zorg- en hulpverleners rondom de zwangere vrouw samen te werken in een perinataal netwerk. Daarom kunnen in het pilootproject bevallen met verkort ziekenhuisverblijf de volgende partners betrokken zijn:

- a) de volgende vormen van zorgverlening, die via federale budgetten gefinancierd worden:
  - minstens één ziekenhuis

- een vertegenwoordiging van de vroedvrouwen, die elk in staat zijn om te zorgen voor continuïteit aan zorg in de thuissituatie
- kinesitherapeuten (in het kader van pre- en postnatale oefeningen)
- de gynaecologen verbonden aan het ziekenhuis
- de pediaters verbonden aan het ziekenhuis
- een aantal huisartsen, desgevallend via de huisartsenkringen (project moet actief bekend gemaakt worden bij de huisartsenkring)  
(indien coördinatie op patiëntniveau (micro) of op niveau van de verstrekkers (meso), dient dit te gebeuren binnen de bestaande structuren (GDT/SEL/CCSD)).

b) de volgende vormen van zorgverlening, die via de regionale overheden gefinancierd worden:<sup>2</sup>

- Dienst(en) gezinshulp/kraamzorg
- Diensten K&G/ONE/ Kaleido-DG

In functie van het niveau van empowerment van de moeder kan bijkomende zorg en/of hulp geboden worden via maatschappelijk assistent, casemanagement, sociale dienst, ...

Op vlak van de toeleveranciers en privé partners, mogen, specifiek voor de bevallingen, de aanbieders van private of aanvullende verzekeringen niet uit het oog verloren worden. Ze hebben nu een belangrijke rol op vlak van het terugbetalen van o.a. kamersupplementen tijdens het ziekenhuisverblijf. De mogelijkheden om een deel van deze middelen te heroriënteren naar ondersteuning voor bv. kraamzorg aan huis, kunnen onderzocht worden.

De afspraken van samenwerking tussen deze verschillende partners dienen in het dossier van de kandidaatstelling concreet toegelicht te worden. Het dossier moet verduidelijken wat de engagementen en de taken zijn van elke partner, hoe de communicatie tussen de partners (inclusief de moeder) zal verlopen, wat de verantwoordelijkheden zijn, welke de afspraken zijn omtrent financiering, hoe de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd, wat er dient te gebeuren bij (ernstige) complicaties, wie coördinator is, wie verantwoordelijk is voor de patiënt tijdens welke fase, waar de patiënte terecht kan met haar vragen of i.g.v. klachten,...

### **3.3. Zorgaanbod en zorgepisode:**

Het zorgaanbod en de tijdsduur van de zorgepisode die door het pilootproject gevat worden, moeten duidelijk afgelijnd worden. Voor dit pilootproject dient te worden aangegeven:

- Vanaf welk moment is de prenatale kraamzorg inbegrepen (ten vroegste vanaf 28 weken zwangerschap)?
- Voor welke periode wordt de postnatale periode geïnccludeerd (tot max. 1 maand na de bevalling)?

---

<sup>2</sup> Met de deelstaten wordt bereidheid tot deelname aan de pilootprojecten voor deze door de deelstaten gefinancierde zorgvormen afgestemd, tegen dat de pilootprojecten worden ingediend.

- Wordt enkel medische, verpleeg- en vroedkundige zorg opgenomen in het pilootproject? Of wordt de zorg ruimer (bv. kraamhulp thuis, comfortzorg, (zorg)hotelverblijf) omschreven?

Het is evident dat, alle overige omstandigheden gelijkblijvend, de slaagkansen van een project verruimen naarmate er een bredere waaier van zorgvormen en een langer deel van de zorgepisode in het pilootproject geïntegreerd wordt.

Bij het aflijnen van het geïncludeerde zorgaanbod en de zorgepisode, dient ook aangegeven te worden hoe de standaardzorg voor moeders en pasgeborenen zal georganiseerd worden en wie welke taken zal opnemen. Hierbij wordt o.a. gedacht aan het bevorderen van borstvoeding, het tijdig opsporen van icterus en het bevolkingsonderzoek naar aangeboren afwijkingen (kwaliteitsvol afnemen van een staal, juiste en tijdige verzending van het bloedkaartje naar de screeningslabo's, correct invullen van alle noodzakelijke gegevens). Deze laatste is tot op heden in hoofdzaak gericht tot de materniteiten. In de toekomst moeten andere zorgverleners (zelfstandige vroedvrouwen, huisartsen, ...) ook frequenter dergelijke bloedafnames doen. Het is belangrijk dat het niveau van participatie aan dit bevolkingsonderzoek minstens op hetzelfde peil blijft als nu het geval is. Dit geldt uiteraard ook voor de kwaliteit (tijdstip en kwaliteit bloedafname heeft effect op kwaliteit van analyse, delay versturen bloedkaartjes naar labo, ...) van het bevolkingsonderzoek. Het is noodzakelijk dat aangetoond wordt op welke wijze dit kan gebeuren.

