

Publieke indicatoren voor zorg rondom zwangerschap
en bevalling in de eerste lijn

Gerlienke Voerman
Irma Maassen
Jozé Braspenning



Dit project werd mogelijk gemaakt door ZonMw vanuit het programma Kiezen in Zorg.

Dit is een publicatie van het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud.

Auteurs

Gerlienke Voerman

Irma Maassen

Jozé Braspenning

Nijmegen, november 2009

Citeren van delen uit deze uitgave is toegestaan met bronvermelding: Voerman G, Maassen I, Braspenning J. Publieke indicatoren voor zorg rondom zwangerschap en bevalling in de eerste lijn. Deel 7 uit de serie Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute zorg – publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg.

Nijmegen: IQ healthcare, november 2009.

Deze uitgave is te downloaden via www.iqhealthcare.nl

ISBN: 078-90-76316-78-9

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
SET INDICATOREN	7
SAMENVATTING.....	13
ABSTRACT	14
INLEIDING	15
METHODE	17
Identificatie van te leveren prestaties	17
Inventarisatie van beschikbare indicatoren	18
Eerste selectie van indicatoren	18
Consultatie van experts	19
Consultatie van zwangere vrouwen	19
Praktijktoets.....	19
RESULTATEN	20
Definitie prestaties.....	20
Inventarisatie van indicatoren.....	21
Selectie van indicatoren	21
Resultaat na consultatie van experts	24
Resultaat na consultatie van zwangere vrouwen	25
Resultaat praktijktoets	27
DISCUSSIE EN CONCLUSIES	29
Kenmerken van de set indicatoren.....	29
Methodologische overwegingen.....	30
Conclusie.....	31
REFERENTIES	32
BIJLAGE 1 Overzicht van (zorg)aspecten.....	34
BIJLAGE 2: Leden projectgroep en lijst van geraadpleegde experts	38

VOORWOORD

Het zichtbaar maken van de variatie in prestaties van zorgverleners is in de eerste plaats een stimulans voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg; zorgaanbieders hebben inzicht in hun eigen presteren en in dat van anderen. Transparantie is daarnaast van wezenlijk belang voor het nieuwe zorgstelsel waarin patiënten en consumenten in staat worden gesteld om geïnformeerd te kiezen, zowel op het niveau van de zorgaanbieder als van de aandoening. Ten slotte is publieke kwaliteitsinformatie van belang voor partijen als zorgverzekeraars en de inspectie voor de gezondheidszorg; het inkopen van zorg, het aangaan van contracten met zorgaanbieders en het monitoren van de kwaliteit van zorg zijn voorbeelden van doelen waarvoor dergelijke informatie gebruikt kan worden.

Betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsinformatie over de prestaties van zorgaanbieders wordt met behulp van kwaliteitsindicatoren gegenereerd. Inmiddels zijn en worden er vele indicatoren ontwikkeld en worden per zorgproduct verschillende (kern)sets van indicatoren gehanteerd om uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg. Het Voorhoedeproject Eerstelijnszorg en Acute zorg is uitgezet om op basis van beschikbaarheid vanuit een eerstelijnsbrede insteek publieke indicatoren te identificeren over de kwaliteit van eerstelijnszorg en acute zorg. Het project werd gefinancierd door ZonMw uit het programma Kiezen in Zorg, deelprogramma Consumenteninformatie en Transparantie van zorg.

In het kader van het Voorhoedeproject presenteren wij een reeks van 12 rapporten over de professionele kwaliteit van (a) langdurige zorg in de eerste lijn (negen rapporten), te weten: COPD, diabetes mellitus, hartfalen, cardiovasculair risicomangement, depressie, dementie, zwangerschap en bevalling, specifieke lage-rugpijn en decubitus, (b) acute zorg (twee rapporten): acute zorg verleend door huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen, en acute GGZ, en (c) zorgmanagement in de eerste lijn (één rapport), met betrekking tot: preventie, voorlichting en advies, aanvullend onderzoek, medicatiebeleid, verwijsbeleid en dossiervoering. Het voorliggende rapport maakt onderdeel uit van deze reeks.

Bij de samenstelling van de sets van indicatoren is uitgegaan van reeds ontwikkelde en beschikbare (inter)nationale indicatoren. Aansluitend bij de selectiecriteria van het Amerikaanse National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) is door IQ healthcare een selectieprocedure ontwikkeld aan de hand waarvan per zorgproduct eerste kernsets werden samengesteld. Vervolgens werden experts geconsulteerd ter verdere inhoudelijke validering van de sets. Wij hopen dat de rapporten en indicatoren zullen bijdragen aan een goede meting van de kwaliteit van de zorg aan patiënten in de moderne geïntegreerde eerste lijn.

Aan de ontwikkeling van de sets van indicatoren hebben zeer veel deskundigen op uiteenlopende terreinen van de zorg deelgenomen. Op deze plaats willen wij hen hartelijk danken voor hun constructieve bijdrage aan dit project.

Nijmegen, augustus 2009

Richard Grol

SET INDICATOREN

Antenataal	
<i>Diagnostiek</i>	
1. Percentage vrouwen met wie mogelijkheden voor serumscreening besproken zijn (eerste of tweede trimester)	<p>Toelichting: Met behulp van bloedonderzoek kan in de 8 – 14^e week van de zwangerschap serumscreening uitgevoerd worden om de kans op chromosomale afwijkingen (met name syndroom van Down) vast te stellen. Ouders wordt de keuze geboden deze screening wel of niet uit te laten voeren (boven de maternale leeftijd van 36 jaar wordt deze screening standaard aangeboden en vergoed door de zorgverzekeraar). Indien afwijkingen geconstateerd worden kunnen ouders besluiten de zwangerschap niet uit te dragen. Mochten zij hier <i>niet</i> toe besluiten, dan kan de zorg rondom zwangerschap en bevalling geïntensifieerd worden, afgestemd op de specifieke aandoening en de hiermee gepaard gaande gezondheid- en veiligheidseisen. Op deze wijze kan de kwaliteit van zorg geoptimaliseerd worden. Het aanbieden van serumscreening is dan ook van groot belang in dezen.</p> <p>Bron: NHG Standaard / AIHW</p>
2. Percentage vrouwen dat informatie heeft gekregen over Structureel Echoscopisch Onderzoek	<p>Toelichting: Het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO, ofwel 20-weeken echo) biedt de mogelijkheid bepaalde, met name lichamelijke, aandoeningen al in een vroeg stadium te identificeren. Indien afwijkingen geconstateerd worden kunnen ouders besluiten de zwangerschap niet uit te dragen. Mochten zij hier <i>niet</i> toe besluiten, dan kan de zorg rondom zwangerschap en bevalling geïntensifieerd worden, afgestemd op de specifieke aandoening en de hiermee gepaard gaande gezondheid- en veiligheidseisen. Op deze wijze kan de kwaliteit van zorg geoptimaliseerd worden. Het aanbieden van een SEO is dan ook van groot belang in dezen.</p> <p>Bron: <i>Experts</i></p>
<i>Voorlichting en advies / opsoporen van risicofactoren</i>	
3. Percentage vrouwen dat voorlichting heeft gehad over roken, voeding, drugs en foliumzuur	<p>Toelichting: Roken, ongezonde voeding, het gebruik van drugs en gebrek aan foliumzuur compromitteren allen de uitkomst van de zwangerschap. Een rokende moeder heeft meer kans op een kind met een laag geboortegewicht dan een niet-rokende moeder. Voor het gebruik van drugs geldt hetzelfde; hiermee hangt het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS) samen. De zwangerschap eist veel van het lichaam van de vrouw. Voor een gezonde zwangerschap voor moeder en kind en ter voorkoming van complicaties is voeding dan ook een cruciaal aspect. De effecten van deze factoren zijn op latere leeftijd nog meetbaar. Tenslotte hangt het gebruik van foliumzuur samen met een afname van de kans op spina bifida, een ernstige aandoening. Voorlichting met betrekking tot deze 4 factoren is dan ook noodzakelijk voor gezonde zwangerschap en een goede start van het leven.</p> <p>Bron: AIHW / e.a.</p>
<i>Complicaties: miskraam</i>	
4. Percentages episodes bloedverlies tijdens zwangerschap waarbij de mogelijkheid tot echoscopie besproken is	<p>Bloedverlies gedurende de eerste weken van de zwangerschap is een indicatie voor miskraam. Om hieromtrent zekerheid te krijgen kan een echoscopie uitkomst bieden. De mogelijkheid hiertoe dient voorgelegd te worden aan de vrouw (en haar partner), die op deze wijze meer zekerheid zal krijgen. In geval van miskraam kan de vrouw aanvullende zorg geboden worden.</p> <p>Bron: NHG Standaard</p>

Perinataal	
<i>Controle en observatie</i>	
5.	<p>Het percentage bevallingen waarbij een partogram is gebruikt voor controle en observatie</p> <p>Toelichting: Het partogram geeft inzicht in de voortgang en ontwikkeling van de bevalling. Een normale baring vordert gestaag. Afhankelijk van de pariteit vordert de ontsluiting tijdens de actieve fase gemiddeld 1-2 cm per uur en duurt de uitdrijving gemiddeld 30-60 minuten. Voor een adequate registratie kan de vordering van de baring tegenover de tijd worden uitgezet in een XY-diagram, het zogenaamde partogram. Het meest gebruikte partogram is dat van de World Health Organisation. Bij een stagnerende baring is het risico op foetale (en maternale) complicaties verhoogd en is er een indicatie voor continue CTG-bewaking. Het gebruik van een partogram met 'action line' leidt dus tot reductie van complicatie en tevens tot minder sectio caesarea en meer tevredenheid bij barenden.</p> <p>Bron: <i>Experts</i></p>
6.	<p>De APGAR score 5 minuten na de bevalling</p> <p>Toelichting*: De Apgar-score is een test waarmee een snelle indruk van de algemene toestand van een pasgeboren baby kan worden verkregen. De test wordt kort na de geboorte door de verloskundige gescoord op vijf criteria: ademhaling, pols- en hartslag, spierspanning, kleur van de huid en reactie op prikkels. De Apgar-score is een maat voor de foetale conditie. Een Apgar-score lager dan 7 wordt beschouwd als een maat voor asfyxie.</p> <p>Bron: Bijna alle</p>
<i>Begeleiding bij de baring</i>	
7.	<p>Percentage bevallingen waarbij sprake was van tijdige partusassistentie (Kraamzorg: binnen 1 uur na oproep verloskundige / VAHA)</p> <p>Toelichting*: Bij normaal verlopende zwangerschappen kunnen vrouwen thuis bevallen, onder verantwoordelijkheid van een verloskundige of een verloskundig actieve huisarts. Voor een optimale begeleiding van de berende vrouw moeten zij bij een thuisbevalling kunnen rekenen op tijdige beschikbaarheid van partusassistentie door een kraamverzorgende. Het inhoudelijk kader geeft duidelijk aan dat een goede samenwerking tussen verloskundige en kraamverzorgende uitermate van belang is voor het zo voorspoedig mogelijk laten verlopen van de geboorte van het kind, zodat zij beiden weten wat zij van elkaar kunnen verwachten wanneer zich complicaties voordoen</p> <p>Bron: Afgeleid van RIVMkraam</p>
<i>Complicaties: algemeen</i>	
8.	<p>Aantal maternale doden per 1000 bevallingen</p> <p>Toelichting: Hoewel de incidentie van maternale sterfte relatief laag is, blijft het een belangrijke indicator om 'adverse outcome' te duiden. Maternale sterfte hangt samen met de kwaliteit van de geleverde zorg tijdens de zwangerschap en met name de bevalling. Te late verwijzing naar de tweede lijn, ernstige, onvoorziene complicaties en complicaties kunnen op deze manier gereflecteerd worden.</p> <p>Bron: Peristat/WHO/AIHW/ Perinat</p>
9.	<p>Aantal neonaten (> 37 wkn zwangerschap) dat sterft tijdens de vroeg-neonatale fase per 1000 geboren</p> <p>Toelichting*: Het overlijden van een kind tijdens baring of kraambed in de eerste lijn is altijd onverwacht en roept de vraag op of (de zorg aan) het kind in de (nog wel) eerste lijn thuishoorde. Daarom raakt dit aan het wezen van de risicoselectie zoals nu gebeurt tussen eerste en tweede lijn.</p> <p>Bron: WHO/NVOG/AIHW</p>

10. Percentage vrouwen dat tijdens / binnen 24 uur na de bevalling naar het ziekenhuis wordt verwezen

Toelichting:

Maternale ziekenhuisopname tijdens / binnen 24 uur na de bevalling reflecteert complicaties die dusdanig ernstig zijn dat de vrouw intensieve medische behandeling dient te ontvangen. Men kan hier bijvoorbeeld denken aan vertraging van de baring door een afwijkende ligging van het kind. De verwijzing tijdens de bevalling dan wel gedurende de eerste uren na de bevalling is niet alleen belastend voor de moeder, het brengt inherent een gezondheidsrisico met zich mee. Kwalitatief goede zorg wordt in dit perspectief gekenmerkt door een correcte risico-inschatting ter voorkoming van deze complicaties. Hiertoe dient de vrouw reeds tijdens de zwangerschap gescreend te zijn op potentiële complicaties waardoor de bevalling in de tweede in plaats van in de eerste lijn kan beginnen.

Bron: Afgeleid van NCHOD

11. Percentage neonaten dat binnen 24 uur na de geboorte naar het ziekenhuis wordt verwezen voor redenen anders dan aangeboren afwijkingen

Toelichting:

Neonatale ziekenhuisopname binnen 24 uur na de bevalling reflecteert complicaties die dusdanig ernstig zijn dat het kind intensieve medische behandeling dient te ontvangen. Men kan hier bijvoorbeeld denken aan complicaties ten gevolge van zuurstof gebrek bij de baring. Deze complicatie kan verband houden met onjuiste beslissingen van de verloskundige tijdens de baring. Kwalitatief goede zorg wordt in dit perspectief enerzijds gekenmerkt door correcte risico-inschatting voor als tijdens de baring.

