



**Zorginhoudelijke Indicatoren**  
**Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde**  
Verslagjaar 2010

*Maart 2011*

## Colofon

Internet: [www.zichtbarezorg.nl/verloskunde](http://www.zichtbarezorg.nl/verloskunde)

E-mail: [info@zichtbarezorg.nl](mailto:info@zichtbarezorg.nl)

**In het project Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde werken de volgende partijen samen:**



Zorgverzekeraars Nederland



**Actiz**

**Branchebelang Thuiszorg Nederland**

**Consumentenbond**

**Inspectie voor de Gezondheidszorg**

**Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen**

**Ministerie van VWS**

**Nederlandse Beroepsvereniging voor de Kraamzorg**

**Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen**

**Sting, landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten**

**Zorgverzekeraars Nederland**

**Samengesteld door:**

Plexus

Tot stand gekomen onder eindverantwoordelijkheid van de stuurgroep Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde

**Den Haag, maart 2011**

# Voorwoord

Hierbij bied ik u, namens de stuurgroep Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde, de set Zorginhoudelijke Kwaliteitsindicatoren Eerstelijnsverloskunde 2011 aan. Hierin staan de zorginhoudelijke indicatoren die in 2011 voor het eerst worden uitgevraagd binnen de eerstelijns verloskundige zorg. Met deze uitvraag wordt weer een belangrijke stap gezet in deze sector. Een stap die de stuurgroeppartijen kracht bijzetten door gezamenlijk te stellen dat zij het aanleveren van kwaliteitsgegevens zien als een veldnorm.

Een veldnorm die past bij de vooruitstrevende aard van de sector. In tegenstelling tot de meeste andere sectoren in de zorg, verzamelen veel verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen al langere tijd zorginhoudelijke gegevens over de kwaliteit van de door hen verleende zorg. Zij leveren deze informatie aan bij de Perinatale Registratie Nederland (PRN). Er wordt dus al veel geregistreerd; een uitermate goed uitgangspunt om tot kwaliteitsindicatoren te komen, terwijl de administratieve lasten beperkt blijven. Alleen voor een klein aantal gegevens, die niet uit de PRN-databank komen, wordt een korte webenquête uitgevraagd bij verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen.

Gedegen randvoorwaarden dus om te komen tot een set zorginhoudelijke indicatoren, waarmee alle partijen kunnen worden voorzien van gegevens over de kwaliteit van eerstelijns verloskundige zorg. Het is het streven van de stuurgroep om, net als in andere sectoren, ook cliëntervaringen te gaan verzamelen door cliënten met een enquête te bevragen (Consumer Quality Index). Daarmee ontstaat een complete set aan kwaliteitsgegevens, waarmee verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen kunnen hun kwaliteitsbeleid verder kunnen ontwikkelen en verbeteracties opzetten. Cliënten krijgen de mogelijkheid om de meest passende zorg te gaan kiezen. Verzekeraars zullen zich bij het inkopen van zorg gaan baseren op de beschikbaar komende kwaliteitsinformatie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg is in staat deze informatie voor toezichtdoeleinden te gebruiken.

Ik wens u allen veel succes met het implementeren van deze set kwaliteitsindicatoren in uw kwaliteitsbeleid!

Namens alle betrokken partijen,

Gerrold Verhoeks,  
Voorzitter stuurgroep Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde

# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding .....</b>	<b>5</b>
1.1 Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde .....	5
1.2 Van visie tot indicatoren .....	6
1.3 Openbare gegevens .....	7
1.4 Integratie IGZ-uitvraag .....	8
1.5 Leeswijzer .....	8
<b>2. Uitvraag zorginhoudelijke gegevens en etalageplus-informatie in 2011.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Gebruikershandleiding.....</b>	<b>10</b>
<b>4. Samenvatting Indicatoren .....</b>	<b>12</b>
<b>5. Indicatoren en etalageplus-informatie .....</b>	<b>15</b>
5.1 Indicatoren op basis van de huidige PRN-registratie .....	15
5.2 Indicatoren uitgevraagd op basis van de nieuwe PRN registratie.....	28
5.3 Etalageplus-informatie.....	30
5.4 Indicatoren IGZ .....	31

# 1. Inleiding

Voor u ligt de gids met de zorginhoudelijke indicatoren Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde. Deze gids is bedoeld voor:

- Zorgaanbieders (de verloskundige praktijken): de gids biedt u inzicht in de gegevens die van u gevraagd worden, hoe deze gegevens verzameld en verwerkt worden, en welke gegevens uiteindelijk openbaar worden
- Gebruikers van de openbare gegevens (verzekeraars, Inspectie en anderen): in de gids kunt u zien welke indicatoren er zijn voor de eerstelijns verloskundige zorg, hoe deze worden berekend, en wat de relatie is tot de kwaliteit van zorg; inzicht waarmee u bij de invulling van uw taken rekening kunt houden

De gids is voor alle partijen een belangrijk naslagwerk bij zowel het aanleveren als het gebruiken van de kwaliteitsgegevens Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde.

## 1.1 Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde

In het huidige zorgstelsel kan iedereen zelf kiezen waar hij zorg afneemt. Het is daarvoor belangrijk dat er ook goede, betrouwbare en vergelijkbare gegevens zijn over de kwaliteit van de zorg die verschillende aanbieders leveren. Dat geldt ook voor de eerstelijns verloskundige zorg. Want alleen als zulke gegevens beschikbaar zijn:

- kunnen cliënten een weloverwogen keuze maken voor een verloskundige praktijk
- kunnen zorgverzekeraars voor hun verzekerden die verloskundige zorg inkopen met een goede prijs-kwaliteitverhouding, die past bij hun eigen visie en speerpunten
- kan de Inspectie toezicht houden en de overheid beleid opstellen, gericht op de kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg
- en, last but not least, krijgen verloskundige praktijken zelf inzicht in de eigen kwaliteit van zorg en die van andere praktijken, zodat ze zich kunnen profileren richting cliënten en verzekeraars en hun zorg (nog) verder kunnen verbeteren

In het project Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde werken vertegenwoordigers van cliënten, verzekeraars, inspectie, overheid en zorgaanbieders samen aan één uniforme manier om tot een set openbare kwaliteitsgegevens over de eerstelijns verloskundige zorg te komen. Zij zijn verenigd in de stuurgroep Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde.

*De stuurgroep Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde beschouwt het aanleveren van kwaliteitsgegevens als een veldnorm waaraan de zorgaanbieders uitvoering dienen te geven.*

De stuur- en projectgroep waarin deze partijen zijn vertegenwoordigd, worden ondersteund door een projectteam van het programmabureau Zichtbare Zorg. Dit bureau ondersteunt meerdere sectoren bij het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg.

### Eén loket voor kwaliteitsgegevens

De verschillende partijen die gegevens leveren en/of nodig hebben, hebben hun krachten dus gebundeld. Ze streven zoveel mogelijk de 'één-loket-gedachte' na: de verloskundige levert via één kanaal op één manier één set gegevens aan, waar al deze partijen uit kunnen putten. Zo wordt zoveel mogelijk voorkomen dat partijen afzonderlijk gegevens vragen; de administratieve lasten worden zoveel mogelijk beperkt.

## 1.2 Van visie tot indicatoren

De partijen werken vanuit een gezamenlijke visie op verantwoorde eerstelijns verloskundige zorg.

*Verantwoorde zorg is zorg van een goed niveau, die in ieder geval cliëntgericht, effectief en veilig is en die is afgestemd op een reële behoefte van de consument.  
(Visiedocument Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde, december 2009)*

In de visie staan een aantal thema's voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren benoemd. Het volledige visiedocument kunt u downloaden via [www.zichtbarezorg.nl/verloskunde](http://www.zichtbarezorg.nl/verloskunde).

De visie is geconcretiseerd in kwaliteitsindicatoren. De set indicatoren voor de eerstelijnsverloskunde is ontwikkeld begin 2010 en vervolgens getest in de praktijk (najaar 2010). In december 2010 heeft de stuurgroep de set vastgesteld die in 2011 voor het eerst landelijk wordt uitgevraagd. Er worden drie soorten gegevens uitgevraagd: gegevens voor zorginhoudelijke indicatoren, gegevens voor cliëntervaringsindicatoren en 'etalageplus-informatie'.

### Zorginhoudelijke indicatoren

De zorginhoudelijke indicatoren zeggen iets over de professionele kwaliteit van de zorg. Ze kunnen gaan over de uitkomst van de zorg, het proces of over organisatorische randvoorwaarden (structuur). De zorginhoudelijke indicatoren vindt u in deze gids.

De gegevens voor de zorginhoudelijke indicatoren (ZI-gegevens) kunnen grotendeels uit de databank van de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) worden gehaald. De meeste verloskundige praktijken nemen deel aan de perinatale registratie. Meer over de wijze waarop de zorginhoudelijke gegevens worden uitgevraagd leest u in hoofdstuk 2.

**Kijk op [www.zichtbarezorg.nl/verloskunde](http://www.zichtbarezorg.nl/verloskunde) voor de meest actuele informatie over Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde en de indicatoren.**

**Verloskundigen: u kunt ook terecht op het ledendeel van de KNOV-site. En het KNOV houdt u op de hoogte van alle relevante informatie over het aanleverproces via de nieuwsbrief voor leden.**

### Cliëntervaringsindicatoren: de CQ-index

Cliëntervaringsindicatoren zeggen iets over hoe de cliënt de kwaliteit van de zorg heeft ervaren. De stuurgroep streeft ernaar deze indicatoren in 2011 uit te laten vragen met de CQ-index (Consumer Quality Index). Dit is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg.