### 3.4. Doelstellingen en organisatiemodel:

Het projectvoorstel geeft duidelijk aan hoe men de zorg in de toekomst **anders** wil **organiseren** en welke **doelstellingen** men daarmee wil bereiken (beoogde effecten). Concreet wordt verwacht dat de initiatiefnemers duidelijk aangeven:

- Hoe wenst men de zorg anders te organiseren?
- Er moet verduidelijkt worden hoe het gebruik van de ziekenhuisinfrastructuur zal worden verminderd in termen van het gemiddeld aantal verblijfsdagen, het gebruik van medische interventiemiddelen en medicatie en hoe de ziekenhuiszorg wordt verschoven naar andere zorgvormen.
- Wat zijn de verwachte effecten (voor patiënt, zorgverleners, ...) op vlak van kosten, kwaliteit, tevredenheid, ...?

Idealiter worden deze verwachte effecten omschreven in termen van toetsbare hypothesen.

(Het is uiteraard een voordeel indien er uit de praktijk of op basis van buitenlandse wetenschappelijke evidentie al kan aangetoond worden dat, in andere settings, het voorgestelde alternatief organisatiemodel gunstige effecten genereert, of zelfs reeds geïdentificeerd werd als 'best practice'.)

Specifiek voor het pilootproject bevallen met verkort ziekenhuisverblijf wordt aanbevolen om te werken met een **coördinator**. Deze coördinator is de spilfiguur in de uitvoering van het project. Dit kan een vroedvrouw zijn of een gynaecoloog van het ziekenhuis of nog een andere zorgverlener. De coördinator/integrator is verantwoordelijk voor:

- de uitvoering en opvolging van het project



- het bijstellen van samenwerkingsafspraken
- het op punt stellen van de communicatie tussen de zorgverleners en het integreren van zoveel als mogelijk partners
- het aansturen van de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners
- de contacten tussen het project en het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de deelstaat, K&G, ONE...
- het registreren van informatie voor de opvolging van het project,
- ....

Het projectvoorstel beschrijft ook het **governance model** dat tijdens de projectperiode (en achteraf, i.g.v. gunstige evaluatie) zal gehanteerd worden. Tenminste de middelen die door de aangepaste werkwijze vrijkomen dienen geherinvesteerd te worden in de zorg en in een gemeenschappelijke governancestructuur beheerd. Meer bepaald de bestuursorganen, de partners die deel uitmaken van de beheersinstanties en hoe de besluitvorming tot stand komt dienen beschreven te worden. De partners spreken af wie naar derden het aanspreekpunt is.

### 3.5. Financiering tijdens het pilootproject:

Het uitgangspunt voor de pilootprojecten is dat er in de sector inspiratie gezocht wordt voor alternatieve organisatie- en financieringsmodaliteiten van zorg, die toelaten om de beschikbare budgetten slimmer in te zetten. De concrete inzet van middelen, het budget, de herkomst en de bestemming ervan dienen uiteengezet in een financieel plan dat deel uitmaakt van het dossier van kandidaatsstelling.

#### **Pooling van de financiering**

De huidige financiering die bestaat voor het zorgaanbod verleend aan de betrokken patiëntenpopulatie tijdens de zorgepisode die in het pilootproject wordt opgenomen wordt gepoold. In het projectvoorstel wordt er beschreven wat de huidige financiering voor het geïncorporeerde zorgaanbod tijdens de geïncorporeerde zorgepisode precies omvat, en hoe deze werd berekend (bv. op basis van de reële activiteit van twee jaar geleden (jaar t-2)). Deze gepoolde middelen zijn de financiële middelen die tijdens de looptijd van het project beschikbaar zijn voor de zorg aan de doelgroep van patiënten, maar ze kunnen op een andere manier ingezet worden. Deze pooling van de bestaande financieringsstromen, op projectniveau, beoogt een nauwere samenwerking en een betere transmurale coördinatie van zorg te realiseren. De partners beschrijven hoe ze de middelen zullen gebruiken en winsten zullen herinvesteren in de zorg. Ze verbinden zich ertoe een gezamenlijk budgetbeheer te doen voor de gemeenschappelijk ingebrachte middelen.