Bron: Afgeleid van ACHS/NCHOD

12. Percentage vrouwen met intact perineum na vaginale bevalling

Toelichting:

Perineal wonden hangen samen met diverse negatieve, soms langdurige, gevolgen als pijn, oedeemvorming, infectie en seksueel disfunctioneren. De voordelen en risico's van episiotomy om meer schade aan het perineum en eventuele craniële traumata van het kind te voorkomen worden momenteel nog onderzocht, maar huidige onderzoeksresultaten geven aan dat restrictief beleid hierbij gewenst is. Deze indicator betreft dus een maat voor klinische performance en met morbiditeit gepaard gaande ernstige gevolgen.

Bron: ACHS/Peristat/ NCHOD/Perinat

13. Percentage vrouwen met wie de mogelijkheden tot reductie van pijn tijdens de bevalling besproken zijn

Toelichting***:

Uit de literatuur blijkt dat baringspijn één van de ergste pijnvormen is die er bestaat. Ook blijkt uit meerdere incidentiestudies dat het grootste gedeelte van de vrouwen de baringspijn als ernstig tot zeer ernstig ervaart. Onvoldoende informatie en foutieve verwachtingen dat een baring zonder pijnstilling / pijnloos kan verlopen, geven samen een verhoogd risico op een psychisch trauma. Pijnstilling blijkt een vermindering van zowel de fysiologische als de psychologische stress-respons teweeg te brengen. Derhalve dient iedere barende vrouw op haar verzoek een adequate vorm van pijnstilling aangeboden te krijgen.

Bron: *(Interne)Experts en auteurs*

Postnataal	
<i>Verzorgen en controleren kraamvrouw en kind</i>	
14. De aanwezigheid van een protocol voor het dagelijks controleren en verslagleggen van lichaamstemperatuur, mictie en ondervoeding bij pasgeborene	<p>Toelichting**: Beoordeling van de voedingstoestand van het kind is mogelijk aan de hand van dagelijkse observatie van urine (mictie) en ontlasting, zoals deze door de kraamverzorgende wordt uitgevoerd. Het aantal plasluiers geeft aan of het kind voldoende gehydrateerd is. Bij het niet dagelijks observeren van de ontlasting is geen beoordeling van de voedingstoestand mogelijk. De kraamverzorgende let op of een pasgeborene zijn temperatuur adequaat kan reguleren (consensus). Bij het niet dagelijks meten van de temperatuur kan niet gecontroleerd worden of er sprake is van ondertemperatuur of van koorts bij de pasgeborene. De kraamverzorgende draagt zorg voor de warme opvang van de pasgeborene en is verantwoordelijk voor de omgevingstemperatuur. De verloskundige hulpverlener wordt ingelicht bij een temperatuur buiten de normale waarden. Het wordt raadzaam geacht de verloskundige hulpverlener op de hoogte te brengen bij een temperatuur minder dan 36° en meer dan 38°.</p> <p>Bron: Samengesteld uit RIVMkraam</p>
15. De aanwezigheid van een protocol voor het dagelijks controleren en verslagleggen van infecties bij de kraamvrouw	<p>Toelichting**: Een protocol voor systematische registratie van infecties bij de kraamvrouw draagt bij aan het daadwerkelijk uitvoeren van de gebruikelijke controles en observaties, en is noodzakelijk voor een goede overdracht naar andere hulpverleners. Dankzij deze registratie kan de verloskundige hulpverlener zich tijdens de kraamvisites op de hoogte stellen van de bevindingen, ook buiten de tijden dat de kraamverzorgende aanwezig is. Wanneer de kraamverzorgende geen observaties en controles bij de kraamvrouw doet en gericht vraagt naar klachten, kunnen tijdige infecties niet gesignaleerd worden.</p> <p>Bron: Afgeleid van RIVMkraam</p>
<i>Voorlichting en advies</i>	
16. De aanwezigheid van een lactatiekundige als standaard onderdeel van de zorgverlening	<p>Toelichting**: Sinds een aantal jaren is de beroepsgroep van lactatiekundigen actief. Zij zijn getraind in het begeleiden van moeders waarbij de borstvoeding niet zo goed verloopt of bij specifieke borstproblemen. Door het niet inzetten van lactatiekundigen kan het zijn dat er te weinig kennis en onvoldoende specifieke begeleiding en advies voor het op gang brengen van borstvoeding binnen een kraaminstelling is.</p> <p>Bron: Afgeleid van RIVMkraam</p>
17. De aanwezigheid van een protocol voor het handhaven van huishoudelijke en persoonlijke hygiëne	<p>Toelichting**: Goede hygiëne tijdens de kraamverzorging is gericht op preventie van besmetting van moeder, kind en kraamverzorgende. De kraamverzorgende is verantwoordelijk voor het waarborgen van de hygiëne. Tevens is een goede persoonlijke hygiëne voor de kraamverzorgende van belang: dragen handschoenen, handen wassen en voorschriften kleding. De kraamzorgaanbieder heeft beleid vastgesteld ten aanzien van hygiëne, dit beleid komt tot uiting in hygiënerichtlijnen en –instructies. Hierin zijn opgenomen het dagelijks reinigen van badkamer en toilet, frequent verschonen kraambed en bed van het kind en het uitkoken van materiaal zoals borstkolf, flessen en spenen (consensus). De instelling draagt zorg voor het instrueren (indien van toepassing) van de kraamverzorgende en vervolgens voor het nagaan of de hygiëne voldoende gewaarborgd wordt. De kraamverzorgende geeft in het gezin/ aan mantelzorgers voorlichting over hygiëne en geeft hiervan voorbeelden tijdens haar werkzaamheden (consensus). Indien de hygiëne door de mantelzorgers onvoldoende gewaarborgd kan worden, wordt de zorg daarvoor overgenomen door de kraamverzorgende.</p> <p>Bron: Afgeleid van RIVMkraam</p>

Complicaties: postnatale depressie	
18. De aanwezigheid van een protocol ten aanzien van controle van de kraamvrouw op emotionele labiliteit	<p>Toelichting**: De kraamverzorgende informeert naar het geestelijke welzijn van de kraamvrouw. Als zij op grond van deze informatie of observaties hierover twijfel heeft, overlegt zij met de verloskundige hulpverlener. Ondersteuning door hulpverleners in de postpartum periode bij angstige of gedeprimeerde vrouwen is geassocieerd met een afname van depressie. Het niet signaleren van tekenen van emotionele labiliteit kan tijdige ondersteuning vertragen.</p> <p>Bron: RIVMkraam</p>
Algemeen	
Samenwerkingsafspraken	
19. Het structureel houden van regionaal overleg (verwijsafspraken, transmuraal protocol) met de 2e lijn	<p>Toelichting: Het voeren van transmuraal overleg is noodzakelijk voor een goede afstemming tussen eerste en tweede lijn. Door deze afstemming zal duidelijkheid bestaan over de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners. Door de overleggen wordt de samenwerking geïntensiveerd en de samenwerking bevordert waarmee kwaliteit en doelmatigheid toe moeten nemen.</p> <p>Bron: NVOG</p>
20. Aanwezigheid van schriftelijke afspraken over samenwerking tussen kraamverzorgenden en verloskundige/ verloskundig actieve huisarts	<p>Toelichting*: De KNOV is onderverdeeld in ongeveer zestig verloskundige kringen. Deze zijn niet allemaal even groot. Afhankelijk van het gebied waar de praktijken zijn gevestigd varieert de omvang van minder dan tien tot meer dan honderd leden. In de kringen stemmen verloskundigen met elkaar af over het beleid en de samenwerking. Zij doen dat onderling binnen de kring en namens de kring in overleg met andere regionale partijen in de zorg.</p> <p>Bron: RIVMkraam</p>

* Toelichting gebaseerd op document: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260101005.pdf>

** Toelichting gebaseerd op document: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260111001.pdf>

*** Toelichting gebaseerd op de KNOV-richtlijn "Pijnbehandeling bij partus" (2009)

SAMENVATTING

Doel Identificeren van publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van eerstelijns zorg rondom zwangerschap en bevalling.

Opzet Literatuuronderzoek en systematische selectie gebaseerd op expert- en stakeholderconsultatie.

Methode Op basis van, hoofdzakelijk nationale, richtlijnen en een functionele omschrijving van eerstelijnszorg rondom zwangerschap en bevalling werden te leveren prestaties geformuleerd. Vervolgens werd een search naar (inter)nationaal beschikbare indicatoren uitgevoerd. Deze indicatoren werden onderworpen aan een systematisch selectieproces aan de hand van zes relevantiecriteria welke afgeleid waren van het National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Indicatoren met een positieve waardering op deze criteria werden daarna beoordeeld op nationale aanbevelingen (in richtlijnen), klinimetrische eigenschappen, richting en inspanningen voor de gegevensverzameling. De geselecteerde set indicatoren werd vervolgens schriftelijk voorgelegd aan experts en stakeholders met als doel inhoudsvalidatie. De op deze wijze verkregen basisset is ten slotte getoetst op haalbaarheid en beschikbaarheid van data in bestaande registratiesystemen. Hiertoe is de database van de Stichting Perinatale Registratie Nederland geraadpleegd.

Resultaten Op basis van de functionele zorgomschrijving werden de volgende zorgaspecten onderscheiden: diagnostiek, voorlichting en advies, opsporing risicofactoren (antenatale fase), controle en observatie en begeleiding bij de baring (perinatale fase) en eenmalig kraambezoek, kraamcontrole, verzorging en controle van de kraamvrouw, voorlichting en advies, observeren, signaleren en rapporteren (postnatale fase). Daarnaast werd een drietal zorgaspecten gedefinieerd m.b.t. complicaties, te weten persisterend bloedverlies / miskraam in de antenatale fase, pijnbestrijding in de perinatale fase en postnatale depressie in de postnatale fase. In totaal bleken 232 indicatoren beschikbaar. De meeste indicatoren hadden betrekking op de antenatale en perinatale fase, terwijl voor de postnatale fase relatief weinig indicatoren voorhanden waren. Systematische selectie leidde tot een eerste kernset van 19 indicatoren, welke werd aangepast na de consultatieronde met experts. De uiteindelijke set bestaat uit 20 indicatoren, welke elk van de drie gedefinieerde fasen beslaat. Een eerste verkenning van de geschiktheid van deze set onder een groep zwangere vrouwen leverde steun op voor de relevantie van deze indicatoren voor deze doelgroep. Uit de praktijktoets bleek dat slechts voor zes indicatoren gegevens voorhanden zijn. Voor de andere indicatoren (n = 14) vindt (nog) geen (continue) registratie plaats.

Conclusie Deze studie heeft geresulteerd in een selectie van 20 publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van eerstelijns zorg rondom zwangerschap en bevalling. Door de systematische aanpak en de betrokkenheid van experts wordt deze set gekenmerkt door goede inhoudsvaliditeit en is de set gereed om uitgebreider getoetst te worden in de praktijk onder groepen veldpartijen. Als deze zich in de voorgestelde set kunnen vinden zal vervolgens een uitgebreide praktijktoets en vervolgens een implementatieproject opgezet worden. Dit vereist eveneens een zorgvuldige en stapsgewijze aanpak. De eerste aanzet hiervoor in dit project, raadplegen van de database Peristatreg, wees uit dat veel gegevens (nog) niet worden geregistreerd of systematisch verzameld. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

ABSTRACT

Objective To identify public indicators of professional quality of primary care for pregnancy and childbirth.

Design Literature search and systematic selection based on consultations of experts and other interested parties.

Methods We formulated the requirements of primary care for pregnancy and childbirth on the basis of primarily national guidelines and a functional description of such care. We systematically selected indicators with the aid of six criteria of importance, which were taken from the National Quality Measures Clearinghouse. The selected indicators also had to satisfy national agreements (in guidelines). Preference was given to indicators with tested clinimetric characteristics that were set in positive wording and that were measurable with relatively little data collection effort. The selected set of indicators was then submitted to a panel of independent experts in the field of primary care for pregnancy and childbirth for further content validation. The experts were informed about the whole selection process. They adapted, deleted, and added indicators as they saw fit in one consultation round that was recorded in writing. Finally, the core set was field tested with data from existing, continuous, data registers. The database of the Dutch Association for Perinatal Registration was consulted.

Results Performance was divided into three phases (prenatal, perinatal, and postnatal) including ten categories: diagnostics, information and advice, detection of risk factors (prenatal care), observation and supervision during childbirth (perinatal care), visiting mother and newborn, caring for and observing the mother, information and advice, observing, and signalling and reporting (postnatal care). Besides this, three care aspects were defined with regard to complications, i.e. loss of blood during pregnancy or miscarriage (antenatal care), pain reduction (perinatal care), and post-partum depression (postnatal care). Altogether, 232 indicators were identified in the literature, and most of them address the antenatal and perinatal phases. Systematic selection resulted in a core set of 19 indicators, which was adjusted after the experts' consultation round. The final set consists of 20 indicators and encompasses the three phases. The initial suitability test of using this set of indicators in a group of pregnant women showed that they considered the individual indicators relevant. Data for six indicators were available, although they were neither always complete nor collected systematically. Fourteen indicators need more investigation.

Conclusions This study has produced a core set of 20 public indicators of professional quality of primary care for pregnancy and childbirth. The set has a high degree of content validity due to the systematic approach and the experts' and other interested parties' consultations. The indicators are ready to be presented to the parties involved in quality information, such as patients and health insurance companies. Differences in interests and information needs can lead to different accents or subsets of indicators. If the parties involved approve, the set can be put to use, but this requires a careful, step-by-step approach. One of these steps is a pilot test in various primary care practices, or midwife practices, to test the feasibility of using the indicators. Many data for the indicators have not yet been registered or collected systematically. A precondition of reliable quality information starts with complete and professional data registration.

