

Indicatorenset Zwangerschap en bevalling

Uitvraag 2012 over verslagjaar 2011

Definitieve versie – okt. 2011

Colofon

Internet: www.zichtbarezorg.nl/ziekenhuizen

E-mail: info@zichtbarezorg.nl

Samengesteld door:

Zorginhoudelijke indicatoren

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud
Significant

Klantpreferentievragen

Consumentenbond
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

Tot stand gekomen in opdracht en onder eindverantwoordelijkheid van de stuurgroep Zichtbare Zorg
Ziekenhuizen

Den Haag, oktober 2011

Inhoudsopgave

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren	4
1. Algemene informatie over zorginhoudelijke indicatoren	5
2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren Zwangerschap & Bevalling	6
3. Lijst te verzamelen variabelen	15
Bijlage 1: Verwerking commentaar consultatieronde indicatorenset Zwangerschap & Bevalling	16
Deel 2: Klantpreferentievragen	18
Klantpreferentievragen Zwangerschap & Bevalling	19
Bijlage 1: Wijzigingstabel klantpreferentievragen	24
Afkortingenlijst	25

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Zwangerschap en bevalling

Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de indicatorenset Zwangerschap en bevalling bestond uit de volgende personen:
NVOG: Mw. Dr. B.A.M. Braams-Lisman, gynaecoloog, Tergooi ziekenhuizen, 1 dagdeel per week werkzaam bij AMC, polikliniek prenatale diagnostiek
Dhr. Drs. E. Hallensleben, gynaecoloog, Groene Hart ziekenhuis Gouda
Dhr. Dr. M.G.A.J. Wouters, gynaecoloog-perinatoloog, VUmc Amsterdam
ZN: Mw. Drs. E.M.J. Uhlenhop, arts M&G, adviserend geneeskundige, Agis, Amersfoort
Mw. Drs. R.M.A. Geels, arts M&G, adviserend geneeskundige, Zorg & Zekerheid, Leiden
Stichting Kind en Ziekenhuis: Mw. Drs. B.M. Wijsen, patiëntvertegenwoordigster/directeur stichting Kind en Ziekenhuis, Utrecht

Afstemming met bestaande richtlijnen

Bij de ontwikkeling van de indicatoren is gebruik gemaakt van de kennis die is opgedaan in het ontwikkeltraject van onderstaande richtlijnen:

- Richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling. NVA en NVOG. Utrecht, 2008.

De richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling beschrijft onder meer welke medicamenteuze pijnbehandeling het beste resultaat geeft en welke behandeling het meest veilig is, zowel voor moeder als kind. De set indicatoren is gericht op dezelfde patiëntenpopulatie in het ziekenhuis als de richtlijn en heeft alleen betrekking op ziekenhuizen waar bevallingen plaatsvinden. Ziekenhuizen waar geen bevallingen plaatsvinden worden geëxcludeerd.

Populatiebepaling Zwangerschap en bevalling

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Omdat voor deze set gebruik gemaakt wordt van bestaande registraties zoals de PRN/LVR, kunnen veel van de indicatoren daaruit afgeleid worden. Het is van belang de PRN-populatie te gebruiken, de VOKS is immers gericht op in de Perinatale Registratie geregistreerde geboortes die binnen één kalenderjaar plaats vinden.

Peildatum

De structuurindicatoren worden, in verband met de actualiteit, eenmaal per jaar op peildatum 1 maart geregistreerd.

In- en exclusiecriteria

Om een eerlijke vergelijking tussen zorgaanbieders te kunnen maken, heeft de werkgroep in- en exclusiecriteria vastgesteld. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld op leeftijd of comorbiditeit worden uitgesloten. Ook kunnen extra eisen worden gesteld aan de DBC. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een specifieke verrichting.

In- en exclusiecriteria hoeven niet per definitie voor alle indicatoren in de set gelijk te worden toegepast. Soms dienen er bijvoorbeeld extra gegevens te worden verzameld om later te kunnen corrigeren voor comorbiditeit, die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusiecriteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.

2. Zorginhoudelijke indicatoren Zwangerschap en bevalling

Indicator 1: Perinatale audit Nederland	
Relatie tot kwaliteit	Perinatale sterfteregistratie is samen met audit een belangrijk instrument voor verbetering van de zorg voor moeder en kind. Perinatale sterfte is een belangrijk uitkomstmaat voor de kwaliteit van de zorg rond zwangerschap en geboorte.
Operationalisatie 1a	Neemt u deel aan de Perinatale Audit? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 1b	Indien ja bij 1a, Worden alle atermen perinatale sterftes besproken? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 1c	Indien ja bij 1b, Worden daarbij substandaard zorgfactoren benoemd? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 1d	Indien ja bij 1c, Worden op basis daarvan verbeteracties afgesproken en geïmplementeerd? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 1e	Indien ja bij 1d, Worden deze verbeteracties geëvalueerd tijdens een volgende Perinatale Audit? <i>Ja/Nee</i>
Definities	Perinatale sterfte: sterfte na 22 weken zwangerschap tot 4 weken na bevalling Aterm: een bevalling na 37 en vóór 42 voltooide weken zwangerschap Perinatale audit: perinatale audit is een op gestructureerde wijze uitgevoerde kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening inclusief de gebruikte procedures voor diagnose en behandeling, het gebruik van voorzieningen en de resulterende uitkomst en kwaliteit van leven van vrouwen en hun kinderen.
In-/exclusiecriteria	Er wordt afgebakend tot atermen sterftes omdat tot op heden alleen deze zwangerschappen worden besproken in een perinatale audit. Op termijn kan dit wellicht worden uitgebreid tot alle perinatale sterftes.
Bron	Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) en Ziekenhuisregistratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2011 tot en met 31-12-2011
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	1a, 1b, 1c, 1d, en 1e: Structuur
Meetniveau	Ziekenhuis
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit, doelmatigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Onder perinatale sterfte wordt verstaan; een kind wordt dood geboren (foetale sterfte) of een levend geboren kind overlijdt kort na de geboorte (neonatale sterfte) (Waelput, 2010).

