

Indicatorenset Zwangerschap en bevalling

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2018

Colofon

Internet:

- OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens (beschikbaar vanaf 1 februari voor leden van de NVZ en NFU): <https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl.
- Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl.
- Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>.

Gegevensaanlevering

Zorginstellingen leveren vrijwillig en verplichte indicatoren aan via één door de koepelorganisaties gekozen aanleverportaal. Doorlevering vindt plaats in een voor de gebruiker uniform format. Kwaliteitsregistraties uploaden concept indicatoren naar het aanleverportaal, zodat zorginstellingen via één portaal indicatoren kunnen invullen, controleren en accorderen.

Samengesteld door:

*Federatie Medisch Specialisten
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Patiëntenfederatie Nederland
Stichting Kind en Ziekenhuis
Zelfstandige Klinieken Nederland
Zorgverzekeraars Nederland*

Deze indicatorenset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland waarmee het aanleveren van deze kwaliteitsgegevens in 2019 over verslagjaar 2018 wettelijk verplicht is.

Inhoudsopgave

	Overzicht indicatoren Zwangerschap en bevalling	3
Deel 1	Zorginhoudelijke indicatoren	
	1. Algemene informatie	4
	2. Factsheets zorginhoudelijke indicatoren	5
	3. Lijst te verzamelen variabelen	14
	Wijzigingstabel	15
Deel 2	Klantpreferenties	
	1. Factsheets klantpreferenties	16
	Wijzigingstabel	20

Overzicht Indicatoren Zwangerschap en bevalling over verslagjaar 2018

1	Verloskundig samenwerkingsverband	<p>A. Zijn in het verloskundig samenwerkingsverband (VSV) bindende afspraken gemaakt over het direct na een spoedmelding van de eerste lijn opstarten van de noodzakelijke voorbereidingen in het ziekenhuis?</p> <p>B. Indien ja bij 1a, Zijn deze afspraken schriftelijk vastgelegd in een protocol?</p> <p>C. Indien ja bij 1b, Zijn in dit protocol levensbedreigende condities voor moeder en kind benoemd waarbij, na een spoedmelding van de eerste lijn, de noodzakelijke voorbereidingen worden opgestart?</p> <p>D. Worden er gemeenschappelijke scholingen georganiseerd voor gynaecologen, eerste en tweedelijns verloskundigen en/of verloskundig actieve huisartsen?</p> <p>E. Zijn er afspraken gemaakt over uniforme voorlichting over pijnbestrijding door de eerste en tweede lijn?</p> <p>F. Indien ja bij 1e, Zijn deze afspraken schriftelijk vastgelegd in een protocol?</p>	Uitvraag over 2018 – peildatum 01-03-2019
2	Aantal Sectiones Caesarea	<p>A. Percentage (geplande en ongeplande) sectio's bij atermen nulliparae met eenling in hoofdligging</p> <p>B. De VOKS-percentage primaire sectio's</p>	Uitvraag over 2018
3	Epidurale analgesie	Percentage patiënten met epiduraal analgesie (PDA) of gecombineerd spinale-epidurale (CSE) dat 's nachts (23-11 uur) en in het weekend is bevallen	Uitvraag over 2018
4	Begeleiding bij bevalling	Op welk moment gedurende de bevalling op uw ziekenhuislocatie wordt de zwangere begeleid?	Uitvraag over 2018 – peildatum 01-03-2019
5	Rol partner en geboorteplan	<p>A. Welke faciliteiten zijn er op de verloskondeafdeling van uw ziekenhuislocatie aanwezig?</p> <p>B. Is er op uw ziekenhuislocatie beleid om zwangeren te informeren over de aanwezige baartechnieken (baarkruk en/of bad) en mogelijke bevalmethodes (verschillende houdingen op bed, gehurkt)?</p> <p>C. Welke pijnbestrijdingsmethodes zijn er op de uw bevallocatie aanwezig?</p> <p>D. Werkt de ziekenhuislocaties volgens de NIDCAP-methode op de neonatologieafdeling?</p>	Uitvraag over 2018 – peildatum 01-03-2019
6	Faciliteiten verloskondeafdeling en neonatologieafdeling	<p>A. Wordt de partner een actieve rol geboden tijdens en na de bevalling?</p> <p>B. Wordt bij aankomst op uw ziekenhuislocatie standaard aan de vrouw (en/of partner) gevraagd of er een geboorteplan is opgesteld, waar de ziekenhuislocatie rekening mee kan houden?</p> <p>C. Vindt er overdracht (op papier/digitaal) plaats van het geboorteplan naar het patiëntendossier in het ziekenhuis?</p>	Uitvraag over 2018 – peildatum 01-03-2019