INLEIDING

In Nederland werden in 2006 ruim 185.000 kinderen geboren uit 182.000 vrouwen [1]. In het begin van de zwangerschap ontvangt ongeveer 86% van de vrouwen eerstelijns verloskundige hulp (79,2% van verloskundige en 6,5% van verloskundig actieve huisarts, VAHA) en dit percentage is de laatste jaren verder toegenomen. Ruim 40% van de vrouwen begint de bevalling in de eerste lijn en uiteindelijk bevalt ruim 29% van de vrouwen hier ook (cijfers uit 2002) [2]. Het percentage vrouwen dat vanuit de eerste lijn naar de tweede lijn doorverwezen wordt stijgt echter de laatste jaren, met alle nadelige gevolgen, zoals een vergrote kans op sectio en hoge kosten, van dien [3].

De mogelijkheid om in de eerste lijn en zelfs thuis te bevallen, is uniek in Nederland. Hieraan ten grondslag ligt de opvatting dat zwangerschap en bevalling natuurlijke processen zijn. Recent is, mede door het verschijnen van cijfers waaruit de hogere kindersterfte in Nederland ten opzichte van enkele andere Europese landen blijkt [4, 5, 6], de discussie rondom de veiligheid van thuisbevalling opgeleaid, zowel in de medische literatuur als ook in de media [o.a. discussies in NRC, januari, mei, december 2008]. Enkele jaren geleden stierven 10,9 op de 1000 baby's rond de geboorte en hoewel meer recente cijfers een verbetering tonen (10,0 op de 1000 baby's sterven momenteel rond de geboorte, gegevens van Peristat-II), deze verbetering loopt achter bij de ontwikkelingen in de ons omringende landen [35]. Tot op heden heeft men het sterftcijfer niet door het grote percentage thuisbevallingen kunnen verklaren [7] en zal het beleid hieromtrent dan ook niet direct veranderen. De verklaring voor verschillen tussen Nederland en andere Europese landen ligt meer waarschijnlijk o.a. in de heterogeniteit van samenstelling van de populatie en de landspecifieke kenmerken op het gebied van verloskundige zorg, zoals neonataal beleid.

Hoewel de meerderheid van de baby's geboren wordt na een 'normale' zwangerschap en een 'normale' geboorte, verlopen deze processen niet altijd zonder complicaties. Ter illustratie: per jaar vinden gemiddeld 46.078 opnamen in ziekenhuizen plaats voor problemen tijdens de zwangerschap en 82.056 opnamen voor problemen tijdens de bevalling [8]. Perinatale sterfte voor eenlingen betrof in 2005 6,9 per 1000 geboorten, uitgaande van een zwangerschap van >28 weken [1]. Volgens cijfers van het RIVM [9] werd in 2005 ruim 350 miljoen euro uitgegeven aan perinatale zorg, en kostte de zorg rondom zwangerschap en bevalling in totaal 1,4 miljard euro. Dit is 2% van de totale zorgkosten. Deze kosten zijn vooral (52,7%) gemaakt door de ziekenhuizen en medisch-specialisten; de tweede lijn. Een sterke en kwalitatief goede eerstelijnszorg kan naar verwachting bijdragen aan een groter percentage vrouwen dat het gehele proces van zwangerschap en bevalling daadwerkelijk in de eerste lijn voltooit, waardoor de kosten en de druk op de tweede lijn afnemen.

Het zorgproces rondom zwangerschap en bevalling verloopt in grote lijnen als volgt. Wanneer een vrouw ontdekt dat zij zwanger is, vaak door middel van een 'thuisstest', zal zij op zoek gaan naar verloskundige zorg. Verloskundige zorg wordt gedefinieerd als zorg die gegeven wordt aan vrouwen vanaf het begin van de zwangerschap tot en met de bevalling en de kraamperiode. Deze zorg wordt verleend in een keten waarin vrouwen met

verschillende zorgverleners uit de eerste- en tweede lijn te maken kunnen krijgen. Zo kan de verloskundige, of de verloskundig actieve huisarts, in geval van pathologie / complicaties de zwangere vrouw doorverwijzen naar de gynaecoloog (tweede lijn). Na de bevalling kunnen vrouw en kind in de thuissituatie kraamzorg ontvangen (eerste lijn). De spil in de zorg is echter de verloskundige.

Dit zorgproces, en daarbij met name de relatie tussen de eerste en de tweede lijn, is uniek in Nederland. Omdat zwangerschap en bevalling in Nederland als natuurlijke, fysiologische processen worden beschouwd, worden deze ook primair begeleid in de eerste lijn: de scheiding tussen eerste- en tweede lijn is met name gebaseerd op de scheidslijn tussen fysiologie en pathologie. De eerstelijnsverloskunde houdt zich met name bezig met de begeleiding van laagrisico zwangerschappen en bevallingen. Daarbij speelt preventie een grote rol. Indien op een gegeven moment een risico geconstateerd wordt, richt de verloskundige of verloskundig actieve huisarts zich tot de tweede lijn (i.e. de gynaecoloog) en wordt in overleg bepaald of opname in de tweede lijn noodzakelijk is.

Om veiligheid en kwaliteit van de zorg te waarborgen, dient de hierboven beschreven wisselwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg optimaal te verlopen. Hiertoe moet de taakverdeling tussen de verschillende betrokken zorgverleners helder te zijn en dient een ieder op de hoogte te zijn van belangrijke informatie over de patiënt. De zorg moet daarnaast complementair zijn en verwijzing moet soepel en snel verlopen. Om dit proces te faciliteren worden op verschillende niveaus afspraken gemaakt tussen de betrokken beroepsgroepen, zowel landelijk (richtlijnen voor medisch handelen), lokaal, en soms ook regionaal (het zogeheten Districts Verloskundig Platform, DVP) waarin gezamenlijke belangen besproken worden [10]. De Commissie Verloskunde heeft criteria voor overleg en overdracht beschreven in het Verloskundig Vademecum, 2003.

Een belangrijke stimulans voor het vergroten van de kwaliteit van geleverde zorg is het gebruik van indicatoren. Het publiek maken van de resultaten van deze indicatoren, dat wil zeggen dat de scores op de indicatoren beschikbaar worden gesteld voor gebruikers van de zorg zoals 'patiënten' en verzekeraars, zou ertoe bij kunnen dragen dat zorgverleners zich gestimuleerd voelen de kwaliteit van de zorg te optimaliseren. Anderzijds biedt het de gebruikers van de zorg de mogelijkheid een gefundeerde keuze te maken tussen verschillende zorgverleners.

Het doel van dit rapport is het presenteren van een voorstel voor een set van publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van zorg rondom zwangerschap en bevalling in de eerste lijn. Zoals hierboven beargumenteerd, kan de publicatie van de scores voor deze indicatoren op het niveau van de zorgverlener de zorgverlener intrinsiek motiveren de zorg waar mogelijk te verbeteren, en anderzijds de patiënt ondersteunen bij het maken van een gefundeerde keuze tussen verschillende zorgverleners. De set indicatoren werd samengesteld aan de hand van vooropgestelde selectiecriteria en een daarop volgende validatie met behulp van een consultatieronde onder experts. Tevens werd een groep potentieel toekomstige gebruikers van de zorg rondom zwangerschap en bevalling (zwangere vrouwen) geraadpleegd, om een eerste indruk te krijgen van acceptatie van de voorgestelde set in deze groep. Om toekomstig gebruik van de set indicatoren te faciliteren, werd elke indicator indien mogelijk afzonderlijk getoetst op haalbaarheid voor

gebruik in de praktijk en werden gegevens verzameld. De volgende vijf vraagstellingen werden geformuleerd:

- 1) Hoe ziet het zorgproces rondom zwangerschap en bevalling eruit en wat zijn de te leveren prestaties?
- 2) Welke indicatoren zijn (inter)nationaal beschikbaar om deze prestaties te meten?
- 3) Tot welke set van publieke indicatoren leidt toepassing van vooropgestelde selectiecriteria?
- 4) Hoe ziet de geselecteerde set eruit na consultatierondes onder experts en na een toets onder een subgroep potentieel toekomstige gebruikers (zwangere vrouwen)?
- 5) In hoeverre zijn de individuele indicatoren haalbaar en zijn er data beschikbaar?

METHODE

Identificatie van te leveren prestaties

Te leveren prestaties voor zorg rondom zwangerschap en bevalling werden afgeleid uit het functionele zorgproces, wat beschreven staat in richtlijnen voor (para)medisch handelen. Deze richtlijnen zijn ontwikkeld binnen diverse (wetenschappelijke) instellingen en beroepsgroepen. Omdat we geïnteresseerd waren in zorg in de eerste lijn, en omdat de rol van de eerste lijn voor dit zorgproduct uniek is in Nederland, werd enkel naar nationale richtlijnen gezocht. Literatuur en informatie over richtlijnen werd gezocht via het internet (zoekmachine Google) met behulp van de volgende (combinaties van) zoektermen: zwanger(schap), bevalling, kraamzorg, miskraam, verloskunde, richtlijn, standaard, afspraak en protocol. Daarnaast zijn websites bezocht van relevante organisaties, zoals het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap), KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen), NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie), etc. Bovendien zijn de websites www.artsennet.nl/richtlijnen en www.artsenapotheker.nl/richtlijn geraadpleegd. Deze sites bieden overzichten van richtlijnen en protocollen met verwijzingen naar de websites waar de richtlijn te vinden is.

Richtlijnen kunnen grofweg worden ingedeeld in algemene richtlijnen en richtlijnen rondom complicaties. Omdat het aantal complicaties rondom zwangerschap en bevalling talrijk is en deze veelal eigen richtlijnen voor medisch handelen kennen, werd ervoor gekozen de reguliere zorg centraal te stellen en aan de hand hiervan het functionele zorgproces in kaart te brengen, uitgebreid met het zorgproces rondom een aantal complicaties. De complicaties werden gekozen aan de hand van de Verloskundige Indicatielijst van het Verloskundig Vademecum (2003), waarin complicaties gecategoriseerd worden in codes (A – D) afhankelijk van de ernst en de te volgen procedure. Code A [*Eerstelijns verloskundige zorg*] betreft indicaties die geheel binnen de verantwoordelijkheid van de eerste lijn vallen, terwijl bij code B [*Overlegsituatie*] de scheiding tussen eerste en tweede lijn minder helder is en de zorg in overleg met de zwangere vrouw bepaald wordt, tenzij hier lokaal afspraken over gemaakt zijn. Code C [*Tweedelijns verloskundige zorg*] omvat indicaties waarbij de zorg in de tweede lijn plaats dient te vinden, echter enkel zolang er van de aandoening sprake is. Onder code D tenslotte [*Verplaatste eerstelijns*

verloskundige zorg] wordt de bevalling in principe door eerstelijns verloskundigen verricht, echter de bevalling vindt bij voorkeur in het ziekenhuis plaats om transportrisico tijdens de bevalling te vermijden.

Voor dit rapport vielen complicaties met de codes C en D af omdat hierbij de begeleiding en / of de bevalling in het ziekenhuis (= tweede lijn) plaatsvinden. Voor de resterende twee codes (A en B) tezamen werden 3 complicaties geselecteerd: 1 voor elke fase van de zwangerschap en bevalling (antenataal, perinataal en postnataal), op basis van prevalentie en (sociaal-maatschappelijke) relevantie. De geselecteerde complicaties betroffen persisterend bloedverlies vóór 16 weken / miskraam (code B, antenatale fase), pijnbestrijding tijdens de bevalling (code B; perinatale fase) en post-partum depressie (code A; postnatale fase).

Enkel de richtlijnen die betrekking hadden op algemene zorg rondom zwangerschap en bevalling en de richtlijnen met betrekking tot bovenstaande geselecteerde complicaties zijn gebruikt om het functionele zorgproces en de te leveren prestaties in kaart te brengen.

Inventarisatie van beschikbare indicatoren

Voor de te leveren prestaties werd vervolgens in de literatuur gezocht naar beschikbare indicatoren, uitgaande van eenzelfde zoekstrategie als voor de richtlijnen. Hiertoe is de term 'indicator' toegevoegd aan de (combinaties van) zoektermen. Waar bij de te leveren zorgprestaties enkel eerstelijns richtlijnen in kaart werden gebracht, werden voor de indicatoren ook bronnen geraadpleegd welke aanvankelijk voor de *tweede lijn* geformuleerd waren. Hiervoor werd gekozen omdat verwacht werd dat enkele indicatoren niet per definitie lijngebonden zijn. Een voorbeeld hiervan is het houden van een structureel regionaal overleg: deze indicator wordt beschreven in de tweedelijns literatuur (NVOG), maar is eenvoudig vertaalbaar naar de eerste lijn, waar structureel regionaal overleg minstens zo relevant is.

Naast nationale literatuur werd ook in internationale literatuur gezocht naar indicatoren, omdat ook hier mogelijk relevante indicatoren beschreven zouden kunnen worden welke aansluiten bij de met bovenstaande stap gedefinieerde te leveren prestaties. Deze zoektocht werd beperkt tot enkele gerenommeerde instituten in Europa, Australië en Nieuw Zeeland, Canada en Amerika.

Eerste selectie van indicatoren

De geïdentificeerde indicatoren werden vervolgens gescreend op een aantal aspecten. Allereerst werd beoordeeld of de indicator daadwerkelijk viel binnen het domein van zorg rondom zwangerschap en bevalling en de drie geselecteerde complicaties. Zo werden bijvoorbeeld indicatoren met betrekking tot pre-conceptionele zorg en zorg rondom subfertiliteit uitgesloten voor de uiteindelijke set. Uit de resterende indicatoren werden vervolgens enkel die indicatoren geselecteerd die betrekking hebben op, dan wel eenvoudig vertaalbaar zijn naar, de *eerstelijnszorg* rondom zwangerschap en bevalling en welke presenteerbaar zijn op praktijkniveau.

