



Rapport 260101005/2009

M. Kooistra et al.

Kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde

Bevalt het?

RIVM Rapport 260101005/2009

Kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde

M. Kooistra
A.J.M. Waelput
J. de Boer, KNOV
W. van Driel, KNOV
P. Offerhaus, KNOV
J. Blaauw, VVAH
N.D. Ketel-Hamaker, eerstelijnsverloskundige
M.P. Amelink-Verburg, IGZ
A.L. den Ouden, IGZ
M. van der Kolk, IGZ
W.C. Graafmans

Contact:
Mieneke Kooistra
Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek
mieneke.kooistra@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, in het kader van Programma 6

© RIVM 2009

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Rapport in het kort

Kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde

Om de kwaliteit van thuisbevallingen in Nederland in kaart te brengen en te verbeteren, is een set van 23 indicatoren gedefinieerd. Voorbeelden zijn het percentage bevallingen waarbij de verloskundige niet aanwezig is, het percentage doorverwijzingen naar een specialist en het percentage bevallingen waarbij de kraamhulp niet op tijd aanwezig is. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die in overleg met de beroepsgroepen indicatoren zal overnemen om beter toezicht te kunnen houden. De indicatoren zijn bepaald door een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de beroepsgroepen, de IGZ en het RIVM.

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) heeft enkele jaren geleden instrumenten ingevoerd (het kwaliteitsregister, het praktijkanalyse-instrument en praktijkcertificering) om de kwaliteit van de verloskundigepraktijk te verbeteren. Een volgende stap is de kwaliteit van de zorg zichtbaar maken aan de hand van indicatoren. Indicatoren kunnen een meer gedetailleerd inzicht geven in onderdelen van de zorg dan de bestaande kwaliteitstoets. Het zijn meetbare elementen van zorgverlening die een *aanwijzing* geven over de kwaliteit van die zorg.

Om tot de indicatoren te komen, zijn eerst de risicogebieden binnen de eerstelijnsverloskunde bepaald. Vervolgens zijn op basis van literatuurgegevens en richtlijnen conceptindicatoren samengesteld. Daarna is de groslijst voorgelegd aan experts uit het veld. Zij beoordeelden de conceptindicatoren op kwaliteit en haalbaarheid in de dagelijkse praktijk.

Trefwoorden:

kwaliteit van zorg, kwaliteitsindicatoren, eerstelijnsverloskunde, Delphi-onderzoek, monitoring

Abstract

Quality indicators for midwifery

In order to monitor the quality of home care deliveries in the Netherlands, a set of 23 quality indicators has been defined. The quality indicators include percentages for deliveries without the presence of a midwife, referrals to an obstetrician and deliveries without the presence of a maternity assistant. This research was commissioned by the Netherlands Health Care Inspectorate (IGZ), which, after consultation and agreement with professional groups, will adopt some indicators for their surveillance purposes. The indicators were defined by a steering committee comprising members of the Royal Dutch Organization of Midwives (KNOV), the Association of Obstetric Active General Practitioners (VVAH), a practising midwife, the IGZ, and researchers from the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM).

Several years ago, the KNOV introduced methods to improve the quality of midwifery care; these included the quality register and practice accreditation. In line with this, the next step will be to use indicators to monitor the quality of midwifery care. Compared to existing quality instruments, indicators are useful for gaining detailed insight into certain aspects of midwifery care. Indicators are measures that reflect, or indicate, the state of health care.

The steering committee first identified thirteen quality domains. Subsequently, based on the literature and existing guidelines, a list of possible indicators was generated. This list was then judged by experts from the field. The indicators were judged on their relevance to clinical practice. In addition, their feasibility for the health care professional for deriving information from routinely collected data was judged.

Key words:

quality of care, quality indicators, midwifery care, Delphi method, monitoring

Inhoud

Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Achtergrond	11
1.2 Kwaliteit van zorg	12
1.3 Definitie indicatoren	13
1.4 Indeling indicatoren	13
1.5 Doelstelling en vraagstellingen	14
1.5.1 Doelstelling	14
1.5.2 Vraagstellingen	14
1.6 Verloskundige keten	15
1.7 Betrokken partijen	15
1.7.1 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	15
1.7.2 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)	15
1.7.3 Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en Vereniging voor Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH)	16
1.8 Leeswijzer	16
2 Methode	17
2.1 Identificeren kritische zorgprocessen/risicogebieden door de werkgroep	17
2.2 Opstellen groslijst van conceptindicatoren	17
2.3 Eerste selectie conceptindicatoren door de werkgroep	18
2.4 Selectie door het Delhipanel	18
2.4.1 Delhipanel	18
2.4.2 Eerste Delphironde	19
2.4.3 Analyse eerste Delphironde	20
2.4.4 Tweede Delphironde	20
2.5 Vaststellen van de set indicatoren door de werkgroep	20
3 Resultaten	21
3.1 Identificeren kritische zorgprocessen/risicogebieden door de werkgroep	22
3.2 Identificeren groslijst van conceptindicatoren	23
3.3 Eerste selectie conceptindicatoren door de werkgroep	24
3.4 Selectie door het Delhipanel	24
3.4.1 Respons	24
3.4.2 Eerste Delphironde	25
3.4.3 Tweede Delphironde	25
3.5 Vaststellen van de set indicatoren door de werkgroep	28
3.5.1 De definitieve indicatoren	28
3.5.2 Voorlopige indicatoren	30
3.5.3 Toekomstige indicatoren	31
3.5.4 Niet-geselecteerde indicatoren	31

4	Discussie	33
5	Conclusie	35
	Literatuur	37
	BIJLAGE 1 Lijst van afkortingen	41
	BIJLAGE 2 Uitwerking van de geaccepteerde indicatoren	42
	BIJLAGE 3 Resultaten Delphi-onderzoek	64
	BIJLAGE 3A: Indicatoren die geaccepteerd zijn met hoge score en consensus na de eerste ronde	66
	BIJLAGE 3B: Indicatoren die zijn afgefallen na de eerste ronde	71
	BIJLAGE 3C: Indicatoren waarover tweemaal het oordeel van de panelleden is gevraagd	73
	BIJLAGE 4 Groslijst indicatoren	117

Samenvatting

Achtergrond

In de gezondheidszorg is er toenemende behoefte aan informatie en transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Zowel patiënten, cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers kunnen leren van de informatie over het zorgproces. Een belangrijke uitdaging is het meten van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Indicatoren die op een gestructureerde wijze structuur, processen en uitkomsten van de zorg meten, kunnen hieraan een bijdrage leveren.

Ook in de eerstelijnsverloskunde staat de kwaliteit van de zorg in toenemende mate in de belangstelling. Richtlijnen van de KNOV, Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's), de NHG Praktijk Accreditering B.V. (NPA) en het recent ontwikkelde Praktijk Analyse Instrument (PAI) van de KNOV zijn instrumenten om de verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen te ondersteunen om kwalitatief goed werk te verrichten. Naast deze instrumenten is de behoefte ontstaan aan indicatoren als instrument om de kwaliteit van de verloskundige zorg te evalueren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft opdracht gegeven aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) om een set indicatoren te ontwikkelen voor de eerstelijnsverloskunde. Hierbij is intensief samengewerkt met de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Vereniging voor Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH).

Doel

Het doel is om te komen tot de ontwikkeling van een set indicatoren voor het monitoren van de kwaliteit van de eerstelijnsverloskunde. Het perspectief bij de ontwikkeling van de set was die van de verloskundige zorgverlener.

In overleg met de beroepsgroepen (KNOV en VVAH) zal een aantal indicatoren uit de set worden gebruikt voor het gefaseerd toezicht van de IGZ.

Methode

Voor deze opdracht is een werkgroep met elf personen ingesteld, bestaande uit leden van de KNOV, de VVAH, een eerstelijnsverloskundige, inspecteurs van de IGZ en onderzoekers van het RIVM. Tijdens het proces zijn de volgende stappen gezet:

1. identificeren van kritische zorgprocessen/risicogebieden in de eerstelijnsverloskunde door de werkgroep;
2. identificeren groslijst van conceptindicatoren op basis van de literatuur, bestaande indicatoren en expert opinion;
3. selecteren van conceptindicatoren door de werkgroep, geschikt voor beoordeling door het werkveld;
4. consultatie van het werkveld door middel van een Delphiprocedure in twee schriftelijke ronden om de conceptindicatoren te toetsen op geschiktheid;
5. vaststellen van de set indicatoren door de werkgroep.

Resultaten

De werkgroep identificeerde dertien risicogebieden, namelijk accreditatie, toegankelijkheid, samenwerkingsafspraken, evaluatie van de zorgverlening, informatieoverdracht, protocollen, begeleiding tijdens de zwangerschap, verwijzingsbeleid, keuzevrijheid van de cliënt, baring en postpartumperiode.

Voor deze risicogebieden is, mede op basis van de literatuur, een groslijst van 115 mogelijke indicatoren samengesteld. De werkgroep selecteerde van deze 115 conceptindicatoren 35 conceptindicatoren, welke zijn voorgelegd aan het Delhipanel.

In een Delhipanel, bestaande uit 28 verloskundigen, vijf verloskundig actieve huisartsen, drie gynaecologen en twee kraamverzorgenden (n=38), zijn tijdens de eerste ronde negen conceptindicatoren unaniem geaccepteerd en vijf unaniem afgevalen. De resterende 22 conceptindicatoren werden opnieuw aan het panel in een tweede Delphironde voorgelegd. Hiervan werden 17 in de tweede ronde alsnog geaccepteerd. In totaal heeft het Delhipanel 26 indicatoren geaccepteerd.

Ten slotte heeft de werkgroep de uiteindelijke set kwaliteitsindicatoren vastgesteld. Eén indicator die door het Delhipanel was geselecteerd, werd niet in de set opgenomen, terwijl één indicator die niet was geaccepteerd door het Delhipanel wel werd opgenomen in de set. Zo ontstond een lijst van 23 indicatoren:

Organisatie en structuur

1. Accreditatie van de praktijk
2. Aantal verloskundigen/verloskundig actieve huisartsen per praktijk dat is ingeschreven in het kwaliteitsregister van de KNOV of de CHBB
3. Deelname van de praktijk aan een verloskundige kring
4. Deelname van de praktijk aan een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV)
5. Registratie van incidenten in de praktijk conform de handreiking 'Omgaan met incidenten' van de KNOV
6. Bereikbaarheid van de praktijk voor niet-dringende vragen, in aantal uren per week.
7. Aanwezigheid van een procedure in de praktijk voor achterwacht- en waarneemregeling/continue 24-uurs zorg

Antepartumperiode

8. Percentage vrouwen met een kind in stuitligging waarbij een poging is gedaan tot een uitwendige versie, onder controle van de praktijk
9. Percentage vrouwen dat de zwangerschapsbegeleiding startte in de eerste lijn waarbij het eerste consult plaatsvond in de 8e tot 10e week na de eerste dag van de laatste menstruatie

De partus

10. Percentage bevallingen dat plaatsvond in de eerste lijn, waarbij de verloskundige hulpverlener niet aanwezig was
11. Percentage barenden waarbij een partogram is gemaakt, onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn
12. Percentage verwijzingen durante partu .
13. Percentage naar de tweede lijn verwezen cliënten vanwege trage progressie en/of pijnbestrijding tijdens de ontsluitingsperiode
14. Percentage kinderen met een voor de zwangerschapsduur te laag geboortegewicht (geboortegewichtpercentielen $< 2,3$ en < 10), geboren in de eerste lijn
15. Percentage vrouwen met een episiotomie
16. Percentage kinderen dat geboren is in de eerste lijn met een Apgar-score ≤ 7 na 5 minuten
17. Aantal kinderen dat tijdens of na de baring is overleden in de eerste lijn

Postpartumperiode

18. Het percentage uitgevoerde nacontroles zes weken postpartum, indien de bevalling en nazorg plaatsvond in de eerste lijn
19. Het aantal overleden kinderen in de eerste lijn dat de praktijk heeft aangemeld voor de perinatale audit

Keten-indicatoren

20. Percentage thuisbevallingen met partusassistentie door de kraamverzorgende
21. Aanwezigheid van een protocol voor de overdracht aan de Jeugdgezondheidszorg bij een niet-pluisgevoel
22. Percentage cliënten dat nog rookt in het derde trimester, ten opzichte van het percentage cliënten dat rookte aan het begin van de zwangerschap
23. Percentage pasgeborenen dat borstvoeding krijgt aan het einde van de zorg in de eerste lijn

Naast deze kernset van 23 indicatoren zijn nog 3 voorlopige indicatoren geïdentificeerd die voorlopig gebruikt kunnen worden zolang de eerste indicator (over accreditatie) nog niet bruikbaar is.

Voorlopige indicatoren

- 1a Aanwezigheid van systematische kwaliteitsverbetering in de praktijk (met behulp van PAI of een alternatief systeem)
- 1b Wel of niet uitdelen van cliëntenenquêtees
- 1c De wijze waarop cliënten geïnformeerd worden over de klachtenregeling, schriftelijk (brochure) of mondeling

Conclusie

Een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de beroepsgroepen (KNOV, VVAH en een eerstelijns verloskundige), de IGZ en het RIVM heeft een set van 23 kwaliteitsindicatoren geïdentificeerd voor de eerstelijnsverloskunde in Nederland. Deze set kan gebruikt worden bij het in kaart brengen en optimaliseren van de kwaliteit van zorg. De werkgroep heeft de belangrijkste risicogebieden aangewezen, met bijbehorende indicatoren. De indicatorenset kan gebruikt worden als instrument om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van het verloskundig handelen in de eerste lijn.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Sinds 2001 ontwikkelt het RIVM (Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek) in opdracht van de IGZ een risicomodel dat een wetenschappelijke basis moet vormen voor de toezichtstrategie van de IGZ.¹ Het RIVM werkt hierbij nauw samen met relevante veldpartijen. In het huidige project zijn dit de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH). In dit project staat de eerstelijnsverloskunde centraal. Onder verloskundige zorg wordt verstaan: de zorg die plaatsvindt vanaf het begin van de zwangerschap tot en met de bevalling en het kraambed (de zogenaamde prenatale, natale en postnatale zorg).² Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg. De eerstelijnsaanbieders van verloskundige zorg, een verloskundige of een verloskundig actieve huisarts, nemen de begeleiding van fysiologisch verlopende zwangerschappen, partus en kraambed op zich.

Het deskundigheidsgebied van de verloskundige is volgens de wet: ‘Het verrichten van handelingen op het gebied van de verloskunst en andere handelingen, gericht op een optimale uitkomst van de zwangerschap, het bevorderen en bewaken van het natuurlijke verloop van de zwangerschap, de bevalling en het kraambed, alsmede op het voorkomen van afwijkingen bij de vrouw of het kind, door het inschatten van het verloskundige risico bij een vrouw gedurende haar zwangerschap, bevalling en kraambed, het vertalen van het verloskundige risico in verloskundig beleid en het op basis daarvan verlenen van raad en bijstand, alsmede het daar waar nodig consulteren van dan wel verwijzen naar een arts.’³

Om verloskundig actief te mogen zijn, moet de huisarts bekwaam zijn op het gebied van:⁴

- de begeleiding van de zwangerschap vanaf acht weken;
- de daarin aangewezen zorg (voorlichting, screening, diagnostiek, laboratoriumonderzoek);
- de begeleiding van de bevalling;
- verloskundige noodsituaties met onder andere kennis van en vaardigheid in reanimatie van neonaat en kraamvrouw;
- kennis van richtlijnen en landelijke transmurale afspraken (bijvoorbeeld als vervat in het Vademecum Verloskunde).

Op grond van een risicoselectie door de eerstelijnszorgverlener wordt de begeleiding van vrouwen met dreigende of optredende complicaties tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode overgedragen aan de tweedelijnszorgverlener (vooral gynaecoloog en kinderarts).⁵

Als hulpmiddel voor risicoselectie wordt in het verloskundig beleid de Verloskundige Indicatielijst gehanteerd. Het doel is dat de risicoselectie binnen de verloskundige zorg veilig en effectief plaatsvindt, zodat ‘laagrisico-vrouwen’ in de eerste lijn bevallen en vrouwen met (verhoogde kans op) pathologie in de tweede lijn. In dat kader is het monitoren van de kwaliteit van de eerstelijnsverloskunde van belang.

De continue ontwikkeling in de verloskundige zorg is van invloed op de vraag, het aanbod en de inhoud van de beroepsuitoefening. Evidence based medicine heeft ook binnen de

verloskundige zorg een plaats gekregen en maakt dat het handelen van de verloskundige toetsbaar is voor cliënten en anderen.⁶

De KNOV heeft sinds 1997 een kwaliteitsbeleid. Het KNOV-werkprogramma 2006-2008⁷ voor het kwaliteitsbeleid bestaat uit vijf programmaonderdelen:

- speerpunten 2006-2008;
- richtlijnen ter onderbouwing van de verloskundige zorg;
- richtlijnen voor samenwerking in de keten;
- kwaliteitsverbetering in de praktijk;
- borging van kwaliteit: accreditatie, visitatie, registratie en beroepsprofiel.

In 2005 heeft de KNOV een kwaliteitssysteem voor de verloskundige praktijk ontwikkeld dat verloskundige praktijken kunnen gebruiken om de kwaliteit in de eigen praktijk te verbeteren. Onderdeel hiervan is het Praktijk Analyse Instrument (PAI). Het PAI is een middel om de kwaliteit van de praktijkvoering te kunnen meten, in de vorm van een zelfevaluatieformulier voor de verloskundigen en een cliëntenenquête.

De KNOV heeft in mei 2008 een overeenkomst gesloten met de NHG Praktijk Accreditering B.V. (NPA) voor de accreditatie van verloskundigenpraktijken. Een geaccrediteerde praktijk laat zien dat zij bezig is met kwaliteitsverbetering.

Naast de praktijkaccreditatie spelen indicatoren een belangrijke rol bij het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg. Indicatoren kunnen gebruikt worden bij het benchmarken van instellingen/praktijken waarbij de eigen prestaties en werkwijzen gespiegeld worden met die van andere organisaties, en best practices in het bijzonder, om op basis hiervan verbeteringsmogelijkheden te identificeren en implementeren. Momenteel is er al sprake van het spiegelen van praktijkcijfers, middels de VOKS-1. Door middel van trendgegevens krijgen de verloskundige hulpverleners meer inzicht in de ontwikkelingen van het overdrachtbeleid, hetgeen aanleiding kan zijn om het beleid aan te passen. De indicatoren gaan echter gericht in op kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Daarnaast is het belangrijk dat een indicator voldoende handvatten biedt om een eerste beeld te krijgen van praktijken, zodat het veld (en de IGZ) weet waar mogelijke risico's liggen (discriminerend vermogen). Een ongunstige uitkomst is een signaal om nader onderzoek te doen naar de (combinatie van) factor(en) die hiervoor verantwoordelijk is.

1.2 Kwaliteit van zorg

Kwaliteit is een belangrijk begrip bij het meten van prestaties in de zorg. Het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) omschrijft kwaliteit als volgt: 'Quality health care means doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person – and having the best possible results.'⁸ Het IOM onderscheidt kwaliteit in de volgende aspecten:

- effectiviteit (opbrengsten, resultaten);
- veiligheid (voorkómen van fouten en complicaties);
- tijdigheid (toegangstijd, doorlooptijd, wachttijd);
- efficiency (relatie tussen opbrengsten en kosten);
- gelijkheid (niet achterstellen van bepaalde patiëntgroepen);
- toegankelijkheid (geen financiële barrières die toegang tot zorg blokkeren);
- de patiënt centraal (de zorg is afgestemd op de wensen van de patiënt).

Indicatoren spelen een belangrijke rol bij het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Indicatoren zijn bedoeld om een *aanwijzing* te geven over de kwaliteit van zorg en de risico's.

De bewaking en bevordering van de kwaliteit van medisch handelen is de kerntaak van de IGZ. Om het toezicht zo efficiënt mogelijk te laten verlopen, gebruikt IGZ sinds 2004 een methode van Gefaseerd Toezicht (GT). Het GT is gericht op het opsporen en toezicht houden op risicovolle instellingen. Hierbij worden openbare (externe) indicatoren gebruikt die een eerste signaal kunnen geven over mogelijke risico's in de zorg. Daarnaast hanteert de inspectie 'toezicht op toezicht': zij gaat na in hoeverre instellingen van gezondheidszorg een intern systeem van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering hanteren en waar nodig bevordert zij het ontwikkelen of verbeteren van dergelijke systemen.

1.3 Definitie indicatoren

Er bestaan verschillende definities van indicatoren. Een voorbeeld hiervan is: 'Een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening dat een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit.'⁹ Een indicator geeft een signaal en is géén directe maat voor de kwaliteit. Indicatoren moeten relevant zijn voor medisch handelen. Gebeurtenissen die frequent voorkomen, een groot risico voor de patiënt vormen en/of ernstige financiële gevolgen hebben, komen in aanmerking voor indicatorontwikkeling. Verder moeten indicatoren gerelateerd zijn aan (de uitkomst van) het zorgproces, kunnen leiden tot verbeteracties, eenvoudig meetbaar, snel beschikbaar en breed toepasbaar zijn.^{10;11} Daarnaast is de validiteit ook van groot belang, of de indicator meet wat deze beoogt te meten.

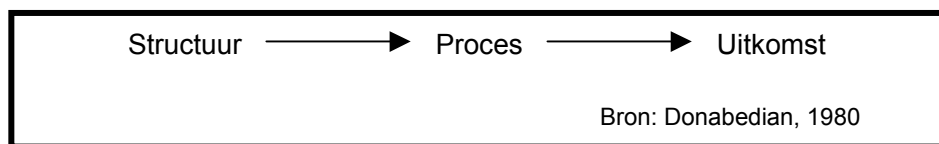
Een indicator geeft een eerste signaal over de kwaliteit van de zorg en is een hulpmiddel bij de kwaliteitsverbetering. Het is mogelijk om met behulp van een indicator meer inzicht te krijgen op hoe het (zorg)proces loopt (monitoring). Verder kan een indicator gebruikt worden voor spiegeling, om een individuele praktijk te vergelijken met regionale of landelijke cijfers (benchmarking). Maar ook kan een indicator fungeren als een alarmbel, die bijvoorbeeld afgaat bij een daling onder een minimaal vereist niveau. Ten slotte kan een indicator ook een norm vertegenwoordigen waar 100% aan zou moeten voldoen, bijvoorbeeld het aantal verloskundigen in de praktijk dat is ingeschreven in het BIG-register.

1.4 Indeling indicatoren

Donabedian (1980) heeft een model ontwikkeld dat als basis kan dienen voor het beoordelen van de kwaliteit van zorg.¹² Dit model omvat drie onderdelen: structuur-, proces- en uitkomstindicatoren (zie Figuur 1). Donabedian omschrijft 'structuur' als de relatief stabiele karakteristieken van de verstrekkers van zorg, van de middelen en bronnen die ze tot hun beschikking hebben en van de fysieke en organisatorische settings waarin ze te werk gaan. Structuurkenmerken omvatten de menselijke, fysieke en financiële bronnen die nodig zijn om medische zorg te verlenen. Structuurindicatoren geven inzicht in de aanwezige randvoorwaarden voor de zorg, bijvoorbeeld de aanwezigheid van een protocol.

Donabedian noemt de activiteiten die plaatsvinden tussen werknemers in de zorg onderling en tussen deze werknemers en patiënten, het 'proces' van zorg. Procesindicatoren geven aan of en in welke mate een bepaald proces is gevolgd, bijvoorbeeld het percentage patiënten dat

behandeld is met magnesiumsulfaat. Procesindicatoren bieden een handvat om na te gaan in hoeverre specifieke stappen of aanbevelingen uit een richtlijn consistent worden uitgevoerd. Met 'uitkomst' bedoelt Donabedian de verandering in de huidige en toekomstige gezondheidstoestand van een patiënt voor zover die is toe te schrijven aan voorafgaande gezondheidszorg. Hiertoe worden ook de tevredenheid van de patiënt, de kennis van de patiënt over gezondheid en gezondheidsgerelateerde gedragsverandering gerekend. Uitkomstindicatoren geven aan bij welk percentage van de patiënten het doel van een behandeling daadwerkelijk wordt bereikt. Als dit percentage lager is dan verwacht, is dit reden om na te gaan of essentiële stappen uit de richtlijn voldoende consistent zijn opgevolgd. Het kan ook aanleiding zijn om te onderzoeken of bijstelling van de richtlijn nodig is. Bij zeldzame uitkomsten (bijvoorbeeld moedersterfte) is de relatie tussen uitkomst en behandeling niet goed vast te stellen, omdat deze te veel afhankelijk is van toevalsvariatie. Uitkomstmaten zijn ook niet goed bruikbaar bij een lang tijdsverloop tussen uitkomst en behandeling (bijvoorbeeld leerstoornissen bij prematuren). Een eenvoudige relatie tussen structuur, proces en uitkomst kan als volgt worden weergegeven:



Figuur 1. Kwaliteitsmodel Donabedian¹²

1.5 Doelstelling en vraagstellingen

1.5.1 Doelstelling

Het doel van onderhavige opdracht was dat het RIVM, in samenwerking met de KNOV, de VVAH, de IGZ en een eerstelijnsverloskundige, indicatoren ontwikkelde voor het monitoren van de kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg. Het uiteindelijke product is een set kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde. Deze set geeft verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen de mogelijkheid de kwaliteit van hun eigen handelen eenduidig te monitoren en te verbeteren.

In overleg met de beroepsgroepen (KNOV en VVAH) zal een aantal indicatoren uit de set worden gebruikt voor het Gefaseerd Toezicht van de IGZ.

1.5.2 Vraagstellingen

Tijdens deze opdracht stonden de volgende vraagstellingen centraal:

1. Welke kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde kunnen geïdentificeerd of ontwikkeld worden op basis van de KNOV- en NHG-richtlijnen, standaarden, expert opinion en literatuur?

- a. Voor welke kritische zorgprocessen/risicogebieden in de eerstelijnsverloskunde dienen indicatoren ontwikkeld te worden?
 - b. Welke indicatoren zijn geschikt voor opname in de indicatorenset op basis van relevantie, registreerbaarheid en de potentie tot verbetering?
 - c. Zijn er aandachtspunten die sterk in de publieke belangstelling staan waarvoor een indicator kan worden opgenomen?
2. Wat is de haalbaarheid van het registreren van de indicatoren en het gebruik hiervan in de verloskundige praktijk (potentie tot implementatie)?
3. Bij welke bestaande initiatieven betreffende indicatoren/kwaliteitsbeleid voor de eerstelijnsverloskunde kan aansluiting gezocht worden?

1.6 Verloskundige keten

Het huidige project voor de ontwikkeling van prestatie-indicatoren in de eerstelijnsverloskunde sluit inhoudelijk goed aan bij twee andere RIVM-projecten binnen het onderzoeksprogramma voor de IGZ. Dit betreft de projecten voor de ontwikkeling van prestatie-indicatoren in de obstetrie in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie¹³ en in de kraamzorg, in samenwerking met koepelorganisaties, thuiszorginstellingen en kraamzorginstellingen.¹⁴

1.7 Betrokken partijen

Binnen het project kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde waren de hiernagenoemde partijen betrokken die een relatie hebben met de eerstelijnsverloskunde in Nederland.

1.7.1 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

IGZ was de opdrachtgever van dit project en droeg inhoudelijk bij aan de ontwikkeling van de set.