De WHO-definitie over perinatale sterfte geeft aan dat het gaat om doodgeboorte of sterfte tot en met 28 dagen na de geboorte, na een zwangerschapsduur van ten minste 22 weken en/of bij een onbekende zwangerschapsduur vanaf 500 gram geboortegewicht en/of met 25 cm kruin-hiellengte (WHO, 2005). In Nederland zijn de belangrijkste risicofactoren voor perinatale sterfte: meerlinggeboortes, oudere moeders die voor de eerste keer zwanger zijn, moeders van niet-westerse afkomst, moeders die roken, moeders met ernstig overgewicht (obesitas), moeders die onvruchtbaarheidsbehandelingen hebben ondergaan.

Perinatale audit is een op gestructureerde wijze uitgevoerde kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening inclusief de gebruikte procedures voor diagnose en behandeling, het gebruik van voorzieningen en de resulterende uitkomst en kwaliteit van leven van vrouwen en hun kinderen (Dunn, 1996). Invoering van een perinatale audit in Engeland, Wales en Noorwegen heeft destijds

geleid tot betere samenwerking binnen de zorg rond zwangerschap en geboorte (CESDI, 2001). Sinds de invoering van de perinatale audit in Noorwegen is naast een betere samenwerking, halvering van perinatale sterfte en hogere kwaliteit geconstateerd (Bergsjø, 2003).

Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep verwacht dat op dit moment nog veel variatie bestaat tussen de verschillende ziekenhuizen en dat er mogelijkheden zijn voor verbetering. Recente invoering van de perinatale audit in Nederland zal mogelijke factoren aan het licht brengen die regionaal en ook landelijk opgepakt worden en naar verwachting tot verbeteringen zullen kunnen leiden.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De indicator is geschikt als spiegelinformatie. De werkgroep raadt aan om komend jaar de data van deze indicator zorgvuldig te bekijken.

Ook zullen de besprekingen in de audit altijd achterlopen ten opzichte van het kalenderjaar. Op deze manier is het mogelijk dat de sterfte in december, pas in januari in het volgende jaar besproken wordt.

Inhoudsvaliditeit

De mate van bewijskracht hiervoor is D, wat wil zeggen dat de werkgroep indicatorontwikkeling hierover consensus heeft bereikt. De werkgroep is van mening dat deze indicator een belangrijke relatie heeft met de kwaliteit van zorg.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor deze indicatoren discrimineren tussen de ziekenhuizen en verbeteringen in kwaliteit van zorg zullen registreren.

Vergelijkbaarheid

De werkgroep is van mening dat controle voor eventuele verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling van patiëntengroepen niet nodig is.

Registratiebetrouwbaarheid

Aangezien het hier gaat om een structuurindicator is er sprake van een geringe registratielast.

Referenties

- Bergsjø P, Bakketeig LS, Langhoff-Roos J. The development of perinatal audit: 20 years' experience. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003; 82: 780-788.
- CESDI, Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy. 8th Annual Report Focusing on Stillbirths, European Comparisons of Perinatal Care, Paediatric Post Mortem Issues, Survival Rates of Premature Babies: Project 27/28. Londen, 2001.
- Dunn PM, McIlwaine G, eds. *Perinatal Audit. A report produced for the European Association of Perinatal Medicine*. New York: Parthenon Publishing Group; 1996.
- Waelpuut AJM (RIVM). Wat is sterfte rond de geboorte en hoe wordt het gedefinieerd? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Sterfte rond de geboorte, 7 december 2010.
- World Health Organization (WHO). WHO Statistical Information System (WHOSIS). Estimated completeness of mortality data for latest year. Perinatal and neonatal mortality. In preparation. Geneva. World Health Organization, 2005.

Indicator 2: Verloskundig samenwerkingsverband	
Relatie tot kwaliteit	De resultaten van de verloskundige zorg in Nederland in vergelijking tot die in andere westerse landen geeft genoeg reden om verbetering na te streven. In de recente aanbevelingen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) neemt de aansluiting tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorg een belangrijke plaats in. Deze aansluiting krijgt gestalte in de vorm van een regionaal verloskundig samenwerkingsverband (VSV). Het is bij een spoedmelding belangrijk dat de noodzakelijke voorbereidingen in het ziekenhuis tijdig plaatsvinden en een behandeling na aankomst van patiënte zonder onnodig tijdsverlies kan starten.
Operationalisatie 2a	Zijn in het verloskundig samenwerkingsverband (VSV) bindende afspraken gemaakt over het direct na een spoedmelding van de eerste lijn opstarten van de noodzakelijke voorbereidingen in het ziekenhuis? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 2b	Indien ja bij 2a, Zijn deze afspraken schriftelijk vastgelegd in een protocol? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 2c	Indien ja bij 2b, Zijn in dit protocol levensbedreigende condities voor moeder en kind benoemd waarbij, na een spoedmelding van de eerste lijn, de noodzakelijke voorbereidingen worden opgestart? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 2d	Worden er gemeenschappelijke scholingen georganiseerd voor gynaecologen, eerste en tweedelijns verloskundigen en/of verloskundig actieve huisartsen? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 2e	Zijn er afspraken gemaakt over uniforme voorlichting over pijnbestrijding door de eerste en tweede lijn? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 2f	Indien ja bij 2e, Zijn deze afspraken schriftelijk vastgelegd in een protocol? <i>Ja/Nee</i>
Definitie	VSV: Een VSV bestaat uit alle professionals die samen lokaal de zorg rond zwangerschap en geboorte leveren.
In-/exclusiecriteria	n.v.t.
Bron	Ziekenhuis
Peildatum	01-03-2012
Rapportagefrequentie	1x per jaar
Type indicator	Structuur
Meetniveau	Ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit, tijdigheid, doelmatigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Bij een onverwachte spoedsituatie thuis moet nodeloos tijdverlies vermeden worden. Het onderlinge vertrouwen tussen de professionals in het verloskundig netwerk moet dusdanig groot zijn, dat bij een telefonische spoedoverdracht vanwege een levensbedreigende situatie voor moeder en/of kind vanuit de eerste lijn, de gynaecoloog (poortspecialist) per direct de noodzakelijke vervolgstappen regelt. De ter zake kundige professionals staan hierdoor klaar op het moment dat de zwangere in het ziekenhuis arriveert, zodat zonder uitstel de noodzakelijke behandeling kan worden gegeven (sectio, andere kunstverlossing, opvang pasgeborene en dergelijke) (Achmea/Agis, 2010).