De vragenlijst die voor de eerstelijnsverloskunde is ontwikkeld om de cliëntervaringen uit te vragen moet ten tijde van dit schrijven nog gekeurd worden door het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). Ook is de stuurgroep nog in overleg over hoe het CQI-traject vervolgens kan worden geïmplementeerd.

Als het keurmerk is verkregen en is besloten over de implementatie volgt meer informatie over de cliëntervaringsindicatoren en de uitvraag daarvan. Op [www.zichtbarezorg.nl/verloskunde](http://www.zichtbarezorg.nl/verloskunde) kunt u wel alvast lezen wat een meting van de CQ-index globaal inhoudt. Meer over de CQ-index in het algemeen leest u op de website van het CKZ ([www.centrumklantervaringzorg.nl](http://www.centrumklantervaringzorg.nl)).

## **Etalageplus-informatie**

Etalageplus-informatie gaat over het aanbod van zorg, waarvan cliënten hebben aangegeven dat zij deze gegevens nodig hebben bij het maken van een weloverwogen keuze tussen zorgaanbieders. Etalage-plusinformatie hoeft daarmee niet altijd een indicator van kwaliteit te zijn. Het gaat vaak meer over feitelijke gegevens als de tijden van het spreekuur.

De etalageplus-informatie wordt, net als de gegevens voor de zorginhoudelijke indicatoren, via de PRN-registratie en de webenquête verzameld. Meer over de wijze waarop de etalageplus-informatie worden uitgevraagd leest u in hoofdstuk 2.

### **1.3 Openbare gegevens**

Vanaf 2011 worden de gegevens voor de zorginhoudelijke indicatoren jaarlijks uitgevraagd. De gegevens die worden verzameld hebben altijd betrekking op de geleverde zorg in het voorafgaande jaar. Dus in 2011 hebben de indicatorwaarden betrekking op 'verslagjaar 2010'. De gegevens over verslagjaar 2010 (uitgevraagd in 2011) worden uiterlijk per 1 september 2011 openbaar beschikbaar gemaakt.

De volgende gegevens worden openbaar:

- *De (gecorrigeerde) indicatorwaarden*  
De zorgaanbieder levert de 'tellers' en 'noemers' aan zoals deze in de omschrijvingen van de factsheets (hoofdstuk 5) worden omschreven. Met deze gegevens worden de indicatorwaarden berekend. Waar relevant worden indicatorwaarden gecorrigeerd voor verschillen in cliëntkenmerken tussen praktijken (case-mix). De correctievariabelen staan ook in de omschrijving per indicator (hoofdstuk 5). De gecorrigeerde indicatorwaarden worden openbaar.
- De populatie waarop de scores zijn berekend: de 'noemers' zoals deze in de omschrijvingen van de factsheets (hoofdstuk 5) staan omschreven.

Externe partijen kunnen de openbare gegevens opvragen via het programmabureau Zichtbare Zorg. Dit kunnen bijvoorbeeld verzekeraars (voor zorginkoop) en cliëntenorganisaties (om te vertalen in keuze-informatie) zijn, maar ook onderzoeksbureaus. De gegevens kunnen opgevraagd worden door iedereen die daar behoefte aan heeft.

Zorgaanbieders zelf ontvangen een prestatieoverzicht. Dit overzicht biedt inzicht in de eigen prestaties en laat zien hoe deze zich verhouden tot het landelijk gemiddelde.

### **Signaalvlaggen voor verantwoord gebruik gegevens**

Een belangrijke doelstelling van Zichtbare Zorg is het beschikbaar stellen van betrouwbare, valide en vergelijkbare gegevens. Het vergt echter jaren van (door)ontwikkeling, zowel van indicatoren als van het registratieproces, eer hier volledig sprake van kan zijn. Het programmabureau Zichtbare Zorg en de stuurgroep Zichtbare Zorg Eerstelijnsverlooskunde vinden het daarom belangrijk om gebruikers van de gegevens zo goed mogelijk te informeren over de beperkingen die voorlopig aan het gebruik van de indicatoren verbonden zijn.

Daarom worden bij de openbare indicatorwaarden ook zogenaamde signaalvlaggen geplaatst. Deze vlaggen zeggen door middel van een kleurcode iets over de kwaliteit van de indicatoren en hun waarden (ze gaan niet over de kwaliteit van zorg). De vlaggen hebben betrekking op onder meer de vergelijkbaarheid van de gegevens, de betrouwbaarheid van het registratieproces en de mate waarin toeval een rol speelt bij verschillen tussen zorgaanbieders.

De vlaggen zijn bedoeld als handvat voor de professionele gebruikers, zodat zij de gegevens op een verantwoorde wijze kunnen gebruiken. Bij het uiteindelijke bestand met openbare gegevens wordt nadere uitleg gegeven over de vlaggen. De signaalvlaggen geven de stuurgroep ook aanknopingspunten voor doorontwikkeling.

#### **1.4 Integratie IGZ-uitvraag**

Voor de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) zijn er naast de indicatoren die in het kader van Zichtbare Zorg door de stuurgroep zijn vastgesteld, nog aanvullende indicatoren. Voor deze gegevens geldt dat het niet wenselijk is dat deze openbaar beschikbaar komen, maar dat ze wel essentieel zijn voor de IGZ om haar wettelijke toezichtstaak te kunnen uitoefenen. Een voorbeeld is: het aantal kinderen dat tijdens of na de baring is overleden.

In de stuurgroep is besloten de uitvraag van deze indicatoren op hetzelfde moment en in dezelfde vorm te laten plaatsvinden als de Zichtbare Zorg indicatoren. Op deze manier houdt de stuurgroep zoveel als mogelijk vast aan de één-loket-gedachte om de administratieve lasten voor de verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen te kunnen beperken. U vindt de specifieke IGZ-indicatoren in hoofdstuk 5.4.

*De gegevens die met de indicatoren voor IGZ worden verkregen, komen alleen ter beschikking van het toezicht van de Inspectie en worden niet voor andere doeleinden gebruikt. Deze gegevens zijn dus niet openbaar.*

#### **1.5 Leeswijzer**

In deze gids vindt u de zorginhoudelijke indicatoren voor de eerstelijns verloskundige zorg. In hoofdstuk 4 vindt u een totaaloverzicht van de zorginhoudelijke indicatoren. De indicatoren worden apart omschreven in hoofdstuk 5. In de omschrijving staat onder andere ook vermeld hoe de gegevens voor de indicator worden verzameld; wat de bron van de gegevens is. De omschrijvingen hebben een vaste indeling. In hoofdstuk 3, de 'Gebruikershandleiding', wordt deze indeling uitgelegd.

**Kijk op [www.zichtbarezorg.nl/verloskunde](http://www.zichtbarezorg.nl/verloskunde) voor de meest actuele informatie over Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde en de indicatoren.**

**Verloskundigen: u kunt ook terecht op het ledendeel van de KNOV-site. En het KNOV houdt u op de hoogte van alle relevantie informatie over het aanleverproces via de nieuwsbrief voor leden.**

## 2. Uitvraag zorginhoudelijke gegevens en etalageplus-informatie

**Het grootste gedeelte van de zorginhoudelijke (ZI) gegevens kan direct uit de PRN-registratie gehaald worden. Voor een klein deel en voor de etalageplus-informatie moet een aanvullende webenquête worden ingevuld.**

Hieronder is het proces beschreven waarmee de gegevens voor de indicatoren uit deze gids worden verzameld en vervolgens bewerkt tot openbare indicatorwaarden.

Van registratie tot openbare gegevens in vijf stappen:

### **I Registratie van gegevens in de PRN**

Verloskundigen registreren hun gegevens in de PRN zoals zij dit altijd doen. In de hoofdstuk 4 kunt u zien welke gegevens worden gebruikt voor de indicatoren.

### **II Invullen webenquête**

Voor een klein deel van de zorginhoudelijke gegevens en voor de etalageplus-informatie is een aanvullende webenquête nodig. Verloskundigen krijgen hierover instructies vanuit de PRN.

### **III Terugkoppeling aangeleverde gegevens**

Jaarlijks stuurt de PRN aan verloskundigen een overzicht met de gegevens die in de PRN databank zijn opgenomen. Dit jaar ontvangen zij bij dit overzicht tevens een overzicht met daarin de aangeleverde gegevens via de webenquête. Verloskundigen kunnen opmerkingen plaatsen bij hun gegevens of aangeven welke gegevens nog ontbreken voor verdere verwerking.

### **IV Verwerking van de gegevens**

In deze stap worden de gegevens verwerkt. De gegevens worden, waar relevant, onder andere gecorrigeerd voor verschillen in cliëntkenmerken tussen praktijken: de case-mixcorrectie. Zo worden de gegevens vergelijkbaar gemaakt. In deze stap worden ook de indicatorwaarden berekend.

### **V Accorderen voor openbaarheid**

De verloskundigen krijgen de verwerkte, eigen gegevens voorgelegd in een (digitaal) overzicht. Zij moeten de eigen gegevens vervolgens 'accorderen voor openbaarheid' voordat de gegevens openbaar beschikbaar (kunnen) worden gemaakt. Alleen bij een akkoord van de zorgaanbieder worden de gegevens openbaar (zie ook paragraaf 1.3).

Uiteindelijk worden de geaccordeerde gegevens (zorginhoudelijke indicatoren en etalageplus-informatie) openbaar beschikbaar gemaakt. Dit gebeurt in 2011 uiterlijk per 1 september. Voor meer informatie: zie paragraaf 1.3.

**Kijk op [www.zichtbarezorg.nl/verloskunde](http://www.zichtbarezorg.nl/verloskunde) voor de meest actuele informatie over Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde en de indicatoren.**

**Verloskundigen: u kunt ook terecht op het ledendeel van de KNOV-site. En het KNOV houdt u op de hoogte van alle relevantie informatie over het aanleverproces via de nieuwsbrief voor leden.**

### 3. Gebruikershandleiding

De indicatoren zijn volgens een vaste indeling opgebouwd. In onderstaand schema worden alle onderdelen toegelicht.