#### **Budgetgarantie**

Er is daarenboven een budgetgarantie, in die zin dat het budget per patiënt, van de zorgactiviteiten die in het project worden opgenomen behouden blijft gedurende een periode van max. 3 jaar (zijnde de

maximale looptijd van het pilootproject).

De omvang van het gegarandeerde budget per patiënt is uiteraard afhankelijk van de aard en omvang van de zorgverlening die door het pilootproject wordt gedekt (bv. zijn de medische activiteiten volledig, deels of niet opgenomen).

Elk ingediend voorstel van pilootproject omvat een identificatie van het gemiddeld budget (uitgaven t.l.v. de verplichte ziekteverzekering, remgelden, persoonlijke bijdragen en supplementen) voor de betrokken patiënten, op basis van de cijfers van de voorbije jaren. In de voorlopige kandidaatstelling (dit is een *intentieverklaring*, die ten laatste tegen eind september moet ingediend worden – zie verder) voorzien de kandidaten een eigen berekening van het betrokken budget. Tegen eind september zal er een **rekenmodel** ter beschikking gesteld worden dat zal toelaten om het betrokken budget voor alle geïnteresseerde partners op exact dezelfde manier te berekenen. De *definitieve kandidaatstelling* (= voorlopige kandidaatstelling, aangevuld en desgevallend bijgewerkt op basis van het rekenmodel) dient te gebeuren tegen eind oktober (zie verder). Voor de goedgekeurde projectvoorstellen wordt een transparant gegarandeerd budget per patiënt vastgelegd, aangepast aan de vigerende indexregels, op basis van het rekenmodel.

De overheid engageert zich tot de betaling van dit bedrag in een overeenkomst met het ziekenhuis of de ziekenhuizen die aan het project participeren (zie verder - deze overeenkomst is gebaseerd op artikel 107 van de ziekenhuiswet). Het project krijgt de garantie dat de middelen die vandaag beschikbaar zijn gedurende de duur van het project gegarandeerd blijven, tenzij bij de tussentijdse opvolging vastgesteld wordt dat de objectieven niet worden behaald. De precieze aanvangsdatum en einddatum worden in de overeenkomst met het of de participerende ziekenhuizen voorzien.

### **Facturatieregels versus budgetafrekening**

Zowel het ziekenhuis/de ziekenhuizen, als de andere partners (bv. van de eerste lijn) die aan het project deelnemen, worden gedurende het project verder betaald volgens de vigerende financierings- en facturatieregels.

Jaarlijks wordt er een vergelijking gemaakt tussen de reële inkomsten bij de partners voor de prestaties die inherent zijn aan het project (inkomsten via verplichte ziekteverzekering en patiënten) en het bedrag waartoe de overheid zich heeft geëngageerd.

Indien voor het project minder werd uitbetaald (door ziekteverzekering en/of patiënten) dan het vastgestelde bedrag per patiënt voor de overeenstemmende periode, komt de efficiëntiewinst (die wordt toegekend onder de vorm van een extra budget in B4 van een deelnemend ziekenhuis) toe aan de projectpartners (*shared savings*) en wordt, in onderling overleg, opnieuw geïnvesteerd in de zorg.

Indien door de projectpartners meer werd ontvangen dan het vastgestelde bedrag per patiënt voor de overeenstemmende periode dient het teveel ontvangen bedrag te worden terugbetaald onder de vorm van een negatief inhaalbedrag voor het of de betrokken ziekenhuizen. Deze recuperatie wordt geregeld in de voormelde overeenkomst gebaseerd op artikel 107 van de ziekenhuiswet (zie verder).

### **Budgetneutraliteit voor de zorgfinanciering / coördinatiebudget**

Het project is budgetneutraal; er wordt m.a.w. door de overheid geen extrabudget voorzien voor de zorg die wordt verleend.

Om de pilootprojecten aan te moedigen wordt wel een beperkt budget voor coördinatie voorzien à rato van 40 000 EUR per werkingsjaar voor de goedgekeurde projecten. Dit moet toelaten om een extra medewerker op halftijdse basis in te schakelen, om het project te coördineren en op te volgen tijdens zijn werkingsjaren.