Eén van de normen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) is het 24/7 starten van een acute verloskundige behandeling binnen 15 minuten na aankomst in het ziekenhuis (Schippers, 2010). Uit onderzoek van de NVZ (Van der Putten et al., 2010) blijkt dat de processen rondom de start van behandeling in 92% van de locaties in meer of mindere mate geoptimaliseerd moeten worden, om er 'zeker' van te zijn dat de behandeling binnen 15 minuten start.

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) is van mening dat overal in Nederland een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) actief moeten zijn. Een VSV bestaat uit alle professionals die samen lokaal de zorg rond zwangerschap en geboorte leveren. Meestal wordt dit gebaseerd op het werkgebied van een ziekenhuis. Dus alle verloskundigen, verloskundige actieve huisartsen, gynaecologen, kinderartsen en kraamzorginstellingen die in een bepaald gebied zorg leveren, maken deel uit van dat betreffende VSV. De Stuurgroep erkent dat er in Nederland tien

perinatologische centra zijn die een ziekenhuisoverstijgende specifieke verantwoordelijkheid hebben in de bewaking van de kwaliteit van de zorg rond zwangerschap en geboorte.

Mogelijkheden tot verbetering

Deze indicator moet leiden tot een beter inzicht in het gebruik van het verloskundig samenwerkingsverband om een optimale samenwerking te bewerkstelligen tussen de verschillende disciplines. De werkgroep verwacht dat op dit moment nog veel variatie bestaat tussen de verschillende ziekenhuizen en dat er mogelijkheden zijn voor verbetering.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Er worden geen beperkingen bij gebruik en interpretatie verwacht.

Inhoudsvaliditeit

Het gebruik van een regionaal verloskundig samenwerkingsverband wordt gezien als een voorwaarde voor goede zorg. Er zijn geen onderzoeken bekend naar het effect van het gebruik van een verloskundig samenwerkingsverband op de kwaliteit van zorg.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

De werkgroep verwacht dat de indicator voldoende tussen ziekenhuizen discrimineert en verbeteringen in kwaliteit van zorg zal registreren.

Vergelijkbaarheid

De werkgroep is van mening dat controle voor eventuele verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling van patiëntengroepen niet nodig is.

Registratiebetrouwbaarheid

Aangezien het hier gaat om een structuurindicator is er sprake van een geringe registratielast.

Referenties

- Achmea/Agis. Verloskunde Wegingsdocument Benchmark Ziekenhuiskwaliteit. 2010
- Van der Putten J, Lemmens K, Rooijmans D (NVZ). Acute Verloskunde: Praktijkonderzoek naar gevolgen van 'Een goed begin'. Breukelen: NVZ, 2010.
- Schippers EI. Notitie Zwangerschap en geboorte. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, 14 december 2010.

Indicator 3: Aantal Sectiones Caesarea	
Relatie tot kwaliteit	In Nederland steeg het overall sectiopercentage van 7,4 in 1990 tot 15,1 in 2007. Hoewel de stijging relatief het grootst was voor stuitligging, meerlingzwangerschappen en extreme vroeggeboorte, was de toename in absolute aantallen het grootst voor vrouwen met een atermee eenlingzwangerschap met het kind in hoofdligging. Met de toename van het aantal sectio's is te verwachten dat de incidentie van directe complicaties, waaronder bloeding en infectie, maar ook van latere gevolgen zoals uterusruptuur, placenta praevia en accreta, zal stijgen.
Operationalisatie 3a	Percentage primaire sectio's bij atermee nulliparae met eenling in hoofdligging
Teller 3a	Aantal bevallingen waarbij een primaire sectio is verricht bij atermee nulliparae met eenling in hoofdligging
Noemer 3a	Aantal bevallingen bij atermee nulliparae met eenling in hoofdligging
Operationalisatie 3b	De VOKS-percentiel primaire sectio's
Definities	Sectio Caesarea: keizersnede Primaire sectio Caesarea: geplande keizersnede, een keizersnede waartoe al besloten is voor het begin van weeën. Let op: De benaming primaire sectio zal binnenkort worden gewijzigd in de PRN naar Geplande sectio (Secundaire sectio wordt dan Sectio algemeen genoemd).
In-/exclusiecriteria	n.v.t.
Bron	Perinatale Registratie Nederland (PRN) LVR2, informatie uit VOKS2i van PRN
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2011 tot en met 31-12-2011
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Uitkomst
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, doelmatigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Een sectio is een operatie waarbij het kind op niet-natuurlijke wijze geboren wordt. Niet-natuurlijk betekent dat het kind niet via de vagina geboren wordt. Deze operatieve bevalling werd een jaar of 30 geleden nog weinig uitgevoerd (5%), maar dat aantal is steeds verder toegenomen en bedraagt nu meer dan 15% van alle geboren kinderen in Nederland. In alle ons omringende landen is dat cijfer hoger en er zijn zelfs landen die tegen de 40% zitten. Hoewel het aantal sectio's in Nederland dus internationaal gezien laag is, neemt het aantal de afgelopen jaren wel toe (IGZ, 2009).