Toelichting onderdelen van de indicatoren	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Waarom deze indicator? Korte samenvatting van het belang van de indicator. Argumentatie dat de indicator een aspect van kwaliteit meet. (Uitwerking met literatuur onderbouwd volgt bij inhoudsvaliditeit.)
<b>Operationalisatie</b>	De indicator in één korte zin omschreven.
<b>Teller</b>	Het getal boven de streep van een breuk. De teller is <b>altijd</b> een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller.
<b>Noemer</b>	Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de patiëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing.
<b>Definitie</b>	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven. Bijvoorbeeld een gebruikte vragenlijst of een specifieke verloskundige interventie.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusie criteria. Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over verloskundige praktijken zijn verdeeld.
<b>Correctievariabelen</b>	Wanneer het relevant is voor een indicator worden de variabelen SES en/of leeftijd moeder en/of herkomst moeder en/of zwangerschapsduur en/of pariteit gebruikt voor het corrigeren van de indicatorwaarde.
<b>Bron</b>	Voor het verzamelen van de gegevens kunnen verschillende bronnen gebruikt worden. Bijvoorbeeld LVR, PRN <sup>1</sup> (nieuwe database) of een vragenlijst.
<b>Meetfrequentie</b>	De frequentie waarmee de indicatoren gemeten worden. Bijvoorbeeld continu, eenmaal per afgesproken periode.
<b>Meetperiode</b>	Periode waarover de gegevens worden verzameld.
<b>Rapportagefrequentie</b>	De frequentie waarmee de indicatoren gerapporteerd worden. Afspraken over de rapportagefrequentie worden landelijk gemaakt. Bijvoorbeeld één keer per jaar.
<b>Type indicator</b>	We onderscheiden drie typen indicatoren: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Als eerste zijn er structuurindicatoren. Deze beschrijven of de zorgaanbieder bepaalde voorzieningen heeft getroffen in de organisatie.</li><li>2. Procesindicatoren volgen een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt. Denk bijvoorbeeld</li></ol>

<sup>1</sup> Op dit moment gebruiken de meeste eerstelijns verloskundigen voor aanlevering aan de Perinatale Registratie nog de LVR-1 dataset. De LVR-1 (Landelijke Verloskunde Registratie voor de eerstelijns) is een van de vier deelregistraties die zijn opgegaan in de Perinatale Registratie. De Perinatale Registratie wordt namens de perinatale beroepsgroepen beheerd door de Stichting PRN (Perinatale Registratie Nederland). De overige PRN-deelregistraties zijn de LVR-h van de verloskundig actieve huisartsen, de LVR-2 van de gynaecologen en de LNR van de neonatologen/kinderartsen. In de nabije toekomst gaan alle perinatale beroepsgroepen over op aanlevering op basis van één dataset, de PRN-dataset. Deze dataset bevat voor de eerstelijns verloskunde aanzienlijk meer items dan de LVR-1 dataset.

In deze notitie wordt de Perinatale Registratie waarbij aangeleverd is op basis van de LVR-1 dataset aangeduid als de LVR. Wanneer aanlevering plaats heeft gevonden op basis van de nieuwe PRN-dataset wordt de registratie aangeduid als de PRN. In de tekst wordt 'PRN' tevens op een aantal plaatsen gebruikt om de Stichting PRN aan te duiden.

	<p>aan het percentage poliklinische baringen of het percentage verwijzingen naar de tweedelijfn tijdens de zwangerschap.</p> <p>3. Tot slot zijn er uitkomstindicatoren. Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg.</p>
<b>Meetniveau</b>	Het niveau waarop de indicatoren worden gemeten; praktijk- of cliëntniveau. Structuurindicatoren worden gemeten op het niveau van de praktijk. Uitkomst- en procesindicatoren worden meestal op cliëntniveau gemeten.
<b>Kwaliteitsdomein</b>	<p>De primaire kwaliteitsdomeinen waar Zichtbare Zorg zich op richt zijn:</p> <p>Veiligheid: het vermijden van veiligheidsrisico's en fouten die schade kunnen toebrengen aan patiënten en medewerkers.</p> <p>Effectiviteit: het leveren van nauwkeurige en juiste zorg gebaseerd op wetenschappelijke kennis.</p> <p>Patiëntgerichtheid: het respecteren van de unieke noden, wensen en waarden van de cliënt.</p>

## 4. Samenvatting Indicatoren

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van alle zorginhoudelijke indicatoren die door de stuurgroep Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde zijn vastgesteld (4a en b) en de specifieke indicatoren voor de IGZ (4d). Voor de etalageplus-informatie (4c) wordt verwezen naar het complete overzicht in hoofdstuk 5.3, aangezien hiervan geen samenvatting te geven is.

De zorginhoudelijke Zichtbare Zorg-indicatoren zijn onderverdeeld in de indicatoren die op basis van de huidige PRN-registratie (kunnen) worden uitgevraagd (4a) en indicatoren die op basis van de nieuwe PRN-registratie zullen worden uitgevraagd. Niet alle indicatoren uit onderdeel 4a worden ook daadwerkelijk uitgevraagd, omdat soms doorontwikkeling nodig is om goede, betrouwbare gegevens te krijgen. Wanneer indicatoren over verslagjaar 2010 nog niet worden uitgevraagd, staat dit duidelijk aangegeven.

### a. Zorginhoudelijke Zichtbare Zorg-indicatoren o.b.v. huidige PRN-registratie

volgnr	Fase	Indicator	Type indicator
1	Preconceptie	Het percentage cliënten dat een kinderwensconsult heeft gehad. <i>Deze indicator (1) wordt over verslagjaar 2010 NIET uitgevraagd</i>	Proces
2	Zwangerschap	A. Het percentage vrouwen dat de zwangerschapsbegeleiding startte in de eerstelijns en waarbij het eerste consult plaatsvond voor de 10 <sup>e</sup> week na de eerste dag van de laatste menstruatie B. Het percentage vrouwen uit een achterstandssituatie dat de zwangerschapsbegeleiding startte in de eerstelijns en waarbij het eerste consult plaatsvond voor de 10 <sup>e</sup> week na de eerste dag van de laatste menstruatie.	Proces
3	Zwangerschap	Counseling van cliënten en hun partners op structurele wijze.	Structuur
4	Zwangerschap	A. Huisbezoek voor 34 weken zwangerschap onder verantwoordelijkheid van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts als onderdeel van standaard werkwijze. B. Percentage vrouwen dat een huisbezoek heeft gekregen voor 34 weken zwangerschap onder verantwoordelijkheid van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts. <i>Deze indicator (4B) wordt over verslagjaar 2010 NIET uitgevraagd</i>	Structuur Proces
5	Zwangerschap	A. Percentage vrouwen dat een consult heeft gehad in de tweedelijns tijdens de zwangerschap. B. Percentage vrouwen dat is overgedragen naar de tweedelijns tijdens de zwangerschap.	Proces Proces
6	Zwangerschap	A. Het gebruik van V-MIS stappenplan als motivatie en begeleiding bij het stoppen met roken. B. Het percentage vrouwen dat nog rookt in het derde trimester, van de cliënten die rookten aan het begin van de zwangerschap. <i>Deze indicator (6B) wordt over verslagjaar 2010 NIET uitgevraagd</i>	Structuur Proces
7	Baring	A. Het gebruik van een partoogram als onderdeel van de standaardwerkwijze. B. Het percentage baringen waarbij een partoogram is gebruikt voor controle en observatie van de baring. <i>Deze indicator (7B) wordt over verslagjaar 2010 NIET uitgevraagd</i>	Structuur Proces
8	Baring	Het percentage vrouwen waarbij een episiotomie is gezet onder eindverantwoordelijkheid van de verloskundige of verloskundig	Proces

volgnr	Fase	Indicator	Type indicator
		actieve huisarts in de eerstelijns.	
9	Baring	A. Zorg gedragen voor het niet alleen laten van barenden vanaf de actieve fase (in samenspraak met de barenden) als onderdeel van de standaardwerkwijze.	Structuur
		B. Het percentage barenden dat niet alleen is gelaten door professional tijdens de barings (in samenspraak met de barenden). <i>Deze indicator (9B) wordt over verslagjaar 2010 NIET uitgevraagd</i>	Proces
10	Baring	A. Het percentage cliënten dat is verwezen naar de tweedelijns durante partu vanwege niet vorderende ontsluiting, sedatie en/of pijnstilling.	Proces
		B. Het percentage cliënten dat is verwezen naar de tweedelijns durante partu.	Proces
11	Baring	Het percentage kinderen dat is geboren is in de eerstelijns met een APGAR-score <7 na 5 minuten.	Uitkomst
12	Baring	Het percentage kinderen met een voor de zwangerschapsduur te laag geboortegewicht (geboortegewichtspercentielen <2.3).	Uitkomst
13	Kraamperiode	Het percentage kinderen dat op de 7 <sup>e</sup> dag volledige borstvoeding krijgt.	Proces
14	Organisatie	A. Begeleiding cliënte door casemanager.	Structuur
		B. Percentage cliënten met case manager. <i>Deze indicator (14B) wordt over verslagjaar 2010 NIET uitgevraagd</i>	Proces
15	Organisatie	Bijdrage aan een verloskundig samenwerkingsverband.	Structuur
16	Organisatie	Aanwezigheid van schriftelijke afspraken over samenwerking tussen kraamverzorgenden en verloskundige/ verloskundig actieve huisarts.	Structuur
17	Organisatie	A. De organisatie van de perinatale audit.	Structuur
		B. Het percentage bijgewoonde bijeenkomsten van de perinatale audit. <i>Deze indicator (17B) wordt over verslagjaar 2010 NIET uitgevraagd</i>	Structuur
18	Organisatie	Percentage verloskundige/ verloskundig actieve huisartsen dat in uw praktijk is ingeschreven in het kwaliteitsregister van de KNOV of CHBB.	Structuur

**b. Zorghoudelijke Zichtbare Zorg-indicatoren o.b.v. de nieuwe PRN registratie  
(deze indicatoren worden NIET uitgevraagd over verslagjaar 2010)**

Op basis van de nieuwe PRN registratie			
19	Zwangerschap	Het percentage vrouwen dat onder controle van de praktijk staat, waarbij een poging is gedaan tot een uitwendige versie bij een kind in een stuitligging	Proces
20	Bevalling	Percentage baringen in de eerstelijns met partusassistentie door de kraamverzorgende	Proces

**c. Vragen etalageplus-informatie**

Zie hoofdstuk 5.3 voor een overzicht van de items etalageplus-informatie.