### **Geen meerkost voor de patiënt**

Deelname aan pilootprojecten mag géén meerkost impliceren voor de patiënten ten opzichte van de “klassieke” zorg, die de patiënt zou gekregen hebben indien zij buiten het pilootproject werd behandeld. Het sneller verlaten van de materniteit mag bijgevolg niet leiden tot een verhoging van de (medische) kosten ten laste van het jonge gezin.

Hierbij dient de nodige aandacht besteed te worden aan het feit dat op het ogenblik van de terugkeer van de patiënte naar huis, zij het statuut van gehospitaliseerde verliest (bv. andere prijzen voor geneesmiddelen). In het projectvoorstel moet aangegeven worden hoe men deze problematiek zal opvangen.

### **Geen besparingen, wel herallocatie in de zorg van de efficiëntiewinsten (*shared savings*)**

Simulaties, die het Kenniscentrum maakte, tonen aan dat de besparingen op het ziekenhuisverblijf, de kosten voor extra huisbezoeken door vroedvrouwen (of huisartsen) zouden kunnen compenseren.

Het is echter geenszins de bedoeling van deze projecten om een besparing te realiseren maar wel om de vrijgekomen middelen anders in te zetten voor zorg binnen het ziekenhuis en het multidisciplinair perinataal netwerk. Een deel van de middelen kan aangewend worden om de bestaffing op de niet-gesloten ziekenhuisbedden te verhogen. Binnen het netwerk kunnen de vrijgekomen middelen ook deels ingezet worden voor de ontwikkeling van een elektronisch toegankelijk zorg- en begeleidingsplan, voor de invulling van specifieke behoeften van meer kwetsbare moeders, ... Essentieel is de voorwaarde dat de vrijgekomen middelen opnieuw in zorg geïnvesteerd worden.

Het is m.a.w. de bedoeling dat het budget tijdens het pilootproject anders dan in het verleden wordt aangewend: dat met dit budget andere, efficiëntere zorgvormen / zorg van betere kwaliteit wordt gerealiseerd. Het projectvoorstel dient deze voorstellen tot alternatieve aanwending van de middelen in concreto uit te werken.

Het ziekenhuis kan zelf een deel van de (extramurale) zorg aanbieden, of deze zorg kan door de eerste lijn georganiseerd worden, of eventueel in een gemengde formule. De inbreng van zorg vanuit het ziekenhuis in een thuissituatie kan worden verantwoord als het om technische zorg gaat die moeilijk vanuit de eerste lijn kan worden georganiseerd. Een samenwerking tussen ziekenhuizen en eerste lijn is ten zeerste wenselijk.

Het door de verminderde ligduur uitgespaarde bedrag kan ondergebracht worden in een fonds, eventueel aangevuld met middelen uit de eerstelijnszorg (en in een tweede fase wellicht, na afspraak met de deelstaten ook met middelen uit de welzijnszorg) dat beheerd wordt door het netwerk van projectpartners van waaruit de zorg wordt georganiseerd. In elk geval moet voor alle projectpartners transparant worden aangegeven hoe de vrijgekomen middelen zullen herbested worden. Dit voorstel van herbesteding is ook een onderdeel van de netwerkoevereenkomst.

## Netwerkovereenkomst

Het ziekenhuis of de betrokken ziekenhuizen dienen een netwerkovereenkomst af te sluiten met alle partners van het netwerk. Deze netwerkovereenkomst dient een minimum aantal elementen te bevatten zoals voorzien in de nota in bijlage. In de netwerkovereenkomst wordt het bedrag opgenomen waartoe de overheid zich heeft geëngageerd en die als budget per patiënt voor het project wordt beschouwd. De netwerkovereenkomst regelt hoe de efficiëntiewinsten of het te recupereren bedrag onder de partners van het netwerk wordt verdeeld (zie verder).

### 3.6. Bijkomende aspecten

Een project kan steeds ook **bijkomende financiering** ontvangen van derden (bijvoorbeeld hospitalisatieverzekering, investeringsfondsen, gemeenten, ...) die het project wensen te ondersteunen. Deze wordt **niét** in mindering gebracht van de financiering via de verplichte ziekteverzekering.

Elk voorstel voor een pilootproject dient ook aan te geven welke regelgeving mogelijks een obstakel kan vormen voor de innovatieve organisatie van de zorgverlening die men wil realiseren. Indien noodzakelijk kunnen er, vooraleer er finale goedkeuring voor opstart van het pilootproject wordt gegeven, hierover de nodige afspraken gemaakt worden.

Uit het ingediende projectvoorstel moet daarenboven ook blijken dat het initiatief mee gedragen wordt door de **medische raad** van de betrokken ziekenhuizen en de **syndicale overlegorganen** van de betrokken voorzieningen.