Vervolgens werd elke indicator gewogen naar relevantie [11], waarbij gekeken werd naar het doel van de indicator (voor publiek domein), de doelgroep (breed, zowel patiënt als zorgverzekeraar), de impact op de gezondheid, toepasbaarheid voor verschillende groepen patiënten, ruimte voor verbetering van de kwaliteit van zorg en de

beïnvloedbaarheid van de zorg. Een indicator diende aan minimaal 5 van de 6 criteria te voldoen [N.B. Een overzicht van gehanteerde selectiecriteria en argumentatie is beschikbaar voor inzage op www.iqhealthcare.nl], wat werd beoordeeld door twee onderzoekers die onafhankelijk van elkaar werkten. Hierbij werd tevens meegewogen dat er gestreefd werd naar een mix van proces-, uitkomst- en structuurindicatoren. Ter verificatie werd de set voorgelegd aan een tweetal interne experts.

Bij voorkeur bestond de set uit niet meer dan 15-20 indicatoren, met voor elk zorgaspect ten minste 1 indicator. Indien meerdere indicatoren voor hetzelfde zorgaspect beschikbaar waren, werd de voorkeur gegeven aan nationale in plaats van internationale indicatoren, aangetoond betrouwbare en valide indicatoren, indicatoren met een positieve in plaats van negatieve richting en indicatoren waarvoor relatief weinig inspanning voor dataverzameling noodzakelijk is.

Consultatie van experts

In een schriftelijke ronde werd het resultaat van de eerste selectie voorgelegd aan experts en vertegenwoordigers van betrokken beroepsgroepen (KNOV, NHG, Kraamzorg en het NVOG) (zie bijlage). Hierbij werd gevraagd specifieke aandacht te besteden aan de definiëring van prestaties, compleetheid van het overzicht van beschikbare indicatoren en de uiteindelijk voorgestelde set van indicatoren. Experts, afkomstig uit verschillende relevante beroepsgroepen in het veld, werden gevraagd de geschiktheid van de indicator voor gebruik in het publieke domein en de haalbaarheid in de praktijk te beoordelen. Naar aanleiding van deze consultatieronde werd de set indicatoren daar waar nodig herzien.

Consultatie van zwangere vrouwen

Na verwerking van informatie van de consultatieronde van experts is de set indicatoren schriftelijk voorgelegd aan een convenience sample van vrouwen die op dit moment zwanger zijn en zorg rondom zwangerschap en bevalling ontvangen in de eerste lijn. Voor deze groep werd gekozen om ook vanuit het perspectief van de 'patiënt' een indicatie te kunnen krijgen met betrekking tot de geschiktheid van de indicatoren. Voor elke indicator werd de vrouw gevraagd door middel van een 5-punts Likert schaal te scoren in welke mate de indicator belangrijk zou zijn voor haar keuze voor (of tegen) een bepaalde praktijk. Tevens kon zij aangeven of, en welke informatie, niet door de indicatoren gedekt werd maar toch belangrijk geacht werd voor het maken van haar keuze. [N.B. enkele indicatoren werden hiertoe 'vertaald' naar leken taal, zie bijlage op www.iqhealthcare.nl; 'GVoerman_vragenlijst_stakeholders']. Een 'positief oordeel' werd gedefinieerd als een mediane score van maximaal 2, met tevens een maximale 75%-kwartielscore van 3; een 'neutraal oordeel' werd gedefinieerd als een mediane score van 3 en een maximale 75%-kwartielscore van 3; en een 'negatief oordeel' tenslotte werd gedefinieerd als een mediane score van 4 of 5 en een maximale 75%-kwartielscore van > 3.

Praktijktoets

De finale set indicatoren werd vervolgens onderworpen aan een praktijktoets, waarbij de haalbaarheid werd bestudeerd. Hiertoe werd gebruik gemaakt van data uit eventueel bestaande dataregistratiesystemen. Deze registratiesystemen werden geïdentificeerd aan de hand van een search op internet.

Een indicator werd als haalbaar beoordeeld indien 1) data voor de indicator reeds verzameld werden in een bestaande database, of indien 2) de indicator relatief eenvoudig scoorbaar lijkt, dat wil zeggen dat een deel van de informatie reeds opgeslagen / gescoord wordt of dat dit eenvoudig te realiseren zou moeten zijn. Voor de indicatoren waarvoor informatie reeds geregistreerd wordt in het bestaande datasysteem Perinatreg, werd een (postcode) steekproef uitgevoerd waarvoor de gegevens berekend werden. Deze steekproef betrof de postcodes 35, 75, 23, 24, 12, 66 en 62 voor de stedelijke gebieden en 71, 87, 82, 46, 91 en 99 voor de plattelandsgebieden.

RESULTATEN

Definitie prestaties

De searches werden verricht tot en met november 2008. Er werden 5 richtlijnen / standaarden geïdentificeerd welke betrekking hebben op de *algemene* Nederlandse eerstelijnszorg rondom zwangerschap en bevalling zonder complicaties, en drie documenten met betrekking tot de complicatie 'persisterend bloedverlies voor 16 weken / miskraam'. Voor de complicaties 'post-partum depressie' en 'pijnbestrijding tijdens de bevalling' werden geen aparte richtlijnen / standaarden gevonden (tabel 1).

Tabel 1: Richtlijnen voor de zorg rondom zwangerschap en bevalling

Richtlijn (algemeen)	Bron	Jaar
Verloskundig Vademecum (incl. Verloskundige IndicatieLijst)	[12] College voor Zorgverzekeringen	2003
Zwangerschap en Kraamperiode	[13] NHG Standaard	2003
Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg / Indicatieprotocol Kraamzorg	[14] KNOV	2006
	[15] Actiz, KNOV, LVG, BTN, Sting, Zorgverzekeraars NL	2006
Richtlijn Zwangerschap, post-partum periode en werk	[16] NVAB	2006
Richtlijn (geselecteerde complicaties)	Bron	Jaar
Standaard Miskraam	[17] NHG	2004
LESA Miskraam	[18] NHG, KNOV	2006
Standaard Vaginaal Bloedverlies	[19] NHG	2008

Afkortingen: BTN = Branchebelang Thuiszorg Nederland; KNOV = Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen; LESA = Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak; LVG = Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn; NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap; NVAB = Nederlandse Vereniging voor Arbeid- en Bedrijfsgeneeskunde

Uit de richtlijnen/standaarden werden zorgaspecten geëxtraheerd welke ingedeeld werden aan de hand van de verschillende fasen die tijdens zwangerschap en bevalling te onderscheiden zijn. Partus werd hierbij als centrale gebeurtenis gesteld:

Antenataal (of prenataal) = aan de geboorte voorafgaand

Perinataal (of nataal) = kort voor en tijdens de geboorte

Postnataal = na de geboorte (kraamperiode)

In bijlage I wordt een overzicht gegeven van de verschillende geïdentificeerde zorgaspecten. In het kort kunnen de prestaties als volgt geformuleerd worden: het doel van kwalitatief goede zorg rondom zwangerschap en bevalling is in de antenatale fase gericht op, naast het vaststellen van de zwangerschap, het geven van voorlichting en advies en het identificeren van factoren die mogelijk een risico vormen voor de vrouw en

het ongeboren kind. In de perinatale fase is de zorg toegespitst op controle, observatie en begeleiding van de baring, zodat deze spoedig verloopt en er tijdig ingegrepen kan worden (eventueel doorverwijzing naar tweede lijn durante partu) zodat de veiligheid voor moeder en kind gewaarborgd wordt. In de postnatale periode tenslotte dient de nadruk wederom te liggen op observatie / controle, voorlichting en advies en daarnaast signaleren en vastleggen van eventuele problemen. In elk van deze fasen zijn er voor complicaties (in deze notitie zijn dat ‘persisterend bloedverlies < 16 weken / miskraam’, ‘pijnbestrijding’ en ‘postnatale depressie’) speciale protocollen.

Omdat de verrichtingen van de bedrijfsarts voor een relatief klein deel van de vrouwen gelden en deze een bedrijfsarts niet kunnen kiezen, zijn deze zorgaspecten minder expliciet opgenomen in de zorgtabel en zullen vervolgens specifieke, bijbehorende indicatoren ook niet meegenomen worden in het vervolg van dit document.

Inventarisatie van indicatoren

Er werden 11 documenten geïdentificeerd met betrekking tot indicatoren voor zorg rondom zwangerschap en bevalling in het algemeen en de drie geselecteerde complicaties (zie tabel 2).

Tabel 2: Bronnen voor indicatoren voor de zorg rondom zwangerschap en bevalling

Document (nationaal)	Bron	Jaar
Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk	[20] NHG	2005
Kwaliteitsindicatoren voor de tweedelijns obstetrie	[21] NVOG	2007
Indicatoren voor de Kraamzorg	[22] RIVM	2007
Prestatie-indicatoren ziekenhuizen basisset www.snellerbeter.nl	[23] IGZ	2008
	[24] VWS, OMS, NVZ, V&VN	2008
Document (internationaal)	Bron	Jaar
Health Outcome Indicators; Normal Pregnancy and Childbirth	[25] NCHOD	1999
WHO's short list of Reproductive Health indicators for Global Monitoring	[26] WHO	2000
Perinatal Health Indicators for Canada	[27] Perinatal	2000
Reproductive health indicators Australia	[28] AIHW	2002
Monitoring and Evaluating Perinatal Health	[29] Peristat	2008
Obstetric Indicators; clinical indicator users' manual	[30] ACHS	2008

Afkortingen: ACHS = Australian Council on Healthcare standards; AIHW = Australian Institute of Health and Welfare; NCHOD = National Centre for Health Outcome and Development; WHO = World health Organization

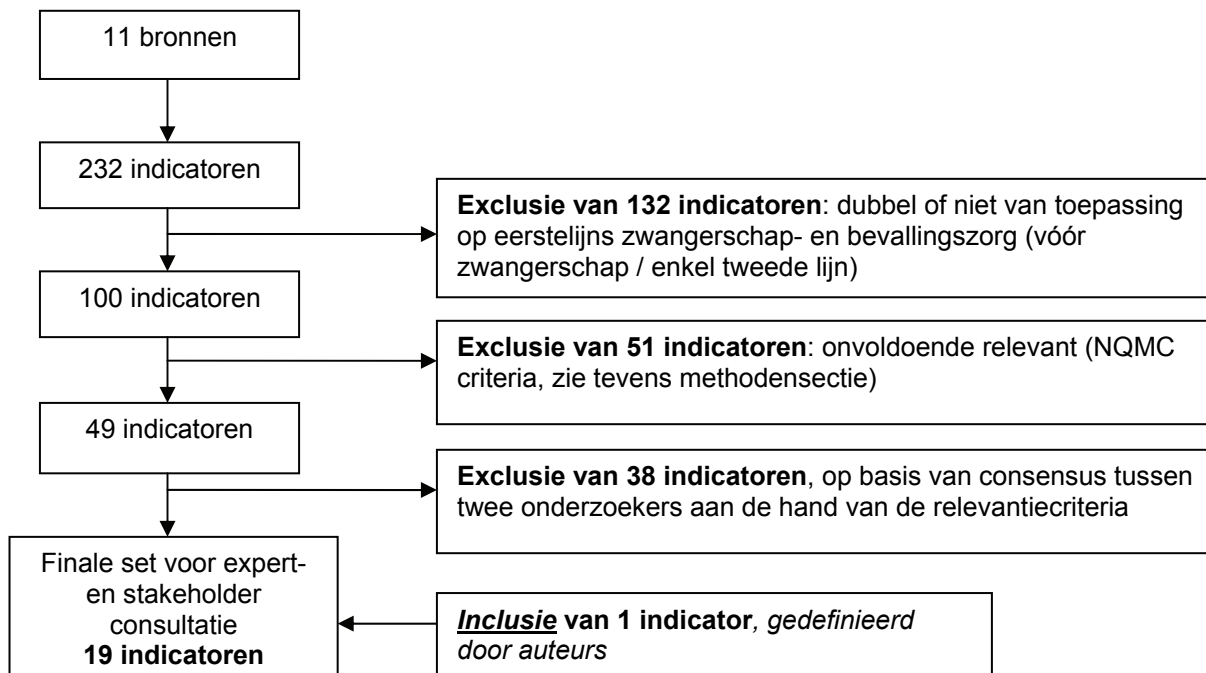
In totaal werden 232 indicatoren gevonden [N.B. De gehele lijst van 232 indicatoren kan de lezer inzien op www.iqhealthcare.nl; GVoerman_lijst indicatoren_232]. Hieronder bevond zich ook een aantal indicatoren welke aanbevolen werden voor ontwikkeling [met name bron 25].

Selectie van indicatoren

Onder de 232 indicatoren bevonden zich een groot aantal (nagenoeg) identieke indicatoren; deze werden verwijderd. Daarnaast bleken enkele indicatoren niet van toepassing omdat zij betrekking hadden op de periode voorafgaand aan de zwangerschap (bijvoorbeeld indicatoren voor preconceptionele zorg en zorg rondom subfertiliteit) of omdat zij enkel voor de tweede lijn geschikt waren (bijvoorbeeld ‘de aanwezigheid van een lokaal protocol voor peridurale analgesie’). In totaal werden 132 indicatoren uitgesloten op hierboven genoemde gronden. Vervolgens resulteerde de eerste globale relevantieweging

door één van de auteurs (GV) in de exclusie van nog eens 44 indicatoren. Omdat gestreefd werd naar een uiteindelijke set van maximaal 20 indicatoren, met, indien voorhanden, voor elk zorgaspect tenminste 1 indicator, werd een tweede relevantieweging met 56 indicatoren uitgevoerd door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar en werd de lijst voorgelegd aan een tweetal interne experts. Dit proces resulteerde in een totaal van 19 indicatoren (zie figuur 1), plus een door de auteurs gedefinieerde indicator.