#### **d. Indicatoren IGZ**

*De gegevens die met de indicatoren voor IGZ worden verkregen, komen alleen ter beschikking van het toezicht van de Inspectie en worden niet voor andere doeleinden gebruikt. Deze gegevens zijn dus niet openbaar.*

#### **IGZ-uitvraag**

- |           |   |
|-----------|---|
| <b>1.</b> | Aantal kinderen dat tijdens of na de baring is overleden in de eerstelijns verloskundige zorg.  |
| <b>2</b>  | Het aantal perinataal overleden kinderen dat de praktijk heeft aangemeld voor de perinatale audit.                                    |
| <b>3</b>  | Aanwezigheid van een procedure voor achterwacht- en waarneemregeling/continue 24-uurszorg   |
| <b>4</b>  | Percentage neonaten geboren onder verantwoordelijkheid van de 1ste lijn dat binnen 24 uur na de geboorte naar de pediatr is verwezen. |

# 5. Indicatoren en etalageplus-informatie

## 5.1 Indicatoren op basis van de huidige PRN-registratie

### 5.1.1 Preconceptie

<b>1. Kinderwensconsult</b>	
<b>Deze indicator wordt NIET uitgevraagd over verslagjaar 2010</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit van zorg</b>	Via het kinderwensconsult wordt voorlichting gegeven over onder meer voeding, gebruik van foliumzuur, stoppen met roken en alcoholgebruik, erfelijke risico's, medicijngebruik en riskante infectieziekten. Voorts worden de vrouw en haar partner met een kinderwens voorgelicht over nut en noodzaak van prenatale zorg, prenatale screening/diagnostiek en kraamzorg.  Door vooraf risicofactoren zoveel mogelijk te beperken – en daarmee de omstandigheden rondom de conceptie, zwangerschap en geboorte te optimaliseren – wordt een zo goed mogelijke uitkomst van de zwangerschap bevorderd.
<b>Operationalisatie</b>	Het percentage cliënten dat een kinderwensconsult heeft gehad.
<b>Teller</b>	Het aantal cliënten dat een kinderwensconsult heeft gehad in 2010.
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal inschrijvingen in de praktijk in 2010.
<b>Definitie</b>	Kinderwensconsult: Pre-conceptioneel consult uitgevoerd door een gekwalificeerde verloskundige binnen de praktijk  De inhoud en verantwoordelijkheid voor de uitvoering van preconceptiezorg en het kinderwensconsult is (nog) niet eenduidig geformuleerd. Binnen afzienbare tijd wordt een preconceptie-indicatielijst (PIL) geformuleerd, bestaande uit eenvoudig toegankelijke, geprotocolleerde adviezen. Zodra deze beschikbaar is kan een definitie worden overgenomen of worden geformuleerd.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	Teller: Aparte uitvraag via webenquête met specificatie 'nota's en declaraties' Noemer: LVR
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Meetniveau</b>	Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid, effectiviteit

### 5.1.2 Zwangerschap

<b>2. Start zwangerschapsbegeleiding</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit van zorg</b>	Voor een effectieve uitvoering van de (counseling over) prenatale screening moet het eerste consult van de zwangere met een verloskundige of verloskundig actieve huisarts bij voorkeur binnen 8-10 weken na de eerste dag van de laatste menstruatie plaatsvinden.
<b>Operationalisatie A</b>	Het percentage vrouwen dat de zwangerschapsbegeleiding startte in de eerstelijns en waarbij het eerste consult plaatsvond voor de 10 <sup>e</sup> week na de eerste dag van de laatste menstruatie.
<b>Teller A</b>	Het aantal vrouwen dat voor de 10e week na de eerste dag van de laatste

	menstruatie haar eerste consult heeft gehad met de verloskundige of verloskundig actieve huisarts, in 2010.
<b>Noemer A</b>	Het totaal aantal vrouwen dat haar eerste consult heeft gehad met de verloskundige of verloskundig actieve huisarts, in 2010.
<b>Operationalisatie B</b>	Het percentage vrouwen uit een achterstandssituatie dat de zwangerschapsbegeleiding startte in de eerstelijns en waarbij het eerste consult plaatsvond voor de 10 <sup>e</sup> week na de eerste dag van de laatste menstruatie.
<b>Teller B</b>	Het aantal vrouwen uit een achterstandssituatie dat voor de 10e week na de eerste dag van de laatste menstruatie haar eerste consult heeft gehad met de verloskundige of verloskundig actieve huisarts in 2010.
<b>Noemer B</b>	Het totaal aantal vrouwen uit een achterstandssituatie dat haar eerste consult heeft gehad met de verloskundige of verloskundig actieve huisarts in 2010.
<b>Definitie</b>	voor de 10e week: Dag 1 tot en met 70 ná de eerste dag van de eerste menstruatie.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	A en B: LVR, PRN
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Meetniveau</b>	Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Gelijkheid, Effectiviteit, Tijdigheid

### 3. Counseling op structurele wijze

<b>Relatie tot kwaliteit van zorg</b>	<p>Door counseling van de vrouw en haar partner vergroot de verloskundige of verloskundig actieve huisarts de kennis en het inzicht van de vrouw en haar partner over onder andere de aard en de (on)mogelijkheden van prenatale screening, begeleiding of behandeling tijdens de zwangerschap, de baring en de kraamperiode.</p> <p>De indicator stimuleert het structureel uitvoeren van counseling tijdens de begeleiding van cliënt.</p>
<b>Operationalisatie</b>	Counseling van cliënten en hun partners op structurele wijze.
<b>Teller</b>	<p>Counselt u de cliënt over de volgende onderwerpen voor vast moment in de zwangerschap:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• borstvoeding</li> <li>• de mogelijkheden tot prenatale screening</li> <li>• de mogelijkheden tot pijnmanagement inclusief pijnstilling tijdens de baring</li> <li>• plaats van de baring</li> <li>• hielprik.</li> </ul> <p>Nee*/ Ja</p> <p>*Bij deze indicator mag alleen "ja" worden geantwoord als alle criteria een aantoonbaar vast moment in de counseling hebben.</p>
<b>Noemer</b>	N.v.t.
<b>Definitie</b>	<p><u>Counseling</u>: Uitleg over de doelen, aandoeningen, over de voor- en nadelen van de testen/ behandeling, checken of de informatie begrepen is, coachen en begeleiden van de cliënt bij het maken van een keuze hierin en bij eventuele verdere behandeling. Expliciet hierbij is het recht van de cliënt op het niet weten.</p> <p><u>Specifiek moment</u>: Structureel moment in de zorg tijdens de zwangerschap waarin de onderwerpen aan de orde komen, zoals het 20 weken consult.</p>
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.

<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	Aparte registratie via webenquête
<b>Meetfrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Meetniveau</b>	Praktijkniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, Patiëntgerichtheid

#### 4. Huisbezoek voor 34 weken

##### Operationalisatie B wordt NIET uitgevraagd over verslagjaar 2010

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Voor een veilige zwangerschap en geboorte is inzicht nodig in de leefomstandigheden (medische en (psycho)sociale situatie) van (toekomstige) moeder en kind. Deze risico's moeten worden ingeschat voor de 34e week van de zwangerschap. Mede op basis van het huisbezoek bepaalt de verloskundige of verloskundig actieve huisarts in samenspraak met de vrouw en haar partner, uiterlijk in de 34e week, onder wiens leiding en waar de baring in principe (bij ongewijzigde omstandigheden) gaat plaatsvinden. Daarbij geldt: in de eerstelijns als dat kan, in de tweedelijns als dat moet.
<b>Operationalisatie A</b>	Huisbezoek voor 34 weken zwangerschap onder verantwoordelijkheid van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts als onderdeel van standaard werkwijze
<b>Teller A</b>	Ontvangen cliënten standaard een huisbezoek onder eindverantwoordelijkheid van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts voor 34 weken?, in 2010? Nee/ Ja  Schatting van het aantal cliënten dat een huisbezoek heeft ontvangen voor 34 weken: ... cliënten van de ... (totaal) cliënten in de praktijk  Het gaat om schattingen ten behoeve van ontwikkeling en de uitkomsten zullen dan ook niet openbaar worden gemaakt.
<b>Noemer A</b>	N.v.t.
<b>Operationalisatie B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het percentage vrouwen waarbij een huisbezoek is afgelegd voor 34 weken zwangerschap onder verantwoordelijkheid van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts.
<b>Teller B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het aantal vrouwen waarbij onder verantwoordelijkheid van de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts een huisbezoek is afgelegd voor 34 weken zwangerschap.
<b>Noemer B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het totaal aantal vrouwen waarvan de zwangerschapsbegeleiding onder de verantwoordelijkheid van de praktijk viel.
<b>Definitie</b>	Huisbezoek: bezoek door de verloskundige of verloskundig actieve huisarts aan het huis van de vrouw.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	A. Aparte uitvraag via webenquête B. Voorstel om item in de toekomst toe te voegen aan PRN
<b>Meetfrequentie</b>	A: Jaarlijks, B: Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	A: Praktijkniveau, B: Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, cliëntgerichtheid