Een sectio wordt verricht als een bevalling via de vagina (schede) niet mogelijk is of te grote risico's met zich meebrengt voor de moeder, het kind of voor beiden. Soms is al vóór de zwangerschap duidelijk dat te zijner tijd een keizersnede noodzakelijk zal zijn, bijvoorbeeld als de vrouw een operatie gehad heeft in verband met een ernstige verzakking. In andere gevallen blijkt tijdens de zwangerschap dat een keizersnede nodig is, bijvoorbeeld als de placenta (moederkoek) voor de baarmoedermond ligt, als een vleesboom de indaling van het kind verhindert, of als er complicaties zijn zoals een placenta die onvoldoende functioneert. In deze gevallen spreekt men van een geplande of primaire sectio (Essed, 2000). De NVOG stelt dat een geplande sectio Caesarea uitsluitend te rechtvaardigen is voor indicaties waarvan is aangetoond of waarvan in redelijkheid mag worden verwacht dat een geplande sectio Caesarea gezondheidswinst oplevert voor moeder en/of het kind (NVOG-richtlijn, 2011).

Soms wordt een primaire sectio verricht op niet-medische (electieve) indicatie, te weten op uitdrukkelijk verzoek van de vrouw. Dit heeft dan veelal te maken met een niet behandelbare angst voor een vaginale baring, waarbij in overleg met de psycholoog en/of psychiater gekozen wordt voor een keizersnede.

Mogelijkheden tot verbetering

Deze indicator moet leiden tot een beter inzicht in het aantal primaire sectio's en daardoor ook wellicht het aantal sectio's zonder medische indicatie. Op dit moment is er een grote variatie tussen de verschillende ziekenhuizen. De percentages voor ongeplande sectio's variëren van 7,3% tot 30,2% (Westert et al., 2010).

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Het percentage primaire sectio's zegt slechts gedeeltelijk iets over het aantal electieve sectio's. Een toename van het aantal primaire sectio's over een periode van aantal jaren is mogelijk een indicatie voor een toename van het aantal electieve ingrepen. De werkgroep raadt tevens aan om komend jaar de data van deze indicator zorgvuldig te bekijken.

Inhoudvaliditeit

De werkgroep is van mening dat een geplande sectio Caesarea uitsluitend te rechtvaardigen is voor indicaties waarvan is aangetoond of waarvan in redelijkheid mag worden verwacht dat een geplande sectio Caesarea gezondheidswinst oplevert voor moeder en/of het kind. De mate van bewijskracht hiervoor is D, wat wil zeggen dat de werkgroep indicatorontwikkeling hierover consensus heeft bereikt. De werkgroep is van mening dat deze indicator een belangrijke relatie heeft met de kwaliteit van zorg.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

De werkgroep verwacht dat deze indicator op betrouwbare wijze is te meten en onder gelijkblijvende omstandigheden dezelfde resultaten oplevert.

Vergelijkbaarheid

De VOKS-percentiel is al gecorrigeerd voor casemix. Bij de VOKS wordt rekening gehouden met vijftien factoren die invloed kunnen uitoefenen op het percentage keizersneden.

Registratiebetrouwbaarheid

In elk Nederlands ziekenhuis wordt sinds 1983 het aantal keizersneden geregistreerd. Dit gebeurt centraal, via de Landelijke Verloskundige Registratie (LVR). Deze registraties kunnen met elkaar worden vergeleken door middel van de Verloskundige Onderlinge Kwaliteits Spiegeling (VOKS). Door de VOKS zijn de gegevens onderling beter vergelijkbaar en kan het ene ziekenhuis zich spiegelen aan het andere ziekenhuis, op een betere manier dan met het aantal of percentage keizersneden alleen (NVOG, 2005).

Referenties

- Centraal Bureau voor de Statistiek. De Nederlandse samenleving 2007. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2007:166.
- Essed, GGM. Patiëntenvoorlichting De keizersnede. NVOG. Utrecht, 2000.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2008. Kwaliteitsindicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag: IGZ, 2009a.
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn: Indicatiestelling sectio Caesarea. Utrecht: NVOG, 2011.
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn: Zwangerschap en partus na een eerdere sectio. Utrecht: NVOG, 2009.
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Keizersnede: De kwaliteit van verloskundige zorg en het aantal keizersneden in uw ziekenhuis. Utrecht: NVOG, 2005.
- Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale zorg in Nederland 2007. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2009. <http://www.perinatereg.nl>
- Westert, GP, van den Berg, MJ, Zwakhals, SLN, Heijink, R, de Jong, JD, Verkleij, H. Zorgbalans 2010, de prestaties van de Nederlandse zorg. RIVM. Bilthoven, 2010.

Indicator 4: Epidurale analgesie	
Relatie tot kwaliteit	Baringspijn kan hevig zijn. Tot op heden geeft de epidurale of CSE analgesie de beste pijnbestrijding met de minste bijwerkingen gedurende de partus. De toepassing is wereldwijd en internationale richtlijnen komen goed overeen. Als belangrijk onderdeel van goede obstetrische en anesthesiologische zorg wordt gelijke beschikbaarheid gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week van epidurale of CSE pijnstilling gezien. Epidurale analgesie is, wat de balans tussen effectiviteit van de pijnbehandeling en de veiligheid voor moeder en kind betreft, superieur aan systemische behandeling met morfine-preparaten en wordt daarom aanbevolen als pijnbehandeling van eerste keuze (aanbeveling 5 uit de richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling). Voor de barendende is het van belang dat deze behandeling ook buiten kantooruren (dus 's avonds, 's nachts en in het weekend) wordt gegeven.
Operationalisatie	Percentage patiënten met epiduraal analgesie (PDA) of gecombineerd spinale-epidurale (CSE) dat 's nachts (23-11 uur) en in het weekend is bevallen
Teller	Aantal vrouwen dat doordeweeks tussen 23.00 en 11.00 uur en in het weekend bevallen is met epidurale analgesie of gecombineerd spinale-epidurale (CSE) al tijdens de ontsluiting
Noemer	Aantal vrouwen dat doordeweeks tussen 23.00 en 11.00 uur en in het weekend bevallen is minus het aantal primaire sectio's tussen die tijdstippen
Definities	Epidurale analgesie/gecombineerd spinaal-epiduraal (CSE): pijnstilling door toediening van analgetica rondom het ruggenmerg en/of in de epidurale ruimte. Weekend: Het weekend loopt van zaterdag 00.00 uur tot maandag 00.00 uur (Let op: de vrijdagavond vanaf 23.00 uur en de maandagochtend tot 11.00 uur zijn ook van toepassing op deze indicator). Primaire sectio Caesarea: geplande keizersnede, een keizersnede waartoe al besloten is voor het begin van weeën. Let op: De benaming primaire sectio zal binnenkort worden gewijzigd in de PRN naar Geplande sectio (Secundaire sectio wordt dan Sectio algemeen genoemd).
In-/exclusiecriteria	Inclusie: De indicator wordt berekend uit alle bevallingen die niet met een primaire sectio begonnen én waarbij de begeleiding begon tijdens of vóór de ontsluiting. Exclusie: Patiënten waarbij de begeleiding begint tijdens de uitdrijving en patiënten met een primaire sectio; buiten genoemde tijdstippen
Bron	LVR2, informatie uit VOKS2i van PRN
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2011 tot en met 31-12-2011
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Proces
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid, doelmatigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