Figuur 1: Schematische weergave van selectieproces indicatoren



Deze indicatoren worden beschreven in tabel 3. Met uitzondering van ‘controle en observatie’ in de perinatale fase werd voor elk zorgaspect een indicator geformuleerd. Daarnaast werden een tweetal indicatoren gevonden die niet zozeer van toepassing waren op één van de drie fasen, maar die betrekking hadden op het algemene proces van zorg.

De wetenschappelijke onderbouwing van relevantie werd voor 95% (18) van de indicatoren reeds verschaft in de bron (zie tabel 4 voor deze bron). Onder deze 18 indicatoren vallen er 3 (indicatoren 7, 8, en 14) die nog niet in de praktijk worden toegepast en die aanbevolen werden voor ontwikkeling; deze werden overgenomen van de NCHOD. De indicator ‘het percentage vrouwen dat voorlichting heeft gekregen over roken, voeding, drugs en foliumzuur’ is ontstaan uit de samenvoeging van 4 indicatoren. Deze worden vaak in één adem genoemd, zijn zeer gelijkend geformuleerd en betreffen allemaal hetzelfde zorgaspect, namelijk ‘Voorlichting en advies’. Derhalve werd samenvoeging gerechtvaardigd geacht. Hetzelfde geldt voor de indicator ‘Aanwezigheid van protocol voor dagelijks controleren en verslagleggen van lichaamstemperatuur, mictie en ondervoeding bij de pasgeborene’. Tenslotte werd 1 indicator (5%) ontwikkeld door de auteurs zelf, namelijk ‘Percentage vrouwen met wie gesproken is over de mogelijkheid tot pijnreductie tijdens de bevalling’ [N.B. Een meer gedetailleerde beschrijving van het proces alsmede de argumentatie per individuele indicator kan de lezer inzien op www.iqhealthcare.nl]. Deze indicator is ontwikkeld naar aanleiding van de discussies met

interne experts en werd gevoed enerzijds door het feit dat op moment van raadplegen van de literatuur een richtlijn in ontwikkeling was voor Pijnbestrijding tijdens de bevalling en anderzijds de grote aandacht hiervoor vanuit maatschappelijk perspectief.

Tabel 3: Geselecteerde indicatoren

Zorgaspect	Indicatorbeschrijving	Bron
Antenataal Diagnostiek	1. Percentage zwangere vrouwen van 36 jaar of ouder NHG standaard/AIHW met wie prenatale diagnostiek besproken is	
Voorlichting en advies / opsporen van risicofactoren <i>Complicaties: miskraam</i>	2. Percentage vrouwen dat voorlichting heeft gehad AIHW/e.a. over roken, voeding, drugs en foliumzuur*	
	3. Percentage episodes bloedverlies tijdens zwangerschap waarbij de mogelijkheid tot echoscopie is besproken	
Perinataal Controle en observatie Begeleiding bij de baring <i>Complicaties: algemeen</i>	-	-
	4. Aanwezigheid van beleid ten aanzien van tijdige partusassistentie	RIVMkraam
	5. Percentage maternale doden	Peristat/WHO/AIHW/Perinat
	6. Percentage neonaten dat sterft tijdens de geboorte (>37 wkn)	WHO lijst/NVOG/AIHW
	7. Totaal aantal baby's naar neonatale IC voor redenen anders dan aangeboren afwijkingen	ACHS/NCHOD
	8. Percentage vrouwen dat tijdens / na bevalling naar NCHOD IC verwezen wordt of voor spoedopname opgenomen wordt	
	9. Percentage vrouwen met intact perineum na vaginale bevalling	ACHS/Peristat/NCHOD/Perinat
	10. Percentage vrouwen dat chirurgie moet ondergaan wegens 3 ^e / 4 ^e graads perineale scheur na vaginale bevalling	
<i>Complicaties: pijnbestrijding</i>	11. Percentage vrouwen met wie gesproken is over mogelijkheden tot reductie van pijn tijdens de bevalling	Auteurs, afgeleid van CBO richtlijn in ontwikkeling
Postnataal/kraamzorg Verzorgen / controleren kraamvrouw en kind	12. Aanwezigheid van protocol voor dagelijks controleren en verslagleggen van lichaamstemperatuur, mictie en ondervoeding bij pasgeborene**	RIVMkraam
	13. Aanwezigheid van protocol voor dagelijks controleren en verslagleggen van infecties bij de kraamvrouw	
	14. Algemene gezondheidsstatus van de moeder na NCHOD de bevalling	
Voorlichting en advies	15. De zorgverlening omvat standaard de mogelijke inzet van lactatiekundige	RIVMkraam
	16. Aanwezigheid protocol handhaven huishoudelijke en persoonlijke hygiëne	RIVMkraam
<i>Complicaties: postnatale depressie</i>	17. Aanwezigheid van protocol ten aanzien van controle kraamvrouw op emotionele labiliteit	RIVMkraam
Algemeen Samenwerkingsafspraken	18. Het structureel houden van regionaal overleg (verwijsafspraken, transmuraal protocol) met de 2e lijn***	NVOG
	19. Aanwezigheid van schriftelijke afspraken over samenwerking tussen kraamverzorgenden en verloskundige/ verloskundig actieve huisarts	RIVMkraam

* modified, samenvoeging van vier indicatoren; ** modified, samenvoeging van drie indicatoren; *** modified, omwille van geschiktheid voor eerste lijn.

De meeste indicatoren kunnen inhoudelijk als valide worden beschouwd. Of tegemoet wordt gekomen aan andere klinimetrische eigenschappen, zoals discriminante validiteit en betrouwbaarheid, moet een praktijktest uitwijzen.

Resultaat na consultatie van experts

Drie externe experts (afkomstig uit het veld van kraamzorg, verloskunde en gynaecologie respectievelijk) hebben vervolgens de indicatoren uit tabel 3 becommentarieerd. De belangrijkste opmerkingen van de experts met betrekking tot herformulering worden hieronder samengevat.

1. De experts suggereerden met betrekking tot indicator 4 (tijdige partusassistentie), dat gekozen diende te worden voor een meer directe indicator waardoor de tijdige aanwezigheid van de assistentie beter geobjectiveerd kon worden. Deze indicator zou dan tevens meetbaar zijn met huidige dataregistratiesystemen.
2. Omdat de incidentie van maternale en neonatale sterfte relatief laag is en de percentages in dit geval erg klein zullen zijn, werd geadviseerd absolute aantallen te vermelden voor de indicatoren 5 en 6 of deze indicatoren anders te verwijderen.
3. Voor de indicatoren 7 en 8 werd algemeen opgemerkt dat het aantal moeders en baby's dat naar de IC gaat relatief klein is, terwijl het aantal dat naar het ziekenhuis gaat, ongeacht welke afdeling, vrij groot is.
4. Twee indicatoren besloegen algemeen een te gelijkend gebied, te weten indicator 10 (overlap met indicator 9) en indicator 14 (overlap met indicator 17).

De experts stelden ook een aantal nieuwe indicatoren voor, waaronder:

5. De APGAR score na de bevalling.
6. Het gebruik van een partogram ter controle en observatie tijdens de perinatal fase.
7. Verwijzing naar de 2^e of 3^e lijn.

Laatstgenoemde indicator werd niet opgenomen in de lijst, omdat er vele factoren van invloed zijn op de beslissing voor verwijzing. In veel gevallen is de verwijzing terecht (goede kwaliteit van zorg) in andere gevallen niet (onvoldoende kwaliteit van zorg). Het onderscheid tussen de twee is echter moeilijk te maken.

Op basis van de expertcommentaren is de set indicatoren aanzienlijk veranderd. Op aanraden van de experts werd bij elke indicator benoemd welke zorgverlener hiervoor verantwoordelijk was. In tabel 4 wordt de vernieuwde set gepresenteerd.

Tabel 4: Herziene set indicatoren (na consultatieronde experts)

Zorgaspect	Indicatorbeschrijving	Verantwoordelijke
Antenataal Diagnostiek	Percentage vrouwen met wie mogelijkheden voor serum screening besproken zijn (eerste of tweede trimester)	Verloskundige / VAHA
	Percentage vrouwen dat informatie heeft gekregen over Structureel Echoscopisch Onderzoek	Verloskundige / VAHA
Voorlichting en advies / opsporen van risicofactoren	Percentage vrouwen dat voorlichting heeft gehad over roken, voeding, drugs en foliumzuur*	Verloskundige / VAHA
Complicaties: miskraam	Percentage episodes bloedverlies tijdens zwangerschap waarbij de mogelijkheid tot echoscopie is besproken	Verloskundige / VAHA

Perinataal Controle en observatie	Het percentage bevallingen waarbij een partogram is gebruikt voor controle en observatie	Verloskundige / VAHA	
	De APGAR score 5 minuten na de bevalling	Verloskundige / VAHA	
Begeleiding bij de baring	Percentage bevallingen waarbij sprake was van tijdige partusassistentie (Kraamverzorgende: binnen 1 uur na oproep verloskundige / VAHA)	Kraamverzorgende / Verloskundige / VAHA	
<i>Complicaties: algemeen</i>	Aantal maternale doden per 1000 bevallingen	Verloskundige / VAHA	
	Aantal neonaten (> 37 wkn zwangerschap) dat sterft tijdens de vroeg-neonatale fase (durante partu / < 24 uur post partum) per 1000 geboren	Verloskundige / VAHA	
	Percentage vrouwen dat tijdens / binnen 24 uur na de bevalling naar het ziekenhuis wordt verwezen	Verloskundige / VAHA	
	Percentage neonaten dat binnen 24 uur na de geboorte naar het ziekenhuis wordt verwezen voor redenen anders dan aangeboren afwijkingen	Verloskundige / VAHA	
	Percentage vrouwen met intact perineum na vaginale bevalling	Verloskundige / VAHA	
<i>Complicaties: pijnbestrijding</i>	Percentage vrouwen met wie de mogelijkheden tot reductie van pijn tijdens de bevalling besproken zijn	Verloskundige / VAHA	
Postnataal / kraamzorg Verzorgen / controleren kraamvrouw en kind	De aanwezigheid van een protocol voor het dagelijks controleren en verslagleggen van lichaamstemperatuur, mictie en ondervoeding bij pasgeborene**	Kraamverzorgende	
	De aanwezigheid van een protocol voor het dagelijks controleren en verslagleggen van infecties bij de kraamvrouw	Kraamverzorgende	
	Voorlichting en advies	De aanwezigheid van een lactatiekundige als standaard onderdeel van de zorgverlening	Kraamverzorgende
		De aanwezigheid van een protocol voor het handhaven van huishoudelijke en persoonlijke hygiëne	Kraamverzorgende
	<i>Complicaties: postnatale depressie</i>	De aanwezigheid van een protocol ten aanzien van controle van de kraamvrouw op emotionele labiliteit	Kraamverzorgende
Algemeen Samenwerkingsafspraken	Het structureel houden van regionaal overleg (verwijsafspraken, transmuraal protocol) met de 2e lijn*** Aanwezigheid van schriftelijke afspraken over samenwerking tussen kraamverzorgenden en verloskundige/ VAHA	Verloskundige / VAHA / Kraamverzorgende Verloskundige / VAHA / Kraamverzorgende	

* modified, samenvoeging van vier indicatoren; ** modified, samenvoeging van drie indicatoren; *** modified, omwille van geschiktheid voor eerste lijn.

VAHA = Verloskundig Actieve Huisarts

Resultaat na consultatie van zwangere vrouwen

De 20 indicatoren werden vervolgens voorgelegd aan een convenience sample van zwangere vrouwen: 23 vrouwen werden benaderd en 12 vrouwen stuurden de lijst ingevuld terug (geen reminder verzonden). Deze vrouwen hadden een gemiddelde leeftijd van 32.8 (sd 4.8) jaar en waren relatief hoog opgeleid (83% met HBO of hoger). Het grootste deel van de vrouwen was ongehuwd samenwonend (66.7%); de overigen waren gehuwd (33.3%). In tabel 5 staan de resultaten van de consultatie onder deze vrouwen samengevat.

Tabel 5: Beoordeling van indicatoren door zwangere vrouwen in de eerste lijn

Indicatorbeschrijving	Beoordeling
1. Percentage vrouwen met wie mogelijkheden voor serum screening besproken zijn (eerste of tweede trimester)	+
2. Percentage vrouwen dat informatie heeft gekregen over Structureel Echoscopisch Onderzoek	+
3. Percentage vrouwen dat voorlichting heeft gehad over roken, voeding, drugs en foliumzuur*	+
4. Percentage episodes bloedverlies tijdens zwangerschap waarbij de mogelijkheid tot echoscopie is besproken	+
5. Het percentage bevallingen waarbij een partogram is gebruikt voor controle en observatie	+
6. De APGAR score 5 minuten na de bevalling	+
7. Percentage bevallingen waarbij sprake was van tijdige partusassistentie (kraamzorg binnen 1 uur na oproep)	+/-
8. Aantal maternale doden per 1000 bevallingen	+/-
9. Aantal neonaten (> 37 wkn zwangerschap) dat sterft tijdens de vroeg-neonatale fase per 1000 geboren	+/-
10. Percentage vrouwen dat tijdens / binnen 24 uur na de bevalling naar het ziekenhuis wordt verwezen	+
11. Percentage neonaten dat binnen 24 uur na de geboorte naar het ziekenhuis wordt verwezen voor redenen anders dan aangeboren afwijkingen	+/-
12. Percentage vrouwen met intact perineum na vaginale bevalling	+
13. Percentage vrouwen met wie de mogelijkheden tot reductie van pijn tijdens de bevalling besproken zijn	+
14. De aanwezigheid van een protocol voor het dagelijks controleren en verslagleggen van lichaamstemperatuur, mictie en ondervoeding bij pasgeborene**	+
15. De aanwezigheid van een protocol voor het dagelijks controleren en verslagleggen van infecties bij de kraamvrouw	+
16. De aanwezigheid van een lactatiekundige als standaard onderdeel van de zorgverlening	+
17. De aanwezigheid van een protocol voor het handhaven van huishoudelijke en persoonlijke hygiëne	+/-
18. De aanwezigheid van een protocol ten aanzien van controle van de kraamvrouw op emotionele labiliteit	+
19. Het structureel houden van regionaal overleg (verwijsafspraken, transmuraal protocol) met de 2e lijn***	+
20. Aanwezigheid van schriftelijke afspraken over samenwerking tussen kraamverzorgenden en verloskundige/ verloskundig actieve huisarts	+

Positief = +

Neutraal = +/-

Negatief = -

Geen van de indicatoren werd als negatief beoordeeld. De indicatoren 7, 8 9, 11, 16 en 17 werden neutraal beoordeeld, en de overige positief.