## 5. Verwijzingen naar de tweedelij tijdens de zwangerschap

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Gedurende de zwangerschap beoordeelt de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts de voortgang van de zwangerschap en houdt zij de gezondheid van de moeder en het kind in de gaten. Indien nodig worden interventies ingezet. In geval van een gezondheidsrisico bij moeder of kind verwijst de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts de vrouw naar een gynaecoloog.  Het aantal verwijzingen naar de tweedelij geeft een goede indicatie van het beleid van de risicoselectie van de praktijk. Een hoog of een laag aantal verwijzingen is een mogelijke indicatie dat de begeleiding door de verloskundige of verloskundig actieve huisarts niet toereikend is.
<b>Operationalisatie A</b>	Het percentage vrouwen dat een consult heeft gehad in de tweedelij tijdens de zwangerschap.
<b>Teller A</b>	Het aantal vrouwen dat een consult heeft gehad in de tweedelij tijdens de zwangerschap in 2010.
<b>Noemer A</b>	Het totaal aantal vrouwen waarbij de zwangerschapsbegeleiding is gestart in de eerstelij in 2010.
<b>Operationalisatie B</b>	Het percentage vrouwen dat is overgedragen aan de tweedelij tijdens de zwangerschap.
<b>Teller B</b>	Aantal vrouwen dat is overgedragen aan de tweedelij tijdens de zwangerschap in 2010.
<b>Noemer B</b>	Het totaal aantal vrouwen waarbij de zwangerschapsbegeleiding is gestart in de eerstelij in 2010.
<b>Definitie</b>	Geen aanvullende definities geformuleerd.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	A: Ses, zwangerschapsduur, pariteit. B: Leeftijd moeder, zwangerschapduur, pariteit.
<b>Bron</b>	LVR, PRN
<b>Meetfrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, cliëntgerichtheid

## 6. Roken

### Operationalisatie B wordt NIET uitgevraagd over verslagjaar 2010

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Roken tijdens de zwangerschap is schadelijk voor de moeder en voor het ongeboren kind. Roken tijdens de zwangerschap draagt bij aan perinatale morbiditeit en sterfte. Het verhoogt de kans op een miskraam, een lager geboortegewicht en/of een te kleine of te vroeg geboren baby. Roken veroorzaakt een grotere kans op een spontane miskraam en buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Het V-MIS Minimale Interventiestrategie Stoppen is een methodiek voorhanden voor de Verloskundigenpraktijk.
<b>Operationalisatie A</b>	Het gebruik van V-MIS stappenplan als motivatie en begeleiding bij het stoppen met roken.
<b>Teller A</b>	Maakt u in de dagelijkse praktijk gebruik van het V-MIS stappenplan als motivatie en begeleiding van rokende zwangeren? Nee/ Ja
<b>Noemer A</b>	N.v.t.
<b>Operationalisatie B</b> <b>(NIET over verslagjaar</b>	Het percentage vrouwen dat nog rookt in het derde trimester, van de cliënten die rookten aan het begin van de zwangerschap.

<b>2010)</b>	
<b>Teller B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het aantal vrouwen dat in het derde trimester rookt, in 2010.
<b>Noemer B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het totaal aantal vrouwen dat in het eerste trimester rookt, in 2010.
<b>Definitie</b>	<p>Roken: Een vrouw rookt als ze 1 sigaret of meer rookt tijdens de zwangerschap</p> <p>In de dagelijkse praktijk: bij iedere cliënte</p> <p>V-MIS: Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk. De V-MIS bestaat uit zeven stappen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Rookprofiel</i></li> </ol> <p>Vaststellen motivatie om te stoppen en mate van verslaving.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. <i>Motivatie</i></li> </ol> <p>Indien nodig verhogen van motivatie om te stoppen.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. <i>Barrières en sociale steun</i></li> </ol> <p>Bespreken en wegnemen van obstakels voor het stoppen met roken en het mobiliseren van steun in de directe omgeving.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. <i>Stopafpraak</i></li> </ol> <p>Met de zwangere (en haar partner) een datum kiezen voor de stopdag.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. <i>Hulpmiddelen bespreken</i></li> </ol> <p>Uitdelen van brochure en flyer 'Advies op Maat' aan de zwangere en het bespreken van mogelijkheden van hetgebruik van hulpmiddelen (dit vindt altijd plaats ook als er nog geen stopdatum is afgesproken).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. <i>Hulp na de stopdatum</i></li> </ol> <p>In vervolggconsulten terugkomen op het onderwerp (stoppen met) roken.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. <i>Terugval na de bevalling</i></li> </ol> <p>Voorkomen van terugval na de bevalling.</p>
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant.
<b>Bron</b>	A: Aparte uitvraag via webenquête, B: nieuwe PRN
<b>Meetfrequentie</b>	A: Jaarlijks, B: Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	A: Structuurindicator, B: Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	A: Praktijkniveau, B: Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit

### 5.1.3 Baring

## 7. Gebruik partogram

### Operationalisatie B wordt NIET uitgevraagd over verslagjaar 2010

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	<p>De indicator maakt inzichtelijk bij hoeveel procent van de baringen, die plaatsvinden onder eindverantwoordelijkheid van de eerstelijns verloskundige of verloskundig actieve huisarts, een partogram wordt gebruikt.</p> <p>Literatuur over het gebruik van het partogram is niet eenduidig. Enerzijds staat beschreven dat het gebruik van het partogram effect heeft op de duur van de baringen, deze daalt significant. Bij de laag risicopopulatie in een onderzoek van de WHO loopt het aantal langdurige baringen (&gt;18 uur) terug van 5,5% naar 2,7%. Daarnaast neemt het aantal spontane baringen significant toe met 83,9% naar 86,3%. Het percentage sectio's neemt af van 6,2% naar 4,5%. Uit een review komt naar voren dat er geen eenduidig bewijs is voor de relatie tussen het gebruik van het partogram en</p>
------------------------------	---

	<p>zorguitkomsten. Aanvullend onderzoek is nodig om de verbetering in zorguitkomsten door het gebruik van het partogram aan te tonen in de Nederlandse situatie. Aanvullend onderzoek is nodig om de verbetering in zorguitkomsten door het gebruik van het partogram aan te tonen in de Nederlandse situatie.</p> <p>De KNOV heeft in navolging van literatuur en de werkwijze van de WHO een partusverslag ontwikkeld waarin het partogram is opgenomen. Zij kiest bewust voor het beleid gebruik partogram in Nederland. Dit is doorslaggevend bij de beoordeling van de literatuur.</p>
<b>Operationalisatie A (op basis LVR)</b>	Het gebruik van een partogram als onderdeel van de standaardwerkwijze.
<b>Teller A</b>	<p>Gebruikt u bij baringen standaard een partogram volgens de KNOV standaard "Niet vorderende ontsluiting? Nee/ Ja</p> <p>Schatting van het aantal baringen waarbij u een partogram heeft gebruikt: ... baringen van de ... (totaal) baringen in de praktijk</p> <p>Het gaat om schattingen ten behoeve van ontwikkeling en de uitkomsten zullen dan ook niet openbaar worden gemaakt.</p>
<b>Noemer A</b>	N.v.t.
<b>Operationalisatie B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het percentage baringen waarbij een partogram is gebruikt voor controle en observatie van de baring.
<b>Teller B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het totaal aantal vrouwen dat aan het begin van de baring onder eerstelijns verloskundige zorg viel, waarbij een partogram is gebruikt voor controle en observatie van de baring (ontsluiting en uitdrijving), in 2010.
<b>Noemer B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het totaal aantal vrouwen dat aan het begin van de baring onder eerstelijns verloskundige zorg viel, in 2010.
<b>Definitie</b>	Gebruik van het partogram: het invoeren van de relevante gegevens vanaf het eerste contactmoment tijdens de baring in het partogram, dat de KNOV heeft ontwikkeld.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	PRN (Voorstel om item in de toekomst toe te voegen aan PRN)* of werkvloerregistratie
<b>Meetfrequentie</b>	A:Jaarlijks B: Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	A: Structuur B: Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	A: Praktijkniveau B: Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit

## 8. Episiotomie

### Relatie tot kwaliteit

Een episiotomie wordt gezet op foetale indicatie, om de geboorte van het kind te bespoedigen, of op maternale indicatie. Een restrictief beleid ten aanzien van episiotomieën heeft meerdere voordelen boven routinematige toepassing.