Let op! Over dit thema is ook een indicator opgenomen in de indicatorgids Spoedzorg

Deel 1: Zorginhoudelijke indicatoren

1. Algemene informatie over Zorginhoudelijke indicatoren Zwangerschap en bevalling

Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de indicatorenset Zwangerschap en bevalling bestond uit de volgende personen:
NVOG: Mw. Dr. B.A.M. Braams-Lisman, gynaecoloog, Tergooi ziekenhuizen, 1 dagdeel per week werkzaam bij AMC, polikliniek prenatale diagnostiek

Dhr. Drs. E. Hallensleben, gynaecoloog, Groene Hart ziekenhuis Gouda

Dhr. Dr. M.G.A.J. Wouters, gynaecoloog-perinatoloog, VUmc Amsterdam

ZN: Mw. Drs. E.M.J. Uhlenhop, arts M&G, adviserend geneeskundige, Agis, Amersfoort

Mw. Drs. R.M.A. Geels, arts M&G, adviserend geneeskundige, Zorg & Zekerheid, Leiden

Stichting Kind en Ziekenhuis: Mw. Drs. B.M. Wijsen, patiëntvertegenwoordigster/directeur stichting Kind en Ziekenhuis, Utrecht

Afstemming met bestaande richtlijnen

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

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

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

Populatiebepaling Zwangerschap en bevalling

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

Peildatum

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

In- en exclusiecriteria

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

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

2. Zorginhoudelijke indicatoren Zwangerschap en bevalling

Indicator 1: Verloskundig samenwerkingsverband	
Relatie tot kwaliteit	De resultaten van de verloskundige zorg in Nederland in vergelijking tot die in andere westerse landen geeft genoeg reden om verbetering na te streven. In de recente aanbevelingen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) neemt de aansluiting tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorg een belangrijke plaats in. Deze aansluiting krijgt gestalte in de vorm van een regionaal verloskundig samenwerkingsverband (VSV). Het is bij een spoedmelding belangrijk dat de noodzakelijke voorbereidingen in het ziekenhuis tijdig plaatsvinden en een behandeling na aankomst van patiënte zonder onnodig tijdsverlies kan starten.
Operationalisatie 1a	Zijn in het verloskundig samenwerkingsverband (VSV) bindende afspraken gemaakt over het direct na een spoedmelding van de eerste lijn opstarten van de noodzakelijke voorbereidingen in het ziekenhuis? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 1b	Indien ja bij 1a, Zijn deze afspraken schriftelijk vastgelegd in een protocol? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 1c	Indien ja bij 1b, Zijn in dit protocol levensbedreigende condities voor moeder en kind benoemd waarbij, na een spoedmelding van de eerste lijn, de noodzakelijke voorbereidingen worden opgestart? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 1d	Worden er gemeenschappelijke scholingen georganiseerd voor gynaecologen, eerste en tweedelijns verloskundigen en/of verloskundig actieve huisartsen? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 1e	Zijn er afspraken gemaakt over uniforme voorlichting over pijnbestrijding door de eerste en tweede lijn? <i>Ja/Nee</i>
Operationalisatie 1f	Indien ja bij 1e, Zijn deze afspraken schriftelijk vastgelegd in een protocol? <i>Ja/Nee</i>
Definitie	VSV: Een VSV bestaat uit alle professionals die samen lokaal de zorg rond zwangerschap en geboorte leveren.
In-/exclusiecriteria	n.v.t.
Bron	Ziekenhuis
Peildatum	01-03-2019
Rapportagefrequentie	1x per jaar
Type indicator	Structuur
Meetniveau	Ziekenhuisniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit, tijdigheid, doelmatigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

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

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

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) is van mening dat overal in Nederland een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) actief moeten zijn. Een VSV bestaat uit alle professionals die samen lokaal de zorg rond zwangerschap en geboorte leveren. Meestal wordt dit gebaseerd op het

werkgebied van een ziekenhuis. Dus alle verloskundigen, verloskundige actieve huisartsen, gynaecologen, kinderartsen en kraamzorginstellingen die in een bepaald gebied zorg leveren, maken deel uit van dat betreffende VSV. De Stuurgroep erkent dat er in Nederland tien perinatologische centra zijn die een ziekenhuisoverstijgende specifieke verantwoordelijkheid hebben in de bewaking van de kwaliteit van de zorg rond zwangerschap en geboorte.