Op de vraag of alle belangrijke aspecten gedekt werden door de vragenlijst antwoordde 9 van de 12 respondenten 'ja'; de overige 3 gaven daarnaast nog een zestal aspecten die bepalend zouden zijn voor hun keuze voor (of tegen) een bepaalde zorgverlener, te weten:

- 1) locatie van de praktijk,
- 2) ervaringen met bepaalde aandoeningen,
- 3) verzekering [geen nadere toelichting gegeven]
- 4) bereikbaarheid,
- 5) teamwork binnen de praktijk en
- 6) filosofie van de praktijk (medicalisering van de zwangerschap).

Met uitzondering van 2 (ervaringen met bepaalde aandoeningen) hebben deze genoemde aspecten geen duidelijke relatie met de daadwerkelijke kwaliteit van de geleverde zorg.

Omdat de sample relatief klein was is besloten deze informatie als informatief te beschouwen zonder de set aan te passen.

Resultaat praktijktoets

De consultatieronde van experts maakte reeds duidelijk dat een relatief groot aantal indicatoren niet eenvoudig te bepalen zou zijn op basis van bestaande registratiesystemen. De volgende landelijk bestaande registratiesystemen zijn geconsulteerd:

1. LVR1 en LVR2 (Landelijke Verloskundige Registratie);
2. LNR (Landelijke Neonatologie Registratie) en
3. LVR-h (Landelijke Verloskunde Registratie voor huisartsen).

De gegevens van deze registratiesystemen zijn samengevat in de 'Dataset Perinatale Registratie', welke wordt bijgehouden door de Stichting Perinatale Registratie Nederland. Uit deze dataset waren zes van de 20 indicatoren direct extraheerbaar, welke alle de kwaliteit van perinatale zorg betroffen. Het gaat hier om de indicatoren 6 tot en met 12 (zie tabel 5). Hierbij dient opgemerkt te worden dat voor indicator 7 de gevraagde informatie niet aangeleverd kon worden omdat deze indicator gebruik maakt van data die nog niet ingevoerd zijn in de database. Grote tijdsdruk bij Perinatreg leidde er toe dat enkel voor de indicatoren 6, 8, 9, en 12 data kon worden geleverd. Tenslotte zijn door Perinatreg, omwille van privacy, de gegevens niet op praktijkniveau maar op (postcode) regio-niveau beschikbaar gesteld.

De resultaten van de praktijktoets (het al dan niet beschikbaar zijn van data en de daadwerkelijke gegevens), worden weergegeven in tabel 6. De APGAR-score ligt gemiddeld op 9.79; tussen de verschillende postcodes lijkt voldoende spreiding, zich uitend in uiteenlopende standaard deviaties, waardoor onderlinge vergelijking tussen praktijken mogelijk moet zijn. Zoals verwacht waren de aantallen maternale en neonatale sterfte zeer gering waardoor er dus relatief weinig ruimte voor verbetering is. De waarde voor indicator 12, het intact perineum na vaginale bevalling, ligt in deze steekproef op 39.4% (sd 5.1%). Er lijkt dus voldoende ruimte voor verbetering te zijn. Opvallend is dat de waarden voor de observaties in stedelijk gebied lager zijn (37%) dan voor het platteland (42%).

Tabel 6: Resultaten praktijktoets en gegevens

Indicatorbeschrijving	Resultaten
1. Percentage vrouwen met wie mogelijkheden voor serum screening besproken zijn (eerste of tweede trimester)	Geen data beschikbaar **wel data over (soort) perinatale screening**
2. Percentage vrouwen dat informatie heeft gekregen over Structureel Echoscopisch Onderzoek	Geen data beschikbaar
3. Percentage vrouwen dat voorlichting heeft gehad over roken, voeding, drugs en foliumzuur*	Geen data beschikbaar **wel data over gebruik van foliumzuur, drugs, roken en risicostatus**
4. Percentage episodes bloedverlies tijdens zwangerschap waarbij de mogelijkheid tot echoscopie is besproken	Geen data beschikbaar ** wel data over bloedverlies/genomen actie**
5. Het percentage bevallingen waarbij een partogram is gebruikt voor controle en observatie	Geen data beschikbaar
6. De APGAR score 5 minuten na de bevalling	Gemiddeld 9.79 (sd .62)#
7. Percentage bevallingen waarbij sprake was van tijdige partusassistentie (Kraamverzorgende: binnen 1 uur na oproep verloskundige / VAHA)	**data wel verzameld, maar nog niet in database
8. Aantal maternale doden per 1000 bevallingen	Gemiddeld 0.39 per 1000
9. Aantal neonaten (> 37 wkn zwangerschap) dat sterft tijdens de vroeg-neonatale fase per 1000 geboren	Gemiddeld 0.39 per 1000
10. Percentage vrouwen dat tijdens / binnen 24 uur na de bevalling naar het ziekenhuis wordt verwezen	Indicator kan worden berekend
11. Percentage neonaten dat binnen 24 uur na de geboorte naar het ziekenhuis wordt verwezen voor redenen anders dan aangeboren afwijkingen	Indicator kan worden berekend
12. Percentage vrouwen met intact perineum na vaginale bevalling	39.4%
13. Percentage vrouwen met wie de mogelijkheden tot reductie van pijn tijdens de bevalling besproken zijn	Geen data beschikbaar ** wel data over de toediening pijnbestrijding**
14. De aanwezigheid van een protocol voor het dagelijks controleren en verslagleggen van lichaamstemperatuur, mictie en ondervoeding bij pasgeborene**	Geen data beschikbaar
15. De aanwezigheid van een protocol voor het dagelijks controleren en verslagleggen van infecties bij de kraamvrouw	Geen data beschikbaar
16. De aanwezigheid van een lactatiekundige als standaard onderdeel van de zorgverlening	Geen data beschikbaar
17. De aanwezigheid van een protocol voor het handhaven van huishoudelijke en persoonlijke hygiëne	Geen data beschikbaar
18. De aanwezigheid van een protocol ten aanzien van controle van de kraamvrouw op emotionele labiliteit	Geen data beschikbaar
19. Het structureel houden van regionaal overleg (verwijsafspraken, transmuraal protocol) met de 2e lijn***	Geen data beschikbaar
20. Aanwezigheid van schriftelijke afspraken over samenwerking tussen kraamverzorgenden en verloskundige/ verloskundig actieve huisarts	Geen data beschikbaar

N.B. De data zijn berekend in een sample van 7604 vrouwen (gemiddeld 585 observaties per postcode), verzameld in 2007

Met betrekking tot de indicatoren 1, 3, 4 en 13 kan wel enige informatie worden teruggevonden in de 'Dataset Perinatale Registratie', maar hiermee bleken de indicatoren *niet* berekend te kunnen worden. Bijvoorbeeld, er wordt wel informatie verzameld over het feit of vrouwen wel of geen foliumzuur slikken, drugs gebruiken of roken (en risicostatus in het algemeen) (indicator 3), maar of hieromtrent voorlichting is gegeven wordt *niet* geregistreerd. Opvallend is dat met name met betrekking tot de structuurindicatoren (welke in dit geval met name postnatale zorg betreffen) geen data beschikbaar zijn.

DISCUSSIE EN CONCLUSIES

Het doel van dit rapport betrof het komen tot een voorstel voor een set van publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van zorg rondom zwangerschap en bevalling in de eerste lijn. Het presenteren van indicatorscores aan 'het publiek', zal de zorgverlener kunnen motiveren de kwaliteit daar waar mogelijk te verbeteren en anderzijds zal de informatie de patiënt de mogelijkheid geven gefundeerde keuzen te maken tussen verschillende aanbieders van de zorg. Middels een uitgebreide exploratie van de bestaande, omvangrijke literatuur met betrekking tot richtlijnen en indicatoren werden functionele zorgaspecten gedefinieerd en indicatoren geëxtraheerd. De unieke positie van Nederland met betrekking tot de zorg rondom zwangerschap en bevalling met haar sterke nadruk op de eerste lijn, maakt dat de invloed van nationale richtlijnen en indicatoren overheerst in dit rapport. De internationale *richtlijnen* dragen dus niet bij aan de uiteindelijke definitie van zorgaspecten zoals hier beschreven, dit in tegenstelling tot de andere zorgproducten uit dit Voorhoedeproject. Na een eerste systematische selectie uit de 232 indicatoren door twee onderzoekers en interne experts, werden externe experts en stakeholders geconsulteerd waaruit een set van 20 indicatoren voortvloeide. Hiervan zijn er op dit moment zes aan de hand van bestaande dataregistratiesystemen te berekend en voor 4 daarvan zijn data gepresenteerd in dit rapport.

Kenmerken van de set indicatoren

De in dit rapport gepresenteerde set van 20 indicatoren beslaat elk van de drie gedefinieerde fasen. Opvallend hierbij is dat hoewel het aantal functionele zorgaspecten in de perinatale fase kleiner bleek dan in de prenatale fase, het aantal indicatoren voor de perinatale fase juist aanzienlijk groter was. Dit reflecteert dat onderzoekers en experts van mening zijn dat zorggebruikers wellicht meer geïnteresseerd zijn in de kwaliteit van zorg tijdens de perinatale fase dan tijdens de prenatale fase. Dit reflecteert een veiligheidsperspectief: in de perinatale fase doen zich vooral ernstige gezondheidsrisico's voor. Daar komt bij dat de gevolgen van eventuele gezondheidsschade in deze fase groot zijn en veelal direct waarneembaar (zoals bijvoorbeeld lage APGAR-score (indicator 6), sterfte (8 en 9) maar ook opname in ziekenhuis (10 en 11)).

Er werd gestreefd naar een set indicatoren die zowel uitkomst- als proces- en structuurindicatoren zou omvatten. Dit streven lijkt gerealiseerd. Opvallend hierbij is echter dat de indicatoren voor de postnatale fase enkel structuurindicatoren zijn. Structuurindicatoren zijn met name relevant wanneer resultaten moeilijk meetbaar zijn. Als voorbeeld kan hiertoe indicator 16 genoemd worden (aanwezigheid lactatiekundige). De *kwaliteit* van een lactatiekundige is moeilijk in één indicator te vangen, echter de aanwezigheid van deze lactatiekundige, zoals de formulering van indicator 16 luidt, kan gezien worden als een benadering voor de kwaliteit van zorg in een praktijk en is derhalve een proxy. Een nadeel van opname van deze structuurindicatoren in de set is dat deze niet geregistreerd worden in een bestaand datasysteem en dat er geen referentiewaarden gegeven kunnen worden. Echter, een voordeel van dit type indicator is dat praktijken zelf eenvoudig de uitkomst kunnen scoren waarmee de haalbaarheid van invoeren van deze indicator vergroot wordt.

Bij de totstandkoming van de indicatoren is bewust voorbijgegaan aan de (subjectieve) ervaringen van de patiënten met de zorg die geleverd werd, om eventuele overlap met het traject van de Consumer Quality Index te voorkomen. Omdat de experts en de convenience sample zwangere vrouwen uitdrukkelijk geïnstrueerd waren dat het hier om de zorg zelf ging en niet om de subjectieve ervaring van de 'patiënt', zijn hiervoor dan ook geen suggesties gedaan. Echter, zorg rondom zwangerschap en bevalling kan bij uitstek gewaardeerd worden aan de hand van de subjectieve ervaring.

Voor slechts een gering aantal (op dit moment 6, in de nabije toekomst 7) indicatoren wordt op dit moment data systematisch opgeslagen in (nationale) registratiesystemen. Hieruit zou men af kunnen leiden dat de haalbaarheid van de set gering is. De vraag is of dat daadwerkelijk het geval is. Zoals hierboven beschreven, kunnen de structuurindicatoren eenvoudig door de praktijken zelf gescoord worden, zonder dat dit enige (bureaucratische) belasting voor de praktijk vormt. Dit in ogenschouw nemend is de haalbaarheid van deze set indicatoren juist groot. Belangrijk is daarnaast te veronderstellen dat het primaire uitgangspunt de ontwikkeling van een valide set was, gedragen door zowel experts als de uiteindelijke 'gebruikers'. Een voordeel van een dergelijk gedragen set is dat het de haalbaarheid en implementatie in de praktijk ten goede komt.

Methodologische overwegingen

Zoals gezegd is de gehanteerde methodiek met name gericht op het verkrijgen van een *valide* set indicatoren. Door de toetsing onder experts *en* stakeholders is beoogd face validiteit, content validiteit en tevens ecologische validiteit te behalen (i.e. de mate waarin de resultaten van de indicatoren overeenkomen met de daadwerkelijke dagelijkse praktijk). Naast validiteit en haalbaarheid, zoals hierboven beschreven, speelt ook betrouwbaarheid een belangrijke rol in de kwaliteit van indicatoren. Betrouwbaarheid is bij uitstek een kenmerk dat in de praktijk getoetst moet worden. Wel is tijdens de ontwikkeling van de set indicatoren rekening gehouden met het feit dat er binnen een praktijk voldoende waarnemingen moeten zijn voor een indicator, als voorwaarde voor betrouwbaarheid.