In 2005 biedt 40% van de Nederlandse ziekenhuizen 24-uursservice voor epidurale analgesie bij de partus (Nijhuis, 2005). Kind en Ziekenhuis meldt dat in 2008 65% van de ziekenhuizen epidurale analgesie biedt. Het streefniveau, bij de huidige filosofie omtrent het natuurlijk beloop van de partus en de organisatie van de obstetrische zorg, is om in meer dan 90% van de ziekenhuizen de mogelijkheid te bieden.

In Engeland, Frankrijk, Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland, België, is deze indicator 85 tot 100% (van Gorp, 2005; Zwetsch-Rast, 2002; Bartussek, 2004; Meuser, 1997; Stamer, 1999; Palot, 1998; Burnstein, 1999).

Mogelijkheden tot verbetering

In de gezamenlijk ontwikkelde richtlijn van NVA, NVOG en KNOV zijn goede organisatorische afspraken beschreven om deze indicator op het streefniveau te brengen. Tevens dient er aandacht te komen voor informed consent en voorlichting aan potentiële patiënten die daar prijs op stellen, bijvoorbeeld door de mogelijkheid te bieden voor een gesprek op de preoperatieve polikliniek (Stad, 1995). In algemeen voorlichtingsmateriaal, beschikbaar op de polikliniek obstetrie, kan gewezen worden op bijwerkingen en complicaties van epidurale analgesie bij de partus.

Beperkingen bij het gebruik en interpretatie

In de PRN wordt op dit moment het tijdstip van plaatsing van een epiduraal niet geregistreerd. De uitgebreide PRN-dataset, die meer mogelijkheden biedt, is nog niet overal geïmplementeerd. In de LVR2-deelregistratie wordt alleen het tijdstip van geboorte geregistreerd. Daarom is voor de VOKS2 door PRN op advies van de VOKS2-begeleidingscommissie gekozen om de geboortes tussen 23.00 uur en 11.00 uur te tellen. Bij deze geboortetijdstippen kan ervan worden uitgegaan dat de epiduraal gezet is buiten kantoortijden.

Inhoudsvaliditeit

Epidurale perinatale pijnbehandeling is wereldwijd een veel toegepaste techniek waar ruimschoots onderzoek naar is gedaan. Epidurale analgesie is, uit oogpunt van effectiviteit en veiligheid voor moeder en kind, superieur aan systemische pijnbehandeling met morfine-preparaten en wordt daarom aanbevolen als pijnbehandeling van eerste keuze. Daarom dient epidurale pijnbestrijding 7 x 24 uur, dus ook tijdens nachtelijke uren, goed beschikbaar te zijn.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

Op basis van ervaringen uit de kwaliteitsvisitaties en Nederlandse literatuur (van Gorp 2005; Nijhuis 2005) worden er aanzienlijke verschillen verwacht tussen ziekenhuizen.

Aangezien er voldoende variatie in de praktijk lijkt te bestaan verwacht de werkgroep dat de indicator voldoende tussen ziekenhuizen discrimineert en verbeteringen in kwaliteit van zorg zal registreren. Deze indicator geeft inzicht in de mate waarin vrouwen tijdens nachtelijke uren van epidurale pijnstilling gebruik maken. Bij een 7 x 24 uren gelijke beschikbaarheid zal dit percentage rond de 50% uitkomen. Bij de interpretatie van deze indicator is de toelichting van het ziekenhuis op het percentage van belang.

Vergelijkbaarheid

Controle voor verschillen in demografische en sociaaleconomische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen is niet nodig volgens de werkgroep.

Registratiebetrouwbaarheid

Het percentage vrouwen dat tijdens nachtelijke uren jaarlijks met (Patiënt Controlled) Epidural Analgesia of een andere vorm van pijnbehandeling bevalt, wordt in Nederland geregistreerd in de LVR2 en wordt sinds 2007 als indicator in de Verloskundige Onderlinge Kwaliteits Spiegeling (VOKS) gepresenteerd. Dit waardevolle instrument van intercollegiale kwaliteitstoetsing (Elferink-Stinkens, 2000) wordt sinds enkele jaren ingezet bij visitaties en bij externe controle (Prestatie-indicatoren IGZ).

Referenties

- Bartussek E, Fatehi S, Motsch J, Grau T. Umfrage zur aktuellen Situation der Regionalanästhesie im deutschsprachigen Raum. Teil 3: Verfahren der geburtshilflichen Anästhesie. Der Anaesthesist 2004 Oct;53(10):993-1000.
- Burnstein R, Buckland R, Pickett JA. A survey of epidural anaesthesia for labour in the United Kingdom. Anaesthesia 1999; 54: 634-640.
- Elferink-Stinkens PM. `Quality management in obstetrics` 2000, proefschrift UMC Radboud.
- Gorp van SFJ, Krommendijk EJ, Marcus MAE, Balthasar AJR, Kerckamp HEM. Do we need a national guideline for obstetric analgesia in the Netherlands? Evaluation of a questionnaire among dutch anesthetists. Ned Tijdschr Anaesthesiol 2005; 18: 100-3.
- Meuser T, Grond S, Lynch J, Irnich MF, Lehmann KA. Stand der Analgesie und Anästhesie in der Geburtshilfe. Eine Umfrage aus Nordrhein-Westfalen. Der Anaesthesist 1997; 46: 532-5.