1.7.2 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Bij de ontwikkeling van de indicatoren droeg het RIVM zorg voor de wetenschappelijke verantwoording van de indicatoren.

De rol van het RIVM was:

- het aandragen van een ‘groslijst’ op basis van literatuur, internationale indicatoren en richtlijnen;
- het ondersteunen van de selectie uit de groslijst op basis van vastgestelde criteria (AIRE);
- het evalueren set indicatoren op haalbaarheid en wenselijkheid;
- de praktische uitvoering van het project.

1.7.3 Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en Vereniging voor Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH)

De KNOV en de VVAH droegen zorg voor de vakinhoudelijke kennis.

Deze rol bestond uit:

- het afbakenen/prioriteren van het onderzoeksterrein;
- het inbrengen van vakinhoudelijke kennis bij de ontwikkeling van de indicatoren;
- bijdragen aan de ontwikkeling van de set kwaliteitsindicatoren in samenwerking met het RIVM;
- het accorderen van de set indicatoren;
- het creëren van draagvlak voor het gebruik en implementatie van de indicatoren.

1.8 Leeswijzer

Onderhavig rapport beschrijft de ontwikkeling van een set indicatoren voor de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland. Hiertoe zijn verschillende stappen gezet zoals is te lezen in hoofdstuk 2 (methode). Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van totstandkoming van de indicatorenset. Het rapport sluit af met een discussie en conclusie (hoofdstuk 4 en 5). In Bijlage 1 staat de lijst van afkortingen. Bijlage 2 bevat de omschrijving van de definitieve set indicatoren. Bijlage 3 beschrijft de resultaten van het Delhipanel. In Bijlage 4 is de groslijst van conceptindicatoren te vinden.

2 Methode

De set kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland is ontwikkeld door een hiervoor opgerichte werkgroep. De werkgroep bestond uit afgevaardigden van belangengroepen binnen de eerstelijnsverloskunde, namelijk drie beleidsmedewerkers van de KNOV, een eerstelijnsverloskundige en een verloskundig actieve huisarts van de VVAH. Daarnaast namen twee inspecteurs van de IGZ, een stafmedewerker van de IGZ en drie onderzoekers van het RIVM zitting in de werkgroep.

De werkgroep is in februari 2007 opgericht en is in de projectperiode van achttien maanden veertien maal bijeen geweest. Tijdens het werkproces zijn de volgende stappen genomen:

1. identificeren kritische zorgprocessen/risicogebieden door de werkgroep;
2. opstellen groslijst van conceptindicatoren;
3. eerste selectie conceptindicatoren door de werkgroep;
4. selectie door het Delhipanel;
5. vaststellen van de set indicatoren door de werkgroep.

Hieronder volgt per paragraaf de uitwerking van de genomen stappen:

2.1 Identificeren kritische zorgprocessen/risicogebieden door de werkgroep

In een eerste stap heeft de werkgroep het onderzoek afgebakend in verschillende kritische zorgprocessen/risicogebieden die een rol spelen binnen de eerstelijns verloskundige zorg. Hierbij stonden de kritische zorgprocessen/risicogebieden centraal vanaf de conceptie tot en met de postpartumperiode.

Onder een kritisch zorgproces/risicogebied werd verstaan: de processen of episodes in het eerstelijns verloskundig zorgproces met een substantieel risico op sub-optimale zorg ten aanzien van de organisatie, zorgprocessen of zorguitkomsten.

2.2 Opstellen groslijst van conceptindicatoren

Na het vaststellen van de verschillende kritische zorgprocessen/risicogebieden is vervolgens voor deze afgebakende gebieden een literatuurstudie uitgevoerd. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er beperkt gebruik kon worden gemaakt van de internationale wetenschappelijke literatuur, vanwege het unieke verloskundige systeem in Nederland en de rol van de thuisbevalling. De literatuur is onderzocht op reeds bestaande indicatoren die van toepassing konden zijn op de verloskunde in Nederland. Daarnaast identificeerde de werkgroep conceptindicatoren in de KNOV-richtlijnen en -standaarden. De conceptindicatoren afkomstig uit de literatuur en de KNOV-richtlijnen en -standaarden tezamen vormden de groslijst.

De werkgroep inventariseerde in hoeverre bij lopende trajecten kon worden aangesloten. Parallel aan dit project werden ook elders indicatoren rondom de verloskunde ontwikkeld, zoals de set indicatoren voor het toezicht op de prenatale screening door de IGZ.¹⁵

2.3 Eerste selectie conceptindicatoren door de werkgroep

In een volgende stap heeft de werkgroep een eerste selectie gemaakt uit de groslijst op basis van de AIRE-criteria. Het AIRE-instrument kan worden gebruikt als checklist om de kwaliteit van een indicator of een set indicatoren te beoordelen.¹⁰ De volgende criteria zijn hierbij gebruikt:

1. *belangrijkheid*: de indicator moet relevante aspecten van zorg omvatten die verbeterbaar zijn;
2. *wetenschappelijke onderbouwing*: het is van belang dat er inzicht ontstaat hoe zorguitkomsten worden beïnvloed door het zorgproces (causale relatie);
3. *grote variatie in kwaliteit van zorg*: mogelijkheid van de indicatoren om de kwaliteit te verbeteren; indicatoren moeten signalen afgeven over verbeterbare aspecten;
4. *mogelijkheden voor verbeteringen in de zorg*: het is van belang dat een indicator verbeterbare zorgaspecten omvat, zodat de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd;
5. *eenvoudig meetbaar en snel beschikbaar*: de gegevens behorende bij de indicator zijn bij voorkeur aanwezig in toegankelijke, bestaande en geautomatiseerde gegevensbronnen.

De werkgroep achtte het van groot belang dat er indicatoren gedefinieerd werden die eenvoudig registreerbaar zijn, met als doel de verloskundige zorgverlener zo min mogelijk te belasten. Er is daarom bij de ontwikkeling van indicatoren getracht zo veel mogelijk aansluiting te zoeken bij de gegevens uit de bestaande registraties, LVR-1 en LVR-h, en bij de toekomstige dataset van de Perinatale Registratie Nederland.

2.4 Selectie door het Delhipanel

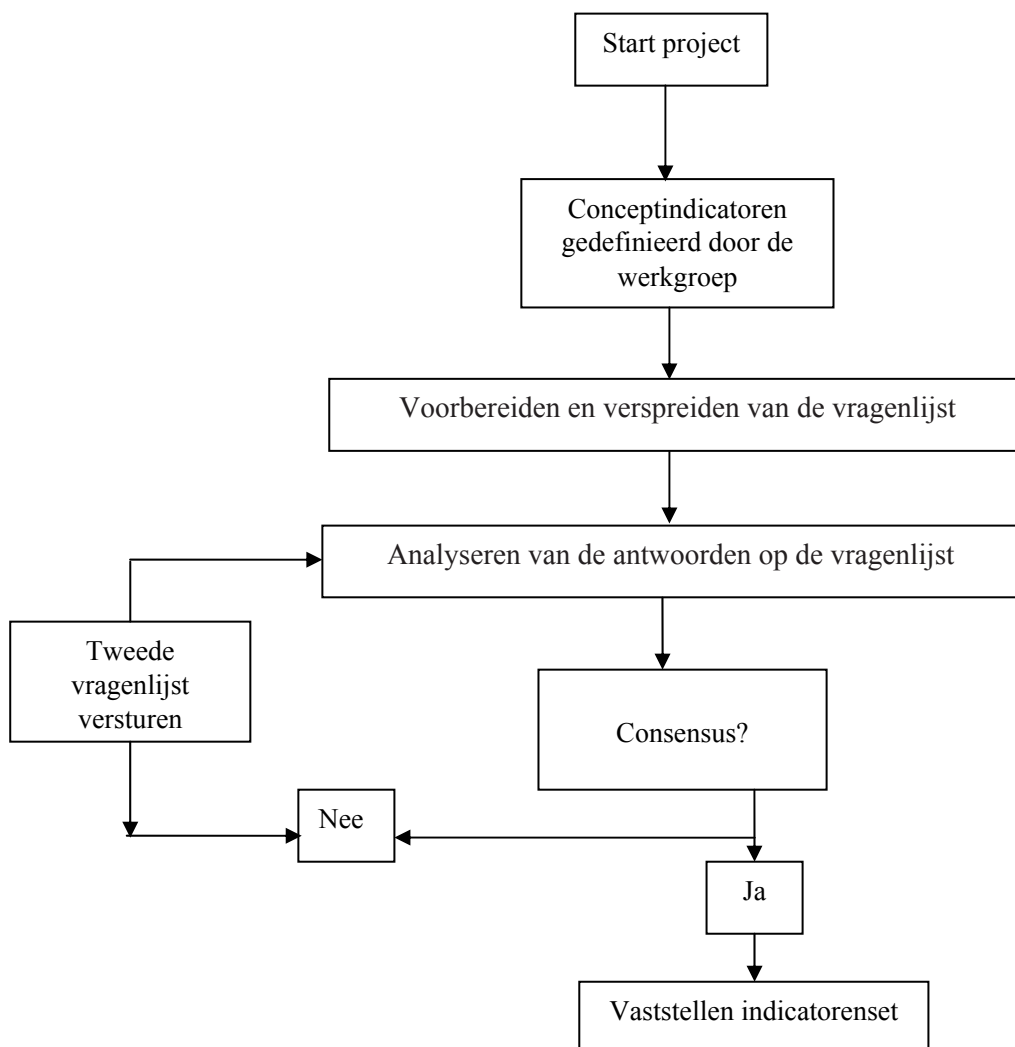
Om de mening van het veld te betrekken in de samenstelling van de set, is gebruikgemaakt van de Rand Gemodificeerde Delphimethode (zie Figuur 2). De Delphimethode is een geschikte methode om consensus onder een bepaalde groep te meten. Binnen de Delphi-methode worden de kennis, ervaring en intuïtie van de deskundige gebruikt. Onder consensus wordt verstaan de mate waarin de experts de indicator aanvaarden en de graad van overeenstemming tussen de experts onderling.^{16;17}

In de periode van maart tot en met juni 2008 werd aan het panel van deskundigen in twee rondes een vragenlijst voorgelegd met conceptindicatoren. Het Delhipanel werd gevraagd de conceptindicatoren te beoordelen op twee criteria: ‘wat is de relatie tot kwaliteit?’ en ‘in hoeverre is de indicator haalbaar?’ (zie paragraaf 2.4.2.).

2.4.1 Delhipanel

Het expertpanel bestond uit een representatieve groep professionals uit de verloskundige praktijk, geselecteerd op deskundigheid en interesse in het onderwerp. Na een oproep op de KNOV-website hebben daarnaast 22 verloskundige kringen zich aangemeld voor deelname aan de Delhiprocedure.

Het panel bestond uit 28 eerstelijnsverloskundigen, 5 verloskundig actieve huisartsen, 3 gynaecologen en 2 kraamverzorgenden (n=38). Het expertpanel selecteerde door middel van een Delphi-procedure de meest geschikte indicatoren op basis van relevantie, registreerbaarheid en potentie tot verbetering.



Figuur 2. Schematische voorstelling van de Delphi-methode

2.4.2 Eerste Delphironde

De leden van het Delhipanel hebben in de eerste ronde hun mening gegeven over de lijst van conceptindicatoren aan de hand van de volgende criteria:¹⁸

- *Relatie tot kwaliteit*: de mate waarin de indicator in aanmerking komt om de kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland (in casu: de verloskundige praktijk) te meten;
- *Haalbaarheid*: de mate waarin de gegevens beschikbaar zijn of gemakkelijk te verzamelen zijn in een bepaalde periode (bijvoorbeeld: een jaar);

In de vragenlijst zijn voor iedere indicator twee vragen gesteld betreffende de ‘relatie met kwaliteit’ en de ‘haalbaarheid’. Respondenten werd gevraagd om beide aspecten te scoren op een 9-punts schaal (variërend van ‘helemaal niet mee eens’ tot en met ‘helemaal mee eens’). De indicatoren waren voorzien van een korte toelichting met betrekking tot de opbouw van de indicator, het gebruik in de praktijk en de registratie. De deelnemers hadden gelegenheid

om hun score met opmerkingen of vragen te onderbouwen, alsook de gelegenheid suggesties voor nieuwe indicatoren te doen.

2.4.3 Analyse eerste Delphironde

Nadat de vragenlijsten van de eerste Delphironde binnen waren, werd per indicator de mediaanscore en de mate van consensus berekend. De gegevens zijn geanalyseerd volgens de RAND Appropriateness-methode.¹⁸

De consensusscore geeft de mate van overeenstemming aan onder de panelleden. Alleen indicatoren waarover consensus was én met een mediaan van acht of meer, zouden worden aanvaard. Indicatoren met een mediane score lager dan acht en hoger dan drie en/of geen consensus werden opnieuw voorgelegd aan het Delhipanel in de tweede ronde. De indicatoren met een mediaan van 3 of minder na de eerste ronde zijn niet aanvaard. Geen consensus werd gedefinieerd als 'meer dan dertig procent van de scores in het hoogste en het laagste tertiel'. De mediaanscore en de mate van consensus van de eerste Delphironde zijn in Bijlage 3 terug te vinden.

2.4.4 Tweede Delphironde

Na drie maanden volgde de tweede Delphironde, waarbij alle panelleden uit de eerste ronde de overgebleven indicatoren opnieuw toegestuurd kregen, met de vraag nogmaals te scoren op dezelfde criteria.

Bij het beoordelen van de conceptindicatoren in de tweede ronde hadden panelleden inzicht in de eigen score, de (anonieme) mediaanscores van alle indicatoren van de andere panelleden uit de eerste ronde, de mate van consensus en inzicht in de opmerkingen/toelichtingen van de panelleden bij de score in de eerste ronde.

2.5 Vaststellen van de set indicatoren door de werkgroep

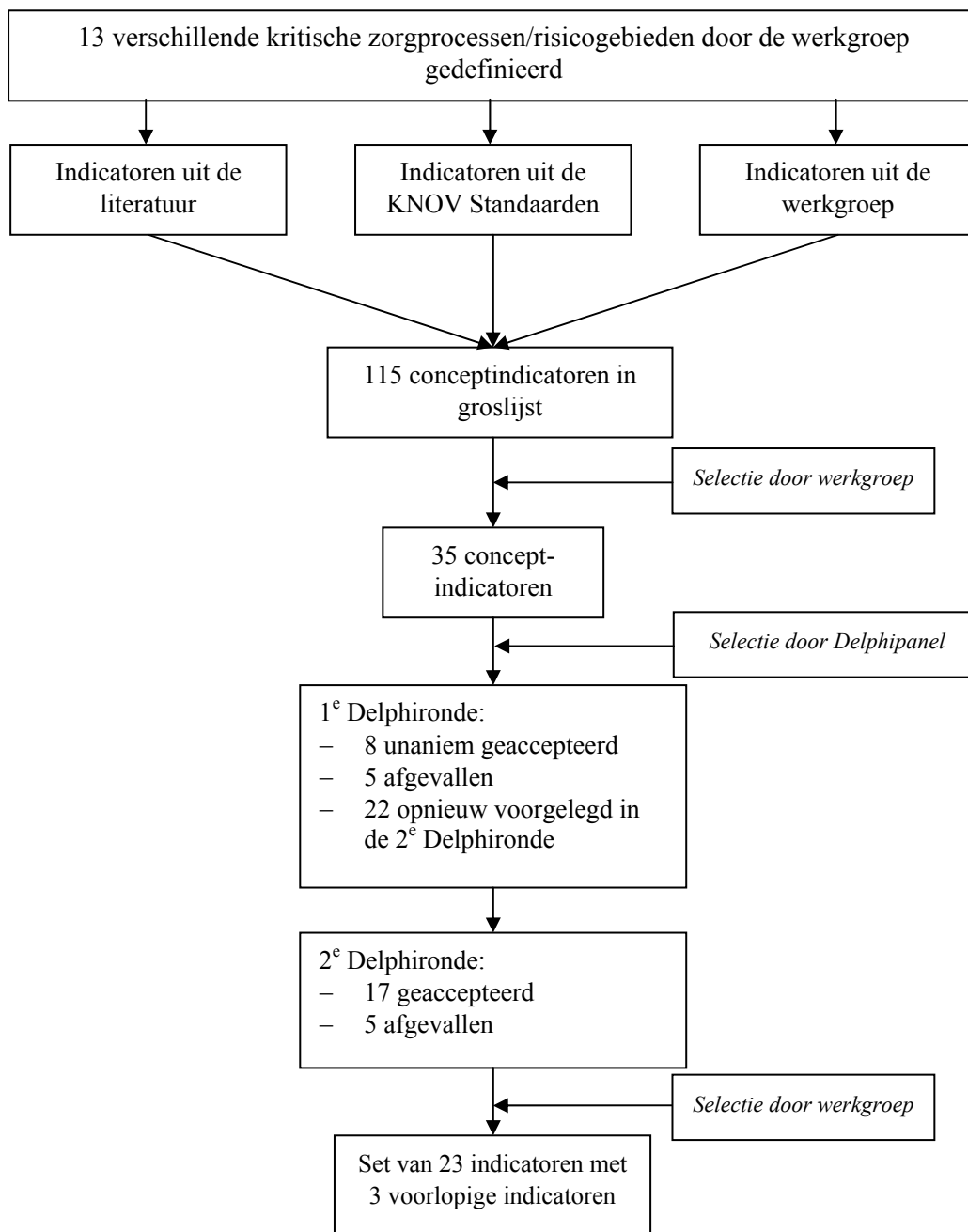
In een laatste stap heeft de werkgroep tijdens een slotbijeenkomst over een aantal onduidelijkheden rondom de indicatoren nader gediscussieerd. Hierbij werden de resultaten van de eerste en tweede Delphironde als uitgangspunt genomen.

De werkgroep besprak per indicator in hoeverre er overeenstemming was tussen het resultaat van het Delhipanel en de beoordeling door de werkgroep. Allerlei argumenten vóór of tegen de invoering van de indicator werden nauwkeurig afgewogen, met als gevolg dat de werkgroep een besluit nam of de indicator uiteindelijk in de definitieve set werd opgenomen of niet.

Ten slotte stelde de werkgroep de definitieve indicatorenset vast, op basis van een algeheel eindoordeel over de literatuur, de resultaten van het Delhipanel en de expert opinion van de werkgroepleden.

3 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de vijf stappen uit het vorige hoofdstuk (zie paragraaf 2.1 tot en met 2.5). Het proces rondom de ontwikkeling van de set indicatoren kenmerkte zich door een brede inventarisatie, gevolgd door een stapsgewijze selectie en heeft uiteindelijk geleid tot een set indicatoren. In onderstaande figuur worden de resultaten van dit proces samengevat:



Figuur 3. Stroomdiagram selectieproces kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde

3.1 Identificeren kritische zorgprocessen/risicogebieden door de werkgroep

De werkgroep heeft zich uitvoerig gebogen over cruciale processen in de verloskundige zorg en de (beoogde) uitkomsten van deze zorg, welke indicatief zijn voor de kwaliteit van de verleende zorg namelijk:

- het verloop van de risicoselectie;
- de aanwezigheid van duidelijke afspraken en goede samenwerking;
- de organisatie van de verloskundige praktijk;
- de cliëntgerichtheid;
- en/of patiëntgerelateerde factoren waarop de zorgverlener niet of nauwelijks invloed op heeft.

Na meerdere werkgroepbijeenkomst identificeerde de werkgroep dertien verschillende kritische zorgprocessen/risicogebieden (zie Tabel 1). De genoemde kritische zorgprocessen/risicogebieden zijn niet ten volle te noemen binnen de eerstelijnsverloskunde, maar de werkgroep heeft besloten om vooralsnog op dezen nu de aandacht te vestigen.

Tabel 1. Kritische zorgprocessen/risicogebieden binnen de verloskunde

Nummer	Kritische zorgprocessen/risicogebieden
1	Accreditatie van de praktijk (12 normen uit de PAI) en aanwezigheid van en borstvoedingscertificaat
2	Toegankelijkheid van de zorg
3	Samenwerkingsafspraken: a. met de kring b. binnen de 0^e lijn (kraamzorg, lactatiekundige, consultatiebureau) c. binnen de eerste lijn (huisarts, fysiotherapeut, kring, etc.) d. binnen de 2^e lijn e. binnen functionerend VSV f. met de ambulancezorg
4	Evaluatie van de zorgverlening met betrekking tot de: g. kring h. praktijk i. 2^e lijn j. patiënt
5	Informatieoverdracht: k. tussen de zorgverleners l. voorlichting aan de cliënt
6	Protocollen
7	Begeleiding tijdens de zwangerschap: m. prenatale screening n. psychosociale begeleiding o. anemie p. leefstijl (V-MIS) q. versie
8	Verwijsbeleid
9	Keuzevrijheid van de cliënt: r. plaats van bevallen s. houding t. pijnbestrijding
10	Baring (normal birth concept)
11	Postpartum controle (nacontrole)
12	Uitkomst kind (10 dagen postpartum)
13	Uitkomst moeder

3.2 Identificeren groslijst van conceptindicatoren

Binnen de 13 verschillende kritische zorgprocessen/risicogebieden zijn 64 conceptindicatoren geïdentificeerd middels literatuurstudie en de KNOV-richtlijnen en -standaarden. Daarnaast zijn er 51 indicatoren aangedragen door de werkgroep. Deze indicatoren waren met name gerelateerd aan de huidige ontwikkelingen rondom de PAI, de praktijkvoering en diverse protocollen. Zo kon een groslijst van in totaal 115 conceptindicatoren worden vastgesteld (zie Bijlage 4).

3.3 Eerste selectie conceptindicatoren door de werkgroep

De werkgroep selecteerde uit de groslijst 35 conceptindicatoren (zie Tabel 2.) aan de hand van de AIRE-criteria. De meest voorkomende argumenten om een indicator **niet** op te nemen waren:

- *Weinig klinische relevantie (AIRE-criterium 1)*
Hierbij ging het vooral om indicatoren die niet geschikt zijn om op te monitoren/sturen;
- *Omdat er (nog) geen richtlijn bestaat (AIRE-criterium 2)*
Er zijn veel potentiële indicatoren genoemd waarover (nog) geen richtlijn bestaat;
- *Geen verbeterpotentieel (AIRE-criterium 4)*
Dit betrof vooral indicatoren die naar verwachting geen aanwijsbare verbeteringen in de praktijk zouden opleveren;
- *Moeilijk registreerbaar (AIRE-criterium 5)*
Dit waren vaak indicatoren op praktijkniveau die (nog) niet worden geregistreerd;
- *Erg gevoelig voor sociaal wenselijke antwoorden*
Hierbij ging het vooral om indicatoren over de aanwezigheid van een bepaald protocol;
- *Casemix; weinig beïnvloedbaar door de verloskundige hulpverlener*
Verschillende indicatoren of intrinsieke factoren waren van groot belang voor de uitkomst van zorg, maar waren vooral gerelateerd aan populatiekenmerken of patiëntfactoren. De verloskundige hulpverlener heeft hier weinig tot geen invloed op;
- *Moeilijk of niet operationaliseerbaar*
Deze indicatoren gingen vooral over samenwerkingsafspraken tussen beroepsgroepen of in hoeverre het protocol op lokaal niveau wordt gevolgd;
- *Weinig discriminerend vermogen*
Dit betrof indicatoren die wel belangrijk waren op microniveau, maar waarbij geen onderscheid tussen praktijken te meten viel op geaggregeerd niveau;
- *Wordt reeds meegenomen in de PAI*
Er was door de werkgroep besloten om indicatoren niet dubbel uit te vragen, vandaar dat er aansluiting werd gezocht bij reeds bestaande kwaliteitsverbeteringprojecten;
- *Aansluiten bij lopende trajecten/onderzoeken*
Voor de prenatale screening worden elders indicatoren ontwikkeld.¹⁵ Deze zijn daarom niet in dit project geadresseerd. Bij de implementatie zullen de verschillende sets geïntegreerd moeten worden.

3.4 Selectie door het Delphipanel

3.4.1 Respons

Het Delphipanel bestond uit 38 panelleden, waaronder 28 verloskundigen, 5 verloskundig actieve huisartsen, 3 gynaecologen en 2 kraamverzorgenden. Hiervan hebben 23 verloskundigen, 3 verloskundig actieve huisartsen, 1 gynaecoloog en 1 kraamverzorgende aan de eerste schriftelijke ronde deel genomen (respons 74%). In de tweede ronde hebben 23 verloskundigen, 2 verloskundig actieve huisartsen, 1 gynaecoloog en 1 kraamverzorgende gereageerd (respons 71%).

3.4.2 Eerste Delphironde

Van de 35 conceptindicatoren die in de eerste ronde werden voorgelegd, heeft het Delhipanel 8 conceptindicatoren unaniem geaccepteerd, met een mediaanwaarde van 8 of hoger op de criteria:

- *Relatie tot kwaliteit*: de mate waarin de indicator in aanmerking komt om de kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland (in casu: de verloskundige praktijk) te meten;
- *Haalbaarheid*: de mate waarin de gegevens beschikbaar zijn of gemakkelijk te verzamelen zijn in een bepaalde periode (bijvoorbeeld: een jaar).

Vervolgens werden er 5 indicatoren afgewezen tijdens de eerste ronde (zie Tabel 2.). Na deze ronde zijn 22 conceptindicatoren opnieuw voorgelegd aan het Delhipanel in de tweede ronde. De resultaten van de eerste Delphironde, de mediaanscore en mate van consensus zijn in Bijlage 3 terug te vinden.

3.4.3 Tweede Delphironde

Een deel van de indicatoren (n=5) was in de tweede ronde anders geformuleerd naar aanleiding van de reacties in de eerste ronde. In totaal zijn in de tweede Delphironde 17 indicatoren geaccepteerd en zijn er 5 indicatoren afgefallen (zie Tabel 2). In Bijlage 3 worden de resultaten van de tweede Delphironde-vragenlijst weergegeven.

In Tabel 2 zijn de resultaten van de eerste en tweede Delphironde samengevat.