Mogelijkheden tot verbetering

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

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Er worden geen beperkingen bij gebruik en interpretatie verwacht.

Inhoudsvaliditeit

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

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

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

Vergelijkbaarheid

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

Registratiebetrouwbaarheid

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

Informatie voor patiënten

1A. Tijdens een thuisbevalling kan het leven van moeder en kind onverwacht in gevaar komen. Zij hebben dan zo snel mogelijk hulp in het ziekenhuis nodig. De verloskundige of huisarts (eerstelijns hulp) moet ervoor zorgen dat de hulpverleners in het ziekenhuis klaarstaan als de zwangere arriveert. Dit vereist een soepele samenwerking tussen de eerstelijns hulp en de gynaecoloog in het ziekenhuis. Het is belangrijk dat hier afspraken over worden gemaakt door het Verloskundig SamenwerkingsVerband (VSV). Een VSV bestaat uit zorgverleners die in een bepaald gebied de zorg rond zwangerschap en geboorte leveren: verloskundigen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen enzovoort.

1B. De afspraken moeten schriftelijk worden vastgelegd in een protocol. Zorgverleners kunnen dan altijd stap voor stap nalezen wat er moet gebeuren, door wie en wanneer. Afspraken over een spoedopname in het ziekenhuis tijdens een bevalling moeten ook in een protocol staan.

1C. In dit protocol moeten alle redenen staan waarom een verloskundige het ziekenhuis in zou moeten schakelen. De verloskundige weet dan precies wanneer een zwangere naar het ziekenhuis moet tijdens de bevalling.

1D. Zorgverleners moeten op de hoogte blijven van veranderingen in de zorg rond zwangerschap en bevalling. Dit geldt voor zorgverleners uit de eerste lijn (met wie u zelf contact kunt opnemen zoals de verloskundige) en voor tweedelijns zorgverleners (voor wie u een verwijsbrief nodig hebt, zoals de gynaecoloog). Het is goed als gynaecologen, verloskundigen en huisartsen die bevallingen doen samen scholingen volgen over veranderingen in de zorg. Ze kunnen van elkaar leren en beter samen de veranderingen in de praktijk brengen.

1E. Tijdens de bevalling zijn er verschillende manieren om de pijn te bestrijden, bijvoorbeeld met een douche, massage of medicijnen. Bij een thuisbevalling (eerstelijns zorg) is de pijnbestrijding anders dan in het ziekenhuis (tweedelijns zorg). Het is prettig als u weet welke mogelijkheden er zijn.

Daarom is het belangrijk dat de verschillende zorgverleners u dezelfde informatie geven en hierover

met elkaar afspraken hebben gemaakt.

1 F. Het is belangrijk dat de afspraken over het geven van informatie over pijn bestrijding door de verschillende zorgverleners schriftelijk vastgelegd worden in een protocol.