- Nijhuis JG. Bepaald geen luxe – epidurale analgesie tijdens de partus. Medisch Contact 2005; 60: 611-613.
- Palot M, Leymarie F, Jolly DH, Visseaux H, Botmans DC, Mariscal CA. Request of epidural analgesia by women and obstetrical teams in four French areas. part II: management of epidural analgesia. Annales Francaises d`Anesthesia et de reanimation. 25(6): 569-576.
- Richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling. NVA en NVOG. Utrecht, 2008.
- Stad HH. Epidurale pijnbestrijding bij de partus, algemene en juridische aspecten. Ned T.v Anesthesiologie 1995; 8: 5-10.
- Stamer UM, Messerschmidt A, Wulf H, Hoeft A. Practice of epidural analgesia for labour pain: a German survey. Europ J Anaesthesiol 1999; 16: 308-314.
- Zwetsch-Rast G, Siegemund M, Schneider M. Analgesie und Anesthesie zur Geburtshilfe in der Schweiz 1999. Der Anaesthesist 2002; 51: 103-9.

3. Lijst te verzamelen variabelen

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gegevens voor het bepalen van de indicatoren verzameld worden. Dit gebeurt aan de hand van een variabelenlijst. Een variabele is een te verzamelen data-element.

Variabelenlijst

Structuurindicatoren (indicator 1 en 2) worden op ziekenhuisniveau verzameld. Het is voor deze indicatoren voldoende om één keer per jaar een vraag met ja of nee te beantwoorden. Om de proces- en uitkomstindicatoren (indicator 3 en 4) te bepalen worden gegevens op patiëntniveau verzameld. Voor de indicatorenset Zwangerschap en bevalling wordt voor deze indicatoren gebruik gemaakt van de VOKS2i die door de Stichting Perinatale Registratie Nederland wordt aangeleverd. Om deze reden is er geen variabelenlijst opgenomen.

Bijlage 1: Verwerking commentaar consultatieronde indicatorenset Zwangerschap en bevalling

In de onderstaande tabel zijn alleen commentaren opgenomen die deels of niet verwerkt zijn, of ter kennisgeving zijn aangenomen. Overige commentaren zijn doorgevoerd in de indicatorenengids en zijn daarom niet nogmaals in de tabel benoemd.

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
Algemene opmerkingen			
Geautoriseerd	ZN	Ter kennisneming	
Geautoriseerd	NVOG	Ter kennisneming	
Ons inziens is er een grote overlap met de VOKS en zijn er ook tools zoals LVR insight die gebruikt kunnen worden. Een betere integratie van reeds bestaande databases ligt voor de hand.	NFU	Ter kennisneming	De data wordt aangeleverd uit LVR2, informatie uit VOKS2i van de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN).
Tot voor kort waren er problemen met het tijdig kunnen aanleveren van data (denk aan het VOKS-percentiel voor de IGZ) wanneer deze afkomstig waren van LVR2.	NFU	Ter kennisneming	
Structuurindicatoren kunnen eenvoudig worden beantwoord. De uitkomstindicatoren kunnen worden opgevraagd bij het PNR waardoor geen registratielast.	NVZ	Ter kennisneming	
Indicator 1: Perinatale audit Nederland			
Indicator 1 niet akkoord. De NFU sluit zich verder aan bij de NVOG.	NFU	Ter kennisneming	Indicator 1 is gewijzigd in een structuurindicator. De percentages die in deze indicator werden gevraagd zijn verwijderd.
Vermijdbare sterfte kan verkeerd worden geïnterpreteerd.	NFU	Deels verwerkt	Indicator 1 is gewijzigd in een structuurindicator. Hierbij is o.a. indicator 1e over de vermijdbare sterfte komen te vervallen en vervangen door: <i>Worden deze verbeteracties geëvalueerd tijdens een volgende Perinatale Audit? Ja/Nee</i>
Niet uit eigen registraties te halen	NVZ	Ter kennisneming	Indicator 1 is gewijzigd in een structuurindicator. Hierbij is o.a.

Commentaar*	Vereniging/organisatie	Verwerkt/Niet verwerkt	Toelichting
			indicator 1e over de vermijdbare sterfte komen te vervallen en vervangen door: <i>Worden deze verbeteracties geëvalueerd tijdens een volgende Perinatale Audit? Ja/Nee</i>
Indicator 2: Verloskundig samenwerkingsverband			
Indicator 3: Aantal Sectiones Caesarea			
Het VOKS-sectiopercentage hebben we 5 jaar lang gehad als indicator bij IGZ. IGZ zelf kwam tot de conclusie dat de indicator niet geschikt is voor extern gebruik en wilde hem schrappen.	NFU	Deels verwerkt	De indicatoren over de secundaire sectio's (3c en 3d) zijn komen te vervallen. Indicator 3a is aangepast naar: Het percentage primaire sectio's <i>bij atermen nulliparae met eenling in hoofdligging</i> .
Indien het onderscheid tussen primaire en secundaire sectio's uit DBC registratie te halen is, is de indicator aan te leveren.	NVZ	Ter kennisgeving	Voor deze indicator hoeft geen gebruik gemaakt te worden van de DBC registratie. De gevraagde gegevens worden vastgelegd door de Stichting Perinatale Registratie Nederland, waardoor de gegevens relatief makkelijk op te vragen zijn.
Indicator 4: Epidurale analgesie			
De data kan alleen uit het eigen elektronisch verloskunde dossier worden gehaald. Dit vraagt heel veel tijd.	NFU	Niet verwerkt	De data wordt aangeleverd uit LVR2, informatie uit VOKS2i van PRN.
De epiduraal-indicator is niet compleet als je het nacht-% niet kan vergelijken met het dag-%. Bovendien weten we uit de analyse van de gegevensuitvraag van ZiZo 2009, en het daaruit voortgekomen artikel van De Neef, Franx & Schynz in ons eigen NTOG dat de 'nachtelijke epiduraal' niet betrouwbaar uit LVR2 berekend kan worden.	NFU	Ter kennisgeving	Aangezien de werkgroep de indicator inhoudelijk gezien van groot belang vindt, heeft zij ervoor gekozen om de indicator wel in de set op te nemen.