Bij een restrictief beleid wordt in wetenschappelijk onderzoek de norm van het percentage episiotomieën < 11% gehanteerd. Bij een restrictief beleid wordt de norm van het percentage episiotomieën < 28,4% gehanteerd voor

	vaginale baringen in eerste en tweedelij. Zichtbare Zorg stelt geen norm vast voor een minimum of maximum aantal episiotomieën.
<b>Operationalisatie</b>	Het percentage vrouwen waarbij een episiotomie is gezet onder eindverantwoordelijkheid van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts in de eerstelij.
<b>Teller</b>	Het aantal vrouwen dat is bevallen onder de verantwoordelijkheid van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts in de eerstelij waarbij een episiotomie is gezet in 2010.
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal vrouwen dat is bevallen onder de verantwoordelijkheid van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts in de eerstelij in 2010.
<b>Definitie</b>	Episiotomie: inknippen van het perineum (mediaan of mediolateraal). Baring onder verantwoordelijkheid van verloskundige of verloskundig actieve huisarts: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen overdracht naar tweedelij tijdens ontsluiting</li> <li>• Geen overdracht naar de tweedelij tijdens uitdrijving</li> </ul>
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Zwangerschapsduur, pariteit.
<b>Bron</b>	LVR, PRN
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit

## 9. Vrouwen gedurende baring niet alleen gelaten

### Operationalisatie B wordt NIET uitgevraagd over verslagjaar 2010

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	De baring begint met de aanvang van de actieve ontsluitingsfase, na het volledig verstrijken van de baarmoederhals. Dit moment wordt bepaald door de medisch professional. Vanaf dat moment start de medische verantwoordelijkheid en wordt de zwangere continu begeleid.
<b>Operationalisatie A</b>	Zorg gedragen voor het niet alleen laten van barenden vanaf de actieve fase (in samenspraak met de barende) als onderdeel van de standaardwerkwijze.
<b>Teller A</b>	Droeg u er standaard zorg voor dat barenden vanaf de actieve fase niet alleen werden gelaten (in samenspraak met de barenden), in 2010? Nee/ Ja  Schatting van het aantal barenden wie niet alleen gelaten zijn (in samenspraak met de barende) vanaf de actieve fase: ... barenden van de ... (totaal) barenden in de praktijk  Het gaat om schattingen ten behoeve van ontwikkeling en de uitkomsten zullen dan ook niet openbaar worden gemaakt.
<b>Noemer A</b>	N.v.t.
<b>Operationalisatie B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het percentage barenden dat niet alleen is gelaten door professional tijdens de baring (in samenspraak met de barenden).
<b>Teller B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het aantal barenden niet alleen gelaten door professional tijdens de baring onder verantwoordelijkheid van de eerstelij (in samenspraak met de barenden), in 2010.
<b>Noemer B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Totaal aantal barenden onder de verantwoordelijkheid van de eerstelij, in 2010.
<b>Definitie</b>	De baring: De baring begint met de aanvang van de actieve ontsluitingsfase, na het volledig verstrijken van de baarmoederhals. De medisch professional

	bepaalt dit moment. Vanaf dat moment start de medische verantwoordelijkheid en wordt de zwangere continu begeleid. Niet alleen gelaten: niet alleen gelaten door verloskundige, verloskundig actieve huisarts, kraamverzorgende, of obstetrie en gynaecologie verpleegkundige. Actieve fase: de actieve fase begint bij 5 cm ontsluiting en goede weeën.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	A. Aparte uitvraag via webenquête B. Voorstel om item in de toekomst toe te voegen aan PRN
<b>Meetfrequentie</b>	A: Jaarlijks B: Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	A: Praktijkniveau B: Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, cliëntgerichtheid

## 10. Verwijzingen durante partu

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Gedurende de baring beoordeelt de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts de voortgang van de baring en houdt zij de gezondheid van de moeder en het kind in de gaten. Indien nodig worden interventies ingezet voor het bevorderen van de voortgang van de baring en versterking van de draagkracht van de vrouw. In geval van een gezondheidsrisico, bij een te trage progressie of verzoek om pijnbestrijding verwijst de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts de vrouw naar een gynaecoloog.  Bij een tijdige verwijzing worden de limieten voor de latente en de actieve fase tijdens de ontsluitingsperiode niet overschreden in het partogram, tenzij uit het overleg met de barende blijkt dat haar draagkracht nog voldoende is. Bij redenen voor een verwijzing naar de tweedelij wordt onderscheid gemaakt in niet-vorderende ontsluiting en behoefte aan pijnstilling en/of sedatie.
<b>Operationalisatie A</b>	Het percentage cliënten dat is verwezen naar de tweedelij durante partu vanwege niet vorderende ontsluiting, sedatie en/of pijnstilling.
<b>Teller A</b>	Het aantal vrouwen waarbij de baring is gestart onder verantwoordelijkheid van de eerstelij dat is verwezen naar de tweedelij durante partu in 2010 vanwege niet vorderende ontsluiting, sedatie en/of pijnstilling.
<b>Noemer A</b>	Het totaal aantal vrouwen in 2010 waarbij de baring is gestart onder verantwoordelijkheid van de eerstelij.
<b>Operationalisatie B</b>	Het percentage cliënten dat is verwezen naar de tweedelij durante partu.
<b>Teller B</b>	Het aantal vrouwen waarbij de baring is gestart onder verantwoordelijkheid van de eerstelij dat is verwezen naar de tweedelij durante partu in 2010.
<b>Noemer B</b>	Het totaal aantal vrouwen in 2010 waarbij de baring is gestart onder verantwoordelijkheid van de eerstelij.
<b>Definitie</b>	Tijdens de baring: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdens ontsluiting</li> <li>• Tijdens uitdrijving</li> </ul> Verwezen naar: consult en overdracht.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	A: Leeftijd moeder, zwangerschapsduur, pariteit. B: SES, herkomst moeder, zwangerschapsduur, pariteit.
<b>Bron</b>	LVR, PRN
<b>Meetfrequentie</b>	Jaarlijks

<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, cliëntgerichtheid

## 11. Gezondheid kind

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Het doel van verloskundige zorg is een gezonde moeder en een gezond kind. Een maat om een indruk van de foetale conditie direct na de geboorte te krijgen is de Apgar-score. Met name de Apgar-score 5 minuten na de geboorte is van prognostisch belang voor het verdere beloop van de conditie van de pasgeborene.
<b>Operationalisatie</b>	Het percentage kinderen dat is geboren in de eerstelijns met een Apgar-score <7 na 5 minuten.
<b>Teller</b>	Het aantal kinderen dat in de eerstelijns werd geboren met een APGAR-score <7 na 5 minuten in 2010.
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal kinderen dat in de eerstelijns werd geboren onder verantwoordelijkheid van de eerstelijns in 2010.
<b>Definitie</b>	Apgar-score: een beoordeling van de conditie van de pasgeborene bij 5 minuten na de geboorte uitgedrukt in de som van de scores 0, 1 en 2 voor de kwaliteit van de hartactie, de ademhaling, de spiertonus, het reactievermogen en de huidskleur. De Apgar-score loopt van 0 tot 10. Een score kleiner dan 7 betekent dat er een grotere kans is op gezondheidsproblemen. Baring onder verantwoordelijkheid van verloskundige of verloskundig actieve huisarts: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen overdracht naar tweedelijns tijdens ontsluiting</li> <li>• Geen overdracht naar de tweedelijns tijdens uitdrijving</li> </ul>
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	LVR, PRN
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Uitkomstindicator
<b>Meetniveau</b>	Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit

## 12. Intra-uteriene groeivertraging

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Groeivertraging is één van de factoren die in belangrijke mate bijdraagt aan de perinatale sterfte. Groeivertraging geeft een verhoogde kans op intra-uteriene sterfte, asfyxie durante partu en ernstige morbiditeit in het latere leven. Door een tijdige signalering van een groeiachterstand of te sterke groei kan de verloskundige beter de gezondheid van moeder en kind bewaken in de eerstelijns of doorverwijzen naar de tweedelijns.
<b>Operationalisatie*</b>	Het percentage kinderen met een voor de zwangerschapsduur te laag geboortegewicht (geboortegewichtpercentielen <2.3).
<b>Teller</b>	Het aantal kinderen met een te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur dat is geboren onder eindverantwoordelijkheid van een eerstelijns verloskundige of verloskundig actieve huisarts in 2010.
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal kinderen dat is geboren onder eindverantwoordelijkheid van

	de eerstelijns verloskundige of verloskundig actieve huisarts
<b>Definitie</b>	Een te laag geboortegewicht ( <i>negatieve dyscongruentie</i> ) wordt gedefinieerd als geboortegewicht onder 2,3 percentiel ( $p < 2,3$ ) volgens de geboortegewichtpercentielen PRN2009 Baring onder verantwoordelijkheid van verloskundige of verloskundig actieve huisarts: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen overdracht naar tweedelijns tijdens ontsluiting</li> <li>• Geen overdracht naar de tweedelijns tijdens uitdrijving</li> </ul>
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	LVR, geboortegewichtpercentielen PRN2009
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Uitkomstindicator
<b>Meetniveau</b>	Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit.

#### 5.1.4 Kraamperiode

13. Zorg voor borstvoeding	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Borstvoeding heeft een gunstig effect op de gezondheid van kind en moeder, zowel op de korte als op de lange termijn. Als kraamvrouwen borstvoeding willen geven vormt begeleiding en ondersteuning een belangrijke voorwaarde voor het succes hiervan.
<b>Operationalisatie</b>	Het percentage kinderen dat op de 7 <sup>e</sup> dag volledige borstvoeding krijgt.
<b>Teller</b>	Het aantal kinderen dat op de 7 <sup>e</sup> dag volledige borstvoeding krijgt, van wie de baring onder de verantwoordelijkheid van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts viel in 2010.
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal kinderen dat is geboren in de eerstelijns onder de verantwoordelijkheid van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts in 2010.
<b>Definitie</b>	Geen aanvullende definities geformuleerd.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Leeftijd moeder, zwangerschapsduur, pariteit.
<b>Bron</b>	LVR, PRN
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit

#### 5.1.5 Organisatie

14. Case manager	
Operationalisatie B wordt NIET uitgevraagd over verslagjaar 2010	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Het aanstellen van een case manager kan bijdragen aan een systematische en transparante verloskundige zorg, wat bijdraagt aan een zo gezond en veilig mogelijke zwangerschap. Vooral voor de werkwijze van prenatale voorlichting en voor het opsporen van risico's. Tevens is daarmee aandacht voor de (psycho)sociale risico's van de zwangere en de voorlichting over de risico's.