Het dient opgemerkt te worden dat de indicatorscores niet gezien moeten worden als een absolute presentatie van kwaliteit van zorg. Er zijn diverse factoren van invloed op de uiteindelijke score. Een goed voorbeeld hierbij is maternale en neonatale sterfte. Het is bekend dat onder allochtone moeders sterfte hoger is dan onder autochtonen: in de periode 1999 – 2002 was 30% van de overleden vrouwen van allochtone afkomst, met name bij vrouwen van Surinaamse / Antilliaanse afkomst [31]. De kans op perinatale sterfte is onder allochtone vrouwen zelfs 40% groter gebleken dan onder autochtone vrouwen (periode 2000 – 2006) [32]. Hierbij spelen bijvoorbeeld leeftijd en graviditeit een belangrijke rol en kunnen communicatie en voorlichting bijdragen aan een reductie van sterfte [33]. In een optimale situatie zullen de indicatorscores dus gecorrigeerd dienen te worden voor case-mix, ofwel de samenstelling van de populatie waarbinnen de indicatoren berekend worden, maar hierbij moet men zich ook bewust zijn van het feit dat case-mix correctie kan resulteren in het 'wegfilteren' van verschillen in kwaliteit van zorg. Het is immers mogelijk dat de zorg aan allochtone vrouwen slechter is dan aan autochtone vrouwen en dat het verschil in sterfte hierdoor verklaard kan worden. Correctie voor etniciteit levert dan vertekende resultaten. Een andere illustratie voor case-mix correctie

vormen de bevindingen voor indicator 11, inzake het intact perineum. Uit de (beperkte) beschikbare gegevens voor deze studie bleek dat in stedelijke gebieden het percentage vrouwen met een intact perineum lager ligt dan op het platteland. Een verklaring hiervoor kan de mogelijk meer multiculturele samenstelling van de populatie zijn in stedelijke gebieden, waardoor aanwijzingen van verloskundigen / verloskundig actieve huisartsen bij vrouwen die het Nederlands onvoldoende beheersen niet of verkeerd opgevolgd worden. Hierdoor kan de uitdrijving te snel verlopen en kan het perineum schade oplopen.

Correctie voor case-mix geldt met name voor de uitkomstindicatoren: procesmaten daarentegen zijn niet of veel minder gevoelig voor verschillen in case-mix omdat het zorgproces onder directe controle staat van de zorgverlener [34]. Daarnaast levert een samengestelde maat die alleen gebaseerd is op procesmaten een meer consistente score op dan wanneer ook uitkomstmaten worden verdisconteerd. Deze samengestelde maat blijkt beter in staat om een duidelijk onderscheid te maken tussen zorgverleners die gemiddeld, duidelijk meer dan gemiddeld (hoogste kwartiel) en duidelijk minder dan gemiddeld (laagste kwartiel) presteren. Daarbij had een correctie voor case-mix wel effect op de overallscores, maar *niet* op de rangordering van de zorgverleners. Juist het aspect van vergelijking is relevant voor dit project.

Een nadeel van de beschreven selectieprocedure van indicatoren is dat, ondanks de geformuleerde relevantiecriteria waartegen de indicatoren gewogen werden, de weging subjectief blijft. Om de invloed van deze subjectiviteit te minimaliseren is de weging door meerdere personen afzonderlijk uitgevoerd: allereerst door twee onderzoekers en een tweetal interne experts, en daarna door een drietal onafhankelijke, externe experts. Helaas was er geen inhoudelijke reactie beschikbaar van een verloskundig actieve huisarts, en is de groep externe experts (n = 3) relatief klein. Een waardevolle toevoeging in dit rapport is dan ook de consultatie van de stakeholders, de 'patiënten' die de zorg rondom zwangerschap en bevalling consumeren. Uit deze toets bleek dat deze stakeholders de indicatoren in deze set gemiddeld genomen alle als relevant beoordelen.

Conclusie

Op basis van systematische selectie en consultatie van experts konden 20 indicatoren worden geïdentificeerd die de kwaliteit van het eerstelijns zorgproces rondom zwangerschap en bevalling. De meeste indicatoren kunnen als inhoudsvalide worden beschouwd; in hoeverre voldaan wordt aan andere klinimetrische eisen, zoals de betrouwbaarheid en discriminante validiteit, moet nader worden onderzocht. De kwaliteitsinformatie die met deze indicatoren gegenereerd wordt, is bedoeld voor zowel de zorgaanbieders zelf als consumenten en patiënten, zorgverzekeraars en andere inkopers van zorg, beroepsorganisaties en de inspectie voor de gezondheidszorg. Eventuele verschillen in belangen en informatiebehoefte van de betrokken partijen kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Ook een pilot test ten behoeve van de haalbaarheid van de indicatoren kan gevolgen hebben voor de samenstelling van de set; de praktijktoets in dit project wees uit dat voor enkele indicatoren wel gegevens voorhanden zijn, maar niet altijd compleet of systematisch verzameld, terwijl voor de meeste indicatoren (nog) geen (continue) registratie plaatsvindt. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

REFERENTIES

- 1 www.cbs.nl
- 2 Wiegers TA, van Wieren S. Verloskundige zorg samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, [http://www.nationaalkompas.nl/Zorg\Sectoroverstijgend\verloskundige zorg](http://www.nationaalkompas.nl/Zorg\Sectoroverstijgend\verloskundige%20zorg), 2005.
- 3 van Vugt M, Maassen MS. Interventies bij low-risk bevallingen in Nederland in de eerste en tweede lijn. 2006; Maastricht: Universiteit Maastricht.
- 4 Merkus JMWM. De verloskundige zorg in Nederland opnieuw de maat genomen. Ned Tijdschr Geneesk 2008; 152: 2707 – 8.
- 5 Ravelli ACJ, Bonsel GJ, Steegers EAP, Eskes M, van Huis AM, Tamminga P, Tromp M. Perinatale sterfte in Nederland gedurende 2000-2006; risicofactoren en risicoselectie. Ned Tijdschr Geneesk. 2008; 152: 2728-33.
- 6 Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CWPM, Ravelli ACJ, Rijninks-van Driel GC, Tamminga P, et al. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie. Ned Tijdschr Geneesk 2008; 152: 2718-27.
- 7 Eskes M, Diem MT van. Landelijke Perinatale Audit Studie. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2003.
- 8 Roedig A. Ziekenhuisopnamen problemen tijdens de zwangerschap 2001-2004. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM; 2008 [Ook te raadplegen via www.zorgatlas.nl].
- 9 www.rivm.nl
- 10 www.knov.nl
- 11 NQMC website: http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/resources/measure_use.aspx#attributes, geraadpleegd op 2 juli 2008.
- 12 College voor zorgverzekeringen. Verloskundige vademecum. Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College van voor zorgverzekeringen. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2003
- 13 Oldenziel JH, Flikweert S, Daemers DOA, Groenendijk B, Lo Fo Wong SH, Wiersma TJ. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode (eerste herziening). Huisarts Wet 2003;46(7):369-87. Ook te raadplegen via www.nhg.org
- 14 Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg
- 15 ActiZ, KNOV, Sting, BTN en Zorgverzekeraars Nederland. Indicatieprotocol Kraamzorg, versie 2: Instrument voor toekenning van kraamzorg gedurende de kraamperiode. 2006. Ook te raadplegen via www.kraamzorg.saysay.nl
- 16 Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Richtlijn zwangerschap, postpartumperiode en werk; advisering en begeleiding door de bedrijfsarts. Utrecht: NVAB; 2007. Ook te raadplegen via www.nvab.artsennet.nl
- 17 Flikweert S, Wieringa-de Waard M, Meijer LJ, De Jonge A, Van Balen JAM. NHG-Standaard Miskraam (tweede herziening). Huisarts Wet 2004;47(3):147-55. Ook te raadplegen via www.nhg.org
- 18 Boomsma LJ, Daemers DOA, Van Balen JAM, Bast MC, Kiezebrink IJJ, Meijer LJ, Van Egmond N, Witzier-van Welie, Flikweert S. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Miskraam. Huisarts Wet 2006;49(4);2005-8. Ook te raadplegen via www.nhg.org
- 19 Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijker AS, Drost B, Hohmann FP, Leusink GL, Van Cleef J, Van Balen JAM. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (tweede herziening). Huisarts Wet 2001;44(6):260-6. Ook te raadplegen via www.nhg.org
- 20 Braspenning JCC, Pijnenborg L, in 't Veld CJ, Grol RPTM. Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk; indicatoren gebaseerd op de NHG standaarden. NHG/Centre for quality of care research. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2005
- 21 NVOG; Commissie Kwaliteit NVOG. NVOGnet voorlichting & richtlijnen. NVOG kwaliteitsindicatoren voor de tweedelijns obstetrie. Utrecht: NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie); 2007. Ook te raadplegen via www.nvog.nl
- 22 de Vos MLG, Graafmans WC. Indicatoren voor de kraamzorg. Ontwikkeling van indcatoren voor kraamzorginstellingen. RIVM rapport: 260111004/2007, 2007.
- 23 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Vereniging van ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Univerisitair Medische Centra (NFU), Orde van Medisch specialisten (OMS). Prestatie-indicatoren ziekenhuizen basisset 2008. Utrecht:2007. Ook te raadplegen via www.snellerbeter.nl
- 24 www.snellerbeter.nl [laatst geraadpleegd op 18-08-2008]
- 25 Troop P, Goldacre M, Cleary R (et al). Health Outcome Indicators; Normal Pregnancy and Childbirth. Report of a working group of the Department of Health. Oxford: National Centre for Health Outcomes Development (NCHOD), 1999

- 26 WHO Reproductive health indicators for global monitoring: report of an interagency technical meeting. July 2000. Geneva, World Health Organization, 2000
- 27 Health Canada, Perinatal Health Indicators for Canada: A Resource Manual. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2000. Ook te raadplegen via www.hc-sc.gc.ca
- 28 Ford J, Nassar N, Sullivan E, Chambers G, Lancaster P 2003. Reproductive health indicators Australia 2002. AIHW Cat No. Per 20. Canberra: AIHW NPSU
- 29 Peristat. Monitoring and Evaluating Perinatal Health. Ook te raadplegen via <http://europeristat.aphp.fr/> [laatst geraadpleegd op 18-08-2008]
- 30 Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Obstetric Indicators; clinical indicator users' manual. ACHS: 2008
- 31 www.nvog.nl
- 32 Ravelli AC, Eskes A, Tromp M, van huis AM, Steegers EA, Tamminga P, Bonnel GJ. Perinatale sterfte in Nederland (2000 – 2006); risicofactoren en risicoselectie. Ned Tijdschr Geneesk 2008; 152(50): 2728-33.
- 33 Schutte JM, Boer K de, Briët JW, Pel M, Santema JG, Schuitemaker NWE, et al. Moedersterfte in Nederland: het topje van de ijsberg. Ned Tijdschr Obstet Gynaecol, 2005; 118(5): 89-91.
- 34 Shekelle PG. Socioeconomic inequalities in indicator scores for diabetes: Poor quality or poor measures? BMJ 2004; Nov 27; 329(7477): 1269-70.
- 35 http://www.tno.nl/images/shared/overtno/magazine/tno_mag_3_apr_2009_14.pdf [geraadpleegd 13-09-2009]

N.B. Zoekstrategieën voor richtlijnen en indicatoren hebben meer documenten opgeleverd dan uiteindelijk opgenomen in dit rapport. Deze lijst van documenten is op te vragen bij de auteurs.

BIJLAGE 1 Overzicht van (zorg)aspecten

		Antenatale zorg	
Activiteit	Specificatie activiteit	Doelgroep patiënten	Betrokken zorgverlener
Diagnostiek	Vaststellen zwangerschapsduur en à terme datum	Vrouwen 1 ^e trimester	Huisarts / Verloskundige
Voorlichting en advies	Voorlichting over: Toxoplasmose, Listeria-bacterie, Cytomegalovirus, Varicella-zostervirus, Parvovirus, foliumzuur, roken, alcohol en drugs, geneesmiddelen en desgewenst invloed van werk, sport, seks, U.V. straling, bezoek aan sauna's Preventief consult met voorlichting over normaal verloop van zwangerschap en postpartum periode, invloed op de belastbaarheid in het werk en privé, algemene maatregelen (rusttijd, rustruimte) en combineren van borstvoeding en werk. Ga na of de werkgever voorlichting heeft gegeven Begeleiding bij verzuim op het werk. Stel risicoprofiel (werk en niet-werk) en plan van aanpak op/c.q. bij, adviseer werkgever.	Vrouwen 1 ^e trimester Zwangere werkende vrouwen Tijdens zwangerschap na 1 week verzuim, postpartum periode 2 weken na bevallingsverlof Bij verhoogd risicoprofiel of verzuim, in principe 3-6 wkn na consult Tijdens de zwangerschap	Huisarts / Verloskundige Bedrijfsarts Bedrijfsarts Bedrijfsarts Huisarts / verloskundige
Opsporing van risicofactoren	<p>Anamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Algemeen:</i> korte tractusanamnese, vroegere en huidige ziekten, (gynaecologische) operaties in voorgeschiedenis, erfelijke aandoeningen. - <i>Obstetrisch:</i> verloop evt. vorige zwangerschap(pen), bevalling(en) (ontsluiting, uitdrijving, nageboorte) en kraamperiode(s). - <i>Psychosociaal:</i> zwangerschap (on)gewenst, familie-, leef- en woonomstandigheden, werk. - <i>Intoxicaties:</i> geneesmiddelen, roken, alcohol, drugs. 		