Tabel 2. De 35 conceptindicatoren die werden voorgelegd aan het Delhipanel

Nr.	Indicator	Afgevallen 1 ^e ronde	Geaccepteerd 1 ^e ronde	Geaccepteerd 2 ^e ronde	Afgevallen 2 ^e ronde	Definitief in de set ¹
1	Accreditatie van de praktijk			X		X
2	Aantal verloskundigen/verloskundig actieve huisartsen per praktijk dat is ingeschreven in het kwaliteitsregister van de KNOV of de CHBB		X			X
3	Doet uw praktijk aan systematische kwaliteitsverbetering met behulp van PAI of een alternatief systeem?			X		X [§]
4	Heeft uw praktijk een borstvoedingscertificaat van de Stichting Zorg voor Borstvoeding?	X				
5	Hoeveel uren per week bent u bereikbaar voor niet-dringende vragen?		X			X
6	Percentage vrouwen dat in de 8e tot 10e week na de eerste dag van de laatste menstruatie haar eerste consult heeft gehad met de verloskundige zorgverlener		X			X
7	Neemt uw praktijk deel aan een kring?			X		X
8	Neemt uw praktijk deel aan een Verloskundig Samenwerkings Verband?		X			X
9	Percentage thuisbevallingen met partusassistentie door de kraamverzorgende			X		X
10	Heeft u afspraken gemaakt over een achterwacht- en waarneemregeling/continue 24-uurs zorg?		X			X
11	Percentage bevallingen waarbij de verloskundige hulpverlener niet aanwezig was				X	X [#]
12	Percentage vrouwen met een stuitligging waarbij een poging is gedaan tot een uitwendige versie, onder controle in de praktijk			X		X
13	Percentage vrouwen dat per ambulance vervoerd is, waarbij zich tilproblemen hebben voorgedaan	X				
14	Percentage ontvangen ingevulde cliëntenenquête			X		X ^{§,*}
15	Het aantal overleden kinderen dat de praktijk heeft aangemeld voor de perinatale audit		X			X
16	Registreert u de incidenten in uw praktijk conform de handreiking 'omgaan met incidenten' van de KNOV?			X		X
17	Hoeveel (bijna) incidenten binnen uw praktijkvoering en zorgverlening heeft u besproken a.d.h.v. het Meldingsformulier?	X				
18	Zijn er binnen uw praktijk afspraken gemaakt voor het periodiek actualiseren van de protocollen?				X	
19	Percentage vrouwen in uw praktijk met wie geen communicatie mogelijk is zonder ondersteuning, waarbij hulp is ingeschakeld ter ondersteuning van				X	

Nr.	Indicator	Afgevallen 1 ^e ronde	Geaccepteerd 1 ^e ronde	Geaccepteerd 2 ^e ronde	Afgevallen 2 ^e ronde	Definitief in de set [¶]
	de communicatie					
20	Hoe heeft u uw cliënten geïnformeerd over het bestaan van een klachtenregeling?			X		X [§]
21	Gebruikt u in deze praktijk het V-MIS ter ondersteuning voor de cliënt om te stoppen met roken?				X	
22	Hoeveel procent van de cliënten die aan het begin van de zwangerschap rookten, rookt nog steeds in het derde trimester?			X		X
23	Percentage voor verwijzingen durante partu			X		X
24	Percentage multiparae dat verwezen is durante partu	X				
25	Percentage naar de tweede lijn verwezen cliënten vanwege trage progressie in de latente of actieve fase			X		X [*]
26	Percentage kinderen met een voor de zwangerschapsduur te laag geboortegewicht (volgens de geboortegewichtpercentielen van de PRN 2007), geboren in de eerste lijn		X			X
27	Percentage bevallingen onder begeleiding van de eerstelijnsverloskundige in: 1. de thuissituatie; 2. de polikliniek; 3. een geboortecentrum?				X	
28	Percentage barenden bij wie een partogram is gemaakt			X		X
29	Percentage vrouwen met een episiotomie			X		X
30	Percentage kinderen dat geboren is in de eerste lijn met een Apgar-score ≤ 7 na 5 minuten		X			X [*]
31	Aantal kinderen die tijdens of na de baring overleden in de eerstelijns verloskundige zorg		X			X
32	Slagingspercentage pasgeborenen dat borstvoeding krijgt aan het einde van de zorg door de verloskundige zorgverlener			X		X
33	Is er een protocol voor de overdracht aan de Jeugdgezondheidszorg bij een niet-pluisgevoel?			X		X
34	Het percentage uitgevoerde nacontroles			X		X [*]
35	Het aantal pasgeborenen, geboren onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn, dat in de eerste 24 uur overgedragen is aan de kinderarts			X [§]		
	TOTAAL (van boven naar beneden, per kolom)	5	9	17	5	23 + 3[§]

[¶] Na de Delphi-procedure heeft de werkgroep de resultaten beoordeeld en in een slotbijeenkomst de definitieve set vastgesteld.

[#] Deze indicator is niet aanvaard door het Delhipanel, maar is door de werkgroep uiteindelijk alsnog in de set opgenomen, zie hoofdstuk 3.5.

[§] Is een voorlopige indicator welke gebruikt kan worden indien een praktijk nog niet geaccrediteerd is, zie hoofdstuk 3.5.2.

^{*} Nieuwe formulering in de definitieve set.

[§] Deze indicator is wel aanvaard door het Delhipanel, maar is uiteindelijk niet door de werkgroep overgenomen, zie hoofdstuk 3.5.

3.5 Vaststellen van de set indicatoren door de werkgroep

In een slotbijeenkomst is door de werkgroep over een aantal indicatoren nader gediscussieerd. Bij deze bespreking werden de resultaten van het Delhipanel als uitgangspunt genomen. De werkgroep besprak per indicator in hoeverre er consensus over het resultaat van het Delhipanel was binnen de werkgroep en nam hierover een besluit. Zo had het Delhipanel de indicator ‘Het aantal pasgeborenen, geboren onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn, dat in de eerste 24 uur overgedragen is aan de kinderarts, in jaar X’ aanvaard in de tweede ronde. De werkgroep heeft tijdens de slotbijeenkomst besloten deze indicator niet op te nemen in de set, omdat binnen de werkgroep geen consensus was over de haalbaarheid en nut van deze indicator. Aan de andere kant heeft de werkgroep een indicator opgenomen in de set die was afgefallen bij het Delhipanel. Dit betrof de indicator ‘Percentage bevallingen waarbij de verloskundig hulpverlener niet aanwezig was’. De werkgroep achtte deze indicator belangrijk als signaal voor de manier waarop de zorg is georganiseerd.

Uiteindelijk is een definitieve set van 23 kwaliteitsindicatoren vastgesteld. Daarnaast heeft de werkgroep besloten om drie voorlopige indicatoren op te nemen, ter ondersteuning van de indicator over de accreditatie van praktijken (indicator 1). In de huidige situatie is een ruime meerderheid van de praktijken nog niet geaccrediteerd. Dit maakt deze indicator op dit moment minder geschikt omdat dit te weinig differentiatie geeft. Voor de toekomst is het echter een belangrijke indicator. De drie voorlopige indicatoren kunnen worden gebruikt in de overgangperiode.

Naast de basisset van 23 indicatoren heeft de werkgroep een aantal indicatoren benoemd die voor de toekomst van belang bij het monitoren kunnen zijn. Deze toekomstige indicatoren kunnen met het oog op de ontwikkelingen in het vakgebied bij een eventuele herziening van de set worden uitgewerkt en toegevoegd.

Veelal is de haalbaarheid van de indicatoren afhankelijk van de nieuwe Perinatale Registratie Nederland (PRN). Deze dataset voor de verloskunde, die veel uitgebreider is dan de huidige LVR, biedt nieuwe mogelijkheden voor het meten van indicatoren.

3.5.1 De definitieve indicatoren

Nadat de indicatoren vastgesteld werden door de werkgroep, zijn deze opnieuw ingedeeld in verschillende categorieën conform de volgorde van het zorgproces:

Organisatie en structuur

1. Accreditatie van de praktijk
2. Aantal verloskundigen/verloskundig actieve huisartsen per praktijk dat is ingeschreven in het kwaliteitsregister van de KNOV of de CHBB
3. Deelname van de praktijk aan een verloskundige kring
4. Deelname van de praktijk aan een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV)
5. Registratie van incidenten in de praktijk conform de handreiking ‘Omgaan met incidenten’ van de KNOV
6. Bereikbaarheid voor niet-dringende vragen, in aantal uren per week

7. Aanwezigheid van een procedure voor achterwacht- en waarneemregeling/continue 24-uurs zorg

Antepartumperiode

8. Percentage vrouwen met een stuitligging waarbij een poging is gedaan tot een uitwendige versie, onder controle van de praktijk
9. Percentage van vrouwen die de zwangerschapsbegeleiding start in de eerste lijn waarbij het eerste consult plaatsvond in de 8e tot 10e week na de eerste dag van de laatste menstruatie

De partus

10. Percentage bevallingen waarbij de verloskundige hulpverlener niet aanwezig was
11. Percentage barenden waarbij een partogram is gemaakt
12. Percentage voor verwijzingen durante partu
13. Percentage naar de tweede lijn verwezen cliënten vanwege trage progressie en/of pijnbestrijding tijdens de ontsluitingsperiode
14. Percentage kinderen met een voor de zwangerschapsduur te laag geboortegewicht (geboortegewichtspercentielen <2.3 en <10), geboren in de eerste lijn
15. Percentage vrouwen met een episiotomie
16. Percentage kinderen dat geboren is in de eerste lijn met een Apgar-score ≤ 7 na 5 minuten
17. Aantal kinderen dat tijdens of na de baring is overleden in de eerstelijns verloskundige zorg

Postpartumperiode

18. Het percentage cliënten met uitgevoerde nacontroles, in geval van bevalling en nazorg onder verantwoordelijkheid van de verloskundige zorgverlener in de eerste lijn
19. Het aantal overleden kinderen dat de praktijk heeft aangemeld voor de perinatale audit

Keten-indicatoren

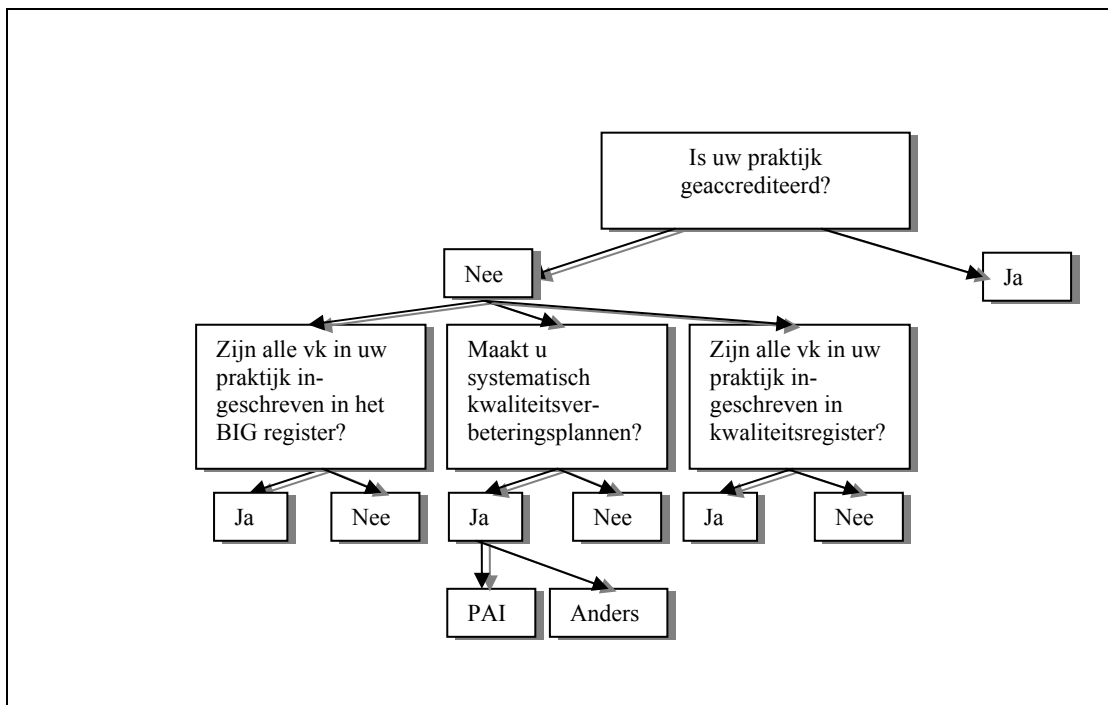
Bij keten-indicatoren speelt gedeelde verantwoordelijkheid een belangrijke rol. Dit betreft aspecten die invloed hebben op de kwaliteit van de verloskundige zorg in de eerste lijn, maar die de eerstelijns verloskundige hulpverlener slechts gedeeltelijk kan beïnvloeden. In de keten is ook een rol toegekend aan de cliënt (zelfzorg). Daarom wordt de indicator over roken (zie onder) opgenomen als keten-indicator.

20. Percentage thuisbevallingen met partusassistentie door de kraamverzorgende
21. Aanwezigheid van een protocol voor de overdracht aan de Jeugdgezondheidszorg bij een niet-pluisgevoel
22. Percentage cliënten dat nog rookt in het derde trimester, van de cliënten die rookten aan het begin van de zwangerschap
23. Percentage pasgeborenen dat borstvoeding krijgt aan het einde van de zorg door de verloskundige zorgverlener

In Bijlage 2 worden de achtergronden en de nadere definitie van de geselecteerde indicatoren weergegeven.

3.5.2 Voorlopige indicatoren

Accreditatie is een belangrijke toets voor de structuur van de verloskundige praktijk. De eerste indicator van de set toetst in hoeverre de praktijk geaccrediteerd is. Momenteel zijn nog niet alle praktijken geaccrediteerd. Zolang de accreditatie nog onvoldoende is doorgevoerd, is een aantal indicatoren benoemd die tijdelijk kunnen worden gebruikt om inzicht te krijgen kwaliteitsverbetering en -borging van een verloskundige praktijk. In Figuur 3 staat een schets van de voorlopige indicatoren die met accreditatie samenhangen. Wanneer een praktijk geaccrediteerd is, dan bestrijkt dat expliciet de vragen over opname in het BIG- en kwaliteitsregister en de verbeteringsplannen. Indien er nog geen sprake is van accreditatie, dan zijn de indicatoren over het BIG- en kwaliteitsregister en de verbeteringsplannen informatief over het kwaliteitsbeleid van een praktijk.



Figuur 4. Samenhang van indicatoren rond accreditatie

Indien op termijn een groot deel van alle praktijken geaccrediteerd is, worden onderstaande indicatoren overbodig.

- 1a Aanwezigheid van systematische kwaliteitsverbetering in de praktijk (met behulp van PAI of een alternatief systeem);
- 1b Wel of niet uitdelen van cliëntenenquêtees;
- 1c De wijze waarop cliënten geïnformeerd worden over de klachtenregeling, schriftelijk (brochure) of mondeling.

3.5.3 Toekomstige indicatoren

Naast de basisset van 23 indicatoren heeft de werkgroep een aantal indicatoren benoemd die voor de toekomst bij het monitoren van belang kunnen zijn. Dit betreft indicatoren die wel relevant zijn, maar nu nog niet geregistreerd (kunnen) worden.

Protocollen

Een aantal conceptindicatoren had betrekking op protocollen. Hierbij ging het vooral om de vraag in hoeverre de verloskundige hulpverlener gebruik maakt van protocollen, of deze up-to-date zijn en of er volgens protocol gewerkt wordt in de praktijk. Deze indicatoren zijn wel van belang voor uitkomsten in de zorg, maar zijn gevoelig voor sociaal wenselijke antwoorden. In de toekomst zal onderzocht moeten worden welke zaken minimaal in protocollen dienen te worden vastgelegd en zal er een format voor protocollen moeten komen, zodat deze ook getoetst kunnen worden.

Communicatie met cliënten

De werkgroep heeft getracht een indicator te ontwikkelen voor de communicatie met cliënten ('Percentage vrouwen in uw praktijk met wie geen communicatie mogelijk is zonder ondersteuning, waarbij hulp is ingeschakeld ter ondersteuning van de communicatie'). Het bleek moeilijk om een goede indicator hiervoor te operationaliseren, omdat het hier de communicatie in de brede zin betreft. Naast taalbarrières kunnen ook culturele verschillen de communicatie in de weg staan. Aanbevolen wordt om dit aspect nader te onderzoeken om alsnog een indicator hiervoor te definiëren in de toekomst.

3.5.4 Niet-geselecteerde indicatoren

Op basis van de twee Delphironden en de discussie in de werkgroep zijn de onderstaande indicatoren niet geselecteerd.

1. Zijn er binnen uw praktijk afspraken gemaakt voor het periodiek actualiseren van de protocollen?
2. Gebruikt u in deze praktijk het V-MIS ter ondersteuning voor de cliënt bij het stoppen met roken?
3. Percentage bevallingen onder begeleiding van de eerstelijnsverloskundige in: 1. de thuissituatie; 2. de polikliniek; 3. een geboortecentrum
4. Het aantal pasgeborenen, geboren onder verantwoordelijkheid van de eerstelijns, dat in de eerste 24 uur overgedragen is aan de kinderarts
5. Heeft uw praktijk een borstvoedingscertificaat van de Stichting Zorg voor Borstvoeding?
6. Percentage vrouwen dat per ambulance vervoerd is, waarbij zich tilproblemen hebben voorgedaan
7. Hoeveel (bijna) incidenten binnen uw praktijkvoering en zorgverlening heeft u besproken aan de hand van het meldingsformulier?
8. Percentage bevallingen waarbij de verloskundige hulpverlener niet aanwezig was.
9. Percentage multiparae dat verwezen is durante partu.

Argumenten van het Delhipanel:

- geen consensus en/of lage score door het Delhipanel;
- niet te concretiseren in de praktijk, moeilijk te operationaliseren;
- de mate waarin het een kwaliteitsindicator is voor een verloskundige praktijk;
- komt te weinig voor om bruikbaar te zijn voor kwaliteitsverbetering;
- de landelijke norm (Verloskundig Vademecum) moet binnen het VSV nader uitgewerkt worden in onderlinge afspraken; daardoor is er geen eenduidige norm om de indicator aan te spiegelen;
- makkelijk sociaal wenselijk in te vullen.

In Bijlage 3 zijn de argumenten van de panelleden opgenomen.

4 Discussie

In dit project heeft de werkgroep een set van 23 kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde vastgesteld, in samenwerking met het veld. De set omvat met name indicatoren over de organisatie en structuur van de verloskundige praktijk, de antepartumperiode, de partus, de postpartumperiode en de verloskundige ketenzorg.

Daarnaast heeft de werkgroep ook ingespeeld op toekomstige ontwikkelingen. Hierbij valt te denken aan de ontwikkelingen rondom de landelijke uitrol van accreditatie. Nog niet alle praktijken zijn geaccrediteerd, waarvoor drie additionele indicatoren bedacht zijn om vooralsnog de kwaliteitsvoering van een praktijk mee te toetsen.

Tijdens het werkproces heeft de werkgroep ondervonden hoe complex deze opdracht is, omdat vaak geconstateerd werd dat de gegevens niet gemeten kunnen worden of dat er sprake is van kleine aantallen: *‘Many things that count, cannot be counted’* (Albert Einstein). Hoe meet je bijvoorbeeld of een verloskundige voldoende tijd besteedt aan een cliënt? Ten eerste, wat is ‘voldoende’, en ten tweede, hoe ga je een berekening maken als de verloskundige de cliënt met onderbrekingen bezoekt, maar wel dichtbij en alert is? Dat geeft ook direct de beperking aan van indicatoren: het moet goed meetbaar zijn. Door dit criterium viel sommige informatie over de kwaliteit van de zorg af, maar die toch relevant is voor het verloskundig handelen. Voorbeelden hiervan zijn:

a. Het gebruik van protocollen

In de toekomst zal onderzocht moeten worden welke zaken minimaal in protocollen dienen te worden vastgelegd en wat een passend format is voor protocollen, zodat deze ook getoetst kunnen worden.

b. Communicatie met cliënten

Naast taalbarrières kunnen ook culturele verschillen de communicatie in de weg staan. Aanbevolen wordt om dit aspect nader te onderzoeken om alsnog een indicator hiervoor te definiëren.

Het is essentieel dat deze informatie op andere manieren beschikbaar komt. Indicatoren geven een geobjectiveerd, maar nooit een compleet beeld van de kwaliteit van de zorg.

Verder is getracht indicatoren te definiëren die betrouwbaar geregistreerd worden. Bij voorkeur zijn de indicatoren gebaseerd op routinematig verzamelde gegevens. Er is in dit project getracht zoveel mogelijk aansluiting te zoeken bij de bestaande registraties in de verloskundige praktijk, met name om de praktijk zo min mogelijk te belasten. In de nieuwe landelijke perinatale dataset kunnen de verloskundigen, gynaecologen, verloskundig actieve huisartsen en neonatologen meer gegevens over hun zorgverlening vastleggen. Bij de ontwikkeling van de indicatoren is hiermee rekening gehouden. Deze dataset is nog niet operationeel; naar verwachting wordt ze in 2009 geïmplementeerd.

Het is daarnaast van groot belang dat de indicatoren getoetst worden in een pilotstudie om na te gaan in hoeverre ze bruikbaar en registreerbaar zijn in de dagelijkse praktijk. De resultaten van de pilotstudie kunnen gebruikt worden om de indicatoren te valideren.

Tot slot dient opgemerkt te worden dat deze set geen statische lijst van indicatoren betreft, maar dat de set in de loop van de tijd zal moeten worden aangepast en aangevuld. Zoals eerder gesteld, kan niet alles gemeten worden en dat hoeft ook niet. Van belang is dat de beroepsgroep in kaart brengt waar kwaliteitsverbetering te behalen valt en op basis daarvan

keuzes maakt welke kwaliteitsindicatoren aangepast dienen te worden. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat na een aantal jaar blijkt dat de kwaliteit rondom accreditatie significant is toegenomen, zodat deze indicator vervangen kan worden door een alternatieve indicator die n t weer een ander aspect meet. Aan de andere kant kan er ook sprake van zijn dat een indicator niet varieert, niet discrimineert of niet voor verbetering gevoelig is, zodat deze beter vervangen kan worden.

Hierdoor blijft de verbetercyclus van analyseren en verbeteren continu in beweging!

5 Conclusie

Tijdens dit project stonden drie vraagstellingen centraal. Ten aanzien van deze vraagstellingen kunnen we het volgende concluderen.

1. *Welke kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijnsverloskunde kunnen geïdentificeerd of ontwikkeld worden op basis van een aantal KNOV-richtlijnen, -standaarden, expert opinion en literatuur?*

Tijdens het werkproces heeft de werkgroep 13 kritische zorgprocessen/risicogebieden benoemd waarbinnen een substantieel risico kan ontstaan op sub-optimale zorg ten aanzien van de organisatie, zorgprocessen of zorguitkomsten.

De werkgroep heeft een set van 23 indicatoren geïdentificeerd welke gebruikt kan worden in de eerstelijnsverloskunde (zie Bijlage 2).

2. *Wat is de haalbaarheid van het registreren en het gebruik van deze indicatoren in de verloskundige praktijk (potentie tot implementatie)?*

Bij het ontwikkelen en selecteren van de set indicatoren is zoveel mogelijk rekening gehouden met de registreerbaarheid van de indicator in de dagelijkse praktijk. Daarnaast is vooruit gekeken naar de toekomst: een aantal indicatoren uit de set zal uit de nieuwe landelijke perinatale dataset kunnen worden geëxtraheerd.

3. *Bij welke bestaande initiatieven, betreffende indicatoren/kwaliteitsbeleid voor de eerstelijnsverloskunde, kunnen we aansluiting vinden?*

De werkgroep heeft besloten om de prenatale screening buiten de scope van dit project te laten, omdat in een ander project indicatoren zijn ontwikkeld voor dit onderdeel. Bij de implementatie van de indicatoren voor de eerstelijnsverloskunde dienen deze beide projectresultaten samengevoegd te worden.

Literatuur

- (1) Baan CA, Smits JPJM, Limburg LCM. Risico's verkend. Naar een model voor toezichtstrategie van IGZ. Bilthoven: RIVM. 282710001. 2001.
- (2) IGZ. Staat van de gezondheidszorg, een rapportage over kwaliteit en toegankelijkheid in de zorg. Den Haag: Sdu Uitgeverij. 1997.
- (3) VWS. Besluit van 19 november 1997, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de verloskundige (Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 552. Den Haag: VWS. 1997.
- (4) LHV, NHG. College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB)-register Verloskunde. Utrecht: LHV. 2006.
- (5) CVZ. Verloskundig vademecum 2003. Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor Zorgverzekeringen. Diemen: CVZ. 2003.
- (6) KNOV. Beroepsprofiel Verloskundige. Bilthoven: KNOV. December 2005.
- (7) Hoff van der I, KNOV. Kwaliteitsbeleid Eerstelijnsverloskunde. Werkprogramma 2006-2008. Bilthoven: KNOV. Februari 2006.
- (8) Institute of Medicine: Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC, National Academy Press. 2001.
- (9) Have ten P. Indicatoren voor verbeterprojecten. Handleiding. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. 2004.
- (10) Orde van Medisch Specialisten. Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE). 1-Versie. Utrecht: OMS. 2006.
- (11) Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Ontwikkeling van indicatoren op basis van evidence-based richtlijnen. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications B.V. 2002. ISBN 90-76906-62-9. 2002.
- (12) Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I. 1980. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- (13) Kooistra M, Schuitemaker NWE, Franx A, Wolf H, van Hemel O, Graafmans WC et al. Kwaliteitsindicatoren voor de obstetrie. Ontwikkeling en gebruik in Nederland. Bilthoven: RIVM. 260101001. 2008.
- (14) de Vos MLG, Graafmans WC. Indicatoren voor de kraamzorg. Ontwikkeling van indicatoren voor kraamzorginstellingen. Bilthoven: RIVM. 260111001. 2007.

- (15) IGZ. Visiedocument Maatschappelijke Verantwoording Bevolkingsonderzoek, Zichtbare Zorg Stuurgroep MV BVO. Den Haag: IGZ. Oktober, 2008.
- (16) McGlynn EA. Selecting common measures of quality and system performance. *Med Care* 2003; 41(1 Suppl):I39-I47.
- (17) Boffin N, Govaerts F. Indicatoren van kwaliteit van preventieve zorg in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Resultaten van een consensusprocedure. *Huisarts Nu* 2005; 34(5):272-276.
- (18) McGlynn EA, Damberg CL, Kerr EA, Schuster MAe. *Quality of Care for Children and Adolescents: A Review of Selected Clinical Conditions and Quality Indicators*. Santa Monica: RAND, 2000.
- (19) Dorscheidt J, de Die M. *De toekomst van de wet BIG. Preadvies*. Den Haag: SDU Uitgevers. 2008.
- (20) World Health Organization Division of Child Health and Development. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding: revised*. Geneva: World Health Organization, Division of Child Health and Development. 1998.
- (21) Biens A. Evidence based verpleegkunde. De kwaliteit van zorg vaart er wel bij. *Tijdschrift voor verpleegkundigen* 1998; 19:577-581.
- (22) Le Grand-van den Bogaard MJM, Verloove-Vanhorick SP. Professionals in de gezondheidszorg. *RVZ Advies 99/15*. Zoetermeer. 2000.
- (23) National Health Services Department of Health. *Maternity Matters: Choice, access and continuity of care in a safe service*. 2007.
- (24) National Institute for Health and Clinical Excellence. *Antenatal Care. Routine care for the healthy pregnant woman. NICE clinical guideline 62*. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. London. 2008.
- (25) de Jonge A. *Preconceptiezorg, KNOV Standpunt*. Bilthoven: KNOV. 2005.
- (26) CVZ. *Instrument voor toekenning van kraamzorg: Partusassistentie en kraamzorg gedurende de kraamperiode. Indicatieprotocol kraamzorg, versie 3*. 2008.
- (27) Verbugt T, Offerhaus P. *Uitwendige versie, KNOV Standpunt*. Bilthoven: KNOV. 2006.
- (28) Stichting Landelijke Ambulance & Meldkamer Protocollen. *Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA)*. 2007.
- (29) Waelput AJM, van Overbeeke H, Eskes M, Achterberg PW. *Landelijke Perinatale Audit: werk in uitvoering. Eindrapportage en bedrijfsplan van de opstartcommissie*. Bilthoven: RIVM. 270212001. 2008.
- (30) Leeman LD, Waelput AJM, Eskes M, Achterberg PW. *Op weg naar de landelijke invoering van perinatale audit*. Bilthoven: RIVM. 270032005. 2007.
- (31) KNOV. *Handreiking Omgaan met 'incidenten' in de verloskundige praktijk*. Bilthoven: KNOV. 2007.