* Indien nodig is commentaar samengevat

Deel 2: Klantpreferentievragen

Vragenlijst klantpreferenties Zwangerschap en bevallen

De volgende vragen gaan in op het aanbod van de zorg rondom zwangerschap en bevallen in het ziekenhuis. Deze informatie kan bijdragen aan de beeldvorming van de patiënt/consument om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. De klantpreferentievragen zijn opgesteld door de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, in samenwerking met Stichting Kind en Ziekenhuis.

Om te achterhalen welke informatie de patiënt wil gebruiken om een ziekenhuis op te kiezen, zijn er focusgroepen en/of telefonische interviews gehouden. Door middel van een vragenlijst aan een grotere groep patiënten is onderzocht welke aspecten voor deze groep patiënten het meest van belang zijn.

Bij elke vraag worden, waar nodig, definities beschreven en de technische haalbaarheid toegelicht. Daar waar 'ziekenhuis' of 'ziekenhuislocatie' staat, kan ook 'zelfstandig behandelcentrum' gelezen worden.

Verblijf pasgeboren baby	
Vraag 1	<p>A. Verblijft op uw ziekenhuislocatie de pasgeboren baby voortdurend¹ bij de moeder op de kamer?^{2*}</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____</p> <p>B. Is het op uw ziekenhuislocatie mogelijk dat de pasgeboren baby bij de moeder op de kamer verblijft, indien de moeder moet worden opgenomen?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____</p> <p>C. Is het op uw ziekenhuislocatie voor de moeder mogelijk om, indien de pasgeboren baby moet worden opgenomen, bij haar kind te overnachten (rooming-in)?^{3*}</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____</p>
<i>Definities</i>	<p>¹ Situaties uitgezonderd waarbij de moeder of het kind van elkaar afgezonderd moeten worden, zoals medische complicaties van moeder/kind of verzorging van het kind en/of de moeder die niet op de kamer kan plaatsvinden.</p> <p>² Met de kamer wordt de ruimte bedoeld waar de moeder en de baby gedurende korte tijd na de bevalling verblijven alvorens zij uit het ziekenhuis worden ontslagen.</p> <p>³ De mogelijkheid voor de moeder om 24 uur per dag bij de baby te blijven en een deel van de verzorging op zich te nemen (rooming-in).</p>
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2012

Begeleiding bij bevalling																							
Vraag 2	<p>A. Wie verzorgt op uw ziekenhuislocatie de begeleiding van de vrouw gedurende de bevalling?*</p> <p><i>(aanvinken, per zorgprofessional meerdere antwoorden mogelijk)</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: right;">Bevalling</th> <th>1. Eerstelijns bevalling</th> <th>2. Tweedelijns bevalling</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Begeleiding door</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. Obstetrie- en gynaecologieverpleegkundige</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Kraamverzorgende</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Verloskundige uit de eerste lijn</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Klinisch verloskundige</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anders, namelijk:</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </tbody> </table>		Bevalling	1. Eerstelijns bevalling	2. Tweedelijns bevalling	Begeleiding door			a. Obstetrie- en gynaecologieverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Kraamverzorgende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Verloskundige uit de eerste lijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Klinisch verloskundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk:	_____	
Bevalling	1. Eerstelijns bevalling	2. Tweedelijns bevalling																					
Begeleiding door																							
a. Obstetrie- en gynaecologieverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
b. Kraamverzorgende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
c. Verloskundige uit de eerste lijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
d. Klinisch verloskundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Anders, namelijk:	_____																						
	<p>B. Op welk moment gedurende de bevalling op uw ziekenhuislocatie wordt de zwangere begeleid?¹*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Op medisch noodzakelijke momenten (o.a. tijdens uitdrijving)</p> <p><input type="checkbox"/> Op medisch noodzakelijke momenten en wanneer de zwangere aangeeft hier behoefte aan te hebben</p> <p><input type="checkbox"/> Continu, vanaf binnenkomst tot en met einde bevalling</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk _____</p>																						
Definities	<p>¹ Met continue begeleiding wordt de begeleiding bedoeld van het moment van binnenkomst van de vrouw in het ziekenhuis tot de uitdrijving van het kind, waarbij de vrouw niet alleen gelaten wordt. Begeleiding kan plaatsvinden door bijvoorbeeld een obstetrie- en gynaecologieverpleegkundige, kraamverzorgende verloskundige of tweedelijnsverloskundige.</p>																						
Technische haalbaarheid	<p>* Peildatum: 1 maart 2012</p>																						