	Voor iedere zwangere is er een vast aanspreekpunt: een 'case manager' die haar begeleidt tijdens de zwangerschap. De case manager kan vragen van de zwangere of (eventuele) partner beantwoorden, haar uitleg geven en daarmee eventuele onrust of onduidelijkheid wegnemen. Ook moet de case manager inzicht hebben in de sociale kaart.
<b>Operationalisatie A</b>	Begeleiding cliënt door casemanager.
<b>Teller A</b>	<p>Hebben cliënten in uw praktijk standaard een casemanager, in 2010 Nee/ Ja</p> <p>Schatting van het aantal cliënten met een casemanager: ... cliënten van de ... (totaal) cliënten.</p> <p>Het gaat om schattingen ten behoeve van ontwikkeling en de uitkomsten zullen dan ook niet openbaar worden gemaakt.</p>
<b>Noemer A</b>	N.v.t.
<b>Operationalisatie B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het percentage cliënten met casemanager.
<b>Teller B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het aantal cliënten dat een casemanager had tijdens de zwangerschap in de praktijk, in 2010.
<b>Noemer B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het totaal aantal cliënten met zwangerschapsbegeleiding in de praktijk, in 2010.
<b>Definitie</b>	Casemanager: Één verloskundige of verloskundig actieve huisarts die alle zorg rondom deze ene cliënt coördineert. De casemanager is een vast aanspreekpunt en vertrouwenspersoon voor de cliënt en is verantwoordelijk voor het totale zorgproces van de zwangere (van intake tot eindevaluatie) en voor eventuele overdracht naar de tweede lijn.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	Apart uitvragen via webenquête
<b>Meetfrequentie</b>	A: Jaarlijks, B: Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	A: Structuurindicator, B: Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	A: Praktijkniveau, B: Cliëntniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit, tijdigheid

## 15. Deelname aan een Verloskundig Samenwerkingsverband

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) heeft tot doel de samenwerking tussen alle bij de verloskunde betrokken partijen zodanig te bevorderen dat de individuele zorgverlening aan cliënten optimaal verloopt. De verschillende beroepsbeoefenaren in de verloskunde kunnen dit effect bereiken door binnen VSV's afspraken te maken over individuele zorgverlening, over de organisatie van de verloskundige zorg en over de kwaliteit van de zorg. De score op de indicator geeft een indruk van de inbedding van de praktijk in de samenwerkingsstructuur. Indien een praktijk geen bijdrage levert aan de VSV is de praktijk minder ingebed in de samenwerkingsstructuur dan wanneer zij dit wel structureel doet.
<b>Operationalisatie</b>	Bijdrage aan een Verloskundig Samenwerkingsverband
<b>Teller</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Is (zijn) er in uw regio één of meerdere verloskundig samenwerkingsverband(en) (VSV)? Nee/ Ja</li> <li>Zijn er periodieke bijeenkomsten van alle leden van het VSV? Nee/ Ja</li> </ol>

	<p>3. Is (zijn) van uw praktijk 1 of meerdere verloskundigen of verloskundig actieve huisartsen aanwezig bij de bijeenkomsten van de verloskundig samenwerkingsverbanden?</p> <p>a. Ja, bij alle voor ons relevante VSV's</p> <p>b. Nee</p> <p>4. Indien ja, hoe vaak levert de praktijk een bijdrage aan een Verloskundig Samenwerkingsverband?</p>
<b>Noemer</b>	N.v.t.
<b>Definitie</b>	<p>Bijdrage: De praktijk brengt zelf casuïstiek in of een te bespreken onderwerp en hoort niet enkel toe.</p> <p>Relevante VSV's: de praktijk bepaalt welke VSV relevant is, omdat niet alle VSV's op gelijke wijze zijn georganiseerd en de mate van samenwerking met de VSV's verschilt.</p>
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	Aparte uitvraag via webenquête met specificatie 'agenda'
<b>Meetfrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Meetniveau</b>	Praktijkniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit, tijdigheid

## 16. Schriftelijke afspraken tussen kraamzorg en de verloskundige en/of de verloskundig actieve huisarts

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Voor het goed laten verlopen van de samenwerking van verschillende professionals rond de zwangerschap, baring en kraamperiode is het belangrijk dat er afspraken worden gemaakt over beleid en de samenwerking.
<b>Operationalisatie</b>	Aanwezigheid van schriftelijke afspraken over samenwerking tussen kraamorganisatie en verloskundige/ verloskundig actieve huisarts.
<b>Teller</b>	<p>Zijn schriftelijke afspraken over samenwerking tussen kraamorganisatie en verloskundige/ verloskundig actieve huisarts aanwezig (die zeer regelmatig met elkaar samenwerken)? Nee/ Ja</p> <p>Als de schriftelijke afspraken aanwezig zijn, zijn onder andere de volgende onderwerpen in deze afspraken opgenomen?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dagelijks controleren en verslaan van infecties bij de kraamvrouw Nee/ Ja</li> <li>2. Te ondernemen actie bij afwijkende lichaamstemperatuur Nee/ Ja</li> <li>3. Te ondernemen actie bij afwijkende mictie (moeder en kind) Nee/ Ja</li> <li>4. Te ondernemen actie bij mogelijke ondervoeding Nee/ Ja</li> <li>5. Te ondernemen actie bij stimuleren van borstvoeding Nee/ Ja</li> <li>6. Kraamverzorgende is op de hoogte van telefoonnummer van verloskundige Nee/ Ja</li> <li>7. Verloskundige zorg wordt niet eerder afgesloten dan de kraamzorg is afgerond. Nee/ Ja</li> </ol>
<b>Noemer</b>	N.v.t.
<b>Definitie</b>	Geen aanvullende definities geformuleerd.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	Apart uitvragen via webenquête
<b>Meetfrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Meetniveau</b>	Praktijkniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit

## 17. Deelname aan bijeenkomsten van de perinatale audit

### Operationalisatie B wordt NIET uitgevraagd over verslagjaar 2010

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	<p>Perinatale audit is een belangrijk instrument om de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren. Door gestructureerd en kritisch te kijken naar de geleverde zorg in geval van perinatale sterfte, beoordeelt een team van zorgverleners of deze voldoet aan wat verwacht mag worden van 'goede zorg'.</p> <p>Deelname is ook zinvol als binnen de eigen praktijk geen kinderen overleden zijn. Verloskundigen leren niet alleen van eigen casuïstiek maar van ook van anderen. Vandaar deelname voor iedereen.</p>
<b>Operationalisatie A</b>	De organisatie van de perinatale audit.
<b>Teller A</b>	Is er een perinatale audit in uw regio? Nee/ Ja. Indien ja, neemt uw praktijk deel aan de perinatale audit? Nee/ Ja Indien nee, wanneer start in uw regio de perinatale audit?
<b>Noemer A</b>	N.v.t.
<b>Operationalisatie B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het percentage bijgewoonde bijeenkomsten van de lokale perinatale audit.
<b>Teller B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het aantal bijgewoonde bijeenkomsten door de praktijk van de perinatale audit in 2010.
<b>Noemer B (NIET over verslagjaar 2010)</b>	Het totaal aantal bijeenkomsten van de lokale perinatale audit in 2010.
<b>Definitie</b>	Deelnemen aan: Aanwezigheid van een afgevaardigde van de praktijk bij een bijeenkomst. Audits: De lokale perinatale audit als onderdeel van de perinatale audit Nederland
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	Teller A en B: Aparte uitvraag via webenquête Noemer B: Aparte uitvraag via webenquête met specificatie 'via GAIA'.
<b>Meetfrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	Praktijkniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit

## 18. Inschrijving in kwaliteitsregister

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Door registratie in het Kwaliteitsregister Verloskundigen c.q. College Registratie Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden laat een verloskundige of verloskundig actieve huisarts zien dat zij minimaal 8 cliëntgebonden uren per week haar beroep uitoefent. Zij laat ook zien volgens de norm van de beroepsgroep te hebben geïnvesteerd in het bijhouden van ontwikkelingen in het vak en in het verwerven van kennis en vaardigheden die van invloed zijn op de kwaliteit van de beroepsuitoefening.
<b>Operationalisatie</b>	Het percentage verloskundigen/verloskundig actieve huisartsen per praktijk dat is ingeschreven in het kwaliteitsregister van de KNOV of de CHBB.
<b>Teller</b>	Het aantal verloskundigen/verloskundig actieve huisartsen dat in uw praktijk werkzaam is (geweest) en ingeschreven was in het kwaliteitsregister in 2010.
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal verloskundigen/verloskundig actieve huisartsen dat in uw praktijk werkzaam is (geweest) in 2010.

<b>Definitie</b>	Ingeschreven in het kwaliteitsregister: Inschrijving in het Kwaliteitsregister Verloskundigen van de KNOV, dat open staat voor leden en niet-leden c.q. College Registratie Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden Verloskunde.  Werkzaam: indien gedurende het afgelopen jaar verloskundigen bij de praktijk zijn gekomen, zijn weggegaan of hebben waargenomen, worden alle verloskundigen of verloskundig actieve huisartsen meegenomen in de indicator.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	Aparte uitvraag via webenquête met specificatie 'agenda'
<b>Meetfrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Structuurindicator
<b>Meetniveau</b>	Praktijkniveau
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit

## 5.2 Indicatoren uitgevraagd op basis van de nieuwe PRN registratie

**Let op: deze indicatoren worden NIET uitgevraagd over verslagjaar 2010**

Een tweetal thema's acht de stuurgroep Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde zeer relevant. Dit zijn de thema's 'uitwendige versie bij stuitligging' en 'partusassistentie'. Echter, de benodigde gegevens worden op dit moment nog niet geregistreerd in de LVR-1 en LVR-h. Deze gegevens zijn op korte termijn wel beschikbaar in de nieuwe PRN-registratie. De stuurgroep heeft gekozen te wachten tot eerstelijns verloskunde praktijken in deze nieuwe dataset registreren alvorens deze indicatoren aan de indicatorenset toe te voegen. De verwachting is dat de indicatoren binnen enkele jaren gemeten kunnen worden.