Referenties

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

Indicator 2: Aantal Sectiones Caesarea	
Relatie tot kwaliteit	In Nederland steeg het overall sectiopercentage van 7,4 in 1990 tot 15,1 in 2007. Hoewel de stijging relatief het grootst was voor stuitligging, meerlingzwangerschappen en extreme vroeggeboorte, was de toename in absolute aantallen het grootst voor vrouwen met een atermee eenlingzwangerschap met het kind in hoofdligging. Met de toename van het aantal sectio's is te verwachten dat de incidentie van directe complicaties, waaronder bloeding en infectie, maar ook van latere gevolgen zoals uterusruptuur, placenta praevia en accreta, zal stijgen.
Operationalisatie 2a	Percentage (geplande en ongeplande) sectio's bij atermee nulliparae met eenling in hoofdligging
Teller 2a	Aantal bevallingen waarbij een sectio is verricht bij atermee nulliparae met eenling in hoofdligging
Noemer 2a	Aantal bevallingen bij atermee nulliparae met eenling in hoofdligging
Operationalisatie 2b	De VOKS-percentiel primaire sectio's
Definities	Sectio Caesarea: keizersnede Primaire sectio Caesarea: geplande keizersnede, een keizersnede waartoe al besloten is voor het begin van weeën. VOKS-percentiel: door Perined berekende rangorde, in dit geval op basis van de primaire sectio's NTSV (nulliparous term singleton vertex): <ul style="list-style-type: none"> - nulliparae, á terme, eenling, in hoofdligging o nulliparae: vrouwen die nog niet eerder gebaard hebben o á terme: zwangerschapsduur van 37+0 t/m 41+6 weken o hoofdligging: achterhoofd, kruin, aangezicht, voorhoofd of hoofdligging anders
In-/exclusiecriteria	Inclusie: partus met levend geboren kinderen
Casemix	Bij operationalisatie B: sociaal-economische status, urbanisatiegraad, leeftijd moeder, etniciteit, pariteit
Bron	Perined
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2018 tot en met 31-12-2018
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Proces, keten-indicator
Meetniveau	Cliënt (Moeder=hier ook Kind) niveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, Tijdigheid, Cliëntgerichtheid, Veiligheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

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

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

indicaties waarvan is aangetoond of waarvan in redelijkheid mag worden verwacht dat een geplande sectio Caesarea gezondheidswinst oplevert voor moeder en/of het kind (NVOG-richtlijn, 2011). Soms wordt een primaire sectio verricht op niet-medische (electieve) indicatie, te weten op uitdrukkelijk verzoek van de vrouw. Dit heeft dan veelal te maken met een niet behandelbare angst voor een vaginale baring, waarbij in overleg met de psycholoog en/of psychiater gekozen wordt voor een keizersnede.

Mogelijkheden tot verbetering

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

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

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

Inhoudsvaliditeit

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

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

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

Vergelijkbaarheid

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

Registratiebetrouwbaarheid

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

Informatie voor patiënten

2A. Een primaire sectio is een keizersnede die al voor de start van de bevalling is gepland. Meestal is er een medische aanleiding voor een geplande keizersnede, bijvoorbeeld een stuitligging. Er zijn ook vrouwen die een geplande keizersnede krijgen bij hun eerste kind (nulliparae) dat voldragen is (aterme) en gewoon met het hoofd naar beneden ligt. Uit vraag 2 A komt het percentage vrouwen dat een geplande keizersnede krijgt bij hun eerste kind ten opzichte van het totale aantal vrouwen die bevallen van hun eerste kind.

B. Het aantal keizersneden verschilt per ziekenhuis. Dit kan te maken hebben met de kwaliteit van de zorg, maar ook met de samenstelling van de patiëntengroep. De Verloskundige Onderlinge Kwaliteit Spiegel (VOKS) houdt rekening met deze verschillen. Daardoor is het mogelijk de ziekenhuizen met elkaar te vergelijken. Dit gebeurt met VOKS-percentielen. Het VOKS-percentiel geeft aan hoeveel procent van de ziekenhuizen meer of minder geplande keizersneden doet. Een ziekenhuis met een percentiel van 40 betekent: 40% van de ziekenhuizen doet minder vaak een keizersnede, en 60% vaker. Dus: hoe lager het percentiel, hoe minder keizersneden.