- (32) Legemaate J, Christiaans-Dingelhoff I, Doppegieter RMS, de Roode RP. Melden van incidenten in de gezondheidszorg. Onderzoek in opdracht van ZonMW. Utrecht. 2006.
- (33) Habraken MMP, van der Schaaf TW, van Beusekom BR, Huygelen C. Beter analyseren van incidenten. Medisch Contact 2005; 60:940-943.
- (34) Offerhaus P, de Boer J, Daemers D. Niet vorderende ontsluiting. KNOV Standaard. Aanbevelingen voor verloskundig beleid, begeleiding en preventie. Bilthoven: KNOV. 2006.
- (35) Veitch V, Dawson W. Victorian Maternity Services Performance Indicators. Complete set for 2005-2006. Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia. 2007.
- (36) NVOG. Serotiniteit. NVOG Richtlijn. Utrecht: NVOG. 2007.
- (37) van der Goes BY, Daemers DOA, Kateman H, Amelink-Verburg MP. Hygiëne en infectiepreventie in de eerstelijns verloskundige praktijk. KNOV Standaard. Bilthoven: KNOV. 2004.
- (38) Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie. Conceptrichtlijn Pijnbehandeling tijdens de bevalling. Utrecht: NVA en NVOG, 2008.
- (39) Jonge de A. Prenatale diagnostiek. KNOV Standpunt. Bilthoven: KNOV. 2005.
- (40) NVOG. Kwaliteitsnorm Prenatale Screening op Foetale Afwijkingen. Utrecht: NVOG. 2005.
- (41) de Jonge A. Prenatale diagnostiek. KNOV Standpunt. Bilthoven: KNOV. 2005.
- (42) Ververs T, Kaasenbrood H, Visser G, Schobben F, de Jong-van den Berg, Egberts T. Prevalence and patterns of antidepressant drug use during pregnancy. Eur J Clin Pharmacol 2006; 62(10):863-870.
- (43) Ververs T, Visser G, Buitelaar J. Antidepressiva en zwangerschap. Tijdschrift voor Verloskundigen 2007;39-41.
- (44) Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BMJ 2001; 323(7307):257-260.
- (45) Amelink-Verburg MP, Daemers DOA, Rijnders MEB. Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk. KNOV Standaard. Bilthoven: KNOV. 2000.
- (46) Jonge de A. Preconceptiezorg, KNOV Standpunt. Bilthoven: KNOV. 2005.
- (47) Gezondheidsraad. Voedingsnormen: vitamine B6, foliumzuur en vitamine B12. Den Haag: Gezondheidsraad. 2003/04.
- (48) Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. Cochrane Database Syst Rev 2001;(3):CD001056.

- (49) CBO. Behandeling van tabaksverslaving. CBO Richtlijn. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. 90-8523-002-0. 2004.
- (50) Zeitlin J, Wildman K, Breart G, Alexander S, Barros H, Blondel B et al. PERISTAT: indicators for monitoring and evaluating perinatal health in Europe. Eur J Public Health 2003; 13(3 Suppl):29-37.
- (51) Gezondheidsraad. Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding. Den Haag: Gezondheidsraad. 2004.
- (52) Stichting Alcoholpreventie: <http://www.alcoholpreventie.nl/persbericht/?id=121> (Geraadpleegd op 22 november 2007). 2007.
- (53) Troop P, Goldacre M, Mason A, Cleary Re. Health Outcome Indicators: Outcome indicators for normal pregnancy and childbirth. Report of a working group to the Department of Health. Oxford: National Centre for Health Outcomes Development. 1999.
- (54) Stichting Perinatale Registratie Nederland. Nieuwe referentiecurven voor geboortewichten. <http://www.perinatreg.nl/referentiecurven?noCache=572;1187263511> (Geraadpleegd op 22 november 2007). 2008.
- (55) Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood. Safe motherhood. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Geneva: World Health Organization, Division of Reproductive Health. 1997.
- (56) Troop P, Goldacre M, Mason A, Cleary Re. Health Outcome Indicators: Outcome indicators for normal pregnancy and childbirth. Report of a working group to the Department of Health. Oxford: National Centre for Health Outcomes Development, 1999.
- (57) Wiegers TA, Janssen BM. Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage 3e meting, najaar 2003. Utrecht: NIVEL. 2004.

BIJLAGE 1 Lijst van afkortingen

AIRE	Appraisal of Indicators through Research and Evaluation
APGAR	Ademhaling Pols-/hartslag Spierspanning Aspect/kleur Reactie
BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CHBB	College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
GT	Gefaseerd Toezicht
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IOM	Institute of Medicine
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken
LVR	Landelijke Verloskunde Registratie
LVR-1	Landelijke Verloskunde Registratie voor de eerste lijn
LVR-h	Landelijke Verloskunde Registratie voor huisartsen
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
NPA	NHG Praktijk Accreditering b.v.
PAI	Praktijk Analyse Instrument
PRN	Stichting Perinatale Registratie Nederland
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid & Milieu
V-MIS	Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
VVAH	Vereniging voor Verloskundig Actieve Huisartsen
WHO	World Health Organisation

BIJLAGE 2 Uitwerking van de geaccepteerde indicatoren

Organisatie en structuur

Indicator 1: Accreditering van de praktijk

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Kwaliteitssystemen hebben als doel een bijdrage te leveren aan de systematische verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening en praktijkvoering van eerstelijns verloskundige praktijken. Verbeteracties op basis van praktijkanalyses vormen de basis van dit systeem. Praktijkaccreditering geeft aan dat de verloskundige hulpverlener op een systematische manier bezig is met kwaliteitsverbetering. Deze accreditering wordt toegekend na een visitatie, dat wil zeggen een externe toetsing en verantwoording, middels een (verloskundig) accrediteur. Deze gaat na of de praktijk aan alle eisen voldoet om te worden geaccrediteerd.
<i>Definitie</i>	Onder praktijkaccreditering wordt verstaan dat de praktijk getoetst wordt op het voldoen aan een aantal eisen, zoals geformuleerd door de KNOV en VVAH.
<i>Teller</i>	Ja/nee. Indien ja, wat is het jaartal van accreditering en bij wie: • KNOV • Huisarts • Anders
<i>Noemer</i>	n.v.t.
<i>Registratie</i>	Praktijkadministratie
<i>Moeder/ kind</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuurindicator
<i>Gebruik</i>	Borging van de kwaliteit in de zorg zichtbaar maken voor derden.
<i>Bron</i>	www.verloskundigeninnederland.nl/leden/30werken_aan_kwaliteit/50kwaliteit_ssysteem_verloskundige_praktijkvoering/
<i>Aandachtsgebied</i>	Accreditering van de praktijk

Indicator 2: Aantal verloskundigen/verloskundig actieve huisartsen per praktijk dat is ingeschreven in het kwaliteitsregister van de KNOV of de CHBB

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Door registratie in het Kwaliteitsregister Verloskundigen c.q. College Registratie Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden laat een verloskundige of verloskundig actieve huisarts zien dat hij/zij én zijn/haar beroep uitoefent én volgens de norm van de beroepsgroep heeft 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.
<i>Definitie</i>	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.
<i>Teller</i>	Het aantal verloskundigen/verloskundig actieve huisartsen dat in uw praktijk werkzaam is (geweest), ingeschreven in het kwaliteitsregister in jaar X
<i>Noemer</i>	Het aantal verloskundigen/verloskundig actieve huisartsen dat in uw praktijk werkzaam is (geweest), in jaar X
<i>Registratie</i>	Praktijkadministratie
<i>Moeder/ kind</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuurindicator
<i>Gebruik</i>	(Borging van de) kwaliteit in de zorg zichtbaar maken voor derden
<i>Bron</i>	• www.verloskundigeninnederland.nl/home/40Kwaliteit/41Kwaliteitsregister_Verloskundigen/ • http://chbb.lhv.nl/uri/?uri=AMGATE_10899_100_TICH_R110262615749_2&xsl=AMGATE_10899_100_TICH_L999298967
<i>Aandachtsgebied</i>	Accreditatie van de praktijk

Indicator 3: Deelname van de praktijk aan een verloskundige kring

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	De KNOV is onderverdeeld in ongeveer zestig verloskundige kringen. Deze zijn niet allemaal even groot. Afhankelijk van het gebied waar de praktijken zijn gevestigd varieert de omvang van minder dan tien tot meer dan honderd leden. In de kringen stemmen verloskundigen met elkaar af over het beleid en de samenwerking. Zij doen dat onderling binnen de kring en namens de kring in overleg met andere regionale partijen in de zorg.
<i>Definitie</i>	Een kring is een subafdeling van de KNOV en heeft tot taak: het uitvoeren/ondersteunen van het algemene beleid van de KNOV op lokaal niveau en het bevorderen van de onderlinge samenwerking (http://www.knov.nl/home/10de_knov/20de_organisatie/30verloskundige_kring/).
<i>Teller</i>	Ja/nee. Indien ja, hoe vaak levert de praktijk een bijdrage aan een regionale vertegenwoordiging van verloskundigen in relevante overlegorganen in jaar X?
<i>Noemer</i>	Totaal aantal regionale overleggen in jaar X.
<i>Registratie</i>	Praktijkadministratie
<i>Moeder/ kind</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuurindicator
<i>Gebruik</i>	Monitoring/Spiegelend
<i>Bron</i>	• PAI, norm 8 • http://www.knov.nl/home/10de_knov/20de_organisatie/30verloskundige_kring/
<i>Aandachtsgebied</i>	Continuïteit van zorg/organisatie

Indicator 4: Deelname van de praktijk aan een Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV)

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Een verloskundig samenwerkingsverband draagt bij aan de kwaliteit van de zorg. Verloskundige samenwerking heeft tot doel de samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen 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.
<i>Definitie</i>	Praktijken van eerstelijns verloskundigen / verloskundig actieve huisartsen die deelnemen aan een VSV.
<i>Teller</i>	Ja/nee. Indien ja, hoe vaak levert de praktijk een bijdrage aan een verloskundig samenwerkingsverband in jaar X?
<i>Noemer</i>	Totaal aantal aantal bijeenkomsten in het kader van een Verloskundig Samenwerkingsverband in jaar X.
<i>Registratie</i>	Praktijkadministratie
<i>Moeder/ kind</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuurindicator
<i>Gebruik</i>	Monitoring/Spiegelend
<i>Bron</i>	• CVZ. Verloskundig Vademecum. Diemen; 2003 • KNOV. Handleiding opzetten van een VSV. Bilthoven: KNOV, 2006 (http://www.verloskundigeninnederland.nl/leden/files/pdf/samenwerking_-_Handleiding_Opzetten_Verloskundig_Samenwerkingsverband_januari_2006.pdf)
<i>Aandachtsgebied</i>	Continuïteit van zorg/organisatie

Indicator 5: Registratie van incidenten in de praktijk conform de KNOV-handreiking 'Omgaan met incidenten' van de KNOV

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Systematische registratie, analyse en bespreking van 'incidenten' biedt inzicht in de onderliggende oorzaken van incidenten, zoals organisatorische of systeemproblemen. Hiermee ontstaan mogelijkheden om zonodig verbeteringen door te voeren en dezelfde problemen in de toekomst te voorkomen.
<i>Definitie</i>	Een 'incident' wordt als volgt gedefinieerd: 'een vergissing of fout, gemaakt door een individuele zorgverlener, waardoor de betrokken cliënt geen optimale zorg krijgt of zelfs schade ondervindt.' Of korter geformuleerd 'Alles wat niet de bedoeling is.' Het betreft dan ook <i>near missers</i> en niet alleen de gevallen die daadwerkelijk tot enige schade hebben geleid (KNOV, 2007).
<i>Teller</i>	Het totaal aantal besproken incidenten a.d.h.v. het Meldingsformulier Incidenten uit de KNOV handreiking 'omgaan met incidenten' in deze praktijk in jaar X
<i>Noemer</i>	Totaal aantal (bijna) incidenten in deze praktijk in jaar X
<i>Registratie</i>	Nee
<i>Moeder/ kind</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Gebruik</i>	Spiegelinformatie op nationaal/regionaal niveau
<i>Bron</i>	- PAI, norm 4.7 (http://www.verloskundigeninnederland.nl/leden/pai/norm04/) - KNOV Handreiking 'omgaan met incidenten'. Bilthoven: KNOV, oktober 2007.
<i>Aandachtsgebied</i>	Evaluatie van de zorgverlening

Indicator 6: Bereikbaarheid van de praktijk voor niet-dringende vragen, in aantal uren per week

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Wanneer dat nodig is moeten cliënten hun verloskundigen of een verloskundig actieve huisarts kunnen bereiken met vragen en klachten. De organisatie van de zorg moet daar op af gestemd zijn.
<i>Definitie</i>	Het aantal uren per week dat de cliënt telefonisch contact kan opnemen voor niet-dringende vragen.
<i>Teller</i>	Aantal uren per week bereikbaar
<i>Noemer</i>	Aantal uren in de week als verloskundige werkzaam
<i>Registratie</i>	Praktijkadministratie
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder
<i>Type indicator</i>	Structuurindicator
<i>Gebruik</i>	Continuïteit van zorg
<i>Bron</i>	PAI, norm 2 (http://www.verloskundigeninnederland.nl/leden/pai/norm02/)
<i>Aandachtsgebied</i>	Toegankelijkheid

Indicator 7: Aanwezigheid van een procedure in de praktijk voor achterwacht- en waarneemregeling/continue 24-uurs zorg

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Vanwege het spoedeisende karakter van de verloskundige zorg moet een cliënt zonodig 24 uur per dag en 7 dagen per week een beroep kunnen doen op verloskundige hulp. Wanneer hier niet aan voldaan wordt kan dit ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid van moeder en kind. Praktijken moeten daarom voorzien in een 24/7 regeling, niet alleen ter overbrugging van vakantie, ziekte of nascholing (waarneming), maar ook voorbereid zijn op situaties in geval van meerdere bevallingen tegelijkertijd (achterwacht). Deze regeling moet duidelijk en laagdrempelig zijn.
<i>Definitie</i>	Afspraken geregeld volgens de praktijkorganisatie inzake de achterwacht- en waarneemregeling.
<i>Teller</i>	Ja/nee. Indien ja, waar staan deze genoteerd?
<i>Noemer</i>	n.v.t.
<i>Registratie</i>	Praktijkregistratie
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder en kind
<i>Type indicator</i>	Structuurindicator
<i>Gebruik</i>	Evaluatie eigen zorgverlening
<i>Bron</i>	- Norm 3 (continuïteit van zorg) uit de PAI (http://www.verloskundigeninnederland.nl/leden/pai/norm03/) - KNOV Beroepsprofiel Verloskundige. Bilthoven, december 2005
<i>Aandachtsgebied</i>	Continuïteit van zorg/organisatie

Antepartumperiode

Indicator 8: Percentage vrouwen met een kind in stuitligging waarbij een poging is gedaan tot een uitwendige versie, onder controle van de praktijk

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Bij ongeveer 3-4% van alle a terme zwangerschappen ligt het kind in stuitligging (Roumen en Van Gestel, 2001). Een geboorte in stuitligging brengt extra risico's met zich mee. Daarom wordt bij een stuitligging vaker gekozen voor een sectio, met als gevolg een stijging van het totale sectiopercentage in Nederland. Vanuit het oogpunt van moederlijke morbiditeit en mortaliteit is dit een ongewenste ontwikkeling. Om het aantal stuitliggingen terug te dringen, is het uitvoeren van een uitwendige versie wenselijk. Bij een succesvol versiebeleid is het de verwachting dat het aantal geboorten in stuitliggingen en daarmee het aantal sectio's zal afnemen (KNOV-standpunt, 2006).
<i>Definitie</i>	Onder een poging voor een uitwendige versie wordt verstaan dat bij een a terme zwangere, onder controle van de eerste lijn en met een kind in stuitligging, een (poging tot) uitwendige versie wordt uitgevoerd in de eerste of tweede lijn, teneinde een hoofdligging te bewerkstelligen
<i>Teller</i>	Aantal vrouwen onder controle van de eerste lijn waarbij een (poging tot) uitwendige versie is gedaan, in jaar X
<i>Noemer</i>	Totaal aantal vrouwen met een stuitligging bij 37-42 weken (a terme) in de eerste lijn, in jaar X
<i>Registratie</i>	Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatreg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls), actie bij liggingsafwijking in de zwangerschap (4.2.07.03)
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Gebruik</i>	Spiegelinformatie op nationaal/regionaal niveau
<i>Bron</i>	- Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 1996, Issue 2. Art. No.: CD000083. DOI: 10.1002/14651858.CD000083 (link: http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000083.html) - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). External cephalic version and reducing the incidence of breech presentation. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2006 Dec. 8 p. (Guideline; no. 20a). (link: http://www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/green_top20a_externalcephalic.pdf) - KNOV-standpunt Uitwendige versie. Utrecht, december 2006
<i>Aandachtsgebied</i>	Continuïteit van zorg/organisatie

Indicator 9: Percentage vrouwen dat de zwangerschapsbegeleiding startte in de eerste lijn, waarbij het eerste consult plaatsvond in de 8^e tot 10^e week na de eerste dag van de laatste menstruatie

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Voor een effectieve uitvoering van de (counseling over) prenatale screening met de combinatietest moet het eerste consult van de zwangere met een verloskundige zorgverlener bij voorkeur binnen 8-10 weken na de eerste dag van de laatste menstruatie plaatsvinden.
<i>Definitie</i>	Hierbij worden vrouwen geïnccludeerd die in de 8 ^e tot 10 ^e week na de eerste dag van de laatste menstruatie hun eerste consult hebben gehad.
<i>Teller</i>	Het aantal vrouwen dat in de 8 ^e tot 10 ^e week na de laatste menstruatie haar eerste consult heeft gehad met de verloskundige zorgverlener, in jaar X.
<i>Noemer</i>	Het totaal aantal vrouwen dat haar eerste consult heeft gehad met de verloskundige zorgverlener, in jaar X.
<i>Registratie</i>	• LVR-1/LVR-h • Toekomstige Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatreg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls), item 2.1.01.
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder en kind
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Gebruik</i>	Spiegelend op nationaal/regionaal niveau
<i>Bron</i>	• KNOV-Standpunt Preconceptiezorg, Bilthoven: KNOV, 2005. • NHG-Standaard Zwangerschap & Kraamperiode (M32), juni 2003.
<i>Aandachtsgebied</i>	Toegankelijkheid

De partus

Indicator 10: Percentage bevallingen dat plaatsvond in de eerste lijn waarbij de verloskundige hulpverlener niet aanwezig was

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Vanwege het spoedeisende karakter van de verloskundige zorg moet een cliënt zonodig 24 uur per dag en 7 dagen per week een beroep kunnen doen op verloskundige hulp. Wanneer hier niet aan voldaan wordt kan dit ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid van moeder en kind. Praktijken moeten daarom voorzien in een 24/7 regeling, niet alleen ter overbrugging van vakantie, ziekte of nascholing (waarneming), maar ook voorbereid zijn op situaties in geval van meerdere bevallingen tegelijkertijd (achterwacht). Deze regeling moet duidelijk en laagdrempelig zijn. De geboorte van een kind voordat de verloskundige aanwezig is kan een signaal zijn dat de continuïteit van de zorg onvoldoende gewaarborgd is. Bij de evaluatie van deze geboortes zal blijken wat de oorzaak is. Daarvoor is echter inzicht nodig in het aantal geboortes zonder deskundige (d.w.z. niet-verloskundig geschoolde) zorg.
<i>Definitie</i>	Onder een niet-verloskundig geschoolde wordt verstaan: partner, familielid, vrienden, buren, kraamverzorgende (in hun rol als partner, familielid, vrienden, buren, kraamverzorgende, ongeacht hun feitelijke beroep)
<i>Teller</i>	Het aantal kinderen dat tijdens de bevalling aangepakt is door een niet medisch geschoolde onder eindverantwoordelijkheid van de eerstelijns verloskundige hulpverlener, in jaar X
<i>Noemer</i>	Het totaal aantal kinderen dat geboren is onder eindverantwoordelijkheid van de eerstelijns verloskundige hulpverlener, in jaar X
<i>Registratie</i>	- LVR-1 - Toekomstige Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatereg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls), item 5.5.03.01 [aanpakker kind = 31, 33] + [Eindverantwoordelijke voor beleid bij baring = 11 bij VK/14 bij HA]
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder en kind
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Gebruik</i>	Evaluatie eigen zorgverlening
<i>Bron</i>	Norm 3 (continuïteit van zorg) uit de PAI (http://www.verloskundigeninnederland.nl/leden/pai/norm03/)
<i>Aandachtsgebied</i>	Continuïteit van zorg/organisatie

Indicator 11: Percentage barenden bij wie een partogram is gemaakt, onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Zowel een te vroege als te late verwijzing durante partu en complicaties door langdurige baring moet voorkómen zien te worden. Treedt er een stagnatie op in het baringsproces, of neemt een andere zorgverlener de begeleiding over, dan biedt het partogram bij de overdracht een overzichtelijke samenvatting van de gebeurtenissen tot dat moment van overdracht (KNOV, 2006). Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van een partogram met 'action line' leidt tot minder sectio caesarea en meer tevredenheid bij barenden (Lavender et al., 1998)
<i>Definitie</i>	Onder <i>gebruik van het partogram</i> wordt verstaan het invoeren van de relevante gegevens vanaf het eerste contactmoment in het partogram, dat de KNOV heeft ontwikkeld. In dit geval betekent het <i>begin van de baring</i> : wanneer het partogram gebruikt kan worden.
<i>Teller</i>	Het aantal vrouwen waarbij een partogram is gemaakt onder verantwoordelijkheid van de eerstelijns verloskundige zorg.
<i>Noemer</i>	Het aantal vrouwen dat aan begin van baring onder eerstelijns verloskundige zorg is.
<i>Registratie</i>	Partogramgebruik geen onderdeel van PRN2009
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Gebruik</i>	Aanjaagfunctie
<i>Bron</i>	• KNOV. Niet vorderende ontsluiting. Aanbevelingen voor verloskundig beleid, begeleiding en preventie. Bilthoven: KNOV, 2006 • Praktijkaart partogram (http://www.verloskundigeninnederland.nl/home/_files/pdf/024681-partogram-P20.pdf) • Lavender T, Alfrevic A, Walkinshaw S. Partogram action line study: a randomised trial. Br J Obstet Gynecol 1998; 105: 976-80. • NVOG Richtlijn Foetale bewaking. Utrecht: NVOG, 2004 (http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/pagina.php&fSelectTG_62=75&fSelectedSub=62&fSelectedParent=75).
<i>Aandachtsgebied</i>	Begeleiding tijdens de baring

Indicator 12: Percentage verwijzingen durante partu

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	In Nederland zijn in 2004 22.078 nulliparae tijdens de baring verwezen naar de tweede lijn, waarvan ruim 6.600 vrouwen vanwege een niet-vorderende ontsluiting en/of de noodzaak tot pijnstilling (KNOV Standaard, 2006).
<i>Definitie</i>	Alle vrouwen die durante partu zijn verwezen in jaar X.
<i>Teller</i>	Aantal vrouwen dat verwezen is durante partu in jaar X
<i>Noemer</i>	Aantal vrouwen dat aan het begin van de baring onder begeleiding is van de eerste lijn in jaar X
<i>Registratie</i>	• LVR-1/LVR-h • Toekomstige Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatreg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls),
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder
<i>Type indicator</i>	Ketenindicator
<i>Gebruik</i>	Toezicht op de kwaliteit van de verloskundige ketenzorg
<i>Bron</i>	• KNOV Standaard Niet vorderende Ontsluiting. Bilthoven, 2006
<i>Aandachtsgebied</i>	Verwijsbeleid

Indicator 13: Percentage naar de tweede lijn verwezen cliënten vanwege trage progressie en/of pijnbestrijding tijdens de ontsluitingsperiode

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Bij een tijdige verwijzing worden de limieten voor de latente en de actieve fase tijdens de ontsluitingsperiode niet overschreden, tenzij uit het overleg met de barende blijkt dat haar draagkracht nog voldoende is. Als verwijzing nodig is wordt onderscheid gemaakt in niet-vorderende ontsluiting en behoefte aan pijnstilling en sedatie (KNOV, 2006)
<i>Definitie</i>	Volgens de definitie van de KNOV-standaard: • <i>trage progressie in de latente fase</i>: na 8 uur nog geen overgang naar de actieve fase • <i>trage progressie in de actieve fase</i>: bij overschrijding van de actieplan in het partogram
<i>Teller 1</i>	Aantal vrouwen in jaar X dat aan het begin van de baring onder begeleiding is van de eerste lijns verloskundige die verwezen zijn wegens niet vorderende ontsluiting.
<i>Teller 2</i>	Aantal vrouwen in jaar X dat aan het begin van de baring onder begeleiding is van de eerste lijns verloskundige die verwezen zijn wegens pijnbestrijding tijdens de ontsluitingsperiode.
<i>Noemer</i>	Aantal vrouwen in jaar X met een niet vorderende ontsluiting en/of pijnbestrijding tijdens de ontsluitingsperiode dat aan het begin van de baring onder begeleiding is van de eerste lijns verloskundige
<i>Registratie</i>	• LVR-1 • Toekomstige Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatreg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls),
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder
<i>Type indicator</i>	Ketenindicator
<i>Gebruik</i>	Toezicht op de kwaliteit van de verloskundige ketenzorg
<i>Bron</i>	• KNOV. Niet vorderende ontsluiting. Aanbevelingen voor verloskundig beleid, begeleiding en preventie. Bilthoven: KNOV, 2006 • Praktijkaart latente fase (http://www.verloskundigeninnederland.nl/home/_files/pdf/024681%2Dlatente%5Ffase%2DP20%2Epdf) • Praktijkaart actieve fase (http://www.verloskundigeninnederland.nl/home/_files/pdf/024681%2Dactieve%5Ffase%2DP20%2Epdf)
<i>Aandachtsgebied</i>	Verwijsbeleid

Indicator 14: Percentage kinderen met een voor de zwangerschapsduur te laag geboortegewicht (geboortegewichtpercentielen < 2,3 en < 10), geboren in de eerste lijn

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Groeivertraging geeft een verhoogde kans op intra-uteriene sterfte, asfyxie durante partu en ernstige morbiditeit in het latere leven. Bij verdenking op foetale groeivertraging is nader onderzoek in de tweede lijn nodig naar (onderliggende) structurele oorzaken en ter bepaling van de ernst van het perinatale risico, waarna het beleid wordt vastgesteld (McIntire et al., 1999). In geval van foetale groeivertraging bestaat dit uit bewaking van de foetale conditie en tijdig geboren laten worden van de baby in de tweede lijn (NVOG, 1998).
<i>Definitie</i>	<i>Matige</i> groeivertraging tussen 2,3 en 10e percentiel ($2,3 > p < 10$), of: alle groeivertraagde kinderen onder de 10e percentiel in jaar X. <i>Ernstige</i> groeivertraging wordt gedefinieerd als geboortegewicht onder 2,3 percentiel ($p < 2,3$) volgens de geboortegewichtpercentielen PRN2007 in jaar X.
<i>Teller1</i>	Aantal kinderen met een geboortegewicht < P 2.3 dat geboren is onder eindverantwoordelijkheid van de eerstelijnszorgverlener in jaar X.
<i>Teller 2</i>	Aantal kinderen met een geboortegewicht < P10 dat geboren is onder eindverantwoordelijkheid van de eerstelijnszorgverlener in jaar X.
<i>Noemer</i>	Totaal aantal kinderen dat geboren is onder eindverantwoordelijkheid van de eerstelijns zorgverlener in jaar X.
<i>Registratie</i>	- LVR-1 - Toekomstige Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatreg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls), item 5.6.06.01/2 (geboortegewicht) en item 5.5.03.02 (Eindverantwoordelijke voor beleid bij baring)
<i>Moeder/ kind</i>	Kind
<i>Type indicator</i>	Uitkomstindicator
<i>Gebruik</i>	Kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg
<i>Bron</i>	- McIntire D, Bloom SL, Casey BM, Kenneth J, Leveno J. Birth weight in relation to morbidity and mortality among newborn infants. N Eng J Med 1999;340:1234-8. - NVOG. Negatieve discrepantie. Utrecht, 1998 (http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/pagina.php&fSelectTG_62=75&fSelectedSub=62&fSelectedParent=75) - CVZ. Verloskundig Vademecum. Diemen; 2003 - Nieuwe referentiecurven van de PRN (http://www.perinatreg.nl/referentiecurven?noCache=836;1203456733)
<i>Aandachtsgebied</i>	Verwijsbeleid