Faciliteiten verloskundeafdeling en neonatologieafdeling			
Vraag 3	A. Welke faciliteiten zijn er op de verloskundeafdeling van uw ziekenhuislocatie aanwezig?*		
	<i>(aanvinken, per faciliteit één antwoord mogelijk)</i>		
	Faciliteit	Aanwezig	
		Ja	Nee
	a. Kraamsuite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. 1-persoonskamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Rooming-in van partner ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Eigen badkamer (voorzien van wastafel, toilet en douche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Babybadje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Aankleedtafel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. Eettafel met stoelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h. Magnetron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	i. Koelkast (die met eigen producten gevuld mag worden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j. Televisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	k. Telefoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	l. Geluidsinstallatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	m. Internetverbinding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	n. Lactatiekundige verbonden aan de ziekenhuislocatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	o. Anders, namelijk:	_____	
	B. Welke van de volgende aspecten worden (volgens de NIDCAP-methode²) op uw ziekenhuislocatie toegepast op de neonatologieafdeling?*		
	<i>(aanvinken, per aspect één antwoord mogelijk)</i>		
	Aspect	Toegepast	
	Ja	Nee	
a. De ziekenhuislocatie werkt volgens NIDCAP-methode ³ waardoor alle onderstaande aspecten aangeboden worden op de ziekenhuislocatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Terugbrengen van omgevingsprikkels ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Hulpmiddelen om de motorische ontwikkeling te bevorderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Middelen om de baby zich meer geborgen te laten voelen ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Afstemmen van het tijdstip van de (medische) handelingen aan het ritme van de baby ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Betrekken ouders bij de verzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Ouders leren het gedrag van de baby te herkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Kangoeroeën (buidelen) van de baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Zelfregulatiegedrag van de baby bevorderen ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Anders, namelijk:	_____		
Definities	¹ De mogelijkheid voor de partner om 24 uur per dag bij de baby en de moeder van de baby te blijven en een deel van de verzorging op zich te nemen (rooming-in) ² Newborn Individualised Developmental Care and Assessment Program. Het is een methode van ontwikkelingsgerichte zorg voor het couveusekind. Dit is gericht op de optimale ontwikkeling van het individuele kind. Hierbij speelt observatie en ook het betrekken van de ouders in de zorg voor het kind een belangrijke rol. ³ Zoals het afdekken van de couveuse met een doek ⁴ De baby zal zich meer geborgen voelen als de baarmoeder wordt nagebootst. Dit kan met bijvoorbeeld met behulp van een 'nestje' (een plat kussentje met een opstaand randje voor de rug) of een schapenvachtje. ⁵ Handelingen omvatten o.a. de medische handelingen, het voeden en het verzorgen van de baby.		

	⁶ De baby zichzelf te laten troosten en zelf de emoties in bedwang te helpen houden door te zuigen op een fopspeen of een vinger.
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2012

Rol partner																														
Vraag 4	<p>A. Bij welke van onderstaande aspecten speelt de partner een actieve rol tijdens en na de bevalling?^{1*}</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Aspect</th> <th colspan="2">Rol van de partner</th> </tr> <tr> <th>Ja</th> <th>Nee</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Het meten en noteren van de tijd tussen de weeën (met behulp van een stopwatch)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Doorknippen van de navelstreng</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Wassen van de baby na de bevalling</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Wegen en opmeten van de baby</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Eerste luier van de baby omdoen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Aankleden van de baby</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Het opvangen van de baby bij de geboorte</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. Anders, namelijk:</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>B. Wordt bij aankomst² op uw ziekenhuislocatie standaard aan de vrouw (en/of partner) gevraagd of er een geboorteplan is opgesteld, waar de ziekenhuislocatie rekening mee kan houden?^{3*}</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____</p>	Aspect	Rol van de partner		Ja	Nee	a. Het meten en noteren van de tijd tussen de weeën (met behulp van een stopwatch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Doorknippen van de navelstreng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Wassen van de baby na de bevalling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Wegen en opmeten van de baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Eerste luier van de baby omdoen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Aankleden van de baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Het opvangen van de baby bij de geboorte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Anders, namelijk:	_____	
Aspect	Rol van de partner																													
	Ja	Nee																												
a. Het meten en noteren van de tijd tussen de weeën (met behulp van een stopwatch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
b. Doorknippen van de navelstreng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
c. Wassen van de baby na de bevalling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
d. Wegen en opmeten van de baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
e. Eerste luier van de baby omdoen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
f. Aankleden van de baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
g. Het opvangen van de baby bij de geboorte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
h. Anders, namelijk:	_____																													
<i>Definities</i>	<p>¹ Uitgezonderd bevallingen waarbij door medische complicaties onderstaande aspecten niet door de partner kunnen worden uitgevoerd.</p> <p>² Hiermee wordt de aankomst van de vrouw op uw ziekenhuislocatie op de dag van haar bevalling bedoeld.</p> <p>³ Uitgezonderd bevallingen waarbij door medische omstandigheden er geen tijd meer is om het geboorteplan in te zien.</p>																													
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2012																													

Onderscheid t.o.v. andere ziekenhuizen																				
Vraag 5	<p>Graag horen wij van u waarin uw ziekenhuis(locatie) excelleert. U kunt dit hieronder aangeven en daarna uw antwoord toelichten. De vraag gaat specifiek over de zorg rond zwangerschap en bevallen.</p> <p>Wij vragen u de voorbeelden te geven waarmee uw ziekenhuis zich onderscheidt¹ in termen van excelleren en aan te geven wat dit voor de patiënt betekent.*</p> <p><i>(invullen)</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Onderscheidend op het gebied:</th> <th>Concreet voorbeeld</th> <th>Voordelen voor de patiënt?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p>		Onderscheidend op het gebied:	Concreet voorbeeld	Voordelen voor de patiënt?															
Onderscheidend op het gebied:	Concreet voorbeeld	Voordelen voor de patiënt?																		
<i>Definities</i>	¹ Bijvoorbeeld op de volgende gebieden: innovatieve diagnostiek en/of innovatieve behandelmethoden, (para)medische expertise, handelen vanuit patiëntenperspectief, de (praktische) organisatie van de zorg, ondersteunen patiënten op het gebied van zelfregie en zelfmanagement, etc.																			
<i>Technische haalbaarheid</i>	*Peildatum: 1 maart 2012.																			
<i>Toelichting</i>	Deze vraag is bedoeld om belangrijke innovaties en projecten gericht op verbetering van de zorg rond zwangerschap en bevallen. Het gaat dan om projecten die voor zover bekend uniek zijn voor uw ziekenhuislocatie. Deze vraag is niet bedoeld voor het maken van vergelijkingen.																			

Bijlage 1: wijzigingstabel Vragenlijst klantpreferenties

Deze vragenlijst is dit jaar opnieuw ontwikkeld. Er is dus geen wijzigingstabel opgenomen.

Afkortingenlijst indicatorenengids Zwangerschap en bevalling

CSE	Gecombineerd Spinaal-Epiduraal
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
PAN	Perinatale Audit Nederland
PRN	Perinatale Registratie Nederland
VOKS	Verloskundige Onderlinge Kwaliteits Spiegeling
VSV	Verloskundig SamenwerkingsVerband
WHO	World Health Organization
ZBC	Zelfstandige BehandelCentra
ZN	Zorgverzekeraars Nederland