Referenties

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

Indicator 3: Epidurale analgesie	
Relatie tot kwaliteit	Baringspijn kan hevig zijn. Tot op heden geeft de epidurale of CSE analgesie de beste pijnbestrijding met de minste bijwerkingen gedurende de partus. De toepassing is wereldwijd en internationale richtlijnen komen goed overeen. Als belangrijk onderdeel van goede obstetrische en anesthesiologische zorg wordt gelijke beschikbaarheid gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week van epidurale of CSE pijnstilling gezien. Epidurale analgesie is, wat de balans tussen effectiviteit van de pijnbehandeling en de veiligheid voor moeder en kind betreft, superieur aan systemische behandeling met morfine-preparaten en wordt daarom aanbevolen als pijnbehandeling van eerste keuze (aanbeveling 5 uit de richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling). Voor de barende is het van belang dat deze behandeling ook buiten kantooruren (dus 's avonds, 's nachts en in het weekend) wordt gegeven.
Operationalisatie	Percentage patiënten met epiduraal analgesie (PDA) of gecombineerd spinale-epidurale (CSE) dat 's nachts (23-11 uur) en in het weekend is bevallen
Teller	Aantal vrouwen dat doordeweeks tussen 23.00 en 11.00 uur en in het weekend bevallen is met epidurale analgesie of gecombineerd spinale-epidurale (CSE) al tijdens de ontsluiting
Noemer	Aantal vrouwen dat doordeweeks tussen 23.00 en 11.00 uur en in het weekend bevallen is minus het aantal primaire sectio's tussen die tijdstippen
Definities	Epidurale analgesie/gecombineerd spinaal-epiduraal (CSE): pijnstilling door toediening van analgetica rondom het ruggenmerg en/of in de epidurale ruimte. Weekend: Het weekend loopt van zaterdag 00.00 uur tot maandag 00.00 uur (Let op: de vrijdagavond vanaf 23.00 uur en de maandagochtend tot 11.00 uur zijn ook van toepassing op deze indicator). Primaire sectio Caesarea: geplande keizersnede, een keizersnede waartoe al besloten is voor het begin van weeën. Let op: De benaming primaire sectio zal binnenkort worden gewijzigd in de PRN naar Geplande sectio (Secundaire sectio wordt dan Sectio algemeen genoemd).
In-/exclusiecriteria	Inclusie: De indicator wordt berekend uit alle bevallingen die niet met een primaire sectio begonnen én waarbij de begeleiding begon tijdens of vóór de ontsluiting. Exclusie: Patiënten waarbij de begeleiding begint tijdens de uitdrijving en patiënten met een primaire sectio; buiten genoemde tijdstippen
Bron	LVR2, informatie uit VOKS2i van PRN
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2018 tot en met 31-12-2018
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Proces
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, patiëntgerichtheid, doelmatigheid

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

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

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

Burnstein, 1999).

Mogelijkheden tot verbetering

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

Beperkingen bij het gebruik en interpretatie

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

Inhoudsvaliditeit

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

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

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

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

Vergelijkbaarheid

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

Registratiebetrouwbaarheid

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

Informatie voor patiënten

Sommige vrouwen krijgen tijdens de bevalling medicijnen tegen de pijn. Vaak gebeurt dit met een ruggenprik (PDA) of een gecombineerde ruggenprik, waarbij ook de benen verdoofd zijn (CSE). De bevallende vrouw krijgt de medicijnen via een slangetje in de rug toegediend. Dit is een snelle manier om het onderlichaam te verdoven. Een ruggenprik moet altijd beschikbaar zijn in het ziekenhuis, ook 's nachts en in het weekend.

Referenties

- Bartussek E, Fatehi S, Motsch J, Grau T. Umfrage zur aktuellen Situation der Regionalanästhesie im deutschsprachigen Raum. Teil 3: Verfahren der geburtshilflichen Anästhesie. Der Anaesthesist 2004 Oct;53(10):993-1000.
- Burnstein R, Buckland R, Pickett JA. A survey of epidural anaesthesia for labour in the United

- Kingdom. *Anaesthesia* 1999; 54: 634-640.
- Elferink-Stinkens PM. `Quality management in obstetrics` 2000, proefschrift UMC Radboud.
 - Gorp van SFJ, Krommendijk EJ, Marcus MAE, Balthasar AJR, Kerckamp HEM. Do we need a national guideline for obstetric analgesia in the Netherlands? Evaluation of a questionnaire among dutch anesthetists. *Ned Tijdschr Anaesthesiol* 2005; 18: 100-3.
 - Meuser T, Grond S, Lynch J, Irnich MF, Lehmann KA. Stand der Analgesie und Anästhesie in der Geburtshilfe. Eine Umfrage aus Nordrhein-Westfalen. *Der Anaesthesist* 1997; 46: 532-5.
 - Nijhuis JG. Bepaald geen luxe – epidurale analgesie tijdens de partus. *Medisch Contact* 2005; 60: 611-613.
 - Palot M, Leymarie F, Jolly DH, Visseaux H, Botmans DC, Mariscal CA. Request of epidural analgesia by women and obstetrical teams in four French areas. part II: management of epidural analgesia. *Annales Francaises d`Anesthesia et de reanimation*. 25(6): 569-576.
 - Richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling. NVA en NVOG. Utrecht, 2008.
 - Stad HH. Epidurale pijnbestrijding bij de partus, algemene en juridische aspecten. *Ned T.v Anesthesiologie* 1995; 8: 5-10.
 - Stamer UM, Messerschmidt A, Wulf H, Hoefl A. Practice of epidural analgesia for labour pain: a German survey. *Europ J Anaesthesiol* 1999; 16: 308-314.
 - Zwetsch-Rast G, Siegemund M, Schneider M. Analgesie und Anästhesie zur Geburtshilfe in der Schweiz 1999. *Der Anaesthesist* 2002; 51: 103-9.