Indicator 15: Percentage vrouwen met een episiotomie

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Een episiotomie wordt gezet op foetale indicatie, om de geboorte van het kind te bespoedigen; of op maternale indicatie, als de verloskundige zorgverlener inschat dat een eventuele ruptuur meer schade zal geven dan een episiotomie. Een restrictief beleid ten aanzien van episiotomieën heeft meerdere voordelen boven routinematige toepassing (Carroli, 1997). Bij een restrictief beleid wordt de norm van het percentage episiotomieën < 11% gehanteerd (Anthony et al., 1994).
<i>Definitie</i>	Alle vrouwen waarbij een episiotomie is gezet tijdens de baring onder eindverantwoordelijkheid van de eerstelijns zorgverlener.
<i>Teller</i>	Het aantal vrouwen dat bevallen is in de eerste lijn en een episiotomie heeft gekregen
<i>Noemer</i>	Het totaal aantal vrouwen dat bevallen is in de eerste lijn
<i>Registratie</i>	- LVR-1/LVR-h - Toekomstige Perinatale dataset versie 1.0, basisset
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder
<i>Type indicator</i>	Uitkomstindicator
<i>Gebruik</i>	Benchmark/spiegeling
<i>Bron</i>	- Peristat (http://europeristat.aphp.fr/en/index.html) - Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 1997, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081 (http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000081.html) - Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, van Rijssel EJ, Verkerk PH. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. <i>Br J Obstet Gynaecol.</i> 1994 Dec;101(12):1064-7.
<i>Aandachtsgebied</i>	Begeleiding tijdens de baring

Indicator 16: Percentage kinderen dat geboren is in de eerste lijn met een Apgar-score ≤ 7 na 5 minuten

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	De Apgar-score is een maat voor de foetale conditie. Een Apgar-score lager dan 7 wordt beschouwd als een maat voor asfyxie.
<i>Definitie</i>	De Apgar-score is een beoordeling van de conditie van de pasgeborene 1 en 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.
<i>Teller</i>	Alle kinderen geboren in deze eerstelijns verloskundige praktijk in jaar X, met een Apgar-score ≤ 7 na 5 minuten
<i>Noemer</i>	Totaal aantal kinderen geboren in deze eerstelijns verloskundige praktijk in jaar X
<i>Registratie</i>	- LVR-1/LVR-h - Toekomstige Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatereg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls), item 5.6.03.03.
<i>Moeder/ kind</i>	Kind
<i>Type indicator</i>	Uitkomstindicator
<i>Gebruik</i>	Spiegelend
<i>Bron</i>	
<i>Aandachtsgebied</i>	Postpartumperiode

Indicator 17: Aantal kinderen die tijdens of na de baring is overleden in de eerste lijn

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Het overlijden van een kind tijdens baring of kraambed in de eerste lijn is altijd onverwacht en roept de vraag op of (de zorg aan) het kind in de (nog wel) eerste lijn thuishoorde. Daarom raakt dit aan het wezen van de risicoselectie (Amelink en Sardeman, 2007).
<i>Definitie</i>	<i>Intrapartum sterfte</i> : kinderen die tijdens de geboorte overlijden en na de geboorte geen enkel teken van leven hebben vertoond in jaar X. <i>Vroeg neonatale sterfte</i> : aantal levendgeboren kinderen dat overlijdt in eerste levensweek in jaar X.
<i>Teller</i>	Aantal gevallen van intrapartum en vroeg neonatale sterfte bij vrouwen die onder verantwoordelijkheid van de eerstelijns verloskundige praktijk zijn bevallen in jaar X
<i>Noemer</i>	Aantal vrouwen die onder verantwoordelijkheid van de eerstelijns verloskundige praktijk zijn bevallen in jaar X
<i>Registratie</i>	• LVR-1/LVR-h • Toekomstige Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatreg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls)
<i>Moeder/ kind</i>	Kind
<i>Type indicator</i>	Uitkomstindicator
<i>Gebruik</i>	Uitkomstindicator
<i>Bron</i>	• Leidraad meldingen IGZ (http://www.igz.nl/loketzorgaanbieders/zorgverl_melding_maken/meldplicht1) • Amelink en Sardeman, Calamiteiten in de eerstelijnsverloskunde, TvV oktober 2007, nummer 10: 51-54.
<i>Aandachtsgebied</i>	Partus en postpartumperiode

Postpartumperiode

Indicator 18: Het percentage uitgevoerde nacontroles zes weken post partum, indien de bevalling en nazorg plaatsvond in de eerste lijn

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Het doel van post-partumzorg is enerzijds het bevorderen van de gezondheid van moeder en kind en anderzijds het voorkómen en diagnosticeren van ziekten en complicaties (Lagro en Stekelenburg, 2006). Een nacontrole aan het einde van de kraamtijd geeft de gelegenheid tot evaluatie van verloskundige zorg bij de bevalling en in het kraambed, de evaluatie van het lichamelijke en psychologische herstel na de bevalling, tijdige signalering van problemen mogelijkheden voor preventie. De controle biedt eveneens de mogelijkheid om ondersteuning en informatie te geven over bijvoorbeeld start met werken, anticonceptie, het belang van borstvoeding of mogelijkheid van preconceptiezorg (KNOV Standaard, nog te verschijnen)
<i>Definitie</i>	Onder <i>nacontrole</i> wordt verstaan: afsluitend consult ongeveer zes weken na de bevalling waarin een aantal vaste punten rondom het lichamenlijk en psychologisch herstel na de zwangerschap aan de orde komen, zoals terugblik op verloop van de zwangerschap, bevalling en de eerste periode na de bevalling; onderzoek van de vrouw; en signalering van eventuele problemen.
<i>Teller</i>	Het aantal vrouwen dat in de postpartumperiode op nacontrole is geweest onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn in jaar X.
<i>Noemer</i>	Het totaal aantal bevallen vrouwen onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn in jaar X.
<i>Registratie</i>	Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatreg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls), module 6 weken (PRN6 FoLup 0_6 wkn, item 6.3)
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder en kind
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Gebruik</i>	Aanjaagfunctie: nacontrole moet weer in ere worden hersteld/spiegelend
<i>Bron</i>	- Lagro, M.G.P. en Stekelenburg, J. Het Millennium-project van de Verenigde Naties, in het bijzonder goede post-partumzorg om moedersterfte en neonatale sterfte wereldwijd te reduceren. NTvG 2006; 150; 1143-7 [AS] - Dalen van B., Eijk van den M., Mouissie D. en Ploeg E. Nacontrole... een vergeten onderdeel van onze zorg? Amsterdam: Scriptie Verloskunde Academie. 2007. - KNOV-standaard Prenatale verloskundige begeleiding. Utrecht: KNOV, nog te verschijnen.
<i>Aandachtsgebied</i>	Postpartumperiode

Indicator 19: Het aantal overleden kinderen in de eerste lijn dat de praktijk heeft aangemeld voor de perinatale audit

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	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’. Mits systematisch aangepakt, levert perinatale audit een compleet beeld van de omvang van de perinatale sterfte, de doodsoorzaken en van de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit leidt tot conclusies en aanbevelingen voor kwaliteitsverbetering in de perinatale zorg, voor aanpassingen van het gezondheidsbeleid en landelijke preventieve maatregelen (Waelput et al., 2008).
<i>Definitie</i>	Alle doodgeboorte en sterfte gedurende de eerste vier levensweken van kinderen geboren na een zwangerschapsduur van ten minste 22 complete weken, of bij onbekende zwangerschapsduur vanaf een geboortegewicht van 500 gram, of een kruin-hiellengte vanaf 25 cm (CVZ, 2005).
<i>Teller</i>	Aantal kinderen dat overleden is bij een zwangerschapsduur > 22 weken of 4 weken postpartum (ante partum, durante partu of post partum) onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn en aangemeld in jaar X
<i>Noemer</i>	Aantal kinderen dat overleden is bij een zwangerschapsduur > 22 weken of 4 weken postpartum (ante partum, durante partu of post partum), onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn in jaar X.
<i>Registratie</i>	Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatreg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls), item 8.1.10
<i>Moeder/ kind</i>	Kind
<i>Type indicator</i>	Uitkomstindicator
<i>Gebruik</i>	Audit of IGZ
<i>Bron</i>	– Waelput AJM, Overbeeke H van, Eskes M, Achterberg PW. Landelijke perinatale audit: werk in uitvoering. Eindrapportage en bedrijfsplan van de opstartcommissie voor de landelijke invoering van perinatale audit. Bilthoven: RIVM; 2008, Rapportnummer: 270212001. – CVZ. Landelijke Perinatal Audit Studie (LPAS), eindrapport van de Commissie Perinatal Audit van het College voor zorgverzekeringen. Diemen: CVZ; 2005.
<i>Aandachtsgebied</i>	Evaluatie van de zorgverlening

Indicator 20: Percentage thuisbevallingen met partusassistentie door de kraamverzorgende

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Bij normaal verlopende zwangerschappen kunnen vrouwen thuisbevallen, onder verantwoordelijkheid van een verloskundige of een verloskundig actieve huisarts. Voor een optimale begeleiding van de barendes vrouw moeten zij bij een thuisbevalling kunnen rekenen op tijdige beschikbaarheid van partusassistentie door een kraamverzorgende. Het inhoudelijk kader geeft duidelijk aan dat een goede samenwerking tussen verloskundige en kraamverzorgende uitermate van belang is voor het zo voorspoedig mogelijk laten verlopen van de geboorte van het kind, zodat zij beiden weten wat zij van elkaar kunnen verwachten wanneer zich complicaties voordoen (Jans en Veenvliet, 2006).
<i>Definitie</i>	Het percentage thuisbevallingen met partusassistentie. Onder partusassistentie wordt verstaan de hulp van een kraamverzorgende tijdens de bevalling (Wiegers, 2006).
<i>Teller</i>	Aantal thuisbevallingen waarbij de kraamverzorgende aan het begin van de uitdrijving aanwezig was.
<i>Noemer</i>	Aantal vrouwen dat thuis begon aan de uitdrijving
<i>Registratie</i>	Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatereg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls), item (5.5.04.03)
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder en kind
<i>Type indicator</i>	Structuurindicator
<i>Gebruik</i>	Toezicht op de kwaliteit van de bevalling en samenwerking tussen verloskunde en kraamzorg.
<i>Bron</i>	• Stuurgroep modernisering verloskunde. Eindrapportage. Bilthoven; 2000. • Jans S en Veenvliet M. Kwaliteit tijdens de partus. Tijdschrift voor Verloskundigen 2006; 31(12): 12-14. • Inhoudelijk kader partusassistentie bij een normaal verlopende thuisbevalling (http://www.verloskundigeninnederland.nl/home/files/pdf/Multidisciplinair_Indicatieprotocol_Kraamzorg_Inhoudelijk_kader_partusassistentie_23_11_2006.pdf) • T.A. Wiegers. Monitor Kraamzorg II: verkenning van de toekomstige vraag naar kraamzorg. Utrecht: NIVEL; 2006 (http://www.nivel.nl/pdf/RapportMonitoringKraamzorgII.pdf)
<i>Aandachtsgebied</i>	Continuïteit van zorg/organisatie

Indicator 21: Aanwezigheid van een protocol voor de overdracht aan de Jeugd-gezondheidszorg bij een niet-pluisgevoel

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Hoewel het met de meeste kinderen in Nederland goed gaat, komt een aantal in de knel door zorgwekkende opvoedingssituaties. Als deze problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en als ondersteuning wordt geboden aan risicogezinnen, kunnen ontwikkelingsproblemen op latere leeftijd worden voorkomen (De Jonge et al., 2007).
<i>Definitie</i>	Beschikbaarheid van een protocol voor de overdracht aan de Jeugdgezondheidszorg in geval van een niet-pluisgevoel.
<i>Teller</i>	Ja/nee. Indien ja, wat is het jaartal van het protocol?
<i>Noemer</i>	n.v.t.
<i>Registratie</i>	Eigen registratie
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder en kind
<i>Type indicator</i>	Structuurindicator
<i>Gebruik</i>	Aanjaagfunctie/signalerend
<i>Bron</i>	De Jonge et al., Preventie en Vroegsignalering van Risicogezinnen in de Kraamperiode. TNO rapport, 2007
<i>Aandachtsgebied</i>	Postpartumperiode

Indicator 22: Percentage cliënten dat nog rookt in het derde trimester van de zwangerschap, ten opzichte van het percentage dat rookte aan het begin van de zwangerschap

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Roken tijdens de zwangerschap draagt bij aan perinatale morbiditeit en sterfte: het verhoogt de kans op een miskraam, een aangetaste placenta en een te kleine of te vroeg geboren baby (Lanting et al., NTVG 2007). Het relatieve risico op perinatale sterfte is 1,5-2,0 (Achterberg en Kramers, 2001). Het attributief risico is in Nederland 13%. Het attributief risico is een maat voor het deel van de ziektelast of sterfte in de totale populatie dat te wijten is aan een bepaalde blootstelling, d.w.z een schatting van de bijdrage van roken aan perinatale sterfte.
<i>Definitie</i>	Alle vrouwen die roken tijdens de zwangerschap.
<i>Teller</i>	Aantal vrouwen dat in het derde trimester rookt
<i>Noemer</i>	aantal vrouwen dat in het eerste trimester rookt of (net) gestopt is met roken
<i>Registratie</i>	Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatreg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls), • item 3.3.06.01 [gerookt tijdens zwangerschap] • item 3.3.06.02 [roken tijdens eerste trimester] • item 3.03.07 [roken derde trimester]
<i>Moeder/ kind</i>	Kind
<i>Type indicator</i>	Uitkomstindicator
<i>Gebruik</i>	Spiegelinformatie op nationaal/regionaal niveau
<i>Bron</i>	• Achterberg PW, Kramers PGN. Een gezonde start? Sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit internationaal perspectief. Bilthoven: RIVM; 2001 (rapportnr 271558003). • Lanting CI, Segaar D, Crone MR, van Wouwe JP. Licht dalende prevalentie van roken rondom de zwangerschap. Ned Tijdschr Geneeskd. 2007;151(46):2566-9.
<i>Aandachtsgebied</i>	Begeleiding tijdens de zwangerschap

Indicator 23: Percentage pasgeborenen dat borstvoeding krijgt aan het einde van de zorg in de eerste lijn

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Borstvoeding heeft een gunstig effect op de gezondheid van kind en moeder, zowel op de korte als op de lange termijn. Borstvoeding beschermt tegen acute middenoorontsteking, overgewicht en astma, mogelijk ook tegen atopisch eczeem, luchtwegallergie en voedselovergevoeligheid. Daarnaast bevordert borstvoeding de neurologische, visuele en cognitieve ontwikkeling van het kind. Borstvoeding beschermt de moeder tegen premenopauzale borstkanker en reumatoïde artritis, mogelijk tegen ovariumkanker (Van Rossum et al., 2005). In Nederland begint 80% van de moeders direct na de geboorte met het geven van borstvoeding. Na drie maanden is dit gedaald naar 35%, drie maanden later naar 25% (Lanting en van Wouwe, 2007)
<i>Definitie</i>	• <i>Borstvoeding</i> is uitsluitend moedermelk, hetzij direct uit de borst gedronken, dan wel afgekolfd, (TNO, 2007). • Van <i>gemengde voeding</i> wordt gesproken als een zuigeling zowel borstvoeding als kunstvoeding krijgt, ongeacht de verhouding. (TNO, 2007). • Onder <i>aan het einde van de zorg</i> wordt verstaan: het laatste cliëntcontact (in de postpartumperiode) met de verloskundige hulpverlener.
<i>Teller</i>	Aantal vrouwen dat aan het einde van de zorg zowel volledig als gedeeltelijk borstvoeding geeft in jaar X.
<i>Noemer</i>	Aantal vrouwen dat aangegeven heeft borstvoeding te willen gaan geven in jaar X.
<i>Registratie</i>	Perinatale dataset versie 1.0, basisset (http://www.perinatreg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls), item 6.2.11 [voornemen] + 6.2.02 [einde zorg]
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder/kind
<i>Type indicator</i>	Uitkomstindicator
<i>Gebruik</i>	Aanjaagfunctie/ spiegelinformatie
<i>Bron</i>	• www.zorgvoorborsvoeding.nl • Lanting CI, Van Wouwe JP. Peiling Melkvoeding van Zuigelingen 2007: Borstvoeding in Nederland en relatie met accreditatie door stichting Zorg voor Borstvoeding. Leiden: TNO; 2007 • Rossum CTM van, Buchner FL, Hoekstra J. Quantification of health effects of breastfeeding – Review of the literature and model simulation. RIVM-rapport nr. 350040001. Bilthoven: RIVM, 2005.
<i>Aandachtsgebied</i>	Postpartumperiode

Voorlopige indicatoren

Zolang de accreditatie nog onvoldoende is doorgevoerd, kunnen de onderstaande indicatoren tijdelijk worden gebruikt om inzicht te krijgen ter kwaliteitsverbetering en –borging van de verloskundige praktijk.

Indicator 1a: Aanwezigheid van systematische kwaliteitsverbetering in de praktijk (met behulp van PAI of een alternatief systeem)

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	De KNOV heeft verschillende instrumenten ontwikkeld voor de analyse van de kwaliteit van de eigen praktijkvoering, waaronder het Praktijk Analyse Instrument (PAI). Hiermee kan een praktijk zelf beoordelen in welke mate zij voldoet aan de gestelde kwaliteitsnormen. Deze analyse vormt de basis om verbeteracties in te zetten.
<i>Definitie</i>	Systematische kwaliteitsverbetering omvat het geheel van monitoren, verbeteren en het borgen van de kwaliteit van de verloskundige zorg.
<i>Teller</i>	Ja/nee. Indien ja, van welk instrument maakt u gebruik?: • PAI • Cliëntenenquête • Anders
<i>Noemer</i>	n.v.t.
<i>Registratie</i>	Praktijkadministratie
<i>Moeder/ kind</i>	n.v.t.
<i>Type indicator</i>	Structuurindicator
<i>Gebruik</i>	Verbetering en borging van de kwaliteit in de zorg. Achtergrondinformatie bij de visitatie.
<i>Bron</i>	• Walburg, 1999. www.bestuurskunde.nl/bestuurskunde/jg8/nr6/1999..8.6.4.php) • www.verloskundigeninnederland.nl/home/40Kwaliteit/41Kwaliteitsregister_Verloskundigen/ • van Driel W. Hoe laat je zien dat je goed bent? Kwaliteit in de verloskundige praktijk. Kwaliteit in zorg 2008; 3: 22-24.
<i>Aandachtsgebied</i>	Accreditatie van de praktijk

Indicator 1b: Wel of niet uitdelen van cliëntenenquête

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	De KNOV heeft verschillende instrumenten ontwikkeld voor de analyse van de kwaliteit van de eigen praktijkvoering, waaronder de cliëntenenquête. Met het eerste kan een praktijk zelf beoordelen in welke mate zij voldoet aan de gestelde kwaliteitsnormen. Met een cliëntenenquête kan de eigen praktijk de tevredenheid van de cliënten meten. Deze analyse vormt de basis om verbeteracties in te zetten.
<i>Definitie</i>	Met de cliëntenenquête kan een praktijk de tevredenheid van de cliënten meten.
<i>Teller</i>	Het aantal ontvangen ingevulde cliëntenenquêtes
<i>Noemer</i>	Het totaal aantal uitgedeelde cliëntenenquêtes gerelateerd aan de omvang van de praktijk
<i>Registratie</i>	PAI-clieutenenquête (http://www.verloskundigeninnederland.nl/leden/_files/pdf/Pai_Kwaliteitssysteem_KNOV_Clientenenquete_11_12_2007.doc)
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder
<i>Type indicator</i>	Uitkomstindicator
<i>Gebruik</i>	Verbetering en borging van de kwaliteit in de zorg. Achtergrondinformatie bij de visitatie.
<i>Bron</i>	• www.verloskundigeninnederland.nl/leden/30werken_aan_kwaliteit/50kwaliteitssysteem_verloskundige_praktijkvoering/10praktijkanalyse_en_clientenenquete/ • KNOV-standaard Prenatale verloskundige begeleiding. Utrecht: KNOV, nog te verschijnen.
<i>Aandachtsgebied</i>	Evaluatie van de zorgverlening

Indicator 1c: De wijze waarop cliënten geïnformeerd worden over de klachtenregeling, schriftelijk (brochure) of mondeling

<i>Relatie tot kwaliteit</i>	Volgens de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) moet iedere zorgaanbieder, dus ook iedere verloskundige, een regeling treffen voor de behandeling van klachten en deze regeling onder de aandacht van de cliënten brengen. Bedoeling van de wet is te voorzien in een laagdrempelige, niet-formele manier van klachtenbehandeling. Daarnaast is de wet gericht op het benutten van de signalen van cliënten om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren (Klachtenregeling KNOV).
<i>Definitie</i>	Een <i>klacht</i> is elk naar voren gebracht bezwaar tegen het handelen of functioneren van de zorgaanbieder, komende van de gebruiker van de diensten van deze zorgaanbieder (Reglement Klachtencommissie KNOV, 2007). Onder de <i>klager</i> verstaan we degene die een klacht indient (Reglement Klachtencommissie KNOV, 2007).
<i>Teller</i>	Middelen waarmee u de cliënt heeft geïnformeerd over het bestaan van de klachtenregeling: - Brochure - Mondeling - Anders
<i>Noemer</i>	n.v.t.
<i>Registratie</i>	-
<i>Moeder/ kind</i>	Moeder
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Gebruik</i>	Verbetering en borging van de kwaliteit in de zorg. Achtergrondinformatie bij de visitatie.
<i>Bron</i>	• Reglement Klachtencommissie KNOV. Utrecht: KNOV, 2007. • CBO Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. Utrecht: CBO; 2004 • Van der Stouwe. Handreiking Klachten. Utrecht: KNOV, 2008.
<i>Aandachtsgebied</i>	Transparantie

BIJLAGE 3 Resultaten Delphi-onderzoek

De resultaten van de beoordeling door het Delhipanel zijn ingedeeld in drie categorieën:

Bijlage 3A: Indicatoren die zijn geaccepteerd na de eerste ronde.

De mediane score voor deze indicatoren was minimaal 8 voor zowel de *relatie met kwaliteit* als de *haalbaarheid van de registratie*. Daarnaast werd voldaan aan de criteria voor consensus (minder dan 30 % van de scores in de range van 1-3).

Bijlage 3B: Indicatoren die zijn afgefallen na de eerste ronde.

Er zijn geen indicatoren afgefallen op basis van een lage score (mediane scores van 3 en lager kwamen niet voor). Een aantal indicatoren is afgefallen op grond van de informatie van de respondenten uit de eerste ronde. In het tekstvak onder de score staat de motivatie weergegeven.

Bijlage 3C: Indicatoren waarvoor tweemaal het oordeel van de panelleden is gevraagd.

Dit betreft de indicatoren met de volgende score in de eerste ronde:

- een mediane score lager dan '8' op minimaal 1 van de twee gestelde vragen, en/of;
- geen consensus (minimaal 30 % van de scores heeft een waarde in de range 1-3 en in de range 7-9).

Voor de score in de tweede ronde hadden panelleden inzicht in de eigen score uit de eerste ronde, en inzicht in de opmerkingen/toelichtingen van de panelleden bij de score in de eerste ronde.

Een aantal indicatoren was in de tweede ronde anders geformuleerd naar aanleiding van de reacties uit de eerste ronde. Dit staat aangegeven bij de presentatie van de resultaten.

In de overzichten zijn de originele nummers van de indicatoren gehanteerd, zoals deze in de eerste vragenlijst zijn gebruikt.

Verklaring van de tabellen met resultaten (een voorbeeld)

Resultaten eerste/tweede ronde																			
														Mediaan					
Indicator 1: Is uw praktijk geaccrediteerd?														Relatie kwaliteit	Haalbaar	Mediane score			
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid										
0	0	0	0	4	5	5	5	5	0	1	2	6	1	4	4	8	5		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Score mogelijkheden 1 – 9														7+		7+			
Samenvatting respondenten: - Accreditatie zegt niet direct iets over de kwaliteit van de geleverde zorg - Accreditatie kost veel tijd, dit moet niet ten koste gaan van de zorg - Waarom zouden alleen ziekenhuizen geaccrediteerd moeten worden?																			
Opmerkingen werkgroep: - De werkgroep is zich bewust dat accreditatie geen garantie is voor kwaliteit, maar is van mening dat het een signaal is voor serieus kwaliteitsbeleid.																			
Toelichting van de werkgroep									Samenvatting opmerkingen respondenten										

BIJLAGE 3A: Indicatoren die geaccepteerd zijn met hoge score en consensus na de eerste ronde

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 2: Percentage verloskundigen/verloskundig actieve huisartsen in uw praktijk dat is ingeschreven in het kwaliteitsregister																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									8+	8+
1	0	0	3	2	3	5	10	8	0	1	0	2	3	4	3	10	9		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- kwaliteitsregister geen garantie voor goede kwaliteit van zorg; - iedere actieve zorgverlener moet kunnen aantonen dat hij/zij aan kwaliteitsverbetering doet; - haalbaarheid nu nog in orde, bij de herregistratie kan het moeilijk worden; - uitdrukken in een percentage is misschien niet de optimale weergave omdat het soms om kleine aantallen gaat.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
- de werkgroep buigt zich over het toepassen van percentages bij deze soms kleine aantallen, dit kan leiden tot een aanpassing.																			

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 5: Hoeveel uren per week bent u bereikbaar voor niet dringende vragen?																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									8+	8+
1	3	0	0	2	1	7	15	3	1	2	1	2	1	1	4	15	5		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- wat zijn ‘niet-dringende vragen’? - wat is bereikbaarheid? Telt contact via telefoon, email en sms? - belangrijk voor kwaliteit, maar aantal uren voor niet dringende vragen zegt weinig.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
- de werkgroep zal de formulering aanpassen waarin bereikbaarheid betrekking heeft op telefonische bereikbaarheid.																			

Resultaten eerste ronde																		
																	Mediaan	
Indicator 6: Percentage vrouwen dat in de 8e tot 10e week na de eerste dag van de laatste menstruatie haar eerste consult heeft gehad met de verloskundige zorgverlener																	Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									
0	0	1	3	2	1	3	16	6	0	1	1	1	1	3	4	16	5	8+
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8+
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - de invloed van VK op moment eerste consult is beperkt. Cliënten komen soms laat, door late bewustwording moeder, late verwijzing door huisarts, specifieke groepen zoals allochtone vrouwen; - goed om dit als signaal te weten, ook al is dit niet altijd te beïnvloeden. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep ziet deze indicator niet als normatief, maar een indicatie voor meer aspecten in de zorg, waaronder ook de bewustwording van de vrouw. Specifieke informatieverstrekking preconceptionele voorlichting zou een rol kunnen spelen.																		