Zo ook kan het project een afspraak tot budgetgarantie met een betrokken **deelstaat** bevatten, indien deze daartoe akkoord gaat nopens de zorg of de hulp die ressorteert onder de deelstaatbevoegdheid.

## 4. Selectie en evaluatie van de projecten:

### 4.1. Evaluatiecriteria

Het projectvoorstel dient duidelijke **criteria** te bevatten waarop het project na 2 jaar werking kan en zal beoordeeld worden.

Deze criteria vloeien deels voort uit de bovenstaande doelstellingen en kenmerken (= **opgelegde evaluatiecriteria**) en worden deels door de projectpartners gezamenlijk vastgelegd (= **electieve criteria**). Alle criteria worden finaal vastgelegd in te realiseren kwantitatieve doelstellingen.

Het ingediend voorstel bevat ook een ontwerp van '**nulmeting**': resultaten voor de voorgestelde evaluatiecriteria van vóór de start van het project. Dit kan een beschrijving zijn van de 'as is' situatie voor de start van het project, op basis van de opgelegde en electieve evaluatiecriteria.

De evaluatiecriteria, die gebaseerd zijn op de doelstellingen die het concrete pilootproject wil bereiken, omvatten zowel:

- **Outcome** indicatoren (verwijzen naar het uiteindelijk resultaat/doel van de zorg): impact op de gezondheid van de patiënt (moeder en pasgeborene)
- **Proces** indicatoren (verwijzen naar de daadwerkelijk geleverde zorg, inclusief communicatie daarover): bv. verkorting verblijfsduur, aantal contacten, follow up, ....
- **Financiële** indicatoren (kostprijs); hierbij dient zowel aandacht besteed te worden aan:
  - o De kosten (= ingezette middelen) binnen de zorgvoorzieningen en voor de zorgverleners
  - o De kosten voor de patiënten (remgelden, supplementen, eigen bijdragen, kosten niet gedekt door de ziekteverzekering)
  - o De kosten voor de overheid / de ziekteverzekering

(Ook hier is het uiteraard een voordeel indien, op basis van wetenschappelijke evidentie, kan aangetoond worden dat er reeds valide, betrouwbare kwaliteitsindicatoren, outcomemaatstaven, ... beschikbaar zijn).

Bij de indiening doet het project ook een aanzet van **voorstellen** over hoe de financiering / organisatie in de toekomst zou kunnen **geoptimaliseerd** worden en hoe, na gunstige evaluatie, de implementatie op ruimere schaal zou kunnen georganiseerd worden. De nadruk ligt op:

- minder complexiteit en administratie / registratie
- meer transparantie
- minder prestatiegebonden
- meer kwaliteitsbevorderend, waardegedreven (outcomegeëoriënteerd)
- meer efficiëntiebevorderend.

De goedgekeurde projecten maken na één jaar werking een tussentijds **opvolgingsrapport** op (doel: stand van zaken qua realisatie van de doelstellingen (gemeten aan de hand van de evaluatiecriteria + mate van vooruitgang in de implementatie weergeven: wordt het voorgestelde organisatiemodel gevolgd of zijn bijstellingen in de praktijk wenselijk – en waarom).

Na twee jaar werking volgt een **eindrapport**, met een zelfevaluatie door de partners op basis van de hierboven beschreven evaluatiecriteria en anderzijds bijgestuurde/ geactualiseerde voorstellen voor aangepaste financiering i.g.v. implementatie op bredere schaal.

Elk projectvoorstel mag ook een aantal namen suggereren van onafhankelijke **experten**, die het project inhoudelijk zouden kunnen beoordelen. De definitieve samenstelling van de beoordelingscommissie gebeurt door de beleidscel, in overleg met de administraties.

## 4.2. Evaluatie van de ingediende voorstellen:

De ingediende projecten worden geëvalueerd door een beoordelingscommissie.

De beoordelingscommissie is samengesteld uit twee groepen van experts:

- Een groep van experts die alle projecten (ook voor de andere, nog vast te leggen thema's voor pilootprojecten) beoordeelt op zijn organisatorische en financiële haalbaarheid, rekening houdend met de federale en regionale regelgeving (deze groep van experts is uniform samengesteld voor alle projecten en omvat vooral medewerkers van de betrokken overheidsadministraties).
- Een groep van experts die de projecten zorginhoudelijk beoordeelt op hun haalbaarheid. (deze groep van experts is specifiek voor het thema van de pilootprojecten rond bevallen met verkort ziekenhuisverblijf).