3. Lijst te verzamelen variabelen

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

Variabelenlijst

Structuurindicatoren (indicator 1) worden op ziekenhuisniveau verzameld. Het is voor deze indicatoren voldoende om één keer per jaar een vraag met ja of nee te beantwoorden.

Om de proces- en uitkomstindicatoren (indicator 2 en 3) te bepalen, worden gegevens op patiëntniveau verzameld. Voor de indicatorenset Zwangerschap en bevalling wordt voor deze indicatoren gebruik gemaakt van de VOKS2i die door de Stichting Perinatale Registratie Nederland wordt aangeleverd. Om deze reden is er geen variabelenlijst opgenomen.

Bijlage: Wijzigingen zorginhoudelijke indicatoren

De zorginhoudelijke indicatoren van deze set zijn ongewijzigd gebleven, m.u.v. indicator 2a: deze is gewijzigd van alleen geplande naar ook ongeplande sectio's (deel van de implementatie van spoedzorgindicatoren). Er is ook een indicator (AOI-5) over dit thema opgenomen in de indicatorgids Spoedzorg.

Deel 2: Klantpreferentievragen

Vragenlijst klantpreferenties Zwangerschap en bevallen

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

Begeleiding bij bevalling	
Vraag 4	<p>Wat is het beleid van uw ziekenhuislocatie t.a.v. de momenten waarop de zwangere begeleid wordt tijdens de bevalling?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> De zwangere wordt standaard begeleid op medisch noodzakelijke momenten (o.a. tijdens uitdrijving)</p> <p><input type="checkbox"/> De zwangere wordt standaard continu begeleid¹</p> <p><input type="checkbox"/> De zwangere wordt standaard op medisch noodzakelijke momenten begeleid en wanneer de zwangere aangeeft hier behoefte aan te hebben</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk_____</p>
Definities	<p>¹ Met continue begeleiding wordt de begeleiding bedoeld van het moment van binnenkomst van de vrouw in het ziekenhuis tot de uitdrijving van het kind tot 2 uur postpartum, waarbij de vrouw niet alleen gelaten wordt. Begeleiding kan plaatsvinden door bijvoorbeeld een obstetrie- en gynaecologieverpleegkundige, kraamverzorgende (klinisch) verloskundige.</p>
Informatie voor patiënten	<p>Voor vrouwen die gaan bevallen is het belangrijk dat zij kunnen kiezen voor de aanwezigheid van een zorgverlener tijdens de bevalling. Het kan zijn dat deze zorgverlener aanwezig is op de momenten dat de zwangere aangeeft daar behoefte aan te hebben of juist continu aanwezig is. Deze zorgverlener kan een verloskundige zijn uit een verloskundige praktijk of uit het ziekenhuis of een kraamverzorgende. Als zo iemand bij de bevalling aanwezig is heeft dat vele positieve gevolgen voor moeder en kind. Vrouwen zijn bijvoorbeeld achteraf meer tevreden over hun bevalling, de bevalling duurde korter en vrouwen gebruikten minder medicijnen tegen de pijn.</p>
Technische haalbaarheid	<p>* Peildatum: 1 maart 2019</p>

Verloskundeafdeling en neonatologieafdeling																
Vraag 5	<p>A. Welke faciliteiten zijn er op de verloskundeafdeling¹ van uw ziekenhuislocatie aanwezig?*</p> <p><i>(aanvinken, per faciliteit één antwoord mogelijk)</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Faciliteit</th> <th colspan="2">Aanwezig</th> </tr> <tr> <th>Ja</th> <th>Nee</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Kraamsuite</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. 1-persoonskamer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Rooming-in van partner²</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Faciliteit	Aanwezig		Ja	Nee	a. Kraamsuite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. 1-persoonskamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Rooming-in van partner ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faciliteit	Aanwezig															
	Ja	Nee														
a. Kraamsuite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
b. 1-persoonskamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
c. Rooming-in van partner ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

d. Rooming-in van moeder ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Lactatiekundige verbonden aan de ziekenhuislocatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Anders, namelijk		