Resultaten eerste ronde																		
																	Mediaan	
Indicator 8: Neemt uw praktijk deel aan een Verloskundig Samenwerkings Verband?																	Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									
1	1	0	0	1	1	10	10	7	0	1	0	0	4	3	6	10	7	8+
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8+
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - niet goed onder controle van VK, ook afhankelijk van gynaecologie; - soms sprake van een afvaardiging van de kring en niet elke praktijk in een VSV; - relatie met kwaliteit afhankelijk van de actieve deelname en of het uiteindelijk vertaald wordt naar de praktijk. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep definieert nog nader hoe om te gaan met afvaardigingen van de kring naar een VSV.																		

Resultaten eerste ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 10: Heeft u afspraken gemaakt over een achterwacht- en waarneemregeling/continue 24-uurs zorg?																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									9+	8+
0	0	0	0	0	0	5	6	21	0	0	0	0	2	0	5	9	15		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- in dun bevolkte regio's is permanente achterwacht lastig te organiseren; - wat betekent 'afspraken' mondeling, schriftelijk etc.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
- de werkgroep bekijkt of de term 'afspraken' moet worden aangescherpt.																			

Resultaten eerste ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 15: Het aantal overleden kinderen dat u heeft aangemeld voor de perinatale audit, in jaar X?																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit										Haalbaarheid							8+	8+	
0	0	0	0	2	2	11	8	9	1	0	0	0	0	2	10	9			9
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8			9
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- dit zijn twee vragen gecombineerd: aantal overlijden en aantal aangemeld; - met de komst van prenatale screening meer sterfte in de leeftijd van 16-24 weken, deze moeten niet worden meegenomen.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
- de werkgroep heeft voor een combinatie gekozen van sterfte en aanmelden, omdat het leren van sterfgevallen belangrijk is. Een extreem laag aantal geaudit sterfgevallen kan aanleiding zijn om te onderzoeken of de audit functioneert voor de praktijk.																			

Resultaten eerste ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 26: Percentage kinderen met een voor de zwangerschapsduur te laag geboortegewicht (volgens de geboortegewichtpercentielen van de PRN 2007), geboren in de eerste lijn																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									8+	8+
1	1	1	0	1	1	6	12	5	0	1	0	0	1	1	8	11	7		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- relatie met kwaliteit hangt af van de oorzaak van de groeivertraging; - welk percentiel gaat het hier om? Beste is individuele groeicurve gebruiken; - suggestie: gebruik VOKS percentiel; - wat te doen met kinderen die wel consult hebben gehad voor SGA in de tweede lijn, maar zijn terug verwezen? - correctie voor start neonaat na partus (hypoglykemie / AS <7).																			
Opmerkingen werkgroep:																			
- de werkgroep is van mening dat sterk groeivertraagde kinderen voor het merendeel niet in de eerste lijn geboren moeten worden, dat staat los van de oorzaak en de uitkomst. Wij zijn ons bewust dat dit niet altijd onder volledige invloed is van de VK. De werkgroep zal het percentiel definiëren																			

Resultaten eerste ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 30: Percentage kinderen dat geboren is in de eerste lijn met een Apgar-score ≤ 7 na 5 minuten																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									8+	8+
0	0	0	1	1	4	9	6	11	1	0	0	1	0	4	3	10	13		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- zegt nog niets over de oorzaken; - in principe zou je de meeste asfyxie uit de eerste lijn willen weren; - nog mooier zou zijn om het in relatie tot ontsluiting/uitdrijving en geboortegewicht te analyseren.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
- ondanks dat je niet weet wat de oorzaak is, is de werkgroep van mening dat sterk afwijkend hoog aantal kinderen met een lage Apgar-score een reden kan zijn voor nadere analyse.																			

Resultaten eerste ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 31: Aantal kinderen die tijdens of na de baring overleden in de eerstelijns verloskundige zorg																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									8+	8+
0	0	1	1	1	3	5	9	11	0	0	1	0	0	1	5	10	15		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- dit gaat dus niet over solutio's durante partu/à terme of IUVO? Dan komt het wel heel weinig voor; - congenitale afwijkingen hierin graag onderscheiden van andere oorzaken.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
- de werkgroep is van mening dat de ernst van de uitkomst altijd aandacht verdient, in een audit, tenzij er overduidelijke niet-zorggerelateerde factoren speelden.																			

BIJLAGE 3B: Indicatoren die zijn afgefallen na de eerste ronde

Resultaten eerste ronde																				
																		Mediaan		
Indicator 4: Heeft uw praktijk een borstvoedingscertificaat van de Stichting Zorg voor Borstvoeding?																		Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit										Haalbaarheid								6+	6,5+	
2	1	5	1	3	8	4	7	1		1	3	1	2	3	6	5	7			4
1	2	3	4	5	6	7	8	9		1	2	3	4	5	6	7	8			9
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																				
- is certificaat per praktijk of per verloskundige? - zinvol, maar nu slechts 1 instantie die certificeert, is duur en hoge eisen; - scholing is wel geregeld maar we hebben geen certificaat; - eerder bij de kraamzorg van belang; - borstvoeding wordt gehinderd door korte verlofperiode.																				
Opmerkingen werkgroep:																				
- de KNOV werkt aan het beleid rond de borstvoeding, daarom wordt deze indicator niet nu in de set opgenomen maar wordt dit in de toekomst aansluitend op het ontwikkelde beleid ingezet.																				

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 13: Percentage vrouwen dat per ambulance vervoerd is, waarbij zich tilproblemen hebben voorgedaan																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	5-
1	4	2	0	6	1	9	3	4	2	6	2	2	4	4	6	3	2		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- zegt inderdaad iets over anticiperen, maar moeilijk te objectiveren en registreren; - ook afhankelijk van cliënt zelf.																			
Opmerkingen werkgroep: -																			

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 17: Hoeveel (bijna) incidenten binnen uw praktijkvoering en zorgverlening heeft u besproken a.d.h.v. het Meldingsformulier, in jaar X?																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									6+	5+
2	1	1	4	5	5	6	5	4	1	1	1	9	6	3	4	1	4		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - onduidelijk welk formulier dit is; - incidenten worden besproken, maar niet aan de hand van een formulier; - moeilijk te definiëren wat een (bijna)incident is. Zoals bij indicator 16 aangegeven is, geldt ook hier dat de structuur en definities niet duidelijk zijn. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - zoals ook bij indicator 16 is aangegeven is het belang van leren van fouten groot. Het is duidelijk dat er nog geen impliciete consensus is over (bijna) incidenten en een meldingsformulier. De werkgroep heeft besloten naar aanleiding van genoemde punten en de discussie binnen de werkgroep deze indicator te laten vervallen. Daarnaast is een verwante indicator (nummer 16) aangepast.																			

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 24: Percentage multiparae dat verwezen is durante partu in jaar X																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	7+
1	4	1	1	2	5	10	5	3	0	3	0	2	1	2	11	8	5		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - je hebt informatie over de achtergrond van de verwijzing nodig om het aan kwaliteit te kunnen koppelen; - presenteren als VOKS percentiel en corrigeren voor populatiekenmerken; - moeilijk te interpreteren, wat is goed? Laag of hoog? - hoe om te gaan in de registratie met bijvoorbeeld een verwijzing voor een consult voor pijnstilling. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep heeft besloten om deze indicator als VOKS percentiel te definiëren. Hierin wordt gecorrigeerd voor pariteit waardoor het onderscheid tussen deze indicator en indicator 23 is weggevallen. Indicator 23 is op nieuw gedefinieerd en deze indicator (24) is vervallen.																			

BIJLAGE 3C: Indatoren waarover tweemaal het oordeel van de panelleden is gevraagd

Indicator 1
<u>Achtergrond:</u> Het kwaliteitssysteem heeft als doel een bijdrage te leveren aan de systematische verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening en praktijkvoering van eerstelijns verloskundige praktijken. Verbeteracties op basis van praktijkanalyse vormen de basis van dit systeem. Praktijkaccreditatie geeft aan dat de verloskundige hulpverlener bezig is met kwaliteitsverbetering. Deze accreditatie wordt toegekend na een visitatie, dat wil zeggen een externe toetsing en verantwoording, door een (verloskundig) accrediteur. Deze gaat na of de praktijk aan alle eisen voldoet om te worden geaccrediteerd. <u>Registratie:</u> Wordt geregistreerd in de praktijkadministratie.

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 1: Is uw praktijk geaccrediteerd?																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	7+
0	0	0	0	4	5	5	5	5	0	1	2	6	1	4	4	8	5		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - accreditatie zegt niet direct iets over de kwaliteit van de geleverde zorg; - accreditatie kost veel tijd, dit moet niet ten koste gaan van de zorg; - Waarom zouden alleen ziekenhuizen geaccrediteerd moeten worden? <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep is zich bewust dat accreditatie geen garantie is voor kwaliteit, maar is van mening dat het een signaal is voor serieus kwaliteitsbeleid.																			

Resultaten tweede ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 1: Is uw praktijk geaccrediteerd?																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	7+
0	0	0	1	2	1	12	10	1	0	1	0	1	2	3	10	8	2		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - je toont aan dat je serieus naar je praktijk durft te kijken, kost echter wel tijd en het zegt niets over de kwaliteit van zorg; - goed signaal, maar zegt weinig over kwaliteit. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																			

Indicator 3
<i><u>Achtergrond:</u> De KNOV heeft verschillende instrumenten ontwikkeld voor de analyse van de kwaliteit van de eigen praktijkvoering, waaronder het Praktijk Analyse Instrument (PAI). Hiermee kan een praktijk zelf beoordelen in welke mate zij voldoet aan de gestelde kwaliteitsnormen. Deze analyse vormt de basis om verbeteracties in te zetten.</i> <i><u>Registratie:</u> Wordt geregistreerd in de praktijkadministratie/PAI.</i>

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 3: Doet uw praktijk aan systematische kwaliteitsverbetering (met behulp van PAI of een alternatief systeem)?																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	6+
0	0	1	0	1	7	13	8	2	0	0	1	7	6	2	4	7	4		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - PAI is meer gericht op praktijkvoering, minder op zorginhoudelijke praktijk; - zinvol, maar kan ook veel tijd in beslag nemen; - is het nodig als je ook geaccrediteerd bent en dus gevisiteerd? - wat zijn alternatieven? Bijvoorbeeld cliëntenenquête? <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep buigt zich over het definiëren van wat wordt bedoeld met alternatieven.																			

Resultaten tweede ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 3: Doet uw praktijk aan systematische kwaliteitsverbetering met behulp van PAI of een alternatief systeem?																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	7+
0	0	0	0	1	6	10	8	1	0	0	1	3	5	3	8	4	2		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - belangrijk, praktijkorganisatie is essentieel onderdeel van cliëntenzorg; - is al onderdeel van accreditatie en visitatie, dus overbodig; - kost te veel tijd; - niet van toepassing op huisarts. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																			

Indicator 7

Achtergrond: De KNOV is onderverdeeld in ongeveer zestig verloskundige kringen. Deze zijn niet allemaal even groot. Afhankelijk van het gebied waar de praktijken zijn gevestigd varieert de omvang van minder dan tien tot meer dan honderd leden. In de kringen stemmen verloskundigen met elkaar af over beleid en samenwerking. Zij doen dat onderling binnen de kring; en namens de kring in overleg met andere lokale en regionale partijen in de zorg.

Registratie: Wordt geregistreerd in de praktijkadministratie.

Resultaten eerste ronde																		
																	Mediaan	
Indicator 7: Neemt uw praktijk deel aan een kring?																	Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									
0	1	2	0	2	6	5	7	8	0	0	0	0	3	3	2	13	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7+
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - relatie met kwaliteit is afhankelijk van het functioneren van een kring, hierin zit veel variatie; - een goed functionerende kring is goed voor de kwaliteit; - geen kringdeelname wil niet zeggen dat de kwaliteit van de zorg niet goed is. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep ziet deze indicator als een eerste stap om de vormgeving van de zorg af te stemmen en te verbeteren met elkaar in een regio. Geen kring wil uiteraard niet automatisch zeggen dat de zorg kwalitatief minder is.																		

Resultaten tweede ronde																		
																	Mediaan	
Indicator 7: Neemt uw praktijk deel aan een kring?																	Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									
0	0	0	1	2	2	3	14	5	0	0	0	0	0	3	1	13	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8+
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - moeilijk in stand te houden in kleine maatschappen; - belangrijke indicator, helpt om op de hoogte te blijven van ontwikkelingen; - met de kring kun je sterk staan ten opzichte van bijvoorbeeld de tweede lijn; - niet van toepassing voor huisartsen; - het gaat om actieve participatie in de kring, lid zijn zegt niet alles. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																		

Indicator 9

Achtergrond: Bij normaal verlopende zwangerschappen kunnen vrouwen thuisbevallen, onder verantwoordelijkheid van een verloskundige of een verloskundig actieve huisarts. Voor een optimale begeleiding van de barende vrouw moeten zij bij een thuisbevalling kunnen rekenen op tijdige beschikbaarheid van partusassistentie door een kraamverzorgende. De begeleiding tijdens de bevalling door kraamverzorgenden is sinds november 2006 geregeld in het inhoudelijk kader partusassistentie. Als de kraamverzorgende op tijd bij de bevalling aanwezig is, geeft dit kraamvrouwen veel rust, en dat heeft vaak tot gevolg dat de bevalling soepeler verloopt (Van Dijk, 2007).

Registratie: Wordt geregistreerd in de toekomstige Perinatale dataset.

Resultaten eerste ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 9: Percentage thuisbevallingen met partusassistentie door de kraamverzorgende, in jaar X																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	7+
0	0	3	3	4	3	4	10	4	0	1	1	2	1	6	12	6	1		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- erg afhankelijk van de registratie (zie opmerking van de werkgroep hieronder); - relatie met kwaliteit niet sterk, deels buiten de invloedssfeer van de VK; - wordt beïnvloed door aandeel snelle multen.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
- dit wordt straks geregistreerd in de nieuwe PRN-set, er wordt rekening gehouden dat dit op dit moment nog niet goed geregistreerd wordt; - de werkgroep realiseert zich dat dit maar voor een deel de directe verantwoordelijkheid is van de VK, dit wordt bij de interpretatie van de indicator meegenomen.																			

Resultaten tweede ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 9: Percentage thuisbevallingen met partusassistentie door de kraamverzorgende, in jaar X																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	7+
0	0	1	1	2	3	11	5	3	0	0	0	0	2	3	13	5	3		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- deels afhankelijk van anderen, maar belangrijk signaal; - ligt ook aan de kraamverzorgenden; - hoe denkt de werkgroep om te gaan met het feit dat het niet de volle verantwoordelijkheid is van de verloskundige bij de interpretatie?																			
Opmerkingen werkgroep:																			
-																			

Indicator 11

Achtergrond: Vanwege het spoedeisende karakter van de verloskundige zorg moet een cliënt zonodig 24 uur per dag en 7 dagen per week een beroep kunnen doen op verloskundige hulp. Wanneer hier niet aan voldaan wordt kan dit ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid van moeder en kind.

Praktijken moeten daarom voorzien in een 24/7 regeling, niet alleen ter overbrugging van vakantie, ziekte of nascholing (waarneming), maar ook voorbereid zijn op situaties in geval van meerdere bevallingen tegelijkertijd (achterwacht). Deze regeling moet duidelijk en laagdrempelig zijn

De geboorte van een kind voordat de verloskundige aanwezig is kán een signaal zijn dat de continuïteit van de zorg onvoldoende gewaarborgd is. Bij de evaluatie van deze geboortes zal blijken wat de oorzaak is. Daarvoor is echter inzicht nodig in het aantal geboortes zonder deskundige (dat wil zeggen niet-verloskundig geschoolde) zorg.

Registratie: Wordt geregistreerd zowel in de LVR-1 als in de toekomstige Perinatale dataset.

Resultaten eerste ronde																		
																	Mediaan	
Indicator 11: Percentage bevallingen waarbij de verloskundige hulpverlener niet aanwezig was, in jaar X																	Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									
0	2	2	1	4	5	6	5	7	0	2	2	0	3	1	5	13	6	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6,5+
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - dit hangt deels af van factoren buiten de invloedssfeer van de VK: snelle multen, laat bellen, grote afstanden, etc.; - het gaat vooral om de achterliggende oorzaken; - het kan iets zeggen over achterwachtregeling en belinstructie. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep is zich bewust van de beperkte directe invloed die de VK hierop heeft. Als het sterk afwijkend vaak voorkomt, geeft dit aanleiding om de achterliggende factoren te onderzoeken; - een indicator is een signaal, bij sterk afwijkende waarden kan nadere verkenning van achterliggende factoren wenselijk zijn.																		

Resultaten tweede ronde																		
																	Mediaan	
Indicator 11: Percentage bevallingen waarbij de verloskundige hulpverlener niet aanwezig was, in jaar X																	Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									
0	0	2	1	1	9	4	6	3	0	0	1	1	0	0	6	14	4	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6,5+
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - grote afwijkingen kunnen iets zeggen, alleen voor extreme gevallen; - sommige mensen bellen te laat, ligt deels buiten de invloedssfeer van de VK; - correctie voor grootte van het gebied mogelijk? <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																		

Indicator 12

Achtergrond: Bij ongeveer 3-4% van alle á-terme-zwangerschappen ligt het kind in stuitligging (Roumen en Van Gestel, 2001). Een geboorte in stuitligging brengt extra risico's met zich mee. Daarom wordt bij een stuitligging vaker gekozen voor een sectio, met als gevolg een stijging van het totale sectiopercentage in Nederland. Vanuit het oogpunt van moederlijke morbiditeit en mortaliteit is dit een ongewenste ontwikkeling. Om het aantal stuitliggingen terug te dringen, is het uitvoeren van een uitwendige versie wenselijk. Bij een succesvol versiebeleid is het de verwachting dat het aantal geboorten in stuitliggingen daarmee het aantal sectio's zal afnemen (KNOV-standpunt, 2006).

Registratie: Wordt geregistreerd in de toekomstige perinatale dataset.

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 12: Percentage vrouwen met een stuitligging waarbij een poging is gedaan tot een uitwendige versie, onder controle in de praktijk in jaar X																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7,5+	7,5+
2	2	0	2	0	1	9	7	9	1	0	0	0	5	7	3	8	8		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - is ook afhankelijk van het beleid van gynaecologen. Na verwijzing ligt regie over de daadwerkelijke poging niet bij de VK; - is de keuze van de cliënt; - relatie met kwaliteit ligt in goed counselen. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - Omdat het de eigen keuze is van de zwangere, is deze indicator slechts indicatief bij sterk afwijkende waarden, bijvoorbeeld bijna geen versies kan aanleiding zijn om de achtergronden hiervan te onderzoeken.																			

Resultaten tweede ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 12: Percentage vrouwen met een stuitligging waarbij een poging is gedaan tot een uitwendige versie, in jaar X																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	8+
1	2	0	1	1	1	8	10	3	0	0	1	0	1	3	8	12	2		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - geschikt voor benchmark en als signaal, met name de sterk afwijken de scores; - erg afhankelijk van gynaecologen of die willen keren; - niet onder invloed sfeer van verloskundige (red: huisarts); - alleen signaal bij sterk afwijkende waarden. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																			

Indicator 14

Achtergrond: De KNOV heeft verschillende instrumenten ontwikkeld voor de analyse van de kwaliteit van de eigen praktijkvoering, waaronder de cliëntenenquête. Met het eerste kan een praktijk zelf beoordelen in welke mate zij voldoet aan de gestelde kwaliteitsnormen. Met een cliëntenenquête kan de eigen praktijk de tevredenheid van de cliënten meten. Deze analyse vormt de basis om verbeteracties in te zetten.

Registratie: Wordt geregistreerd in de praktijkregistratie.

Resultaten eerste ronde																		
																	Mediaan	
Indicator 14: Percentage ontvangen ingevulde cliënten-enquêtes																	Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									
<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>5</i>	<i>2</i>	<i>7</i>	<i>10</i>	<i>5</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>8</i>	<i>10</i>	<i>4</i>	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7+
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - cliënten kunnen kwaliteit van zorg niet goed beoordelen; - respons hangt waarschijnlijk af van populatie kenmerken; - goede indicator, patiënt moet centraal staan, percentage moet zo hoog mogelijk zijn. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep is van mening dat het leren van de ervaringen van cliënten belangrijk is, dit kan worden ondersteund met een structurele enquête; - de indicator toets alleen of de structuur van het betrekken van cliëntenoordelen gebruikt wordt.																		

Resultaten tweede ronde																		
																	Mediaan	
Indicator 14: Percentage ontvangen ingevulde cliënten-enquêtes																	Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>10</i>	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>5</i>	<i>15</i>	<i>1</i>	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7+
																	8+	
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - hangt van veel andere factoren af behalve de kwaliteit van de zorg, dus erg indirect; - percentage zegt niet veel, het gaat om de antwoorden in de enquête; - cliënt kan de kwaliteit niet beoordelen; - alleen zeer tevreden en zeer ontevreden cliënten vullen dit in, geeft geen goed beeld; - de huidige KNOV enquête is te lang, wordt daarom niet ingevuld. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																		

Indicator 16

Achtergrond: Relatie tot kwaliteit: Systematische registratie, analyse en bespreking van 'incidenten' biedt inzicht in de onderliggende oorzaken van incidenten, zoals organisatorische of systeemproblemen, en daarmee mogelijkheden om zonodig verbeteringen door te voeren en in de toekomst deze problemen te voorkomen.

Registratie: Wordt niet geregistreerd.

Resultaten eerste ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 16: Heeft u een protocol voor de bespreking van (bijna) incidenten? (= oude formulering)																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid								7+	6+	
1	0	1	4	3	4	8	7	5	1	6	2	5	1	3	8	2			4
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8			9
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - is subjectief en daarmee is de relatie met kwaliteit niet helder. Zonder goede definities en gestructureerde analyse in het protocol is dit lastig. KNOV zou hiervoor een standaard kunnen ontwikkelen; - gebeurt nu impliciet in cliëntenbespreking; - is nog geen gewoonte in verloskundigenpraktijk, maar wel uitvoerbaar. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep is van mening dat een methode voor zelfreflectie (in protocol vastgelegd) belangrijk is voor de kwaliteit; - mede op basis van de opmerkingen van de respondenten heeft de werkgroep de formulering aangepast.																			

Resultaten tweede ronde (NB: aangepaste formulering!)																			
																	Mediaan		
Indicator 16: Heeft u naar aanleiding van incidentbesprekingen verbeteracties ondernomen? (antwoordcategorieën: 1. ja 2. nee, geen incidenten 3. nee, geen aanleiding voor verbeteracties)																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	6+
2	3	0	0	1	2	8	8	2	3	1	3	2	1	6	4	2	4		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - reflectie op incidenten is belangrijk, maar dit is geen adequate vraag, te vaag: wat is een incident? Welke verbeteracties? Etc. - haalbaarheid niet duidelijk, misschien beter laten zien dat het onderdeel is van de organisatie; - wordt besproken in het team, soms ook met gyn en kinderarts; - wat wordt bedoeld met de antwoordcategorieën? - gevaar van sociaal wenselijke antwoorden, oude formulering is beter; - KNOV moet invulling geven hieraan door formulier te ontwikkelen. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																			

Indicator 18

Achtergrond: Protocollen zijn praktische werkbeschrijvingen om tot uniformiteit en betere afstemming van de directe zorgverlening te komen. Ze beschrijven de noodzakelijke handelingen, inclusief volgorde en omstandigheden. Ze gaan soms in op praktische zaken (bijvoorbeeld voorraadbeheer), maar zijn vaak een nadere uitwerking van richtlijnen die een meer theoretisch karakter hebben. Protocollen moeten, net als richtlijnen, regelmatig aangepast worden aan nieuwe inzichten.

Registratie: Wordt geregistreerd in de praktijkregistratie.

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 18: Zijn er binnen uw praktijk afspraken gemaakt voor het periodiek actualiseren van de protocollen?																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit										Haalbaarheid								8+	7+
0	1	1	0	3	2	6	14	5	0	0	2	2	1	5	9	8	5		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- er zit nog een stap voor, namelijk of er protocollen zijn; - tijdrovend, en hoe controleer je dit? - goede indicator, de weg naar <i>evidence based</i> werken; - hoeft niet per praktijk, maar kan ook op regioniveau gebeuren.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
- de werkgroep is van mening dat de aanwezigheid van een structuur waarmee periodiek de protocollen worden doorgenomen, iets zegt over hoe actief wordt omgegaan met richtlijnen, <i>evidence based</i> werken, afspraken etc.																			

Resultaten tweede ronde																						
														Mediaan								
Indicator 18: Zijn er binnen uw praktijk afspraken gemaakt voor het periodiek actualiseren van de protocollen?														Relatie kwaliteit		Haalbaar						
Relatie met kwaliteit										Haalbaarheid									8+		8+	
0	0	0	0	4	0	4	14	4	0	0	0	0	4	2	5	8	7					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
Samenvatting van opmerkingen respondenten: - alternatief: een lijst met factoren die minimaal geprotocolleerd moeten zijn, zoals prikincidenten, sterilisatie, etc. - kan het beste op regionaal niveau gebeuren; - bij voorkeur samen met de gynaecologen; - tijdrovend, beter in kring bespreken/ vastleggen. Opmerkingen werkgroep: -																						

Indicator 19

Achtergrond: In het directe contact tussen patiënt en zorgverlener kunnen beide partijen tegen communicatieproblemen aanlopen die te maken hebben met lichamelijke beperkingen (b.v. doofheid), taal, religieuze achtergrond, klasse, ontwikkelingsniveau en cultuurverschillen, andere verwachtingen en/of onvoldoende kennis over gezondheid, ziekte en behandeling of gezondheidszorg (in Nederland).

De inzet van (doven) tolken en VETC'ers draagt bij aan de vermindering van taal en communicatieverschillen tussen zorgvrager en zorgverlener.

Registratie: Wordt geregistreerd in de praktijkregistratie.

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 19: Percentage vrouwen in uw praktijk met wie geen communicatie mogelijk is zonder ondersteuning, waarbij hulp is ingeschakeld ter ondersteuning van de communicatie																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	7+
0	2	2	1	7	2	3	10	6	4	2	1	1	5	7	3	5	3		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - het is de eigen verantwoordelijkheid om iemand mee te nemen voor vertalen; - meestal een echtgenoot of buurvrouw of vrienden, maar VETC'er kan kwaliteit misschien verbeteren; - moeilijk terug te vinden in registratie; - soms moeilijk om op tijd iemand te vinden. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep is zich bewust dat dit niet alleen door de verloskundige is op te lossen en dat ook de cliënt een verantwoordelijkheid heeft. Indien sterk afwijkend weinig gebruik gemaakt wordt van een tolk, kan dit aanleiding zijn om te onderzoeken of de drempels zijn.																			