### 5.2.1 Zwangerschap

<b>19. Uitwendige versie bij stuitligging</b>	
<b>Deze indicator wordt NIET uitgevraagd over verslagjaar 2010</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Een bevalling in stuitligging brengt extra risico's met zich mee. Een uitwendige versie door de verloskundige of gynaecoloog vergroot de kans negen keer dat de baby na een stuitligging in hoofdligging komt te liggen. Dit vergroot de mogelijkheid tot een vaginale bevalling. Bij een stuitligging wordt vanwege de extra risico's vaker gekozen voor een sectio, met als gevolg een stijging van het totale sectiopercentage in Nederland. Opvallend is dat bij een kwart van de Nederlandse zwangere vrouwen waarbij aan het einde van de zwangerschap de baby in stuit ligt, geen poging wordt gedaan de baby uitwendig te draaien naar hoofdligging. Vanuit het oogpunt van moederlijke morbiditeit en mortaliteit is de stijging van sectiopercentage een ongewenste ontwikkeling. Randvoorwaarde voor de versie is de deskundigheid. Versies kunnen enkel uitgevoerd worden in de eerstelijns door versiekundigen.
<b>Operationalisatie</b>	Het percentage vrouwen dat onder controle van de eerstelijns praktijk staat, waarbij een poging is gedaan tot een uitwendige versie bij een kind in een stuitligging.
<b>Teller</b>	Het aantal vrouwen met een kind in stuitligging 35-42 weken waarbij een (poging tot) uitwendige versie is gedaan, in 2010.
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal vrouwen onder controle van de praktijk, met een kind (a terme) in stuitligging bij 35-42 weken, in 2010.
<b>Definitie</b>	Uitwendige versie: uitvoering van een poging tot uitwendige versie in de eerste of tweedelijns, ten einde a terme een hoofdligging van het kind te

	bewerkstelligen, onder controle van de eerstelijns en met een kind in stuitligging. De versie hoeft de verloskundige niet zelf uit te voeren, maar kan ook gedaan zijn in een gespecialiseerd centrum in de eerstelijns of in de tweedelijns. Stuitligging: volledige en onvolledige stuitligging.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen exclusiecriteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	PRN
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	Clïëntniveau

## 5.2.2 Baring

20. Partusassistentie	
Deze indicator wordt NIET uitgevraagd over verslagjaar 2010	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Een goede samenwerking tussen kraamverzorgende en verloskundige tijdens de baring en de periode daarna is van groot belang. <sup>1</sup> Voor een optimale begeleiding van de vrouw tijdens de baring moet zij bij een thuisbevalling kunnen rekenen op tijdige beschikbaarheid van partusassistentie door een kraamverzorgende.
<b>Operationalisatie</b>	Het percentage baringen in de eerstelijns met partusassistentie door de kraamverzorgende.
<b>Teller</b>	1a. Het aantal thuisbevallingen in de eerstelijns waarbij de kraamverzorgende aanwezig was gedurende de partus, in jaar X. 1b. Het aantal thuisbevallingen in de eerstelijns waarbij de kraamverzorgende tijdens de ontsluiting aanwezig was in jaar X. 1c. Het aantal thuisbevallingen in de eerstelijns waarbij de kraamverzorgende tijdens de uitdrijving aanwezig was in 2010. * In PRN wordt beschikbaar: moment waarop kraamverzorgende arriveert. Als zij dan vervolgens niet meer weggaat, is zij dus aanwezig.
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal thuisbevallingen onder eindverantwoordelijkheid van een eerstelijns verloskundige of verloskundig actieve huisarts in 2010.
<b>Definitie</b>	Partusassistentie = aanwezigheid van kraamverzorgende van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts tijdens de partus.
<b>In-/exclusiecriteria</b>	Geen criteria geformuleerd.
<b>Correctievariabelen</b>	Niet relevant
<b>Bron</b>	PRN
<b>Meetfrequentie</b>	Continu
<b>Meetperiode</b>	2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	Jaarlijks
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Meetniveau</b>	Clïëntniveau

### 5.3 Etalageplus-informatie

Hieronder worden de vragen weergegeven voor het uitvragen van de etalageplus-informatie. Etalageplus-informatie is informatie over het aanbod van zorg, waarvan cliënten hebben aangegeven dat zij deze gegevens nodig hebben bij het maken van een weloverwogen keuze tussen zorgaanbieders.

#### Vragen Etalageplus-informatie

##### 1. Bereikbaarheid praktijk

Bereikbaarheid van de praktijk voor vragen, afspraken en (spoed)oproepen

**Telefonisch:** tijdens kantooruren:..... buiten kantooruren:.....

**Telefonisch spreekuur** op werkdagen van ... tot...

**Bezoeken:** spreekuurtijden en openingstijden, dat wil zeggen: de tijden waarop iemand, bijvoorbeeld een assistente aanwezig is in de praktijk:

##### Spreekuurtijden Openingstijden

maandag spreekuur: van ... tot ... / van ... tot ... open: van ... tot ...

dinsdag spreekuur: van ... tot ... / van ... tot ... open: van ... tot ...

woensdag spreekuur: van ... tot ... / van ... tot ... open: van ... tot ...

donderdag spreekuur: van ... tot ... / van ... tot ... open: van ... tot ...

vrijdag spreekuur: van ... tot ... / van ... tot ... open: van ... tot ...

zaterdag spreekuur: van ... tot ... / van ... tot ... open: van ... tot ...

zondag spreekuur: van ... tot ... / van ... tot ... open: van ... tot ...

verdere praktijkinformatie is te vinden op de website van de praktijk: .....

##### 2. De praktijk geeft zwangeren de mogelijkheid te kiezen voor een bevalling\*:

thuis

in het ziekenhuis (poliklinisch) naam ziekenhuis: .....

in een geboortecentrum naam geboortecentrum: .....

in een kraamhotel naam kraamhotel: .....

##### 3. De praktijk kan begeleiding bieden bij minder gangbare manieren van bevallen, zoals\*:

onder water bevallingen

bevallen op de baarkruk

anders, namelijk: .....

##### 4. De praktijk kan er wel / niet# voor zorgen dat er gedurende de bevalling continue begeleiding aanwezig is, vanaf het moment dat u dat nodig vindt.

##### 5. De praktijk is wel / niet# geaccrediteerd bij KNOV / NHG# (datum accreditatie:..... )

##### 6. De praktijk heeft\*:

werkafspraken met ziekenhuis: .....(naam ziekenhuis)

werkafspraken met ziekenhuis: .....(naam ziekenhuis)

participeert in het VSV (verloskundig samenwerkingsverband).

##### 7. In de eigen praktijk kunnen de volgende echo's gemaakt worden\*:

termijnecho (voor bepalen duur van de zwangerschap)

liggingsecho (voor bepalen positie kind)

screeningsecho (NT-meting of 20-weeken echo)

niet medisch geïndiceerde echo op verzoek (op eigen kosten)

De praktijk werkt wel / niet# samen met een centrum voor prenataal echoscopisch

onderzoek (een echocentrum). naam centrum: .....

**8. Tijdens uw zwangerschap maakt u wel / niet# kennis met alle verloskundigen / huisartsen.**

**9. De praktijk hanteert de volgende waarneemregeling bij vakantie, ziekte of andere afwezigheid\*:**

- Een vaste waarnemer, verbonden aan de praktijk
- Een verloskundige / huisarts# van een buurpraktijk (naam/adres buurpraktijk.....)
- Een wisselende waarnemer, niet verbonden aan de praktijk
- Anders, namelijk .....

**10. De praktijk werkt wel / niet# samen met tolken en voorlichters uit andere culturen VETC'ers)**

\* aankruisen wat van toepassing is

# doorhalen wat niet van toepassing is

Bron: Vragenlijst Cliënt Ervarings Indicatoren Eerstelijns Verloskundige Zorg, Nivel, november 2010

## 5.4 Indicatoren IGZ

De Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) heeft naast de indicatoren die in het kader van Zichtbare Zorg door de stuurgroep zijn vastgesteld, nog aanvullende gegevens. Voor deze gegevens geldt dat het niet wenselijk is dat deze openbaar beschikbaar komen, maar dat ze wel essentieel zijn voor de IGZ om haar wettelijke toezichtstaak te kunnen uitoefenen. De uitvraag van deze indicatoren vindt op hetzelfde moment en in dezelfde vorm plaats als de Zichtbare Zorg indicatoren.

*De gegevens die met de indicatoren voor IGZ worden verkregen, komen alleen ter beschikking van het toezicht van de Inspectie en worden niet voor andere doeleinden gebruikt. Deze gegevens zijn dus niet openbaar.*

De volgende vier gegevens/indicatoren worden uitgevraagd voor de toezichtstaak van de IGZ:

### IGZ-uitvraag

<b>1.</b>	Aantal kinderen dat tijdens of na de baring is overleden in de eerstelijns verloskundige zorg.
<b>2</b>	Het aantal perinataal overleden kinderen dat de praktijk heeft aangemeld voor de perinatale audit.
<b>3</b>	Aanwezigheid van een procedure voor achterwacht- en waarneemregeling/continue 24-uurszorg.
<b>4</b>	Percentage neonaten geboren onder verantwoordelijkheid van de 1ste lijn dat binnen 24 uur na de geboorte naar de pediater is verwezen.