De beoordeling van de ingediende voorstellen kan in verschillende stappen verlopen:

- Projectvoorstellen kunnen onmiddellijk goedgekeurd worden als ze gunstig scoren op alle evaluatiecriteria.
- Projectvoorstellen worden afgekeurd indien ze helemaal niet voldoen aan de evaluatiecriteria.
- Projectvoorstellen die deels wel / deels niet voldoen aan de evaluatiecriteria kunnen de mogelijkheid krijgen om binnen de 2 weken een bijgestuurd voorstel in te dienen, dat dan vervolgens finaal beoordeeld wordt.

Indien de beoordelingscommissie méér projectvoorstellen gunstig adviseert, dan met de beschikbare coördinatiebudgetten kunnen gefinancierd worden, wordt een bijkomende prioritering van projecten goedgekeurd, waarbij een voldoende representativiteit (naar transmurale zorgvormen, geografische spreiding, ....) wordt nagestreefd.

### **4.3. Evaluatie van weerhouden projecten, tijdens hun looptijd:**

- Tijdens hun looptijd worden de projecten opgevolgd (aan de hand van een tussentijds rapport na 1 jaar werking) en geëvalueerd (aan de hand van een eindrapport na 2 jaar werking). De criteria waarop geëvalueerd wordt (zie hierboven) worden vastgelegd in de netwerkovereenkomst. Er wordt ook vastgelegd wie de evaluatie zal doen.

Een overzicht van de indicatoren die kunnen opgevolgd worden is opgenomen in bijlage 2. De zelfevaluatie gaat gepaard met een rapportering ten behoeve van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De tussentijdse opvolging bevat naast een bilan met de positieve en negatieve vaststellingen ook maatregelen om het project desgevallend bij te sturen. Het eindrapport duidt aan op welke wijze het pilootproject zou kunnen uitgerold worden in het land en wat hiervoor de modaliteiten dienen te zijn. Een voorbeeld van een zorgpad voor perinatale zorg is opgenomen in bijlage 3.

De partners van de netwerkovereenkomst engageren zich tot een nulmeting van bij de aanvang van het project zodat men bij de evaluatie de evolutie kan vaststellen.

Deze rapporten (opvolgings- en eindrapport) worden initieel voorbereid door de projectpartners. Vervolgens volgt een kritische beoordeling van het project en het rapport door onafhankelijke experts.

Met de administraties worden de nodige afspraken voorbereid over de praktische uitvoering van deze opvolging/evaluatie.

- De projecten die na 2 jaar werking *positief* geëvalueerd worden en waarvan de overheid het organisatiemodel op ruimere schaal wenst te implementeren, lopen nog één jaar verder in projectmodus. Ondertussen worden de modaliteiten uitgewerkt voor uitrol op ruimere schaal.
- Bij *negatieve* evaluatie of indien de overheid een implementatie op ruimere schaal niet aangewezen of niet haalbaar acht, wordt het project na twee jaar werking stopgezet. Ten slotte wordt de mogelijkheid voorzien dat bij een *onvolledige of matig gunstige* evaluatie, aan een pilootproject nog een derde werkingsjaar kan toegekend worden, in bijgestuurde projectmodus. Daarna volgt de finale evaluatie (na het derde werkingsjaar is geen financiering van het coördinatiebudget meer mogelijk).

## 5. Contractuele opvolging van de goedgekeurde pilootprojecten

De goedgekeurde pilootprojecten zullen opgevolgd worden aan de hand van de techniek, bepaald in **art. 107** van de gecoördineerde ziekenhuiswet. Deze techniek wordt momenteel reeds toegepast in de geestelijke gezondheidszorg. Hiertoe zal er per project één '**netwerkovereenkomst**' met alle deelnemende projectpartners worden afgesloten. Eén van de deelnemende ziekenhuizen binnen het project treedt op als projectpartner en de financiële stromen die gepaard gaan met de budgetgarantie zullen geregeld worden via onderdeel **B4** van het BFM van een deelnemend ziekenhuis. De belangrijkste principes die hierin aan bod komen, zijn de volgende:

- Identificatie patiëntengroep
- Sluiting ("bevrozing") van aantal acute bedden (i.e. minder bedden nodig door verblijfsduurverkorting, eventueel zelfs door het vermijden van ziekenhuisopnames)
- Identificatie 'uitgespaarde' middelen, vooral uit onderdeel B2 (en B1), die worden ondergebracht in B4, voor heraanwending
- Ook de honoraria van de ziekenhuisartsen kunnen in het pilootproject opgenomen worden – maar dit is een keuze die de projectpartners moeten maken.
- De middelen die buiten de ziekenhuiszorg werden ingezet (huisartsen, thuisverpleging, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, ...) kunnen ook in het pilootproject opgenomen worden.