Resultaten tweede ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 19: Percentage vrouwen in uw praktijk met wie geen communicatie mogelijk is zonder ondersteuning, waarbij hulp is ingeschakeld ter ondersteuning van de communicatie																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									6+	6+
0	0	1	2	4	7	5	7	1	0	0	0	4	3	9	7	3	1		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - controleren van gebruik is lastig; - is ook de verantwoordelijkheid van de cliënt, daarnaast kost het tijd, die niet vergoed wordt door de verzekeraar; - registratie is een probleem, moet dan worden aangepast, kost anders te veel tijd handmatig; - percentage is lastig. Beter: 'wordt er ondersteuning geboden/ is er aandacht voor vrouwen met wie geen communicatie mogelijk is?' - soms willen vrouwen geen tolk na het aanbieden. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																			

Indicator 20

Achtergrond: Volgens de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) moet iedere zorgaanbieder, dus ook iedere verloskundige, een regeling treffen voor de behandeling van klachten en deze regeling onder de aandacht van de cliënten brengen. Bedoeling van de wet is te voorzien in een laagdrempelige, niet-formele manier van klachtenbehandeling. Daarnaast is de wet gericht op het benutten van de signalen van cliënten om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren (Klachtenregeling KNOV).

De CBO Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg (2004) adviseert instellingen en vrij gevestigde beroepsbeoefenaren om een brede invulling te geven aan de klachtenregeling. Behalve klachtenbehandeling door een klachtencommissie, moet de zorgaanbieder de cliënt ook opvang en bemiddeling aan kunnen bieden.

Registratie: Wordt niet geregistreerd.

Resultaten eerste ronde																				
																	Mediaan			
Indicator 20: Hoe heeft u uw cliënten geïnformeerd over het bestaan van een klachtenregeling?																	Relatie kwaliteit	Haalbaar		
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									8+	7+	
1	0	2	0	2	3	7	8	10	1	2	1	1	2	1	1	0	6			8
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																				
- wat is dan de juiste manier? - niet duidelijk of de cliënt ook werkelijk kennis heeft genomen hiervan, bijvoorbeeld als het in de wachtkamer hangt.																				
Opmerkingen werkgroep:																				
- de werkgroep gaat ervan uit dat schriftelijke voorlichting hierover, die nagelezen kan worden het beste is, maar dat ook andere manieren goed kunnen functioneren, vandaar dat meer antwoorden mogelijk zijn.																				

Resultaten tweede ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 20: Hoe heeft u uw cliënten geïnformeerd over het bestaan van een klachtenregeling?																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									8+	7+
0	0	1	0	3	0	7	12	4	0	1	2	0	2	3	7	5	7		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- cliënt krijgt al veel informatie, slechts een beperkt deel wordt onthouden door de cliënt.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
-																			

Indicator 21

Achtergrond: Roken tijdens de zwangerschap draagt bij aan perinatale morbiditeit en sterfte: het verhoogt de kans op een miskraam, een aangetaste placenta en een te kleine of te vroeg geboren baby (Lanting et al, 2007). Het V-MIS is een effectief stappenplan om zwangere vrouwen te motiveren en te begeleiden bij het stoppen met roken (Stivoro, 2003). De V-MIS is gericht op het realiseren van stoppen-met-roken bij aanstaande ouders. Het gaat primair om het voorkomen van roken tijdens de zwangerschap en de gevaren als gevolg daarvan voor het (ongeboren) kind.

Uit onderzoek is gebleken dat zes weken na de bevalling 21,3% van de zwangeren in de V-MIS groep nog steeds niet rookt, vergeleken met 12% in de groep die op de gebruikelijke wijze van hun verloskundige advies hadden gekregen (Bakker, 2001).

Registratie: Wordt geregistreerd in de praktijkregistratie.

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 21: Gebruikt u in deze praktijk het V-MIS ter ondersteuning voor de cliënt om te stoppen met roken?																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	7+
1	0	1	2	5	6	9	6	3	0	0	1	4	6	4	10	4	3		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - er zijn ook andere methoden. V-MIS is niet persé nodig; - indicator zou breder kunnen zijn, namelijk gebruik van bewezen effectieve interventies; - kost tijd die niet betaald wordt. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep is zich bewust dat er andere manieren zijn om structureel aandacht te besteden aan stoppen met roken. Indien V-MIS niet gebruikt wordt, kan uiteraard worden besproken op welke manier er wel hieraan gewerkt wordt.																			

Resultaten tweede ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 21: Gebruikt u in deze praktijk het V-MIS ter ondersteuning voor de cliënt om te stoppen met roken?																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	7+
0	0	1	1	4	5	8	7	1	0	0	0	0	7	5	11	4	0		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - V-MIS actief inzetten kost veel tijd die niet vergoed wordt; - is eigen risico, deze cliënten willen niet stoppen; - suggestie: “voert u een structureel anti-rook beleid?” <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																			

Indicator 22

Achtergrond: Roken tijdens de zwangerschap draagt bij aan perinatale morbiditeit en sterfte: het verhoogt de kans op een miskraam, een aangetaste placenta en een te kleine of te vroeg geboren baby (Lanting et al., NTVG 2007). Het relatieve risico op perinatale sterfte is 1,5-2,0 (Achterberg en Kramers, 2001).

Het attributief risico is in Nederland 13%. Het attributief risico is een maat voor het deel van de ziektelast of sterfte in de totale populatie dat te wijten is aan een bepaalde blootstelling, d.w.z een schatting van de bijdrage van roken aan perinatale sterfte.

Registratie: Wordt geregistreerd in de toekomstige perinatale dataset.

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 22: Percentage zwangeren dat in het derde trimester van de zwangerschap rookt, in jaar X (= oude formulering)																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									5-	6+
1	4	4	4	2	4	5	4	1	1	4	1	1	5	5	4	6	2		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - roken blijft de verantwoordelijkheid van de cliënt zelf; - registratie misschien onbetrouwbaar, je weet niet of mensen eerlijk zijn over roken; - cliëntenpopulatie heeft een invloed, in achterstandswijken wordt meer gerookt en is men minder bereid te stoppen. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - in de nadere beschrijving van de indicator staat dat het gaat om de verandering van het percentage rokende tussen het eerst en derde trimester, dit is niet herkenbaar in de definitie en is nu aangepast. Hiermee wordt opgevangen dat het aandeel rokers varieert tussen cliënten populaties. De werkgroep is van mening dat de verloskundige zorgverlener een stimulerende rol heeft in het stoppen met roken, uiteraard moet bij de interpretatie rekening worden gehouden met het feit dat de cliënt uiteindelijk zelf verantwoordelijk is en zelf moet stoppen. De indicator is mede naar aanleiding van de opmerkingen van de respondenten anders geformuleerd.																			

Resultaten tweede ronde (NB: Aangepaste formulering!)																			
																		Mediaan	
Indicator 22: Hoeveel procent van de cliënten die aan het begin van de zwangerschap rookten, rookt nog steeds in het derde trimester?																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									6+	7+
1	1	3	1	6	7	5	3	0	0	1	1	2	4	5	9	4	1		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - is niet alleen afhankelijk van de zorgverlener; - blijft de keuze van de cliënt; - eigen verantwoordelijkheid, zegt niets over kwaliteit van de zorg; - formulering stuk beter. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																			

Indicator 23

Achtergrond: In Nederland zijn in 2004 22.078 nulliparae tijdens de baring verwezen naar de tweede lijn, waarvan ruim 6.600 vrouwen vanwege een niet-vorderende ontsluiting en/of de noodzaak tot pijnstilling (KNOV Standaard, 2006). Voor de multiparae geldt in 2004 dat 9.733 tijdens de baring zijn verwezen naar de tweede lijn, waarvan 1.673 vrouwen vanwege een niet-vorderende ontsluiting en/of de noodzaak tot pijnstilling (KNOV Standaard, 2006).

Registratie: Wordt geregistreerd in zowel de huidige LVR-1/h als in de toekomstige Perinatale dataset. VOKS percentiel wordt in de VOKS berekend na correctie voor pariteit.

Resultaten eerste ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 23: Percentage nulliparae dat verwezen is durante partu in jaar X (= oude formulering)																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	7+
1	4	1	2	2	4	10	5	3	0	3	0	2	1	2	9	10	5		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- je hebt informatie over de achtergrond van de verwijzing nodig om het aan kwaliteit te kunnen koppelen; - presenteren als VOKS percentiel en corrigeren voor populatiekenmerken; - moeilijk te interpreteren, wat is goed? Laag of hoog? - hoe om te gaan in de registratie met bijvoorbeeld een verwijzing voor een consult voor pijnstilling																			
Opmerkingen werkgroep:																			
- de suggestie voor het VOKS percentiel is overgenomen. In de berekening van dit VOKS percentiel wordt gecorrigeerd voor pariteit. Hiermee vervalt het onderscheid tussen indicator 23 en 24. Beide indicatoren zijn opgenomen in de bovenstaande formulering; - de werkgroep is zich bewust van de variatie in de achtergronden voor verwijzing. Het betreft hier echter in alle gevallen vrouwen die aan begin baring als ‘low risk’ werden beoordeeld, en daarmee zijn ze vergelijkbaar; - sterk afwijkende hoge en lage scores kunnen mogelijk iets zeggen over het beleid.																			

Resultaten tweede ronde (NB: aangepaste formulering!)																				
																	Mediaan			
Indicator 23: Percentage voor verwijzingen durante partu in jaar X																	Relatie kwaliteit	Haalbaar		
Relatie met kwaliteit										Haalbaarheid									7+	7+
0	0	1	2	4	3	8	7	2	0	1	0	0	2	5	7	8	4			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																				
- aantal verwijzingen neemt toe, dat is een proces dat deels buiten de VK omgaat. Mensen weten steeds meer en willen bijvoorbeeld steeds minder pijn; - pijnstilling speelt een grote rol, is verwijzing voor pijnstilling goede of slechte kwaliteit?																				
Opmerkingen werkgroep:																				
-																				

Indicator 25

Achtergrond: Bij een tijdige verwijzing worden de limieten voor de latente en de actieve fase tijdens de ontsluitingsperiode niet overschreden, tenzij uit het overleg met de barende blijkt dat haar draagkracht nog voldoende is. Als verwijzing nodig is wordt onderscheid gemaakt in niet vorderende ontsluiting en behoefte aan pijnstilling en sedatie (KNOV, 2006).

Registratie: Wordt geregistreerd in zowel de huidige LVR-1/h als in de toekomstige perinatale dataset.

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 25: Percentage naar de tweede lijn verwezen cliënten vanwege trage progressie in de latente of actieve fase																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	8+
2	2	1	1	3	1	6	10	3	1	2	0	0	1	3	6	11	5		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - trage progressie en verwijzen zeggen op zich niets over kwaliteit, gaat om tijdigheid en een goede verwijzing; - definitie is lastig, de scheidslijn tussen niet vorderende ontsluiting en pijnstilling is niet scherp, en er zijn verschillende opvattingen over de latente fase; - gebruiken van VOKS-percentiel. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																			

Resultaten tweede ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 25: Percentage naar de tweede lijn verwezen cliënten vanwege trage progressie in de latente of actieve fase																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	7+
1	1	0	0	3	4	7	9	1	0	0	0	0	2	6	7	9	3		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - eventueel correctie voor specifieke groepen mogelijk? - een signalerende indicator (benchmark); - afhankelijk van veel verschillende factoren; - lastige definitie; - er ontbreekt een norm. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																			

Indicator 27

Achtergrond: Nederland is één van de weinige westerse landen waar een zwangere zonder verwachte complicaties de keuze heeft tussen thuis bevallen of in het ziekenhuis. Het percentage voltooide thuisbevallingen ligt rond de 30 % (Anthony et al., 2005).

Het percentage bevallingen dat door een verloskundige werd begeleid in 2000/2002 is licht afgenomen ten opzichte van 1987/1988. Het percentage poliklinische bevallingen is in vijftien jaar met 5 % toegenomen (Coffie et al., 2003).

Registratie: Wordt geregistreerd in zowel de huidige LVR-1/h als in de toekomstige perinatale dataset.

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 27: Percentage poliklinische bevallingen onder begeleiding van de eerstelijns verloskundige, in jaar X (= oude formulering)																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									4-	7+
1	4	7	5	2	1	6	3	2	0	1	2	1	4	0	8	11	4		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - zegt meer over de maatschappelijke ontwikkelingen en patiëntenpopulatie dan over kwaliteit van zorg; - waar gaat deze indicator over? Keuzevrijheid? Kwaliteit van de voorlichting? - er moet onderscheiden worden welke bevallingen op plaatsindicatie plaatsvinden. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep is van mening dat keuzevrijheid voor de plaats van bevallen een rol moet hebben in de begeleiding. Praktijken die sterk afwijkend weinig of vaak een poliklinische bevalling doen, hebben mogelijk aan ander beleid. Het lijkt de werkgroep zinvol om dat zichtbaar te maken; - mede naar aanleiding van de opmerkingen van de respondenten is de formulering van de indicator aangepast.																			

Resultaten tweede ronde (NB: aangepaste formulering!)																			
																		Mediaan	
Indicator 27: Percentage bevallingen onder begeleiding van de eerstelijnsverloskundige in: 1. de thuissituatie; 2. de polikliniek; en 3. een geboortecentrum?																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									6+	7,5+
0	1	5	2	2	5	5	2	2	0	0	2	0	3	1	6	9	3		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - niet alleen afhankelijk van de zorgverlener, zegt niets over de kwaliteit; - ook afhankelijk van indicatie, het is dan onduidelijk hoe sterk dit samenhangt met keuzevrijheid; - afhankelijk van maatschappelijke ontwikkelingen en eigen keuze; - verschil geboortecentrum/ polikliniek onduidelijk. Gaat om de eerste lijn, niet om de plaats mi. - formulering is nu onduidelijker geworden; - toevoegen nummer 4: plaatsindicatie. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																			

Indicator 28

Achtergrond: Zowel te vroege als te late verwijzing i.v.m. langdurige baring en complicaties door langdurige baring moet voorkómen zien te worden. Treedt er een stagnatie op in het baringsproces, of neemt een andere zorgverlener de begeleiding over, dan biedt het partogram bij de overdracht een overzichtelijke samenvatting van de gebeurtenissen tot dat moment van overdracht (KNOV, 2006).

Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van een partogram met 'action line' leidt tot minder sectio caesarea en meer tevredenheid bij barenden (Lavender et al., 1998).

Registratie: Wordt niet geregistreerd.

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 28: Percentage barenden bij wie een partogram is gemaakt, in jaar X																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	7,5+
0	1	1	1	4	4	8	8	4	1	1	3	3	3	3	2	12	4		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten: - soms heb je bij een vlotte baring geen tijd om het in te vullen (bijvoorbeeld snelle mult). Misschien corrigeren voor de tijdsduur van de baring of snelle mult; - het partogram zit in je hoofd en uitschrijven is een administratieve last; - welk partogram moet worden gebruikt? hoe volledig moet het ingevuld worden? Opmerkingen werkgroep: - de werkgroep is van mening dat het vastleggen in een partogram helpt om de zorg inzichtelijk te maken, overdraagbaar, en bespreekbaar om van te leren. Bij de interpretatie zal uiteraard rekening worden gehouden dat het niet altijd mogelijk is een partogram bij te houden.																			

Resultaten tweede ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 28: Percentage barenden bij wie een partogram is gemaakt, in jaar X																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit										Haalbaarheid								7+	7+
0	0	1	2	2	6	6	8	1	0	1	1	2	3	3	5	10	1		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - erg technisch, dit kan ook in gesprek met de cliënt; - goed te gebruiken bij primi's; - soms gewoon onnodig, mogelijk om een correctie voor tijdsduur van de baring te maken?																			
<i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																			

Indicator 29

Achtergrond: Een episiotomie wordt gezet op foetale indicatie, om de geboorte van het kind te bespoedigen; of op maternale indicatie, als de verloskundige zorgverlener inschat dat een eventuele ruptuur meer schade zal geven dan een episiotomie. Een restrictief beleid ten aanzien van episiotomieën heeft meerdere voordelen boven routinematige toepassing (Carroli, 1997).

Registratie: Wordt geregistreerd zowel in de LVR-1/h als in de toekomstige perinatale dataset.

Resultaten eerste ronde																		
																	Mediaan	
Indicator 29: Percentage vrouwen met een episiotomie, in jaar X																	Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									
1	3	1	3	3	4	5	8	4	3	0	0	1	1	0	5	14	8	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - is hiervoor een norm voorhanden dan? wat is goed? hoog of laag? - belangrijk is de relatie met rupturen; - een episiotomie kan niet een totaal ruptuur voorkomen. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - het handelen rond een episiotomie kan zich – door gebrek aan harde criteria – bij VK op een individuele manier ontwikkelen. Daar waar een sterk afwijkend aandeel episiotomien plaatsvindt, lijkt het zinvol om de beslissingen hieromtrent te evalueren.																	7+	8+

Resultaten tweede ronde																		
																	Mediaan	
Indicator 29: Percentage vrouwen met een episiotomie, in jaar X																	Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									
0	0	0	0	3	4	6	6	5	0	0	0	0	2	0	4	15	3	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - belangrijk is de relatie met andere laesies rondom rectum/anus; - alleen een signaal bij sterk afwijkende waarden. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																	7+	8+

Indicator 32

Achtergrond: Borstvoeding heeft een gunstig effect op de gezondheid van kind en moeder, zowel op de korte als op de lange termijn. (Van Rossum et al., 2005).

In Nederland begint 80 % van de moeders direct na de geboorte met het geven van borstvoeding. Na drie maanden is dit gedaald naar 35 %, drie maanden later naar 25% (TNO, 2007).

Registratie: Wordt geregistreerd in de toekomstige perinatale dataset.

Resultaten eerste ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 32: Slagingspercentage pasgeborenen dat borstvoeding krijgt aan het einde van de zorg door de verloskundige zorgverlener																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	8+
0	0	0	1	5	4	10	7	6	1	0	1	1	5	4	3	11	6		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - definiëren wat einde van de zorg is: 8 dagen, 10 dagen? - dit is lastig te registreren; - einde van de zorg is erg korte periode, vaak stoppen vrouwen als kraamzorg en VK niet meer komen en de 'druk' wegvalt; - voor belangrijk deel afhankelijk van cultuur en sociale omgeving. Dit kan al een verschil tussen praktijken geven. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> - de werkgroep is zich bewust dat het lastig is om dit betrouwbaar in kaart te brengen, zeker op de langere termijn. Daarom wordt het afsluiten van de verloskundige zorg verder niet nader gespecificeerd in aantal dagen en moeten we helaas accepteren dat we niet op de langere termijn kunnen evalueren met een indicator.																			

Resultaten tweede ronde																			
																		Mediaan	
Indicator 32: Slagingspercentage pasgeborenen dat borstvoeding krijgt aan het einde van de zorg door de verloskundige zorgverlener																		Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	8+
0	0	0	0	5	4	7	10	1	0	0	0	1	4	4	4	10	4		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - vooral een punt van de kraamzorg; - einde zorg is meestal op 8^{ste} dag, na-controles zijn er bijna niet; - koppeling met consultatiebureau voor het krijgen van info over borstvoeding op lange termijn? <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																			

Indicator 33

Achtergrond: Hoewel het met de meeste kinderen in Nederland goed gaat, komt een aantal in de knel door zorgwekkende opvoedingssituaties. Als deze problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en als ondersteuning wordt geboden aan risicogezinnen, kunnen ontwikkelingsproblemen op latere leeftijd worden voorkomen (De Jonge, 2007).

Registratie: Wordt niet geregistreerd.

Resultaten eerste ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 33: Is er een protocol voor de overdracht aan de Jeugdgezondheidszorg bij een niet-pluisgevoel?																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7,5+	7+
1	1	0	2	2	3	7	11	5	0	0	4	2	1	3	8	7	6		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- dit protocol zou alleen in samenwerking kunnen worden vormgegeven met de jeugdzorg en de kraamzorg; - wordt steeds belangrijker, maar nu nog weinig gestructureerd.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
- de werkgroep is zich bewust dat dit een indicator is die iets zegt over de gezamenlijke verantwoordelijkheid, niet alleen van de verloskunde. Juist vanwege dit ketenaspect acht de werkgroep dit een potentieel belangrijke indicator																			

Resultaten tweede ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 33: Is er een protocol voor de overdracht aan de Jeugdgezondheidszorg bij een niet-pluisgevoel?																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									8+	7+
0	0	0	2	2	1	5	14	3	0	0	2	0	2	1	10	9	3		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- er liggen nog mooie kansen om de zorg gestroomlijnder te maken; - huisartsen hebben hier afspraken over met de jeugdzorg; - wellicht een taak voor de KNOV om hiervoor een voorzet te geven.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
-																			

Indicator 34

Achtergrond: Het doel van post-partumzorg is enerzijds het bevorderen van de gezondheid van moeder en kind en anderzijds het voorkómen en diagnosticeren van ziekten en complicaties (Lagro en Stekelenburg, 2006).

Een nacontrole aan het einde van de kraamtijd geeft de gelegenheid tot evaluatie van verloskundige zorg bij de bevalling en in het kraambed, de evaluatie van het lichamelijke en psychologische herstel na de bevalling, tijdige signalering van problemen mogelijkheden voor preventie. De controle biedt eveneens de mogelijkheid om ondersteuning en informatie te geven over bijvoorbeeld start met werken, anticonceptie, het belang van borstvoeding of mogelijkheid van preconceptiezorg.

Registratie: Wordt geregistreerd in de toekomstige perinatale dataset.

Resultaten eerste ronde																		
																	Mediaan	
Indicator 34: Het percentage uitgevoerde nacontroles, in jaar X																	Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit										Haalbaarheid							7+	8+
0	0	0	1	3	6	7	10	5		0	0	1	4	1	3	5		
1	2	3	4	5	6	7	8	9		1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - dit kan ook de keuze zijn van de cliënt, die kan contact opnemen waardoor het aantal overbodige consulten geminimaliseerd wordt; - is een mooie kans voor preconceptiezorg; - is ook afhankelijk van het moment van afsluiten van de zorg, en de informatie die bij afsluiten gegeven wordt. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																		

Resultaten tweede ronde																	Mediaan	
Indicator 34: Het percentage uitgevoerde nacontroles, in jaar X																	Relatie kwaliteit	Haalbaar
Relatie met kwaliteit										Haalbaarheid							8+	8+
0	0	0	1	1	3	8	11	3		0	0	1	0	0	2	7	9	8
1	2	3	4	5	6	7	8	9		1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Samenvatting van opmerkingen respondenten:</i> - niet in de huidige LVR, dus haalbaarheid onduidelijk; - erg afhankelijk van de cliënt. <i>Opmerkingen werkgroep:</i> -																		

Indicator 35
<i><u>Achtergrond:</u> Het kan zijn dat de pasgeborene vanwege gezondheidsproblemen moet worden overgedragen naar de kinderarts (NHG, 2001).</i> <i><u>Registratie:</u> Wordt geregistreerd in zowel de LVR-1/h als de toekomstige perinatale dataset.</i>

Resultaten eerste ronde																			
																	Mediaan		
Indicator 35: Het aantal pasgeborenen dat overgedragen is naar de kinderarts, in jaar X (=oude formulering)																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	8+
0	1	2	2	5	2	8	6	4	0	1	0	0	0	3	7	11	8		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- relatie met kwaliteit onduidelijk, het gaat om de reden van de verwijzing; - kan ondersteunend zijn voor de samenwerking in de keten.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
- de werkgroep is van mening dat deze indicator bij sterk van het gemiddelde afwijkende score iets kan zeggen over hoe de praktijk omgaat met foetale bewaking en risico inschatting tijdens de baring. Uiteraard is daarna aandacht voor de achterliggende informatie over de verwijzingen of over het uitblijven van verwijzingen; - formulering is aangepast aan de hand van opmerkingen van de respondenten.																			