B. Welke faciliteiten zijn er op de kamers van de verloskundeafdeling⁴ van uw ziekenhuislocatie aanwezig?*

(aanvinken, per faciliteit één antwoord mogelijk. Indien uw ziekenhuislocatie zowel gecombineerde als losse patiënten- en verloskamers heeft die over de faciliteit beschikken, vul dan in dat de faciliteit aanwezig is op de gecombineerde verlos- en patiëntenkamer. Aanlevering door gegevensmakelaar geschiedt door één tekstueel antwoord per faciliteit aan te leveren: 'Ja, in de verloskamer'/'Ja, in de patiëntenkamer'/'Ja, in de gecombineerde verlos- en patiëntenkamer'/'Niet aanwezig'.)

Faciliteit	Aanwezig op verloskamer	Aanwezig op patiëntenkamer	Aanwezig op gecombineerde verlos- en patiëntenkamer	Niet aanwezig
a. Eigen badkamer (voorzien van wastafel, toilet en douche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Babybadje		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Aankleedtafel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Tafel met stoelen		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Koelkast (die met eigen producten gevuld mag worden)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Baarkruk	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Bad geschikt om in te baren	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Geluidsinstallatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. De mogelijkheid het licht te dimmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Internetverbinding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Anders, namelijk				

C. Is er op uw ziekenhuislocatie beleid om zwangeren te informeren over de aanwezige baartechnieken (baarkruk en/of bad) en mogelijke bevalmethodes (verschillende houdingen gehurkt)?*

(aanvinken, één antwoord mogelijk)

- Ja
 Nee

D. Welke pijnbestrijdingsmethodes zijn er op uw bevallocatie aanwezig?*
(aanvinken, per faciliteit één antwoord mogelijk)

	Pijnbestrijdingsmethode	Aanwezig	
		Ja	Nee
	Niet-medicamenteuze behandelingen (o.a. warme douche/bad, massage, continue begeleiding)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lachgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epiduraal (niet 24 uur mogelijk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epiduraal (24 uur per dag mogelijk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Steriele waterinjecties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Remifentanil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Opioïde analgesie (pethidine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entonox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anders, namelijk	_____	
	<p>E. Werkt de ziekenhuislocaties volgens de NIDCAP-methode⁵ op de neonatologieafdeling?*</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p>		
<i>Definities</i>	<p>¹ Verloskundeafdeling in het ziekenhuis, en <u>niet</u> een eventueel aanwezig geboortecentrum in het ziekenhuis.</p> <p>²De mogelijkheid voor de partner om 24 uur per dag bij de baby en de moeder van de baby te blijven en een deel van de verzorging op zich te nemen (rooming-in).</p> <p>³De mogelijkheid voor de moeder om 24 uur per dag bij de baby te blijven, indien de pasgeboren baby moet worden opgenomen, en een deel van de verzorging op zich te nemen (rooming-in).</p> <p>⁴ De faciliteit dient aanwezig te zijn op <u>iedere</u> kamer van de verloskundeafdeling in het ziekenhuis. Het gaat dus <u>niet</u> om een eventueel aanwezig geboortecentrum in het ziekenhuis.</p> <p>⁵Newborn Individualised Developmental Care and Assessment Program. Dit is een methode van ontwikkelingsgerichte zorg voor het couveusekind. Dit is gericht op de optimale ontwikkeling van het individuele kind. Hierbij speelt observatie en ook het betrekken van de ouders in de zorg voor het kind een belangrijke rol.</p>		
<i>Informatie voor patiënten</i>	<p>A en B. Het is belangrijk dat de vrouw zich goed kan ontspannen en zich op haar gemak voelt in de ruimte waar ze bevalt. Hier staat aangegeven welke faciliteiten de ziekenhuislocatie te bieden heeft en welke faciliteiten per kamer aanwezig zijn.</p> <p>C. Voor de zwangere is het belangrijk dat zij geïnformeerd wordt over welke baringsmogelijkheden zoals een baarkruk of bad, een ziekenhuislocatie aanbiedt. En welke bevalmethodes het ziekenhuis ondersteunt, zoals verschillende houdingen op bed of juist gehurkt bevallen. Zij kan dan bepalen of een ziekenhuislocatie voldoet aan haar wensen en verwachting over hoe zij wil bevallen.</p> <p>D. Zwangere vrouwen kunnen tijdens de zwangerschap al kiezen of zij gebruik willen maken van pijnbestrijding tijdens de bevalling. In overleg met de zorgverlener kunnen zij dit beslissen en kiezen voor een pijnbestrijdingsmethode. Niet alle methodes worden op elke ziekenhuislocatie aangeboden. Voor een zwangere is het daarom belangrijk te weten welke methodes van pijnbestrijding een ziekenhuislocatie aanbiedt.</p> <p>E. De neonatologie afdeling in het ziekenhuis is een afdeling waar pasgeboren baby's die ziek zijn worden behandeld. Op deze afdeling kunnen zorgverleners werken volgens de NIDCAP methode. Bij deze methode is er veel aandacht voor de ontwikkeling van de baby en het betrekken van de ouders bij de zorg.</p>		
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2019		