In anticipatie op concrete projectvoorstellen, die mogelijk ook zorgvormen kunnen omvatten die door de deelstaten gefinancierd worden, zullen hiertoe met de deelstaten die wensen mee te werken de nodige afspraken voorbereid worden.

De partners aanvaarden elke controle en inspectie door de overheid en zullen de richtlijnen opvolgen die aangaande het project door de door de overheid opgerichte stuurgroep worden geformuleerd.

De partners aanvaarden dat bij vaststelling van het niet correct gebruik van de middelen (i.e. niet consistent met de netwerkoevereenkomst), de overheid middelen kan terugvorderen en een einde aan het pilootproject kan stellen met een vooropzeg van drie maanden.

## 6. Dossier voor de kandidaatstelling

Op de website van de beleidscel van [minister De Block](#), van de [FOD Volksgezondheid](#) en van het [Riziv](#) wordt een standaardsjabloon voor kandidaatstelling voorzien. Dit sjabloon geeft aan welke informatie verwacht wordt van de projectpartners, ter beoordeling van de kandidaatstelling.

Van de geïnteresseerde kandidaten wordt verwacht dat ze ten laatste tegen **30 september, middernacht**, hun kandidatuur doormailen naar [hospfin-pilot@minsoc.fed.be](mailto:hospfin-pilot@minsoc.fed.be). Deze kandidaatstelling geldt als *intentieverklaring* tot deelname aan de pilootprojecten.

De *definitieve kandidaatstelling*, na aanvulling met het rekenmodel (dat eind september zal beschikbaar zijn), dient te gebeuren, uiterlijk tegen **vrijdag 30 oktober, om middernacht**, op hetzelfde e-mailadres.



## Bijlage 1: zorgprotocollen

- Zorgprotocollen voor de moeder:
    - voor de dagelijkse postpartumevaluatie van de kraamvrouw tijdens de eerste zeven dagen waarbij een aantal punten bevroegd worden: 'perineum - bloedverlies - hoofdpijn - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - kortademigheid of borstpijn - algemeen welzijn - vermoeidheid - ontlasting - hemorroïden - mictie - griepachtige symptomen - pijn, gevoeligheid en roodheid aan de borsten'
    - voor de observatie en evaluatie van een aantal punten van de kraamvrouw op indicatie: 'perineum - baarmoederinvolutie - lochia - temperatuur - bloeddruk - pijn, roodheid of zwelling aan de kuit - problemen met mictie of stoelgang'
  - Zorgprotocollen voor de neonaat:
    - voor de signalering en behandeling van ondervoeding en de verslaggeving hierover
    - voor het volledig onderzoek van de neonaat binnen de 72 uur na de geboorte en op 6 tot 8 weken postnataal
    - voor het signaleren, evalueren, behandelen en documenteren van icterus
    - voor de observatie, rapportering en doorverwijzing van mictie en ontlasting de eerste 24 uur postnataal.
  - Zorgprotocol met betrekking tot patiënteneducatie dat afspraken omvat over timing, inhoud, het documenteren en de verantwoordelijke zorgverlener en waarin volgende onderwerpen aan bod komen:
    - de symptomen van potentiële levensbedreigende situaties bij moeder en baby
    - het fysiologisch herstelproces (zowel lichamelijk als mentaal) van de moeder
    - de algemene hygiëne en verzorging van de baby (met inbegrip van de fysiologische veranderingen)
    - het creëren van een veilige omgeving met inbegrip van veilig slapen
    - informatie over borst- en/ of flesvoeding
    - de voeding en beweging van de moeder
    - heropname van seksuele activiteiten en anticonceptie (2 tot 6 weken postpartum)
  - Protocollen met afspraken over doorverwijzing en overdracht van zorg tussen klinische sectoren en zorgverleners
- Er wordt een zorgdossier bijgehouden waarin een verslag is opgenomen van de algemene familiale, verloskundige en psychische anamnese.