<p>Lichamelijk onderzoek Bepaling van de bloeddruk. Bij diastolische bloeddruk van ≥ 90 mmHG is er sprake van pre-existente hypertensie. Bij verhoging van de diastolische bloeddruk in de 2^e helft van de zwangerschap bij een voorheen normotensieve vrouw wordt gesproken van zwangerschapshypertensie.</p> <p>Het aanvragen van laboratoriumonderzoek Bepalingen van Hb, irregulaire erythrocytenantistoffen, luesserologie en HBsAg worden bij iedere zwangerschap herhaald. Bepaal eenmalig bloedgroep, rhesusfactor en een positieve rubellatiter. HIV test voor risicogroepen.</p>	<p>Vrouwen 1^e trimester</p>	<p>Huisarts / Verloskundige</p>
<p>Echoscopie 1 Bepaling van de zwangerschapsduur, eenling- of meerlingzwangerschap, mono- of dicoriale meerlingzwangerschap, intra-uterien aanwezig zijn van de vrucht(zak), intact zijn van de zwangerschap.</p> <p>Echoscopie 2 Opsporing van ernstige, structurele afwijkingen, afwijkende hoeveelheid vruchtwater, groeivertraging van de foetus.</p> <p>Indicatie voor prenatale diagnostiek verifiëren.</p>	<p>Vrouwen 1^e trimester</p> <p>Bij 11 tot 14 weken amenorroe</p> <p>Bij 18 tot 21 weken amenorroe</p>	<p>Huisarts / Verloskundige</p> <p>Huisarts / Verloskundige</p> <p>Huisarts / Verloskundige</p>
<p>Bepaal (werk)belasting, beoordeel of er sprake is van een verhoogd risicoprofiel, stel indien nodig plan van aanpak op en bespreek dit: geef advies / aanbevelingen over aanpak van risicofactoren en draag zorg voor uitvoering. Overweeg overleg met werkgever/leidinggevende en (para)medicus.</p>	<p>Vrouwen > 36 jaar bij 18 weken Zwangere werkende vrouwen</p>	<p>Huisarts / Verloskundige Bedrijfsarts</p>
<p>Anamnese Vraag naar: datum van de 1^e dag van de laatste menstruatie, aard van laatste menstruatie, verloop van deze en evt. vorige zwangerschappen, verloop en aard bloedverlies, andere klachten, risicofactoren voor een extra-uteriene graviditeit, emotionele beleving van de gebeurtenis.</p>	<p>Vrouwen met bloedverlies in de $\leq 16^*$ weken</p>	<p>Huisarts / Verloskundige</p>
<p>Lichamelijk onderzoek Palpatie van de buik, vaginaal toucher en (optioneel) speculumonderzoek.</p>	<p>Vrouwen met bloedverlies in de $\leq 16^*$ weken</p>	<p>Huisarts / Verloskundige</p>
<p>Aanvullend onderzoek Bespreek de mogelijkheid van echoscopie en voer (desgewenst) echoscopie uit of verwijs naar verloskundige / echoscopieafdeling / gynaecoloog. Transvaginale echoscopie (vanaf 6 weken) / Transabdominale echoscopie (vanaf 8 weken). Bij zwangerschapsduur > 8 weken amenorroe worden de bloedgroep en de rhesusfactor (als deze nog niet bekend zijn) bepaald (mbt antiresusimmunoglobuline na 10 weken).</p> <p>Voorlichting Bespreek natuurlijke beloop van bloedverlies in de zwangerschap en verder beleid (afwachten of medicamenteus of curettage), geef schriftelijk voorlichtingsmateriaal mee. Informeer hoe te handelen buiten kantooruren en zorg voor een goede overdracht binnen / buiten eigen praktijk.</p>	<p>Vrouwen met bloedverlies in de $\leq 16^*$ weken</p>	<p>Huisarts / Verloskundige</p>

Complicaties
Persisterend
bloedverlies /
miskraam

	<p>Controle Bij afwachten: hevig bloedverlies, toenemende continue pijn en koorts zijn redenen om tussentijds contact op te nemen. Toename bloedverlies, dan eerder contact dan regulier na een week. Als na één week nog bloedverlies dan is miskraam incompleet en wordt echoscopie aangevraagd. Afhankelijk van echoscopie / keuze van vrouw volgt afwachtend beleid of verwijzing. Bij complete miskraam stellen veel vrouwen een nacontrole op prijs.</p> <p>Medicamenteuze therapie Evt. pijnstillende paracetamol, NSAID's worden daarna overwogen. Geef bij miskraam na zwangerschapsduur ≥ 10 weken bij een resus-D-negatieve moeder anti-resus(-D-)immunoglobuline.</p> <p>Verwijzing Naar gynaecoloog, indien: (vermoeden van) een EUG (spoedverwijzing) of molazwangerschap, hevig bloedverlies en toenemende (continue) pijn, koorts ($>38^{\circ}\text{C}$ rectaal) tijdens of na een miskraam, langer durend bloedverlies, vrouwen die spontaan beloop niet willen afwachten, ≥ 3 miskramen. Naar een klinisch-genetisch centrum bij afwijkende uitslag van chromosoomonderzoek (≥ 2 spontane miskramen).</p>	<p>Vrouwen met bloedverlies in de $\leq 16^*$ weken</p> <p>Vrouwen met bloedverlies in de $\leq 16^*$ weken</p> <p>Vrouwen met bloedverlies in de $\leq 16^*$ weken</p>	<p>Huisarts / Verloskundige</p> <p>Huisarts / Verloskundige</p> <p>Huisarts / Verloskundige</p>
<p>Controle en observatie</p> <p>Begeleiding bij de baring</p> <p><u>Complicaties</u> <i>Pijnbestrijding</i></p>	<p style="text-align: center;">Perinatale zorg</p> <p>Bezoek wenselijk voor vaststellen van baring, inschatting van de draagkracht, mate van ondersteuning, opbouwen / verstevigen van de relatie met de zwangere en haar omgeving. Stel fase vast en bespreek dit met zwangere.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beoordeel weëñactiviteit, cervicale verstriking, ontsluiting, indaling en gedragsobservaties in samenhang met elkaar. - Maak onderscheid in een voorbereidings-/ transformatiefase, latente fase en actieve fase . - Registreer de voortgang van de ontsluiting in een partogram. - Noteer (gedrags)observaties en afspraken met betrekking tot interventies, vervolcontacten en /of verwijzing naar 2^e lijn. - Verricht vaginaal onderzoek om progressie te bepalen, in principe met intervallen van vier uur. - Stem ondersteuning / aanwezigheid van verloskundige af op behoefte van de zwangere, geef voldoende / begrijpelijke informatie en betrek vrouwen bij de beslissingen, houdt rekening met individuele verschillen in verloop en duur van de ontsluitingsfase. - Interventies op maat; continue ondersteuning, amiotomie (routinematig breken van de vliezen bij $\geq 3\text{cm}$ ontsluiting), houding mobiliseren (regelmatig houding veranderen of rondlopen), baden, massage. <p><i>[Richtlijn in ontwikkeling]</i></p>	<p>Zwangere die zich meldt met weëñactiviteit</p> <p>Zwangere in de latente en actieve fase</p> <p>Zwangere in de latente en actieve fase</p>	<p>Huisarts / Verloskundige</p> <p>Huisarts / Verloskundige</p> <p>Huisarts / Verloskundige</p>

Postnatale zorg / kraamzorg

<p>Enmalig kraambezoek</p>	<p>Kraambezoek huisarts heeft primair sociale functie. Lichamelijk onderzoek pasgeborene is op indicatie.</p>	<p>Kraamperiode (vanaf de partus tot 10 dagen postpartum)</p>	<p>Huisarts</p>
<p>Kraamcontrole</p>	<p>De frequentie van kraamcontrole wordt mede bepaald door het beloop van de zwangerschap / partus, de deskundigheid van de kraamverzorgende en moeder. Leidraad voor controleschema: dag 1, 2 en 3 of 4. Als er geen bijzonderheden zijn, daarna om de dag of telefonische consultatie. Afrondend bezoek op dag 8, 9 of 10. Bij complicaties tijdens de zwangerschap, zoals hypertensie, DB of HELLP-syndroom, wordt nazorg vastgesteld in overleg met specialist.</p>	<p>Kraamperiode (vanaf de partus tot 10 dagen postpartum)</p>	<p>Kraamzorg/huisarts/verloskundige</p>
<p>Verzorgen en controle van de kraamvrouw</p>	<p>Controle van temperatuur en pols, bloedverlies en baarmoederstand, urine en de ontlasting, benen, controle en verzorging van perineum en borsten, geestelijke en lichamelijk welbevinden. Hulp bij douchen/wassen, (borst)voeding en informeren naar de nachtrust en vermoeidheid</p>	<p>Kraamperiode (vanaf de partus tot 10 dagen postpartum)</p>	<p>Kraamzorg/huisarts/verloskundige</p>
<p>Voorlichting en advies</p>	<p>o.a. over (borst)voeding, alarmsignalen en herkennen van problemen na de kraamtijd, ontzwangering, mobilisatie, huishouden en dagindeling, belang van rust, hygiëne, gezonde leefwijze, anticonceptie / seksualiteit. Vrouwen die borstvoeding geven, krijgen voorlichting over toediening van fytomenadion (vitamine K) en gebruik van geneesmiddelen.</p>	<p>Kraamperiode (vanaf de partus tot 10 dagen postpartum)</p>	<p>Kraamzorg/huisarts/verloskundige</p>
<p>Observeren, signaleren en rapporteren</p>	<p>Observeren van het kind, moeder, gezin. Signaleren van (potentiële) problemen bij de moeder of in de ontwikkeling van het kind en rapporteren aan de huisarts en/of verloskundige. Overdragen en rapporteren aan verloskundige/huisarts en/of collega's en overdracht JGZ.</p>	<p>Kraamperiode (vanaf de partus tot 10 dagen postpartum)</p>	<p>Kraamzorg/huisarts/verloskundige</p>
<p><u>Complicaties</u> <u>Postnatale</u> <u>depressie</u></p>	<p>Kan in eerste lijn worden begeleid, ook input voor kraamzorg.</p>	<p>Kraamperiode</p>	<p>Huisarts / kraamzorg</p>

BIJLAGE 2: Leden projectgroep en lijst van geraadpleegde experts

Projectgroep

Mevr. Dr. J. Braspenning, coördinator Monitoring en toetsing, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare, voorheen WOK), UMC St. Radboud, Nijmegen

Mevr. Dr. H. Calsbeek, onderzoeker, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare, voorheen WOK), UMC St. Radboud, Nijmegen.

Mevr. Dr. G.E. Voerman, onderzoeker, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare, voorheen WOK), UMC St. Radboud, Nijmegen.

Mevr. Drs. I. Maassen, onderzoeksassistent sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare, voorheen WOK), UMC St. Radboud, Nijmegen

Prof. Dr. R. Grol, hoofd Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare, voorheen WOK), UMC St. Radboud, Nijmegen

Interne experts

Dr. R.P.M.G. Hermens

Dr. A. Jacobs

Externe experts [experts hebben gereageerd op persoonlijke titel]

Mw. P. Offerhaus (verloskundige, KNOV)

Prof. Dr. J. Nijhuis (gynaecoloog, NVOG)

Mw. Dr. T. Wieggers (senior onderzoeker NIVEL)

Gerelateerde projecten en publicaties

Projecten

Binnen de afdeling zijn en worden veel nationale en internationale projecten uitgevoerd naar kwaliteitsindicatoren en -systemen in de eerste lijnszorg. Dit werk heeft onder andere geleid tot:

- de ontwikkeling van het Visitatie Instrument Accreditering (VIA) voor de NHG-Praktijkaccreditering®;
- een *Pay-for-performance* (P4P) programma voor de huisartsenzorg;
- een kwaliteitssysteem voor de huisartsenposten;
- een set diabetesindicatoren;
- een database met internationale gegevens over de praktijkvoering in diverse Europese landen;
- een Europese set van kwaliteitsindicatoren t.b.v. cardiovasculair risicomangement;
- een set van prestatie indicatoren voor de huisartsenzorg;
- een set prestatie indicatoren voor de fysiotherapie.

Enkele gerelateerde publicaties IQ healthcare

1. Martirosyan L, Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM, Braspenning J, Wolffenbuttel BHR, Denig P. A Systematic Literature Review: Prescribing Quality Indicators for Type 2 Diabetes Mellitus and Cardiovascular Risk Management. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; accepted.
2. Nijkrake MJ, Keus, SHJ, Ewalds H, Overeem S, Braspenning JCC, Oostendorp RAB, Hendriks EJM, Bloem BR, Munneke M. Quality indicators for physiotherapy in Parkinson's disease. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009; 45(2):239-45.
3. Braspenning J, Kirschner K, Batenburg J, van de Rijdt D, Grol R. Pay-for-performance in de huisartsenzorg: eerste experiment in Nederland. *Medisch Contact* 2008; 63(24):1042-45.
4. Campbell SM, Ludt S, Van Lieshout J, Boffin N, Wensing M, Petek D, Grol R, Roland MO. Quality indicators for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care in nine European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15(5): 509-15.
5. Giesen P, Willekens M, Mokkink H, Braspenning J, van den Bosch W, Grol R. Out-of-hours primary care: development of indicators for prescribing and referring. *Int J Qual Health Care* 2007; 19(5): 289-95.
6. Van Roosmalen MS, Braspenning JCC, de Smet PAGM, Grol RPTM. Antibiotic prescribing in primary care. First choice and restrictive prescribing are two different traits. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 105-9.
7. Dijkstra RF, Niessen LW, Braspenning JCC, Adang E, Grol RPTM. Patient-centred and professional-directed implementation strategies for diabetes guidelines: a cluster-randomized trail-based cost-effectiveness analysis. *Diabetic Med* 2006; 23(2): 164-70.
8. Braspenning JCC, Pijnenborg L, In 't Veld CJ, Grol RPTM (eds). *Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Indicatoren gebaseerd op de NHG-Standaarden*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
9. Tacken MAJB, Braspenning JCC, Berende A, Hak E, de Bakker DE, Groenewegen PP, Grol RPTM. Vaccination of high-risk patients against influenza: impact on primary care contact rates during epidemics. Analysis of routinely collected data. *Vaccine* 2004; 22: 2985-92.
10. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research on methods of developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816-9.