Rol partner en geboorteplan

<p>Vraag 6</p>	<p>A. Wordt de partner een actieve rol¹ geboden tijdens en na de bevalling?*</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____</p> <p>B. Wordt bij aankomst² op uw ziekenhuislocatie standaard aan de vrouw (en/of partner) gevraagd of er een geboorteplan is opgesteld, waar de ziekenhuislocatie rekening mee kan houden?^{3*}</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____</p> <p>C. Vind er bij bevallingen waarvan vooraf bekend is dat deze in uw ziekenhuis gaan plaatsvinden, overdracht (op papier/digitaal) plaats van het geboorteplan naar het patiëntendossier in het ziekenhuis?^{3*}</p> <p><i>(aanvinken, één antwoord mogelijk)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____</p>
<p><i>Definities</i></p>	<p>¹ Voorbeelden van een actieve rol van de partner zijn; aanpakken van de baby, navelstreng doorknippen, eerste luier van de baby omdoen, wassen en aankleden van de baby, wegen en opmeten van de baby. Uitgezonderd bevallingen waarbij door medische complicaties onderstaande aspecten niet door de partner kunnen worden uitgevoerd.</p> <p>² Hiermee wordt de aankomst van de vrouw op uw ziekenhuislocatie op de dag van haar bevalling bedoeld.</p> <p>³ Het gaat hier om situaties waarbij vooraf bekend is dat de vrouw in het betreffende ziekenhuis gaat bevallen, bijvoorbeeld vanwege een medische indicatie of omdat de vrouw vooraf heeft aangegeven in dit ziekenhuis te willen bevallen.</p>
<p><i>Informatie voor patiënten</i></p>	<p>A. Veel vrouwen vinden het belangrijk dat hun partner wordt betrokken bij de bevalling. Ook partners ervaren een actieve rol positief. Hier staat aangegeven of en hoe de partner betrokken kan worden bij de bevalling. Bijvoorbeeld door het aanpakken van de baby, de baby de eerste luier omdoen, de baby wassen, aankleden, wegen en opmeten.</p> <p>B. De zwangere (en haar partner) bespreken meestal tijdens de zwangerschap met een verloskundig zorgverlener (verloskundige of gynaecoloog) hoe zij wil bevallen. Dit wordt opgeschreven in een geboorteplan. Het is belangrijk dat het ziekenhuis vraagt naar dit geboorteplan als de zwangere aankomt het ziekenhuis om te gaan bevallen. Het ziekenhuis kan dan waar mogelijk rekening houden met de wensen die in het geboorteplan beschreven staan.</p> <p>C. Het is belangrijk dat alle zorgverleners die assisteren bij de bevalling, het geboorteplan overnemen in het patiëntendossier. Het patiëntendossier wordt voor iedere patiënt die aankomt in het ziekenhuis, gemaakt. Hierin staat alles wat voor de zorgverleners in het ziekenhuis, die betrokken zijn bij de cliënt, belangrijk is om te weten. Zij kunnen dan gemakkelijker rekening houden met de wensen die in het geboorteplan staan.</p>
<p><i>Technische haalbaarheid</i></p>	<p>* Peildatum: 1 maart 2019</p>

Bijlage: Wijzigingstabel vragenlijst klantpreferenties

De indicatoren zijn ongewijzigd ten opzichte van verslagjaar 2017.