## Bijlage 2: indicatoren, ter evaluatie van het pilootproject

Mogelijke indicatoren die kunnen opgevolgd worden zijn de volgende – hier worden ook een aantal indicatoren vermeld die nuttig geacht worden in het kader van kwaliteitsvolle zwangerschapsbegeleiding en perinatale zorg, maar die zich niet situeren binnen het tijds kader vanaf 28 weken zwangerschap tot 1 maand na de bevalling. Het is aanbevolen dat deze indicatoren mee in het pilootproject worden opgevolgd, maar registratie van deze indicatoren wordt niet beschouwd als een onderdeel van de patiëntenzorg die regulier onder het pilootproject valt.

- Het aandeel Rhesus D negatieve moeders die binnen de 72 uur volgende op de geboorte van een Rhesus D positieve baby, anti-D-immunoglobulines toegediend kregen.
- De proportie kraamvrouwen die tijdens de zwangerschap seronegatief bleek voor rubella (rode hond) en die voor de 8ste week postpartum een MMR vaccinatie ontvingen.
- De incidentie van potentieel vermijdbare maternale mortaliteit en morbiditeit.
- De proportie neonaten met een serumbilirubinewaarde hoger dan 340 µmol/L.
- De proportie neonaten bij wie icterus minimum één keer per dag werd gecontroleerd (visuele beoordeling) gedurende de eerste 72 uur.
- De proportie neonaten die
  - a) een volledig onderzoek (anamnese en fysiek onderzoek) kregen binnen de 72 uur na de geboorte
  - b) een volledig onderzoek (anamnese, fysiek onderzoek, neonatale ontwikkeling en aanbieden van de eerste aanbevolen vaccinaties) kregen op 6 tot 8 weken postnataal (ten laatste 10 weken) door een arts.
- De proportie neonaten met een gewichtsverlies van 10% of meer op dag 3 en dag 5.
- De proportie neonaten die een neonatale screening op metabole aandoeningen heeft gekregen en genoteerd in het zorgdossier volgens de bepalingen van de bevoegde gemeenschap
- De proportie neonaten bij wie een gehoortest werd afgenomen en genoteerd in het zorgdossier binnen de 6 weken postnataal.
- De proportie neonaten die vitamine K profylaxe heeft gekregen volgens de richtlijnen van de fabrikant.
- De proportie neonaten, met een moeder die positief HbsAg is, die binnen de 24 uur na de geboorte gevaccineerd werd voor Hepatitis B en hepatitis B immunoglobulines toegediend kregen.
- De proportie moeders of primaire verzorgers die naar eigen zeggen vond dat de huishoudelijke taken en de verzorging en de opvang van de andere huisgenoten vlot zijn verlopen tijdens de eerste 6 tot 8 weken postnataal.
- De proportie vrouwen, hun partner of de primaire verzorger van pasgeborenen bij wie veilig slapen werd besproken
  - a) binnen de 24 uur
  - b) 10 tot 14 dagen na de geboorte

c) op 6 tot 8 weken postnataal

- De proportie lacterende moeders die informatie ontving over borstvoeding. De minimale inhoud hiervan is: positie, aanhappen, melkinname door de baby, stuwing, problemen bij het aanleggen, kolven en kolfmethoden waaronder manueel afkolven, opbouwen en op peil houden van melkproductie, en bewaren en manipuleren van moedermelk.
- De proportie moeders en primaire verzorgers van baby's die kunstvoeding kregen en die informatie kregen over kunstvoeding met inbegrip van een demonstratie.
- De proportie lacterende moeders die borstvoedingsondersteuning vanaf het eerste voedingsmoment ontving van zorgverleners die een geëvalueerd, gestructureerd programma gebruiken met als minimumstandaard het Baby Friendly Initiative (BFI).
- Het borstvoedingspercentage
  - a) bij ontslag vanuit het ziekenhuis,
  - b) 5 tot 7 dagen,
  - c) op 10 tot 15 dagen
  - d) op 6 tot 8 weken en op 16 weken
  - e) 6 maand
- Het eerste postnataal contact vond plaats binnen de eerste 24 uur na de bevalling.
- De proportie moeders die minder dan 72 uur in het ziekenhuis verbleven na de bevalling en die binnen de 24 na ontslag thuis opgevolgd werden door een gekwalificeerd zorgverlener.
- Het percentage moeders dat bij de aanvang van de zorgen schriftelijke en mondelinge informatie ontving met de contactgegevens van de zorgverlener(s), met inbegrip van een 24-uurs permanentie. De proportie neonaten minstens gewogen op dag3, dag5, dag 10 tot 14, 1 maand, 6 tot 8 weken.

# Bijlage 3: voorbeeld perinatale zorgpad

(bron Helsloot & Walraevens, 2015)