Resultaten tweede ronde (NB: aangepaste formulering!)																			
																	Mediaan		
Indicator 35: Het aantal pasgeborenen, geboren onder verantwoordelijkheid van de eerstelijns, dat in de eerste 24 uur overgedragen is naar de kinderarts, in jaar X																	Relatie kwaliteit	Haalbaar	
Relatie met kwaliteit									Haalbaarheid									7+	8+
0	0	1	1	1	7	7	8	2	0	1	0	0	0	1	5	13	7		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Samenvatting van opmerkingen respondenten:																			
- zegt mogelijk iets over de samenwerking met de tweede lijn.																			
Opmerkingen werkgroep:																			
-																			

BIJLAGE 4 Groslijst indicatoren

Nr	Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
IDENTIFICERENDE GEGEVENS							
1	NAW-gegevens van praktijk, verloskundigen en medewerkers in periode X				Praktijk-admin	--	Nee
2	BIG-registratienummer van verloskundigen in periode X	S	Kwaliteit en veiligheid van de zorg.	1. Wet BIG is een kwaliteitswet: iedereen mag geneeskundige zorg verlenen. Bepaalde risicovolle handelingen zijn echter voorbehouden aan een beperkt aantal mensen, zodat patiënten beschermd worden tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen 2. Kwaliteitsregister KNOV ; 3. PAL 1.1	Praktijk-admin	(19)	Nee
3	Omvang van de praktijk in periode X				PRN		Nee
	ACCREDITATIE VAN DE PRAKTIJK	Kern van dit domein: - Praktijkaccreditatie - BIG (IGZ)	Aanpak binnen dit domein: opbouw volgens hiërarchische ordening & met vragen “als nee -> ga naar vraag ... / als ja -> veel over te slaan				

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
		- Borstvoeding						
4	<i>Praktijkaccreditatie</i>	Heeft uw praktijk een certificaat ontvangen na visitatie?	S	Het KNOV Kwaliteitssysteem heeft als doel een bijdrage te leveren aan de systematische verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening en praktijkvoering van eerstelijns verloskundige praktijken.				Ja
5	<i>Kwaliteitsregister</i>	Zijn alle verloskundigen die in uw praktijk werkzaam (geweest) zijn gedurende de registratieperiode?, ingeschreven in het kwaliteitsregister van de KNOV	S	Kwaliteit en veiligheid van de zorg.	PAI 1.1			Ja
6	<i>Systematische kwaliteitsverbetering</i>	Doet uw praktijk aan systematische kwaliteitsverbetering (met behulp van PAI/cliëntervaringen of een alternatief systeem)	P					Nee
7	<i>Borstvoedingscertificaat</i>	Heeft uw praktijk een borstvoedingscertificaat van de Stichting Zorg voor Borstvoeding?	S	Als instellingen de 10 vuistregels of de 7 stappen voor de Jeugdgezondheidszorg goed			(20)	Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
				toepassen, kunnen ze het WHO/UNICEF certificaat Zorg voor Borstvoeding behalen (ZVB).				
8	<i>Kwaliteitsbeleid</i>	Maakt u jaarlijks verbeteringsplannen, om deze vervolgens uit te voeren?	P	Niet alleen het maken van de plannen maar ook de toetsing en evaluatie draagt bij aan de verbetering van de zorg	PAI norm 4.4.			Nee
9		Evalueert u het gevolgde proces?	P					Nee
10	<i>Werkoverleg</i>	Vindt er frequent werkoverleg plaats binnen de praktijk?	S	Evaluatie van eigen handelen				Nee
11	<i>Scholing</i>	Percentage verloskundigen dat jaarlijks in uw praktijk gemiddeld 4 uur heeft besteed aan een van de modules uit de vaardigheidstraining spoedeisende handelingen	S	Bevordering van de kwaliteit van de zorg		Beleidsdocument Individueel Kwaliteitsregister Verloskundige, 2006; PAI	(21; 22)	Nee
	TOEGANKELIJKHEID	Kern van dit domein: - beschikbaarheid voor acute zorg (veiligheid, cliëntgerichtheid, continuïteit) - bereikbaarheid voor vragen (laagdrempeligheid) - eerste contact						

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
12	<i>Bereikbaarheid</i>	Hoeveel dagdelen per week bent u bereikbaar voor vragen?	S		PAI, norm 2; Handreiking in ontwikkeling	?		Ja
13		Is de praktijk bereikbaar voor de cliënt (voor vragen; voor spoed)	S		PAI, norm 2; Handreiking in ontwikkeling			Nee
14		Wat is de wachttijd tussen het maken van een afspraak en de eerste controle?	P		PAI, norm 2			Nee
15	<i>Eerste contact</i>	Wat is het percentage vrouwen dat in de 8 ^e tot 10 ^e week na de laatste menstruatie haar eerste consult heeft gehad met de verloskundige zorgverlener?	P	Om prenatale screening met de combinatietest effectief te kunnen uitvoeren moet het eerste consult en de zwangere met een verloskundige zorgverlener bij voorkeur binnen 8-10 weken na de laatste menstruatie plaatsvinden.	EUR, 2005 Perinatal Institute for maternal and child health (NHS)	PRN2009 onderscheid naar pariteit en etniciteit. Item in de nieuwe verloskundige reg	(23; 24)	Ja
16		Geeft u voorlichting over in welke week de cliënt op eerste controle moet komen verstrekt aan alle (potentiële) zwangeren? (Bijvoorkeur eerste controle rond de 8 ^e week)	P	PCA heeft als doel een fysiologisch verloop en een goede uitkomst van de zwangerschap te bevorderen door een vrouw zo gezond	KNOV Standpunt "Preconceptie-advies", 2005 Peristat (recommended)		(25)	Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
				mogelijk te laten beginnen aan een zwangerschap (KNOV Standpunt)				
	SAMENWERKING	Kern van dit domein: - continuïteit van zorg regelen - beleidsafstemming - zit je goed in je netwerk problemen zit wrs vooral bij beleidsafstemming						
17	<i>Kring</i>	Neemt uw praktijk deel aan een kring?	S	Verloskundige samenwerking heeft tot doel de samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen zodanig te bevorderen, dat de individuele zorgverlening aan cliënten optimaal verloopt. De verschillende beroepsbeoefenaren in de verloskunde kunnen dit effect bereiken door afspraken te maken over individuele	Verloskundig Vademecum, 2003;		(5)	Ja

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
				zorgverlening, over de organisatie van de verloskundige zorg en over de kwaliteit van de zorg (Vademecum, 2003).				
18		Heeft uw praktijk/kring samenwerkingsafspraken met een kring?	S				(5)	Nee
19	<i>VSV</i>	Neemt uw praktijk deel aan het VSV?	S				(5)	Ja
20	<i>0^e lijn</i>	Wat is het percentage thuisbevallingen zonder dat de kraamzorg aanwezig is?	S			PRN2009 (5.5.04.03)	(26)	Ja
21	<i>Continuïteit</i>	Heeft u afspraken gemaakt over een goede achterwacht- en waarneming/ continue 24-uurs zorg	S		Verloskundig Vademecum, 2003; PAI 3.2 in de contracten met de zorgverzekeraars		(5)	Ja
22	<i>2^e lijn</i>	Hoeveel vrouwen die u in periode X voor een uitwendige versie heeft verwezen en bij wie de versie is gelukt, begeleidde u aan het begin van de baring	S		KNOV-standpunt uitwendige versie	PRN2009 4.2.07.03	(27)	Ja
23		Hoeveel vrouwen die in periode X medicamenteuze pijnbestrijding hebben gekregen zijn onder uw begeleiding bevallen?			B-situatie volgens Verloskundig Vademecum, 2003;	PRN2009 (comb pijnstilling, zorgverl	(5)	Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
						ener & consult)		
24	<i>Minder leven voelen</i>	Heeft uw praktijk afspraken gemaakt met de tweede lijn indien de zwangere minder leven voelt?	S	Preventie van perinatale morbiditeit en mortaliteit via kwalitatief goede en effectieve multidisciplinaire zorg			--	Nee
25	<i>Ambulancezorg</i>	Wat is het percentage vrouwen dat bij een verwijzing tijdens de baring per ambulance vervoerd is, en waarbij zich een transportprobleem voor deed	S	Wanneer de verloskundige de hulp van de ambulance zorg inschakelt, moet dit tijdig en effectief gebeuren. Kwaliteit en continuïteit van de samenwerking.	Ambulanceprotocol (KNOV)		(28)	Nee
26		Heeft uw praktijk/kring regionale afspraken gemaakt over het vervoer van obese zwangeren durante partu?	S		Ambulanceprotocol (KNOV)		(28)	Nee
	EVALUATIE VAN DE ZORGVERLENING	Kern van dit domein - Cliëntenenquête - MIP, audit - LVR/VOKS - klachtenregeling						
27		Wat is het percentage ontvangen ingevulde cliëntenquêtes aan wie u een cliëntenenquête heeft uitgereikt	U		PAI- cliëntenenquête	PAI		Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
28	<i>2^e lijn (perinatal audit)</i>	Welk percentage van de overleden kinderen heeft u in periode X besproken in de perinatale audit?	P	Audit is een belangrijk kwaliteitsinstrument (zie www.rivm.nl)		PRN2009¹	(29; 30)	Ja
29		Hoeveel (bijna) incidenten binnen uw praktijkvoering en zorgverlening heeft u afgelopen jaar besproken?					(31-33)	Nee
30	<i>VOKS</i>	Wijken uw VOKS percentielen af van andere praktijken in de regio/het land?					--	Nee
	INFORMATIEOVERDRACHT	Kern van dit domein • verslaglegging • informatie aan de cliënt • informatie van de cliënt • afstemming in de keten • communicatie met anderstaligen						
31	<i>Informatieoverdracht naar zorgverleners</i>	Voldoet de informatie-overdracht zowel binnen de eigen praktijk als naar andere zorgverleners in de keten aan de norm?	S/P?	Het is belangrijk dat bij overdracht naar andere zorgverleners schriftelijk, compleet en tijdig gebeurt, in het kader van de continuïteit van de zorg.	Verloskundig Vademecum, 2003 (hoofdstuk 5.3); PAI 3.8		(5)	Nee
32	<i>Verslaglegging</i>	Is het partusverslag compleet? Is het partusverslag gevuld met de minimale benodigde gegevens?	P		PAI			Nee
33	<i>Verslaglegging pijnbestrijding</i>	Legt uw praktijk de afspraken die u met zwangeren maakt over de eventuele toepassing medicamenteuze en niet-						Nee

¹ Item in de nieuwe verloskundige registratie, die naar verwachting per 1 januari 2009 geïmplementeerd wordt in MicroNatal en Orfeus (zie [nieuwsbrief PRN, juli/augustus 2007](#))

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
		medicamenteuze methoden om de pijn te verminderen c.q. het comfort van de vrouw te verhogen schriftelijk vast?						
34	<i>Voorlichting aan de cliënt</i>	Geeft uw praktijk voorafgaande aan de zwangerschap (of tijdens het kraambed/de nacontrole) op een gestructureerde wijze preconceptie adviezen gegeven aan alle cliënten die zwanger zijn of willen worden? OF: Heeft uw praktijk een protocol opgesteld over het moment en inhoud van preconceptie adviezen?	S	D.m.v. preconceptiezorg kunnen behandeling en adviezen op tijd worden gegeven, met als doel het bevorderen de gezondheid van het toekomstige kind en zijn/haar moeder.	KNOV Standpunt “Preconceptie-advies”, 2005		(25)	Nee
35	<i>Voorlichting</i>	Percentage zwangeren dat PCA ontvangen heeft	P	Effectiviteit voorlichting over het belang van PCA		PRN2009²		Nee
36	<i>Voorlichting over de baring tijdens de zwangerschap</i>	Heeft uw praktijk een protocol opgesteld met daarin opgenomen informatie over uw ondersteuning en het beleid tijdens de ontsluitingsfase?	S	Voorlichting over de baring tijdens de zwangerschap	KNOV-standaard niet vorderende ontsluiting PAI 3.6		(34)	Nee
37	<i>Communicatie met anderstaligen</i>	Wat is het percentage vrouwen in uw praktijk die geen Nederlands spreken en/of met wie de communicatie (zonder tolk) niet mogelijk is, waarbij een tolk	S	Het doel is om aan iedereen goede voorlichting te geven inclusief	Victoria's Maternity Services Health Performance Indicators	Taalvaardigheid in PRN, inschake	(35)	Nee

² Item in de nieuwe verloskundige registratie, die naar verwachting per 1 januari 2009 geïmplementeerd wordt in MicroNatal en Orfeus (zie [nieuwsbrief PRN, juli/augustus 2007](#))

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
		en/of VETC'er is ingeschakeld?		anderstaligen. Het inzetten van VETC'ers draagt bij aan een effectievere voorlichting (NIZW).		ling tolk via 'aanvraagbonnen'		
	PROTOCOLLEN	Kern van dit domein: • standaarden • wetgeving • protocollenboek						
38	<i>Nieuwe indicator</i>	Om de hoeveel jaar bespreken jullie onderling de protocollen en wordt het aangepast naar de huidige standaarden?	S				--	Nee
39	<i>Antidepressiva</i>	Wat is het percentage vrouwen in uw praktijk dat antidepressiva gebruikt tijdens de zwangerschap?	U	Effectiviteit van de multidisciplinaire zorg in de regio			--	Nee
40	<i>Gemiste afspraken</i>	Neemt uw praktijk contact op met zwangere die niet op de een afgesproken controle komt?	S	Effectieve begeleiding van de cliënten. Missen van tijdige signalering van dreigende problemen	Niet nakomen van afspraken kan een signaal zijn van mishandeling of verslaving		--	Nee
41	<i>Verwijsbeleid tijdens zwangerschap</i>	Hoeveel vrouwen worden bij een amenorroe duur van 287 tot 294 dagen verwezen vanwege serotiniteit?	P	Zonder bijkomende risicofactoren stijgt het risico van serotiniteit van 42 weken. Cijfers over verhoogde kans op sterfte vóór de 42 ^e week spreken	Verloskundig Vademecum, 2003: verwijzing > 294 dagen NVOG-richtlijn:	PRN2009	(5;36)	Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
				elkaar tegen. Het beleid tussen 41 en 42 weken blijft, ondanks het Verloskundig Vademecum, een bron voor regionale verschillen (Offerhaus, 2007)				
42		Is er een regionaal protocol met nadere afspraken over het beleid bij hypertensie?	S		Verloskundig Vademecum, 2003 , met onderscheid naar een overleg- en verwijssituatie	PRN2009	(5)	Nee
43	<i>GBS-beleid</i>	Hoeveel procent binnen uw praktijk is draagster van GBS?	S		Uitkomsten uit symposium over GBS, juni 2006?			Nee
44	<i>Hygiëne & infectiepreventie</i>	Werkt u volgens de KNOV-standaard hygiëne en infectiepreventie?	P	Het doel is de patiëntveiligheid bewaken en de bescherming van de verloskundigen waarborgen (Arbowet)	KNOV standaard H&I		(37)	Nee
45		Hoe worden de critical instrumenten/items gereinigd/gesteriliseerd	P		KNOV standaard H&I		(37)	Nee
46	<i>Apparatuur & materiaal</i>	Worden de apparatuur en het materiaal jaarlijks gecontroleerd en geijkt?	P	Het is van groot belang dat er gewerkt wordt met deugdelijke			--	Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
				apparatuur en materiaal				
47	<i>Pijnbestrijding</i>	Heeft uw praktijk een protocol opgesteld over het moment en de inhoud van de voorlichting over medicamenteuze en niet-medicamenteuze methoden om de pijn te verminderen c.q. het comfort van de vrouw te verhogen?	S	Adequate voorlichting over pijnstilling Keuzevrijheid van cliënt	KNOV-standaard niet vorderende ontsluiting richtlijn 'pijnbestrijding bij de baring' van de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologen (NVA) en de NVOG in ontwikkeling		(34; 38)	Nee
48	<i>Verminderd leven voelen</i>	Heeft u een protocol voor minder leven voelen?	S	Preventie van perinatale morbiditeit en mortaliteit via kwalitatief goede en effectieve multidisciplinaire zorg			--	Nee
49	<i>Groeiachterstand</i>	Wat is het percentage kinderen met een groeiachterstand binnen uw praktijk in periode X?	S	Preventie van perinatale morbiditeit en mortaliteit via kwalitatief goede en effectieve multidisciplinaire zorg	Verloskundig Vademecum, 2003; KNOV-standpunt intrauteriene groeivertraging in ontwikkeling		(5)	Ja
50	<i>Langdurig gebroken vliezen</i>	Welk percentage van de vrouwen met gebroken vliezen is na 12 uur verwezen?	S			PRN2009 tijd tussen breken	(5)	Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
						van de vliezen		
51	<i>Foetale bewaking</i>	Is er een regionaal protocol over foetale bewaking bij laagrisicobelevingen in het ziekenhuis?	S				--	Nee
52	<i>Beleid nacontrole</i>	Heeft de praktijk het beleid vastgelegd voor en de inhoud van de nacontrole, 6 weken na de geboorte, beschreven?	S	Kwaliteit van zorg	Naar PAI 11.2		--	Nee
53		Zijn er binnen het regionale samenwerkingsverband afspraken gemaakt over zorgverlener, zorgverlening en rapportage van de nacontrole, 6 weken na de bevalling?	S	Kwaliteit van zorg				Nee
54	<i>Hyperbilirubinemie</i>	Heeft u een protocol hyperbilirubinemie?	S	Preventie perinatale morbiditeit	Nieuwe richtlijn in ontwikkeling			Nee
	BEGELEIDING TIJDENS DE ZWANGERSCHAP	Kern van dit domein: - afstemming over aard en inhoud van de prenatale controles - prenatale screening - psychosociale begeleiding						
55	<i>Frequentie en inhoud prenatale controles</i>	Heeft de praktijk geregeld wat de frequentie, aard en inhoud van de prenatale controles zijn binnen het totale zorgschema?	S	Effectiviteit van de verloskundige zorg (geen over- of onderconsumptie)	PAI, norm 3.5			Nee
	<i>Prenatale screening</i>							
56	<i>Prenatale screening</i>	Zijn er eenduidige afspraken gemaakt binnen het VSV hoe om te gaan met kleine verschillen tussen ELM en echo?	S	?				Nee
57	<i>Aanbod</i>	Heeft uw praktijk geregeld dat	S	Na het aanbod van	KNOV Standpunt		(39;	Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
		verloskundigen de mogelijkheid van kansbepalende testen (combinatietest en SEO) dienen aan te kaarten bij al hun cliënten?		informatie bepaalt de zwangere of zij behoefte heeft aan de informatie over prenatale screening of niet.	“Prenatale screening” 2006; Landelijk geformuleerde opleidingseisen		40)	
58	<i>Vraag</i>	Hoeveel zwangeren die geïnformeerd wilden worden over prenatale screening hebben daadwerkelijk counseling ontvangen?	P	Eén van de doelstellingen van de screening is dat zwangeren een weloverwogen keuze nemen over het wel of niet deelnemen aan de screening.				Nee
59	<i>Bekwaamheid</i>	Zijn de zorgverleners die de counseling geven, bekwaam in zowel de theorie van counseling als in de praktische counselingsvaardigheden	S	Kwaliteit van de zorg	KNOV Standpunt “Prenatale screening” 2006 (aanbeveling 2) Landelijk geformuleerde opleidingseisen		(41)	Nee
60	<i>Psychosociale begeleiding</i>	t.z.t.						
61	<i>Gebruik</i>	Percentage zwangeren dat antidepressiva gebruikt tijdens de zwangerschap en of borstvoeding	U	Preventie van teratogene schade	TVV juni 2007; www.oaze.org	±PRN2009	(42-44)	Nee
	<i>Anemie</i>							
62	<i>Hb-bepaling bij risicogroepen</i>	Doet uw praktijk aan structurele controle van Hb bij 20 weken bij risicogroepen?	P	Effectieve screening en kwaliteit van de zorg (zorg op maat)	KNOV Standaard		(45)	Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
63	<i>Voorschrijven ferro</i>	Wordt het MCV vooraf bepaald bij voorschrijven ferro?	P	Effectieve voorschrijving ferro	KNOV Standaard		(45)	Nee
	<i>Leefstijl</i>							
64	<i>Foliumzuur</i>	Percentage vrouwen dat foliumzuur slikt tijdens de voorgeschreven periode	U	Extra foliumzuur verkleint de kans op een aantal ernstige aandoeningen bij het kind. Zoals een baby met een 'open ruggetje' of een 'open schedel' (neurale-buisdefecten).	KNOV Standpunt "Preconceptie-advies", 2005; GR 2003 ¹ Lumley, 2001	PRN2009	(24; 46-48)	Nee
65	<i>Roken</i>	Percentage zwangeren dat in het eerste trimester van de zwangerschap rookt	U	Preventie van perinatale morbiditeit en mortaliteit	CBO- Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving; www.stivoro.nl; Peristat (recommended)	PRN2009	(24; 49;50)	Nee
66		Percentage zwangeren dat in het derde trimester van de zwangerschap rookt	U	Idem	CBO-Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving www.stivoro.nl; Peristat (recommended)	PRN2009	(49; 50)	Ja
67		Percentage zwangeren dat stopt tijdens de zwangerschap die V-MIS hebben gehad	U	Effectiviteit van het interventieprogramma V-MIS.	CBO-Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving		(49)	Nee
68	<i>Alcohol</i>	Percentage zwangeren dat alcohol	U	Preventie van	GR, 2005	PRN200	(24;	Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
		gebruikt		perinatale morbiditeit en mortaliteit		9	(51)	
69		Geeft uw praktijk effectieve voorlichting over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap?	P	Preventie van perinatale morbiditeit en mortaliteit	STAP		(52)	Nee
70	<i>Drugs</i>	Percentage zwangeren dat drugs gebruikt tijdens de zwangerschap	U	?	National Centre for Health Outcomes Development (NCHOD), UK	PRN2009	(24; 53)	Nee
71	<i>Huiselijk geweld</i>	Incidentie huiselijk geweld in de zwangerschap	U	?	standaard psychosociale begeleiding (in ontwikkeling) ; National Centre for Health Outcomes Development (NCHOD), UK; TVV januari 2006		(53)	Nee
	VERWIJSBELEID							
72	<i>Pijnbestrijding</i>	Heeft u de mogelijkheid om barenden desgewenst 24/7 uur te verwijzen voor alle beschikbare vormen van pijnbestrijding?			KNOV-standaard niet vorderende ontsluiting richtlijn 'pijnbestrijding bij de baring' van de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologen (NVA) en de NVOG		(34; 38)	Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
					in ontwikkeling			
73	<i>Verwijzing</i>	Percentage verwijzingen naar de 2 ^e lijn: Percentage verwezen zwangeren wegens serotiniteit		Worden de cliënten terecht en tijdig verwezen naar de 2 ^e lijn?	Verloskundig Vademecum, 2003:	PRN2009	(5)	Nee
74		Percentage doorverwezen zwangeren met hypertensie					(5)	Nee
75		Percentage vrouwen dat tijdens de baring verwezen wordt wegens sectio in de anamnese	P				(5)	Nee
76		Percentage vrouwen met stuitligging dat tijdens de baring wordt verwezen					(5)	Nee
77		Percentage terechte verwijzingen vanwege pre-existente aandoeningen					(5)	Nee
78		Percentage vrouwen dat verwezen is vanwege meerlingzwangerschap					(5)	Nee
79		Percentage vrouwen met een zwangerschapswens dat naar aanleiding van een preconceptioneel consult terecht verwezen wordt naar de 2 ^e lijn (wegens comorbiditeit)					(5)	Nee
80		Percentage naar de tweede lijn verwezen cliënten vanwege trage progressie in de latente of actieve fase					(5)	Ja
81		Percentage naar de tweede lijn verwezen cliënten vanwege pijn of onvoldoende draagkracht, op indicatie pijnstilling, tijdens de ontsluiting naar de 2 ^e lijn					(5)	Ja

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
82	<i>Serotiniteit</i>	Bij welke termijn verwijst u de cliënt in geval van serotiniteit?	P	Het doel is om te checken in hoeverre de verwijzingen overeen komen of afwijken met de landelijk gestelde norm			(5;36)	Nee
83	<i>Hypertensie</i>	Is er afgesproken binnen het VSV wanneer uw praktijk de cliënt moet doorverwijzen bij hypertensie?	S					Nee
84	<i>Geboortegewicht</i>	Percentage kinderen met een te laag geboortegewicht (small for gestational age, volgens de geboortegewichtpercentielen van de PRN 2007) geboren in de eerste lijn	U	Preventie van perinatale morbiditeit en mortaliteit	Peristat Nieuwe referentiecurven voor geboortewichten		(50;54)	Ja
KEUZEVRIJHEID VAN DE CLIËNT								
85	<i>Plaats van bevallen</i>	Is de thuisbevalling voor elke vrouw beschikbaar in de regio?	S	Beschikbaarheid van de verloskundige zorg opdat keuzevrijheid mogelijk is				Nee
86		Percentage vrouwen met een verplaatste eerstelijns verloskundige zorg dat op plaatsindicatie in het ziekenhuis bevalt	P	Preventie transportrisico		PRN2009		Nee
87	<i>Stuitligging</i>	Heeft uw praktijk de mogelijkheid zwangeren desgewenst een poging tot uitwendige versie aan te bieden dan wel te verwijzen voor een poging tot	S	Aanbod: het streven is een landelijk dekkend aanbod met gekwalificeerde	KNOV standpunt uitwendige versie	PRN2009	(27)	Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
		uitwendige versie?		zorgverleners die een versie kunnen doen.				
	BARING							
88	<i>Normal birth concept</i>	Percentage vrouwen aan wie u minimaal zorg heeft verleend tijdens de zwangerschap waarbij het begin en einde van de baring spontaan is: - geen inleiding, geen kunstverlossing - baring onder verantwoordelijkheid van uw praktijk	U	Kwaliteit/veiligheid van de verloskundige zorg	WHO Normal Birth Concept	Stichting PRN praktijkrapportages LVR-1	(55)	Nee
89	<i>Ondersteuning</i>	Is er extra ondersteuning (b.v. doula) beschikbaar tijdens de baring voor specifieke doelgroepen?	S	Beschikbaarheid van extra ondersteuning indien gewenst			--	Nee
90	<i>(vaststelling en evaluatie van uw) beleid</i>	Gebruikt u bij alle barenden een partogram tijdens de baring voor een systematische registratie van uw observaties, de vordering en de gemaakte afspraken?	P	Evaluatie van het gebruik van de standaard NVO	KNOV-standaard niet vorderende ontsluiting		(34)	Ja
91	<i>Zorgverlening</i>	Is er kraamzorg aanwezig tijdens de baring?	S	Kwaliteit van de zorg	KNOV-standaard niet vorderende ontsluiting Inhoudelijk Kader Partusassistentie	PRN2009	(26; 34)	Ja
92	<i>Vliezen breken & gebroken vliezen</i>	Percentage barenden met amniotomie in de latente fase	U	?		PRN2009		Nee
93	<i>Monitoren foetale conditie tijdens de baring</i>	Heeft uw praktijk een protocol opgesteld over foetale bewaking bij laagrisicobevallingen en maakt u hierbij onderscheid naar poliklinische laagrisico	S	Veiligheid van de zorg	cochrane opzoeken naar PAI 11.2	PRN2009		Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
		bevalling en thuisbevalling?						
94	<i>Episiotomie</i>	Percentage vrouwen met een episiotomie en/of een ruptuur	U	Kwaliteit/veiligheid van de verloskundige zorg	Peristat (future)	PRN2009	(50)	Ja
	POSTPARTUM CONTROLE							
95	<i>Nacontrole</i>	Percentage nacontroles 6 weken postpartum	U					Ja
	UITKOMST KIND							
96	<i>Conditie kind direct na de geboorte</i>	Percentage kinderen met een Apgar-score ≤ 7 dat geboren is in de eerste lijn	U		Peristat (recommended)	PRN2009	(50)	Ja
97		Aantal kinderen dat overgedragen is naar de kinderarts	U					Nee
98	<i>Groeiachterstand</i>	Hoeveel kinderen zijn er geboren met een groeiachterstand?	U					Ja
99	<i>Borstvoeding</i>	Percentage pasgeborenen dat borstvoeding krijgt - Direct na de geboorte - Aan einde van de zorg door de desbetreffende zorgverlener	U		Peristat (recommended)	PRN2009	(50)	Ja
100	<i>Conditie kind in de eerste week</i>	Percentage kinderen met hyperbilirubinemie	U	Preventie perinatale morbiditeit	Nieuwe richtlijn in ontwikkeling			Nee
101		Hanteert u de checklist risicofactoren bij hyperbilirubinemie?	P	Idem				Nee
102	<i>Overdracht</i>	Is er een protocol voor de overdracht aan de Jeugdgezondheidszorg?	S	Tijdig signaleren van problemen				Ja
103		Vindt er overdracht/overleg plaats met de wijkverpleegkundige als het met de thuissituatie niet goed gaat?						Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
	UITKOMST MOEDER							
104	<i>Moeder</i>	Percentage vrouwen met een postnatale depressie	U	Kwaliteit van zorg	t.z.t.			Nee
105		Doet uw praktijk aan controle/screening op postnatale depressie?	P	Idem	t.z.t.			Nee
106		Percentage bevallen vrouwen dat is opgenomen in het ziekenhuis	P	Idem	NHS			Nee
107		Percentage vrouwen met kraamvrouwenkoorts	U	Veiligheid van de verloskundige zorg				Nee
108		Percentage vrouwen met postnatale urine-incontinentie	U		National Centre for Health Outcomes Development (NCHOD), UK		(56)	Nee
109		Percentage vrouwen met postnatale faecale-incontinentie	U		Peristat (future) National Centre for Health Outcomes Development (NCHOD), UK		(50) (56)	Nee
110		Heeft u een cliëntervaringsenquête?	S	De inbreng van cliënten biedt een ander licht op de kwaliteit/effectiviteit van de verloskundige zorg	National Centre for Health Outcomes Development (NCHOD), UK	PAI	(56)	Ja
	Overig							
111	<i>Dienst</i>	Hoe lang heeft de verloskundige dienst achter elkaar?	P	Veiligheid van de zorg: bij vermoeidheid meer kans op				Nee

Nr		Indicator	Soort indicator	Achtergrond	Norm	Registratie-bron	Literatuur	In set
				medische fouten				
112	<i>Praktijkassistente</i>	Is er een praktijkassistente aanwezig?	S	Indien de praktijkassistente administratieve of overige taken kan overnemen, heeft de verloskundige meer tijd over voor het verlenen van effectieve zorg	Monitor Verloskundige Zorgverlening 3^e meting, NIVEL		(57)	Nee
113	<i>Transparantie</i>	Zijn alle cliënten geïnformeerd over het bestaan van een klachtenregeling?	P	De cliënt heeft recht op het bestan van een klachtenregeling (WGBO)	PAI			Ja
114	<i>Zekerheid zwangerschapsduur</i>	Percentage zwangerschappen waarbij een zekere zwangerschapsduur is vastgesteld in eerste 16 weken/trimester	U	Effectiviteit van de termijnecho				Nee
115	<i>Meerlingzwangerschap</i>	Welk deel van de tweelingen is ontdekt ná de 14 ^e week	U	Opsporing van tweelingen	Verloskundig Vademecum, 2003 (routine eerste trimester echoscopie);	PRN2009	(5)	Nee

A solid yellow horizontal bar spanning the width of the page.

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl