

eHealth, de oplossing?

Onderzoek naar mogelijkheden tot verbetering van
de perinatale zorg.

Mariël Jongsma

6/7/2012

Colofon

Titel	eHealth, de oplossing?
Naam student	Mariël Jongsma
Studentnummer	1014951
Opleiding	Psychologie
Faculteit	Gedragswetenschappen
Organisatie	Medicinfo, Universiteit Twente
Begeleiders	Drs. N. Nijland (Universiteit Twente) Dr. J.E.W.C Van Gemert-Pijnen
Plaats	Enschede
Datum	06-07-2012

Samenvatting

Achtergrond

Tegenwoordig is de perinatale zorg veel in het nieuws. Dit komt doordat het perinatale sterftcijfer in Nederland, hoger is dan in omringende landen en minder snel daalt (Bonsel et al., 2010), (Mohangoo, Buitendijk et al. 2008) (Achterberg 2005).

Er wordt steeds meer gebruik gemaakt van eHealth ter verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het begrip ‘eHealth’ staat voor de toepassing van informatie- en communicatietechnologie in de zorg (Mol, de Jonge et al. 2010). eHealth wordt als veelbelovend gezien: ter verbetering van de kwaliteit van de zorg, maar ook ter waarborging van de kostenbeheersing van de zorg (Sorbi and Riper 2009). Uit onderzoek blijkt echter dat de impact van het gebruik van eHealth, ter verbetering van de kwaliteit van de zorg, laag is. Het effect van eHealth is namelijk nog nauwelijks aangetoond (Black, Car et al. 2011). Als oplossing hiervoor is een methodologie ontwikkeld, die ‘de roadmap’ wordt genoemd en is bedoeld om door slimmer ontwerpen, om betere eHealth technologieën te ontwikkelen (Mol, de Jonge et al. 2010). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de eerste twee stappen uit dit onderzoeksmodel, namelijk ‘contextual inquiry’ en ‘value specification’.

Methode

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, om het probleem te identificeren, de factoren te bepalen die van invloed zijn op het probleem en de oplossingen en verbeteringen die op dit moment al worden gebruikt en zijn onderzocht.

Ook wordt van bureauonderzoek gebruik gemaakt om te bepalen welke oplossingen op dit moment al worden gebruikt, met betrekking tot de problemen binnen de perinatale zorg en de factoren die hier van invloed op zijn. Daarnaast is gebruik gemaakt van kwalitatieve interviews, om te bepalen of de stakeholders zich in het probleem en de gevonden oplossingen herkennen en om te bepalen welke waarden de stakeholders toekennen aan oplossingen via eHealth.

Resultaten

Er blijken verschillende factoren van invloed op het probleem van het hoge perinatale sterftcijfer, die in veel gevallen samenhangen met de risicoselectie binnen de perinatale zorg. Niet goed herkennen van risico's en de BIG4 symptomen en soms geen tijdige en adequate communicatie kwamen bij de stakeholders als belangrijkste problemen naar voren, binnen de risicoselectie. Er zijn verschillende technologische oplossingen gevonden, die door de stakeholders werden genoemd of erkend, namelijk: een Perinataal Webbased Dossier (PWD), een online vragenlijst en een online zorgportaal.

Conclusie

De ideeën van de stakeholders kwamen opvallend veel overeen met de problemen en oplossingen die in de literatuur werden aangedragen. De verschillende oplossingen, het Perinataal Webbased Dossier (PWD), een online vragenlijst en een online zorgportaal, hebben nader onderzoek nodig om te bepalen in welke mate en op welke manier ze de kwaliteit van de perinatale zorg kunnen verbeteren.

Summary

Background

There is a lot of attention for the perinatal care these days. This is because the high perinatal mortality rate in the Netherlands, and because of the slow decrease of this mortality (Bonsel et al., 2010), (Mohangoo, Buitendijk et al. 2008) (Achterberg 2005).

eHealth is used more and more in order to improve the quality of the health care. eHealth means the use of information technology and communication technology in health care (Mol, de Jonge et al. 2010). eHealth seems to be promising: to improve the quality of the health care, but also to ensure the costs of the health care (Sorbi and Riper 2009). Research shows a low impact of the use of eHealth, for improving the quality of health care. The effect of technology is barely shown (Black, Car et al. 2011). A methodology, called the 'CeHReS roadmap', has been developed as a solution. This methodology helps to design better eHealth technologies (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011). For this research, two steps of this methodology has been used, called 'contextual inquiry' and 'value specification'.

Methods

Literature research has been used to identify the problem. It is also been used to determine the factors affecting the problem, and to determine the solutions that are currently used and have been examined.

Desk research has been used to determine which solutions are currently used with respect to the problems in the perinatal care, and the factors affecting these problems.

Also qualitative interviews have been used to determine whether the stakeholders recognized themselves in the problems and the solutions and to determine which values they attributed to eHealth solutions.

Results

Diverse factors affect the high perinatal mortality rate, which in many cases are related to risk selection in the perinatal care. Most important problems in risk selection were: not properly recognizing the risks and BIG4 symptoms, and sometimes late and inadequate communication. Diverse technological solutions have been found, which were known and recognized by the stakeholders. These solutions are: a Perinatal Webbased Dossier (PWD), an online questionnaire and an online health care portal.

Conclusion

A number of technological solutions, a Perinatal Webbased Dossier, Online questionnaire and an online health care portal, are able to reduce the perinatal mortality care, in the Netherlands. Further research is necessary to determine how and in which extend the quality of the perinatal care can be improved by this solutions.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	7
	Kwaliteit van de perinatale zorg in Nederland	7
1.1	Contextual inquiry	9
1.2	Value specification	10
2.	Methoden.....	10
2.1	Meetinstrument en onderzoeksprocedure	10
2.1.1	Literatuur onderzoek	11
2.1.2	Bureau onderzoek.....	11
2.1.3	Interviews	12
2.2	Analyse	12
3.	Resultaten	14
3.1	Het probleem binnen de perinatale zorg en de factoren van invloed hierop	14
3.1.1	Factoren, van invloed op het sterftecijfer in Nederland	14
3.1.2	Belangrijkste risicofactor(en)	15
3.2	Factoren, van invloed op de problemen binnen de risicoselectie	16
3.2.1	Zorgproces van risicoselectie in kaart	16
3.2.2	Problemen binnen de risicoselectie	16
3.2.3	Betrokkenen bij risicoselectie	17
3.3	Verbeteringen, gewenst door de stakeholders	18
3.3.1	Oplossingen uit literatuur	18
3.3.2	Oplossingen uit de praktijk	20
3.3.3	Ervaringen vanuit de praktijk	21
3.4	Waarden die worden toegekend aan eHealth technologie als oplossing	24
3.4.1	Mogelijke technologische oplossingen, door stakeholders erkend	24
3.4.2	Factoren, van invloed op het succeskarakter van de technologische oplossingen ..	26
3.4.3	Eindbeoordeling van de technologische oplossingen.....	28
4.	Conclusie	28
4.1	Factoren, van invloed op het probleem	28
4.2	Belangrijkste stakeholders voor de aanpak van het probleem.....	29
4.3	Verbeteringen, gewenst door stakeholders	30
4.3.1	Oplossingen uit de literatuur	30
4.3.2	Oplossingen uit de praktijk	31
4.3.3	Ervaringen uit de praktijk.....	31

4.4 Waarden, toegekend aan eHealth technologie als oplossing	31
5. Discussie.....	32
5.1 Opvallende onderzoeksresultaten	32
5.2 Reflectie op het onderzoek	33
5.3 Aanbevelingen	33
Conclusie	35
6. Referenties.....	36
7. Bijlagen	39
Bijlage 1: Overzicht zoekproces literatuuronderzoek	39
Bijlage 2: Overzicht zoekproces bureauonderzoek	43
Bijlage 3: Risicobepaling in de perinatale zorg.....	45
Bijlage 4: Indicaties structurele echoscopie (Medisch Spectrum Twente).....	50
Bijlage 5: Invasieve prenatale diagnostiek (Medisch Spectrum Twente)	52
Bijlage 6: Zorgpad bij zwangere met BMI>30 (Medisch Spectrum Twente).....	54
Bijlage 7: Zorgpad bij zwangere met diabetes (Medisch Spectrum Twente).....	66
Bijlage 8: Zorgpad bij Gemelli Monochoriaal (Medisch Spectrum Twente).....	79
Bijlage 9: Zorgpad bij Gemelli dichoriaal (Medisch Spectrum Twente)	88
Bijlage 10: Zorgpad bij zwangere met Maladaptatie (Medisch Spectrum Twente).....	102
Bijlage 11: Schema specificatie onderdelen van de anamnese bij basis prenatale zorg. (NVOG 2002).....	109
Bijlage 12: Schema basis prenatale zorg (NVOG 2002)	110
Bijlage 13: Interviewschema	111
Algemene introductie	111
Deel 1: Probleemidentificatie	111
Deel 2: Technologie als oplossing voor problemen bij de risicoselectie	112
Afsluiting.....	114
Bijlage 14: Interview respondent A.....	115
Bijlage 15: Interview respondent B	135

1. Inleiding

Kwaliteit van de perinatale zorg in Nederland

Perinatale zorg is de zorg aan zwangere vrouwen, voorafgaand aan de geboorte van het kind. Deze zorg is erg belangrijk, omdat een goede gezondheid bij de start van het leven grote invloed heeft op de gezondheid in het latere leven (Bonsel et al., 2010). Op dit moment staat de kwaliteit van deze perinatale zorg in Nederland in de aandacht. Dit heeft te maken met het feit dat op dit moment de perinatale sterfte in Nederland hoger is dan in omringende landen en ook minder snel daalt (Bonsel et al., 2010), (Mohangoo, Buitendijk et al. 2008) (Achterberg 2005). De kwaliteit van de perinatale zorg wordt bepaald door zorgafhankelijke factoren. Voorbeelden van deze factoren zijn de kwaliteit van het selecteren van patiënten met extra risico's en de toegankelijkheid c.q. bereik van de zorg (Bonsel et al., 2010). Er zijn zes indicatoren waarmee de kwaliteit van de zorg kan worden gemeten, namelijk veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en de toegankelijkheid van de zorg (America 2001)

Perinatale sterfte is de sterfte van een kind na de 22^e week van de zwangerschap, of kort na de geboorte (binnen een week) (Bonsel et al., 2010). In Nederland sterven 10 op de 1000 kinderen rond de geboorte. In vergelijking: in Vlaanderen, sociaal en demografisch goed vergelijkbaar met Nederland, is dit aantal tweederde van de Nederlandse perinatale sterfte. Ook bestaan er tussen de bevolkingsgroepen in Nederland grote verschillen. Vooral de grote steden scoren erg laag, hier zijn ook de verschillen tussen de bevolkingsgroepen het grootst (Bonsel et al., 2010). De gevolgen van de zorg tijdens de zwangerschap zijn van invloed op de gezondheid in het verdere leven van het kind. Het blijkt namelijk dat gezondheidsproblemen in de zwangerschap ook leidt tot gezondheidsproblemen op kinder- en zelfs op volwassen leeftijd, ondanks een eventuele succesvolle behandeling (Bonsel et al., 2010).

Het Nederlandse zorgsysteem speelt een rol bij de slechte positie van Nederland, in vergelijking met omringende landen. Er zijn bijvoorbeeld problemen met de eerstelijns risicoselectie binnen de perinatale zorg. Van belang is dus om risicoselectie beter en meer te gaan laten plaatsvinden binnen de perinatale zorg. Bonsel et al. (2010) geven aan dat eHealth in dit kader specifieke aandacht verdient. eHealth wordt specifiek aanbevolen voor de verbetering van de kwaliteit van de perinatale zorg. Hierbij moeten bijvoorbeeld organisatorische modellen worden ontwikkeld waarin preventieprotocollen voor medische en niet-medische risico's worden gecombineerd. Dit kan leiden tot een samenhangende individuele preventie. Op deze manier wordt dus de risicozorg verbeterd (Bonsel et al., 2010). Ook vanuit de overheid wordt het nut van het gebruik van internet ter verbetering van de kwaliteit van de zorg gezien. Het College Perinatale Zorg heeft zich namelijk onder andere de realisatie van een 'Perinataal Webbased Dossier als doel gesteld' (Schippers 2011).

Het begrip 'eHealth' staat voor de toepassing van informatie- en communicatietechnologie, met in het bijzonder internet, in de zorg (Sorbi and Riper 2009). eHealth wordt als veelbelovend gezien: ter verbetering van de kwaliteit van de zorg, maar ook ter waarborging van de kostenbeheersing van de zorg (Sorbi and Riper 2009).

In Nederland wordt erg veel gebruik gemaakt van internet; in 2007 had 90% van de inwoners breedbandtoegang en was online actief. Ook patiënten gebruiken internet: zoeken naar zorggerelateerde informatie scoort binnen de top vijf van redenen om gebruik te maken van internet. Bij gezondheidsproblemen overweegt een op de vier Nederlanders digitale hulpverlening te zoeken (Franx 2011). Ook blijkt dat een toenemend aantal mensen voorafgaand aan een doktersbezoek informatie zoekt op internet (Van Rijen 2005).

Door eHealth heeft de patiënt de mogelijkheid om actief betrokken te zijn bij zijn eigen zorg (Forkner-Dunn 2003), er delen van in zijn eigen beheer te nemen (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011). Mensen kunnen met eHealth producten namelijk thuis vanachter de computer bezig gaan met aangeboden informatie (Mikolajczak, Keijsers et al.). Dit wordt ook wel zelfmanagement genoemd. Dit is een positieve ontwikkeling, want uit onderzoek blijkt dat zelfmanagement zorgt voor meer verantwoordelijkheid, medezeggenschap en een actieve rol bij de zorg voor eigen gezondheid bij de patiënt (Franx 2011; Ravelli, Rijninks-van Driel et al. 2011). Voordelen voor zowel zorgverlener als patiënt zijn: gunstige kostprijs, gebruikersgemak, niet gebonden zijn aan tijd en locatie, reduceren van de kans op stigmatisering en gebruiker en aanbieder hebben controle over de interventie (Mikolajczak, Keijsers et al.) eHealth kan op deze manier dus een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorg.

De verbeteringen in digitale toegang (eHealth technologieën) kunnen de geografische, culturele en temporele toegangsproblemen van veel patiënten verminderen (Fortney, Burgess et al. 2011). Dit betekent dus dat met bijvoorbeeld eHealth het bereik en de toegankelijkheid van ook de perinatale zorg kan worden verbeterd.

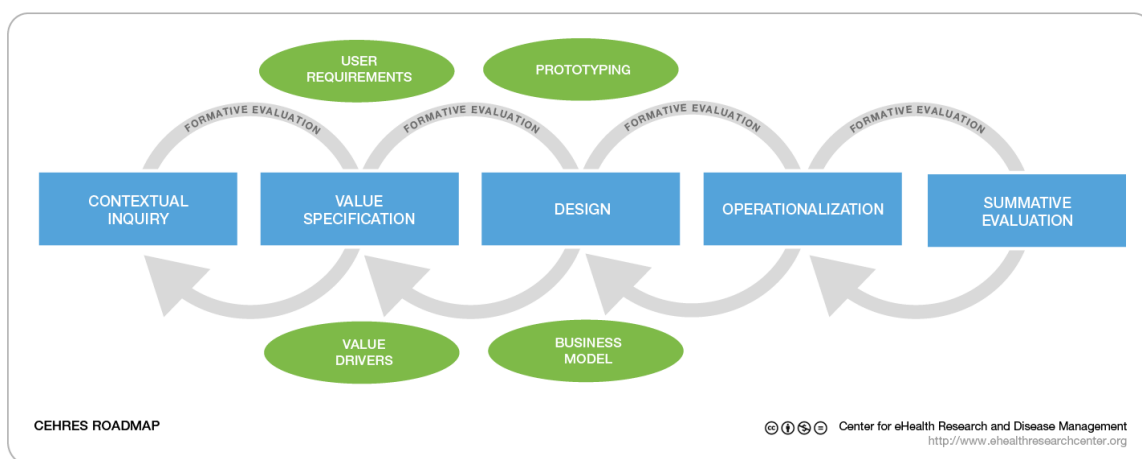
Uit onderzoek blijkt echter dat de impact van het gebruik van eHealth, ter verbetering van de kwaliteit van de zorg, laag is. Het effect van eHealth is namelijk nog nauwelijks aangetoond (Black, Car et al. 2011). Black et al (2011) raden bij de ontwikkeling van eHealth aan om gebruik te maken van een methodologie, die niet alleen veel aandacht besteed aan evaluatie, maar ook multidisciplinair is. Hierdoor kan deze methodologie het complexe web van factoren ontrafelen, dat invloed kan hebben op de resultaten van de ontwikkelde vorm van eHealth (Black, Car et al. 2011). Van Gemert-Pijnen et al. (2011) hebben een methodologie ontwikkeld die voorziet in de behoeften die Black et al (2011) benoemen in hun onderzoek. Deze methodologie wordt de 'CeHRes roadmap' genoemd en is bedoeld om door slimmer ontwerpen, betere eHealth technologieën te ontwikkelen (Nijland 2011).

Het is dus duidelijk dat eHealth mogelijk een rol kan spelen bij de verbetering van de kwaliteit van de perinatale zorg. Niet duidelijk is in welke vorm deze eHealth-applicatie moet worden gepresenteerd, welke functies de applicatie moet hebben en of de gebruikers eigenlijk wel behoefte hebben aan zo'n applicatie. Het is daarom interessant om deze vragen te onderzoeken om te kijken of eHealth ook daadwerkelijk een rol kan spelen bij de verbetering van de kwaliteit van de perinatale zorg. De vraag die daarom centraal staat in dit onderzoek is:

Hoe kan met behulp van eHealth het hoge sterftecijfer, binnen de perinatale zorg in Nederland, worden teruggedrongen?

Bij het onderzoek naar deze onderzoeksvraag, zal gebruik worden gemaakt van de CEHRES roadmap. In dit model staat gebruikersgericht ontwerpen centraal (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011). Participerend ontwerpen houdt in dat er diverse stakeholders zullen worden betrokken bij het ontwerp- en ontwikkelproces van de eHealth technologie (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011). De roadmap maakt gebruik van een holistische aanpak. Deze holistische aanpak houdt in dat het doel van het ontwerp van technologie is, dat hij aansluit op de eindgebruikers en de context. Hierbij is het participerend ontwerpen belangrijk, omdat hierbij de diverse stakeholders worden betrokken, er continue evaluatie plaatsvindt. Op deze manier wordt de technologie ook ingebed in de praktijk (Nijland 2011).

De roadmap maakt gebruik van vijf stappen. Tijdens deze stappen vindt voortdurend formatieve evaluatie plaats. Met deze evaluatie kan worden bepaald of de technologie in wording aan de verwachtingen voldoet (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011). Een overzicht de roadmap en zijn vijf stappen is te zien in figuur 1.



Figuur 1: CeHReS Roadmap.

Uit 'A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies' door van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., N. Nijland, et al. (2011) Journal of Medical Internet Research 13(4).

In dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van de eerste twee stappen uit de roadmap, namelijk 'contextual inquiry' en 'value specification'. Op deze stappen wordt hieronder een toelichting gegeven.

1.1 Contextual inquiry

Het doel van deze stap in het onderzoeksmodel, is om het probleem en de stakeholders te identificeren. Het houdt in dat er informatie wordt verzameld over de gebruikers voor wie de technologie bedoeld is, en de omgeving waarin de technologie eventueel zal worden geïmplementeerd (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011). Vervolgens moet worden bepaald wie de stakeholders zijn en wie er betrokken zijn bij de problemen en de oplossing. Hierbij is het belangrijk dat de meningen van alle betrokkenen worden meegenomen in het onderzoek. Wanneer dit niet gebeurt, kan dit namelijk een negatief effect veroorzaken op toekomstige medewerking (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011).

Bij deze deelvraag zal eerst worden bepaald wat het probleem is binnen de perinatale zorg. Na deze identificatie zal worden onderzocht welke factoren van invloed zijn op dit probleem. Daarna zal worden bepaald welke stakeholders betrokken zijn bij het probleem, en de factoren die hier van invloed op zijn. Als laatste zal in deze stap worden bekeken welke verbeteringen en/of veranderingen mogelijk zijn, of al worden gebruikt. Aan de hand daarvan wordt bepaald welke van deze verbeteringen/veranderingen gewenst zijn door de stakeholders, of dat zij juist andere veranderingen aandragen.

De deelvragen, horend bij dit deel van het onderzoek, zijn:

1. Welke factoren zijn van invloed op het hoge sterftecijfer in de perinatale zorg?
2. Wie zijn de belangrijkste stakeholders voor de aanpak van deze factoren?
3. Welke verbeteringen en veranderingen in de perinatale zorg zijn gewenst door de stakeholders?

1.2 Value specification

De tweede stap in het onderzoekmodel is erop gericht te onderzoeken welke toegevoegde waarden stakeholders toekennen aan de beoogde innovatie, in de vorm van een eHealth technologie. Hierdoor zullen de gunstigste oplossingen naar voren komen (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011).

Met de key-stakeholders wordt besproken welke waarden zij van belang vinden voor de verbetering of aanvulling van de oplossing. Vervolgens worden die waarden door hen geprioriteerd. Zo wordt onderzocht wat de functionele eisen zijn aan de technologie en welke organisatorische eisen er zijn voor de implementatie van de technologie (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011).

De deelvraag, horend bij dit deel van het onderzoek, is:

4. Welke waarden kennen de stakeholders toe aan een oplossing via eHealth technologie?

2. Methoden

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, is gebruik gemaakt van een ‘mixed-methods design’. Dit houdt in dat er gebruik wordt gemaakt van verschillende soorten onderzoeksmethoden (Creswell 2003). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, bureauonderzoek en kwalitatieve interviews.

2.1 Meetinstrument en onderzoeksprocedure

Uit de literatuur blijkt dat, om een technologie goed te kunnen implementeren, interviews met de stakeholders van belang zijn, omdat zo hun meningen en ideeën worden meegenomen, over een bepaalde oplossing. Uitsluiting van deze meningen en ideeën, bij het ontwerp en implementatie van de technologie, kan een negatief effect hebben op een toekomstige samenwerking (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011). Ook blijkt dat, om een bruikbare technologie te ontwerpen, eerst de context van het gebruik van de technologie moet worden

geanalyseerd (Maguire 2001). Er moet dus eerst onderzoek worden gedaan naar de achtergrond van het probleem waar de technologie een oplossing voor is, en naar de stakeholders die te maken zullen krijgen met de technologie.

2.1.1 Literatuur onderzoek

In dit deel van het onderzoek zal gebruik worden gemaakt van een literatuurstudie om te onderzoeken wat er al bekend is met betrekking tot de problemen binnen de perinatale zorg, zoals wordt geadviseerd vanuit de literatuur (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011). Daarnaast zal van literatuur gebruik worden gemaakt om de factoren te bepalen die van invloed zijn op het probleem. Ook oplossingen en verbeteringen die op dit moment al worden gebruikt en zijn onderzocht, zullen worden bestudeerd met behulp van literatuur. Het doel van het literatuuronderzoek is om uit de probleemidentificatie en de literatuurstudie af te leiden wie de stakeholders van het probleem zijn: wie hebben er mee te maken en op welke manier? Een overzicht van de gebruikte zoektermen is hieronder te zien, in tabel 1. Een overzicht van de gebruikte trefwoorden en de uitkomsten, gebruikt bij het literatuuronderzoek, is te zien in Bijlage 1.

Voertaal literatuur	Zoektermen over factoren die het probleem beïnvloeden	Zoektermen over oplossingen voor het probleem
Nederlands	Perinatale sterfte	eHealth + Gezondheidszorg
Nederlands	Perinatale sterfte Nederland	Technologie + eHealth
Nederlands	Zorgproces Perinatale zorg	Technologie + eHealth + gezondheidszorg
Nederlands	Risicoselectie perinatale zorg	Technologie + gezondheidszorg
Nederlands	Communicatie perinatale zorg	Gezondheidszorg + Internetgebruik
Nederlands	Perinatale registratie	
Nederlands	Perinatale sterfte + thuisbevalling	
Engels	Quality + Health System	Ehealth + Health Care
Engels	Perinatal Health care + Netherlands + Risk selection	eHealth + Model + Health Care
Engels	Health care + Acces	Health care + quality + internet + self care

Tabel 1: Overzicht gebruikte zoektermen literatuuronderzoek

2.1.2 Bureau onderzoek

Daarnaast zal gebruik worden gemaakt van bureauonderzoek. Hierbij wordt allereerst onderzocht op welke manieren de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg de risicoselectie

uitvoeren, welke protocollen hiervoor bijvoorbeeld worden gebruikt. Voor de risicoselectie binnen de eerstelijnszorg is gebruik gemaakt van informatie uit de literatuur. Om de risicoselectie binnen de tweedelijnszorg in kaart te brengen, is gebruik gemaakt van informatie die is verstrekt door het Medisch Spectrum Twente, locatie Enschede (<http://www.mst.nl>). Zij hebben hiervoor een informatiepakket samengesteld met informatie over de verschillende screeningsmethoden en de zorgpaden bij verschillende risico's binnen de zwangerschap. Dit informatiepakket is te lezen in Bijlage 4-10. Ook wordt van bureauonderzoek gebruik gemaakt om te bepalen welke oplossingen op dit moment al worden gebruikt, met betrekking tot de problemen binnen de perinatale zorg en de factoren die hier van invloed op zijn. Dit zal worden gedaan door middel van zoeken via internet, met gebruik van de zoekmachine 'Google'. Een overzicht van de gebruikte trefwoorden en de uitkomsten van dit bureauonderzoek, is te vinden in Bijlage 2.

2.1.3 Interviews

Ook zal er gebruik worden gemaakt van kwalitatieve interviews. Op deze manier kunnen de wensen en ideeën, de context van de stakeholders, worden onderzocht. Dit is belangrijk om de technologie tot een bruikbaar instrument te maken (Maguire 2001). De interviews worden daarom gebruikt om het zorgproces van de perinatale zorg beter in kaart te brengen en meer inzicht te krijgen van het probleem binnen die zorg. Ook kan op deze manier worden onderzocht of de stakeholders zich in het probleem herkennen. Op deze manier kan de informatie uit de literatuur worden getoetst met de werkelijkheid. De interviews zullen worden afgenomen met behulp van tevoren vastgestelde vragen, om zo een bepaalde sturing te geven aan het gesprek. Dit interview is te vinden in Bijlage 13. De transcripties van de interviews zijn te vinden in Bijlage 14 en 15.

Daarnaast worden deze kwalitatieve interviews gebruikt om antwoord te geven op de onderzoeksvraag, behorend bij 'value specification'. Er wordt met behulp van de interviews bepaald welke waarden de stakeholders toekennen aan oplossingen via eHealth. Voor een succesvolle eHealth technologie is het namelijk belangrijk om de wensen en behoeften van de stakeholders te bepalen (Maguire 2001).

De onderzoeksgroep waar gebruik van wordt gemaakt bij de interviews, bestaat uit de stakeholders (n=2), die betrokken zijn bij de oplossing van het probleem binnen de perinatale zorg. Deze stakeholders worden geïdentificeerd in het eerste onderzoeksdeel, de 'contextual inquiry'.

2.2 Analyse

De informatie uit de verschillende literatuur zal worden gebruikt om antwoord te geven op de deelvragen, behorend bij het onderzoeksdeel 'contextual inquiry'. Een overzicht van het zoekproces en de resultaten hiervan zijn te vinden in Bijlage 1.

De interviews zullen worden geanalyseerd om verder antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen 'Welke verbeteringen en veranderingen in de perinatale zorg zijn gewenst door de stakeholders?' en 'Welke waarden kennen de stakeholders toe aan een oplossing via eHealth technologie?'. Dit zal worden gedaan met behulp van transcripties. De opzet van de

vragen is gemaakt met behulp van het CeHRes model. Hierbij zijn de verschillende stappen, behorend bij de eerste twee onderzoeksfases ‘Contextual Inquiry’ en ‘Value specification’ gebruikt en die ook gebruikt is bij de opbouw van de onderzoeksvragen. Deze stappen zijn: probleem- en behoefte-identificatie, categorisatie van problemen/behoefte, vaststellen van de problemen/behoefte die aangepakt moet worden, bepalen van gewenste verbeteringen door stakeholders, bepalen van oplossingen van stakeholders, bepalen van waarden van stakeholders voor oplossing via technologie (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011). De resultaten zijn ook weer ingedeeld volgens bovenstaande indeling, namelijk volgens de onderzoeksvragen.

3. Resultaten

3.1 Het probleem binnen de perinatale zorg en de factoren van invloed hierop

Het probleem binnen de perinatale zorg in Nederland, is dat het sterftecijfer hoger is dan in omringende landen en ook minder snel daalt (Achterberg 2005; Mohangoo, Buitendijk et al. 2008; Bonsel et al., 2010). Er zijn verschillende factoren van invloed op dit sterftecijfer. Deze factoren zullen in deze paragraaf worden besproken.

3.1.1 Factoren, van invloed op het sterftecijfer in Nederland

Specifieke patiëntgebonden factoren, zoals roken, hoge(re) leeftijd, een hoge meerlingen-prevalentie of consanguïniteit (bloedverwantschap tussen ouders) kunnen de slechte positie van Nederland, in vergelijking met omringende landen wat betreft perinatale sterfte, niet verklaren. Geografische en patiëntgebonden factoren blijken wel een rol te spelen bij de grote verschillen binnen Nederland. Hierbij scoren de grote steden het slechtst. Binnen de grote steden scoren de achterstandswijken en bepaalde (sociaaleconomische) achterstandsgroepen lager. Het is daarbij niet zo dat een risico eruit springt, maar er is voornamelijk sprake van een risicocumulatie: de optelling van de verschillende patiëntgebonden en geografische risico's. Deze risicocumulatie is afhankelijk van de intensiteit van (preventieve) zorg (Bonsel et al., 2010).

Het Nederlandse zorgsysteem speelt een rol bij de slechte positie van Nederland, in vergelijking met omringende landen. Allereerst blijkt dat veel Nederlandse vrouwen pas laat in de zwangerschap terecht komen bij een verloskundig zorgverlener. Het bereik en de toegankelijkheid van de zorg laat dus te wensen over. Dit heeft negatieve consequenties voor eventuele preventieve zorg (Bonsel et al., 2010). Ook de eerstelijns risicoselectie slaagt niet voldoende. Bij deze risicoselectie worden zwangerschappen met een laag risico uitgeselecteerd. Er blijkt namelijk dat een aanzienlijk deel van deze zwangerschappen niet als zodanig wordt herkend door de eerstelijns verloskundig zorgverlener. Hierbij blijkt wel dat een beperkt bereik van de eerste trimester screening nauwelijks een rol speelt (Bonsel et al., 2010). Daarnaast vindt er nauwelijks actieve preventie plaats, voor de zwangerschap en vroeg in de zwangerschap. Als laatste is het therapeutisch beleid, inclusief verwijzingen, op dit moment afwachtend. Er is dus sprake van een afwachtend preventieve houding (Bonsel et al., 2010). Deze combinatie van factoren hangt samen met de hoge foetale sterfte, maar er is niet duidelijk aan te geven welk afzonderlijk element waarvoor verantwoordelijk is. Dit heeft te maken met het feit dat er sprake is van één zorgsysteem (Bonsel et al., 2010).

Binnen Nederland wordt het sterftecijfer beïnvloedt door een langere reistijd, van meer dan 20 minuten, naar het ziekenhuis tijdens de bevalling (Irsel, Lugt et al. 2006; Ravelli, Rijninks-van Driel et al. 2011). Ook laat beginnen met prenatale zorg, bij een zwangerschapsduur van 18 weken of meer, en een lage sociaal economische status beïnvloedt het sterftecijfer (Ravelli, Rijninks-van Driel et al. 2011). Wel blijkt dat op dit moment, in de Nederlandse situatie, een geplande thuis- bevalling even veilig is als een geplande ziekenhuisbevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige (Mol, de Jonge et al. 2010; van der Kooy, Poeran et al. 2011).

Ook de opzet van de zorg speelt een rol: overdracht binnen de perinatale zorg, kan een negatief effect hebben op de zwangerschap en de uitkomst daarvan (Franx 2011). Er is op dit moment een hoog percentage aan overdrachten in Nederland, wat kan leiden tot informatieverliezen en persoonlijke discontinuïteit (Bonsel et al., 2010). Het lijnensysteem is aan herziening toe (Franx 2011).

Factoren van invloed op perinatale sterfte:	Probleem:
Risicoselectie in de zorg	Risico's worden niet (altijd) als zodanig herkend
Opzet van de zorg: lijnensysteem	Veel overdrachten, die een negatief effect hebben op de zwangerschap en zorgen voor informatieverlies en persoonlijke discontinuïteit
Toegankelijkheid en bereikbaarheid	Meer dan 20 min. reistijd tot ziekenhuis heeft een negatieve invloed op de perinatale sterfte, laat beginnen met prenatale zorg beïnvloedt ook het sterftecijfer
Patiëntgebonden en geografische factoren (is alleen van invloed op verschillen binnen Nederland)	Mensen uit achterstandswijken en bepaalde achterstandsgroepen scoren slechter met betrekking tot perinatale sterfte Verklaren (een deel van) de verschillen binnen Nederland, niet de Nederlandse positie binnen Europa

Tabel 2: Overzicht van factoren, van invloed op slechte positie van Nederland binnen Europa, met betrekking tot perinatale sterfte.

In tabel 1 is een overzicht te zien van de factoren die van invloed zijn op de slechte positie van Nederland. Van deze factoren zal in de volgende paragraaf worden onderzocht, welke van belang (kunnen) zijn bij dit onderzoek, met het oog op het verbeteren van de perinatale sterfte.

3.1.2 Belangrijkste risicofactor(en)

Uit onderzoek blijkt dat er niet duidelijk kan worden aangegeven welke risicofactor verantwoordelijk is voor welk deel van de foetale sterfte. Het gaat daarbij om de een afwachterende preventieve houding, niet goed werkende risicoselectie en een algemeen afwachterend therapeutische houding (Bonsel et al., 2010). Er blijkt dus dat er niet een risicofactor is aan te wijzen als de oorzaak van de hoge foetale sterfte in Nederland.

De sterfteverschillen in Nederland kunnen worden vergeleken met de sterfteverschillen van landen in Europa die hier veel beter op scoren, zoals Zweden en Finland. Uit deze vergelijking blijkt, dat ongeveer tweederde van deze sterfteverschillen geassocieerd zijn met factoren die door effectievere preventie of prenatale zorg (screening) kan worden verbeterd (Achterberg 2005).

Bovendien blijkt uit onderzoek dat de BIG4 aandoeningen (aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht, lage Apgar score (<7, gemeten 5 min. na geboorte)) vooraf gaat aan 85% van de perinatale sterfte. Vrouwen met een van deze BIG4 aandoeningen blijken bij begin van de bevalling relatief vaak niet bij de tweede of derde lijn onder zorg te zijn (Bonsel et al., 2010). Hieruit blijkt dus dat een effectievere risicoselectie een werkelijk verschil kan maken bij het veranderen van het hoge Nederlandse sterftecijfer.

Ook Mol, de Jonge et al (2010) suggereren dat de hoge babysterfte in Nederland wordt veroorzaakt door een slechte risicoselectie binnen de perinatale zorg. Franx (2011) geeft aan dat de oude lijnenstrategie, die gebaseerd is op risicoselectie, aan herziening toe is.

Er wordt aangegeven dat het zorgsysteem niet goed (meer) werkt: er zijn veel overdrachten tussen de verschillende lijnen binnen de perinatale zorg, die een negatieve invloed hebben op de zwangerschap (Franx 2011). Deze overdrachten zorgen voor informatieverlies en persoonlijke discontinuïteit (Bonsel et al., 2010).

Er blijkt dus dat de factoren, van invloed op het hoge sterftecijfer binnen de perinatale zorg, voor een groot deel geassocieerd zijn met de risicoselectie en de (actieve) preventie binnen deze zorg. Er zal daarom hieronder worden bekeken, hoe deze factoren precies van invloed zijn, waar de knelpunten zich bevinden.

3.2 Factoren, van invloed op de problemen binnen de risicoselectie

3.2.1 Zorgproces van risicoselectie in kaart

In Nederland wordt op dit moment gebruik gemaakt van een stelsel van zorglijnen. De kans op complicaties binnen de zwangerschap bepaalt in welk zorglijn je terecht komt, zie ook figuur 2. Een zwangerschap met een laag risico op complicaties wordt begeleid in de eerste lijn, door een verloskundige en eventueel de huisarts. Een zwangerschap met een matig risico wordt begeleid met zorg in de tweede lijn. Dit wordt gedaan in een algemeen ziekenhuis, door gynaecologen, klinisch verloskundigen, kinderartsen en arts-assistenten. Zwangerschappen met een hoog risico worden begeleid met zorg in de derde lijn. Deze zorg wordt verleend in perinatologische centra, waar een intensive care voor de pasgeboren baby's aanwezig is (Franx 2011).

3.2.2 Problemen binnen de risicoselectie

Het doel van risicoselectie is het vroeg uitsélectioneren van zwangerschappen met een risico (Bonsel et al., 2010). Een probleem binnen deze risicoselectie is dat het risico van een zwangerschap heel moeilijk is te schatten, mede omdat het ook vaak verandert in de loop van de zwangerschap (Bonsel et al., 2010; Franx 2011). Hierdoor vindt er op grote schaal overdracht van zwangere vrouwen plaats, tussen met name de eerste en tweede zorglijn. (Franx 2011). Een uitgebreid overzicht van het zorgproces van de risicoselectie en de zorglijnen, is te vinden in Bijlage 3.

Wanneer er bepaalde risico's zijn geconstateerd, zal er een overdracht plaatsvinden vanuit bijvoorbeeld de eerste lijn naar de tweede lijn (Franx 2011). Uit onderzoek blijkt dat tussen de verschillende lijnen niet adequaat en tijdig wordt gecommuniceerd (Stuurgroep 2009; Morssinkhof 2010; Van der Erf 2012). Bovendien blijkt dat de, met name acute, overdracht een verhoogd risico met zich meebrengt voor moeder en kind (Stuurgroep 2009; Franx 2011). Daarnaast is een overdracht, zoals hierboven genoemd, onaangenaam, soms zelfs traumatiserend en verwarrend voor de zwangere (Franx 2011). Voor de zwangere kan het immers onduidelijk zijn wie haar van begin tot eind zal begeleiden bij haar zwangerschap en waar ze zal bevallen (Franx 2011).

Ook uit ander onderzoek blijkt dat veel zwangerschappen met risico, niet als zodanig worden herkend. Dit wordt aangetoond door het grote aantal pasgeborenen met aandoeningen die zeer nauw met perinatale sterfte samenhangen, ook wel de BIG4 genoemd. Deze aandoeningen zijn: aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortewicht en een lage Apgar score (score van een algemene test bij de geboorte). Hierbij blijkt dat er geen relevant verschil is in herkenning van deze factoren, tussen allochtone en autochtone vrouwen, en tussen vrouwen uit achterstandswijken en niet-achterstandswijken. Deze gegevens suggereren dat dit dus eerder een probleem is van het systeem van de zorg, dan van persoonlijk of professioneel falen (Bonsel et al., 2010).

Medische en niet-medische risico's hebben elk hun eigen preventieve zorgsysteem wat ertoe leidt dat van een samenhangende preventie weinig terecht komt. eHealth wordt hierbij gesuggereerd als oplossing, naast de inzet van tolken en voorlichters in eigen taal en cultuur (Bonsel et al., 2010).

Probleem:

Niet goed inschatten van risico's bij een zwangerschap

BIG4 symptomen worden niet als zodanig herkend

(Soms) geen sprake van adequate en tijdige communicatie tussen de verschillende zorglijnen

Verschillende zorgsystemen (protocollen) voor medische en niet-medische risico's

Tabel 3: Overzicht problemen binnen de risicoselectie van de perinatale zorg.

3.2.3 Betrokkenen bij risicoselectie

Uit de voorgaande paragraaf blijkt, dat er vier problemen binnen de risicoselectie van de perinatale zorg bestaan. Om te kunnen bepalen welke oplossingen er mogelijk zijn, en hoe deze eventueel kunnen worden geïmplementeerd en gebruikt, is het nodig te bepalen wie de betrokkenen zijn bij de risicoselectie en de problemen hierbinnen.

Zoals hierboven besproken, is de perinatale zorg ingedeeld in zorglijnen; een eerste, tweede en derde lijn. In al deze lijnen wordt gebruik gemaakt van risicoselectie. Binnen deze lijnen zijn met betrekking tot de risicoselectie verschillende betrokkenen. In figuur 2 (pagina 18) is een overzicht te zien van de verdeling van patiënten over de verschillende zorglijnen. Hierbij is per zorglijn aangegeven welke professionals werkzaam zijn in deze zorglijn.

Binnen de eerste lijn wordt de zwangere normaal gesproken begeleidt door de verloskundige, en soms door een huisarts (Franx 2011). Verloskundigen en huisartsen zijn daarom de betrokkenen binnen de eerstelijnszorg.

Binnen de tweede lijn wordt de zwangere begeleidt door medische specialisten en klinisch verloskundigen. Onder medische specialisten worden gynaecologen, kinderartsen en arts-assistenten verstaan (Franx 2011).

In de derde lijn wordt de zwangere begeleidt door subspecialisten en klinisch verloskundigen (Franx 2011). Subspecialisten zijn onder andere perinatologen. Dit zijn gynaecologen die gespecialiseerd zijn in de behandeling van zeer gecompliceerde zwangerschappen. Ook werken er neonatologen, kinderartsen die gespecialiseerd zijn in de behandeling van prematuren en zieke pasgeborenen (NVOG 2007).

3.3 Verbeteringen, gewenst door de stakeholders

In deze paragraaf zal worden bekeken welke oplossingen door stakeholders zijn gewenst. In de eerste plaats zal worden onderzocht welke oplossingen worden aangedragen vanuit de literatuur. Daarnaast zal worden gekeken met welke oplossingen op dit moment al wordt gewerkt. Als laatste zullen de gewenste oplossingen door stakeholders, worden besproken.

3.3.1 Oplossingen uit literatuur

In deze paragraaf worden allereerst de oplossingen besproken met betrekking tot de risicoselectie, die worden aangedragen in de literatuur. Daarnaast zullen al bestaande oplossingen worden besproken. De oplossingen zullen per probleem worden behandeld, waarbij het niet goed inschatten en herkennen van de risico's en de BIG4 symptomen samen worden genomen.

Niet goed inschatten en herkennen van de risico's en BIG4 symptomen

Een probleem dat in paragraaf 3.2.3 wordt genoemd, is dat de risico's van de zwangerschap niet goed worden herkend. Ook worden de BIG4-symptomen (aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortewicht en een lage Apgar score) niet genoeg herkend. Bonsel et al. (2010) stellen voor dat er meer onderzoek moet worden gedaan naar samenwerkingsmodellen, als oplossing van deze problemen. Bij deze samenwerkingsmodellen moeten de gemeenschappelijke risicoprotocollen centraal staan, met daarnaast een gemeenschappelijke besluitvorming en het beperken van overdrachtsmomenten (Bonsel et al., 2010).

Hiernaast wordt door Bonsel et al. (2010) gesuggereerd om via een vragenlijst of anamnese de verschillende risicofactoren vast te stellen. Hiervoor moet volgens hen onderzoek worden gedaan naar de optimale techniek, waarbij potentieel gebruik van elektronische hulpmiddelen de aandacht verdient (Bonsel et al., 2010).

Ook wordt door Bonsel et al. (2010) gesuggereerd om drie selectiemomenten te introduceren voor de risicozorg bij elk ouderpaar. Hierbij moet dan gemeenschappelijke oordeelsvorming plaatsvinden. Deze selectiemomenten zijn minimaal: preconceptioneel, in de vroege zwangerschap (eerste zwangerschapsconsult) en in de late zwangerschap (ter voorbereiding op de bevalling), bijvoorbeeld bij een zwangerschapsduur van 34 weken (Bonsel et al., 2010).

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte stelt in haar adviesrapport (2009) dat een meer systematische en transparante aanpak noodzakelijk is, onder andere voor het opsporen van risico's. Om dit te bereiken, adviseert zij dat er bij iedere zwangerschap gebruik wordt gemaakt van drie instrumenten:

1. Een casemanager: Dit is een eigen verloskundige, of eventueel huisarts, die verantwoordelijk is voor iedere overdracht.
2. Een geboorteplan: een individueel zorgpad, dat uiterlijk wordt vastgelegd in de twaalfde week van de zwangerschap.
3. Een verplicht huisbezoek: doel hiervan is om de gezinssituatie te observeren in verband met (psycho)sociale problematiek, waar nodig aanvullende prenatale voorlichting geven, beoordelen of in de thuissituatie van de zwangere een veilige

bevalling en kraamperiode mogelijk is en zo niet, bepalen onder welke condities de thuissituatie mogelijk wel veilig is (Stuurgroep 2009).

Een andere methode die wordt genoemd als potentiële oplossing is vroegsignalering, voor het opsporen van de BIG4 aandoeningen. Een vorm van deze vroegsignalering is de groeimeting in het eerste trimester van de zwangerschap. Met deze groeimeting kunnen gestoorde embryogenese en placentatie problematiek worden gesignaleerd. Bij deze problemen ligt de basis van aangeboren afwijking en, in veel gevallen, groeivertraging en vroeggeboorte (dit zijn drie van de vier BIG4 aandoeningen) (Bonsel et al., 2010).

Geen adequate en tijdige communicatie tussen zorglijnen

Op dit moment is er beleid ten opzichte van de perinatale zorg, met als belangrijke pijlers een formeel vastgesteld takenpakket en de inhoud van de opleiding van diverse beroepsgroepen. Ook zijn er landelijke richtlijnen en protocollen die de kern vormen voor het kwaliteitsbeleid van professionals. Wat mist zijn gemeenschappelijke richtlijnen en protocollen die moeten worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Deze richtlijnen en protocollen moeten zich vertalen in concrete acties, waarvoor op regionaal en lokaal niveau samenwerkingsafspraken moeten worden gemaakt. Hiervoor is het ‘College Perinatale Zorg’ opgericht (Stuurgroep 2009).

Daarnaast adviseert de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) de ontwikkeling van een Perinataal Webbased Dossier (PWD). Dit dossier moet zorgen voor een meer gestructureerde en naadloze samenwerking zonder schotten, in plaats van de huidige gefragmenteerde zorg. Dit dossier is cliëntvolgend en bevat de medische gegevens en afspraken, waardoor overdrachtssituaties veiliger worden gemaakt. Met dit dossier denkt de Stuurgroep de conflicten tussen professionals uit de eerste lijn en het ziekenhuis, en binnen het ziekenhuis, te laten verdwijnen (Stuurgroep 2009).

Verschillende zorgsystemen voor medische en niet-medische risico's

Medische en niet-medische risico's hebben elk hun eigen preventieve zorgsysteem wat ertoe leidt dat van een samenhangende preventie weinig terecht komt. Door Bonsel et al. (2010) wordt hiervoor eHealth gesuggereerd als oplossing, naast de inzet van tolken en voorlichters in eigen taal en cultuur. Het eHealth product moet dan op zo'n manier worden ingezet, dat er organisatorische modellen bruikbaar zijn voor het bieden van gecombineerde preventieprotocollen voor medische en niet-medische risico's (Bonsel et al., 2010).

In de tabel hieronder is een overzicht te zien van de verschillende oplossingen die worden aangedragen in de literatuur, voor de verschillende gevonden problemen binnen de risicoselectie van de perinatale zorg. Daarbij zijn de problemen ‘niet goed inschatten van de risico's’ en ‘niet goed inschatten van de BIG4 symptomen’ samengevoegd, omdat deze beide gaan over het herkennen en inschatten van risico's bij de zwangerschap. De oplossingen kunnen daarom voor beide problemen worden gebruikt.

Probleem	Oplossingen (Uit literatuur en/of bestaande oplossingen)
Niet goed inschatten en herkennen van risico's en BIG4 symptomen bij een zwangerschap	Gemeenschappelijke risicoprotocolen, Gemeenschappelijke (eerste en tweede/derde lijn samen) besluitvorming bij risicosituaties, Drie selectiemomenten voor risicozorg invoeren, Vragenlijst of anamnese (eventueel met behulp van elektronische hulpmiddelen), Geboorteplan, casemanager en huisbezoek, Groeimeting in eerste trimester.
(Soms) geen sprake van adequate en tijdige communicatie tussen de verschillende zorglijnen	Gemeenschappelijke risicoprotocolen, Perinataal Webbased Dossier (PWD)
Verschillende zorgsystemen (protocolen) voor medische en niet-medische risico's	eHealth, tolken en voorlichters in eigen taal

Tabel 4: Overzicht problemen binnen risicoselectie met uit literatuur aangedragen oplossingen.

3.3.2 Oplossingen uit de praktijk

Met behulp van bureauonderzoek zijn twee programma's gevonden, die op dit moment actief zijn en als doelstelling hebben de perinatale zorg te verbeteren. Deze twee programma's zijn het Rotterdamse programma 'Klaar voor een kind' (www.klaarvooreenkind.nl) en 'Healthy pregnancy 4 All', een programma ontwikkeld door Erasmus MC.

Het doel van het programma 'Klaar voor een kind' is om binnen tien jaar de babysterfte terug te dringen tot het landelijk gemiddelde. Om dit te bereiken zijn een aantal verbeteringen en veranderingen toegepast, ten opzichte van het normale programma wat de zwangere doorloopt. Deze verbeteringen en veranderingen zijn:

- Kinderwensspreekuur: het doel hiervan is om goede voorlichting te geven voor de zwangerschap, zodat vrouwen zo gezond mogelijk aan de zwangerschap beginnen.
- Op tijd naar de verloskundige: het doel is om zwangeren zo vroeg mogelijk naar de verloskundigen te laten gaan, zodat er risico's kunnen worden gesignaleerd en goede voorlichting kan worden gegeven.
- Veilige bevalling: Het doel is om zwangeren beter te informeren over de mogelijkheden met betrekking tot de bevalling.
- Kraamzorg voor iedereen: Het doel is om meer vrouwen gebruik te laten maken van kraamzorg. Dit omdat een goede start heel belangrijk is voor moeder en kind, en dit kan (beter) worden gerealiseerd met kraamzorg.
- Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG): Het doel is om de aansluiting van dit centrum (voor ouders en jongeren tot 19 jaar) te verbeteren, met ziekenhuizen en eerstelijns professionals. De professionals in dit centrum moeten alle informatie krijgen over de ouders en jongeren, om zo kinderen met een slechte start beter te kunnen begeleiden (Klaarvooreenkind.nl 2009)

Het hoofddoel van programma 'Healthy Pregnancy 4 All' is kennisontwikkeling door invoering en toepassing van ketenoverstijgende methoden en instrumenten. Dit project zal

drie jaar duren. Er wordt, samen met lokale partners, geëxperimenteerd met programmatische preconceptiezorg, vernieuwde risicoselectie en het bereiken van hoogrisicogroepen. Voor dit laatste worden Voorlichters Perinatale Gezondheid opgeleid, om met doelgerichte groepsvoorlichting de hoeveelheid kennis over zwanger worden en zwangerschap, te verbeteren en verhogen. In veertien gemeenten worden experimenten uitgevoerd door het Erasmus MC. Om de vernieuwde risicoselectie te ontwikkelen, zullen de risico's tijdens de zwangerschap in kaart worden gebracht (Erasmus 2011).

Daarnaast is er een Perinatale Registratie opgezet, waarbij data wordt verzameld tijdens het gehele proces van de zwangerschap, door de verschillende disciplines (lijnen) heen. Het doel hiervan is de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) is een samenwerking van vier beroepsorganisaties, namelijk de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NvK). Deze vier beroepsorganisaties houden zich allen bezig met de perinatale zorg (PRN 2003).

Voor de risicoselectie binnen de preconceptiezorg (zorg voor de zwangerschap), bestaan gevalideerde vragenlijsten, om zo tot een goede anamnese te komen bij beide ouders. Deze vragenlijsten zijn te vinden op www.zwangerwijzer.nl. Op deze manier wordt een risicoanalyse uitgevoerd bij de ouders. Wanneer blijkt dat bijvoorbeeld de moeder al van tevoren bepaalde risico's loopt, zal de respondent worden geadviseerd om meer informatie in te winnen bij de verloskundige of de huisarts (Wildschut, VLIRT-LACHOTZKI et al. 2006).

3.3.3 Ervaringen vanuit de praktijk

Stakeholders (n=2) hebben aangegeven welke problemen zij ervaren in de praktijk van de perinatale zorg. Daarnaast hebben zij ook aangegeven welke oplossingen zij geschikt achten voor het verlagen van het sterftcijfer. De stakeholders zijn professionals in de perinatale zorg, werkend als verloskundig actieve huisarts en verpleegkundige op de gynaecologie in het ziekenhuis.

Problemen, van invloed op het sterftcijfer

Er zijn verschillende problemen van invloed op het hoge sterftcijfer in Nederland, vergeleken met omringende landen. Hierbij wordt door een stakeholder wel de opmerking geplaatst, dat het beeld van het sterftcijfer in Nederland vertekend kan zijn. Dit omdat in Nederland de perinatale registratie vanaf een eerder moment in de zwangerschap wordt gehouden, dan in omringende landen. Dit kan het beeld van de perinatale sterfte in Nederland negatief beïnvloeden. Uit onderzoek blijkt echter dat de registratie in Nederland geen invloed heeft op het hogere sterftcijfer, in vergelijking met andere landen. Wanneer bijvoorbeeld een vergelijking wordt gemaakt met Zweden en Finland, die beiden een laag sterftcijfer hebben, blijkt dat Nederland na correctie voor registratie nog steeds een veel hoger sterftcijfer heeft (Achterberg 2005). Ook werd in de literatuur juist gepleit voor een betere registratie, waarbij liefst van ruim voor de zwangerschap tot ver na de geboorte wordt geregistreerd. Dit, omdat in landen als Zweden en Finland juist een betere registratie hebben dan Nederland (Achterberg 2005).

Allereerst werd door de stakeholders genoemd dat de risico-inschatting door de eerste lijn een probleem is dat invloed kan hebben op de hoge perinatale sterfte in Nederland. Bij deze risico inschatting (of risicoselectie) wordt namelijk geen gebruik gemaakt van protocollen, waardoor het inschatten voornamelijk gebeurt met gebruik van eigen ‘onderbuikgevoel’. Er wordt gesignaleerd dat niet elke zwangere met een hoger risico, wordt doorgestuurd. Daarnaast is (soms) onduidelijk om welke reden een zwangere wel of niet wordt doorgestuurd. Ook de reden een eventuele terugwijzing naar de eerstelijns zorg, vanuit de tweede lijn, wordt vaak als onduidelijk ervaren. De risico-inschatting is een probleem omdat een verkeerde inschatting verstrekken gevolgen kan hebben voor de zwangere en het kind, met in het uiterste geval zelfs overlijden van het kind.

Daarnaast wordt de afstand als een probleem genoemd. Deze afstand zorgt ervoor dat mensen minder snel bij het ziekenhuis en zo bij een complicatie soms niet op tijd kunnen worden geholpen. Hierbij wordt wel genoemd dat dit voor een groot deel ook de verantwoordelijkheid is van de zwangere zelf, omdat deze ervoor heeft gekozen om zo ver van het ziekenhuis te wonen en daarnaast toch thuis te willen bevallen. Dit probleem wordt daarom toegeschreven aan de zwangere zelf.

Ook wordt de communicatie tussen de eerste en tweedelijns zorg als probleem genoemd. Hierbij wordt aangedragen dat de communicatie niet adequaat is en met name feedback over de overdrachten mist. Wel wordt aangedragen dat in sommige regio’s de communicatie wel als afdoende wordt ervaren. Als kanttekening moet daarbij worden gemaakt dat deze stakeholder zelf niet daadwerkelijk te maken heeft met deze communicatie tussen de eerste en tweede lijn.

De communicatie wordt wel als erg belangrijk ervaren en als probleem gezien, omdat er zonder goede communicatie sowieso (meer) fouten worden gemaakt. Ook kan communicatie meer inzicht geven in de eigen genomen beslissingen, waar met een volgende risicobepaling weer gebruik van kan worden gemaakt. Zonder deze terugkoppeling kunnen beslissingen met betrekking tot risicoselectie met onzekerheid worden genomen, of het wel de juiste beslissing is. Bovendien kan daarom minder goed op de uitkomsten worden ingezet, bij het nemen van beslissingen met betrekking tot de risicoselectie.

Het probleem van de verschillende zorgsystemen voor medische en niet-medische risico’s werd door de stakeholders niet of nauwelijks herkend. Er werd aangegeven dat dit probleem voor hen minder of zelfs niet speelt, en dat ze dit probleem ook minder belangrijk vinden. Dit heeft te maken met het feit dat dit probleem gaat over de kwaliteit van het ketensysteem en minder met de kwaliteit van eigen handelen.

Problemen, aangedragen vanuit literatuur	Problemen, aangedragen door stakeholders (n=2)
Niet goed inschatten en herkennen van risico's en BIG4 symptomen bij een zwangerschap	Risico inschatting door de eerstelijns zorg functioneert niet (voldoende)
(Soms) geen sprake van adequate en tijdige communicatie tussen de verschillende zorglijnen	Geen adequate communicatie tussen de eerstelijns zorg en de tweedelijns zorg
Verskillende zorgsystemen (protocollen) voor medische en niet-medische risico's	Afstand tot het ziekenhuis, tijdens de bevalling

Tabel 5: Overzicht van overeenkomsten tussen problemen, aangedragen uit de literatuur, en aangedragen door de stakeholders

Belangrijkheid van de problemen

De stakeholders gaven aan dat de risicoselectie in de perinatale zorg en de communicatie tussen de zorglijnen de belangrijkste problemen voor hen waren. Dit, omdat deze twee problemen te maken hebben met de kwaliteit van het eigen handelen. De kwaliteit van het eigen handelen wordt in de eerstelijns zorg als erg belangrijk gezien. Daarnaast wordt de eerstelijns zorg gezien als de zwakke plek in de ketenzorg binnen de perinatale zorg. Daarom worden deze twee problemen als meest belangrijk gezien. Daarnaast worden deze processen, van risicoselectie en communicatie, gezien als foutgevoelig, waardoor problemen binnen deze processen grote gevolgen kunnen hebben.

Oplossingen problemen

In deze paragraaf worden de niet-technologische oplossingen voor de problemen besproken en de factoren die invloed hebben op de slagingskansen van een oplossing. In hoofdstuk 3.4 'Waarden die worden toegekend aan eHealth technologie als oplossing', zullen de technologische oplossingen worden besproken.

Bij het verbeteren van de risicoselectie wordt aangedragen om meer en/of beter gebruik te maken van de technologieën waar de eerstelijns zorg over beschikt, zoals echografieën. Daarnaast wordt aangedragen om bij onzekerheid over de mogelijke risico's eerder door te verwijzen, eigenlijk het zekere voor het onzekere nemen. Hierbij wordt wel opgemerkt dat deze oplossing persoonsafhankelijk is. Immers, de ene persoon verschilt in werkwijze van de ander. De ene verloskundige kan uitgaan van het goede vertrouwen en daarom iemand wat langer laten doorlopen met bepaalde klachten en/of risico's, omdat het waarschijnlijk allemaal wel zal meevallen. Een andere verloskundige kan daarentegen weer onzekerder zijn, waardoor deze sneller gebruik maakt van een extra echo of verwijzing naar de tweedelijns zorg.

Voor een verbetering van de kwaliteit van de communicatie tussen de eerstelijns en de tweedelijns zorg, wordt een vorm van teambuilding aangedragen als oplossing. Hierbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld een symposium. Op deze manier kunnen professionals uit de verschillende lijnen elkaar ook op een andere manier leren kennen, waardoor ze binnen de werksfeer gemakkelijker met elkaar kunnen communiceren. Bij deze oplossing worden twee nadelen genoemd. Allereerst zal het waarschijnlijk lastig zijn om deze oplossing op te zetten. Immers, wie is er verantwoordelijk voor deze teambuilding, wie moet de organisatie op zich

nemen? Daarnaast kan het zijn dat er ook weinig animo voor is, omdat wordt aangegeven dat professionals binnen de perinatale zorg al veel bijscholing en andere extra verplichte activiteiten buiten het werk om hebben. Hierdoor kan de animo voor een teambuilding worden beperkt, waardoor het idee niet van de grond komt.

3.4 Waarden die worden toegekend aan eHealth technologie als oplossing

In deze paragraaf zullen de verschillende mogelijke technologische oplossingen worden besproken, voor de problemen binnen de perinatale zorg, die door stakeholders worden erkend als mogelijke oplossing. Daarnaast zullen de factoren worden besproken die van invloed zijn op het succeskarakter van de oplossing. Als laatste zal worden besproken welke oplossingen als best worden beoordeeld door de stakeholders.

3.4.1 Mogelijke technologische oplossingen, door stakeholders erkend

De technologische oplossingen zullen worden besproken, per probleem binnen de perinatale zorg, zie ook paragraaf 3.3.3 ‘Ervaringen vanuit de praktijk’.

Communicatie tussen de verschillende zorglijnen

Als oplossing voor het probleem van de communicatie tussen de verschillende zorglijnen, werd een elektronisch verloskundig dossier genoemd, ook wel een Perinataal Webbased Dossier (PWD) genoemd. In dit dossier worden de gegevens van de patiënt opgenomen, waardoor bij een overdracht alle gegevens van de patiënt toegankelijk zijn voor de lijn waarnaar de patiënt is overgedragen. Op deze manier zullen belangrijke gegevens altijd kunnen worden ingezien door de professionals die deze gegevens nodig hebben.

Nadeel wat bij deze oplossing wordt gegeven, is dat er gemakkelijker over bepaalde informatie wordt heen gelezen. Wanneer informatie mondeling wordt doorgegeven, heb je de informatie altijd al een keer gehoord. Daarentegen, wanneer de informatie op schrift staat, kan het zijn dat de professional de informatie over het hoofd ziet en zo belangrijke gegevens over de patiënt mist. Een ander nadeel van deze oplossing, is het gemis van de klinische blik. Wanneer een arts bepaalde informatie al heeft gelezen en er daarom niet meer naar vraagt, mist hij de non-verbale informatie die de patiënt geeft tijdens het verstrekken van de gegevens. Op deze manier kan de professional belangrijke signalen missen. Een oplossing hiervoor kan zijn, om alleen de medische gegevens via een PWD te verstrekken. Op deze manier kan de professional de medische gegevens van de patiënt opvragen, wanneer deze bij de professional binnenkomt. De resterende informatie, het ‘hele verhaal’, kan dan door de doorverwijzende professional worden verstrekt, of door de patiënt zelf.

Risicoselectie in de eerstelijns zorg

Allereerst werd ook bij dit probleem het elektronisch verloskundig dossier, ook wel Perinataal Webbased Dossier, genoemd. Dit dossier zou dan alle belangrijke risicofactoren moeten bevatten, waardoor een eerstelijns professional deze risico's gemakkelijk kan invoeren en ook duidelijker weet welke kenmerken en factoren van belang zijn om op te letten tijdens bijvoorbeeld een controle. Daarnaast werd het opstellen van algemene protocollen genoemd, die vervolgens online moeten kunnen worden ingezien. Wanneer er algemene protocollen zijn, die landelijk worden gebruikt, is er namelijk een lijn in de risicoselectie en wordt er niet

alleen met het gebruik van het ‘onderbuikgevoel’ gewerkt. Bovendien is het gemakkelijk om de protocollen in eHealth vorm te gebruiken, omdat op deze manier een professional altijd gemakkelijk de protocollen kan terugvinden en inzien.

Nadelen van deze oplossing zijn hierboven al genoemd, bij het probleem van de communicatie tussen de verschillende zorglijnen, waar deze technologie ook als oplossing kan worden gebruikt.

Ook werd het nut ingezien van een online vragenlijst. Deze zou kunnen worden ingezet om de gegevens te verzamelen die nodig zijn om het dossier van een patiënt te kunnen vullen. Veel gegevens, die tijdens de anamnese moeten worden verstrekt, zijn vaak niet beschikbaar bij de patiënt. Bij deze gegevens kan gedacht worden aan informatie over de ziektes die in de familie voorkomen, en de eigen medische voorgeschiedenis. Wanneer de patiënt deze gegevens al voor de anamnese online moet invullen, kan de patiënt er op tijd achter komen dat hij/zij deze gegevens (nog) niet paraat heeft, en deze alsnog opzoeken en invullen. Dit bespaart veel tijd en moeite tijdens de anamnese.

Daarnaast kan de vragenlijst worden gebruikt om de zwangerschap van de zwangere gedurende de hele zwangerschap te volgen. Immers, de controles zijn maar momentopnames, waardoor er altijd dingen anders kunnen zijn, dan tijdens de controle lijkt. Ook kan ervoor worden gekozen om de vragenlijst te laten gebruiken door de patiënt, wanneer zich een beginnend risico voordoet. De professional kan dan het proces van (eventuele) ontwikkeling van dit risico beter monitoren, dan tijdens de controles. Dit omdat de professional op deze manier gelijkmatiger informatie krijgt, bijvoorbeeld wanneer de patiënt iedere dag de vragenlijst invult.

Genoemde voordelen bij de vragenlijst zijn efficiëntieverhoging en kwaliteitsverbetering. Efficiëntieverhoging omdat er tijdens de anamnese weinig tijd hoeft te worden besteed aan het vragen naar de informatie die nu al in de vragenlijst is gegeven, en bij een eerste anamnese vaak niet paraat is. Daarnaast werkt het kwaliteitsverbeterend, omdat de patiënt nu zelf (gedeeltelijk) zelf meehelpt aan het vullen van het patiëntendossier. De patiënt geeft immers zelf de informatie schriftelijk, waardoor de kans op fouten in het invoeren van de gegevens door de professional kleiner worden. De patiënt kan nu zelf dingen corrigeren, door de vragen in te vullen. Wanneer deze niet overeen komen met de gegevens die de professional bijvoorbeeld al had, zal dit aan bod komen tijdens de anamnese en kunnen fouten in de gegevens worden verbeterd.

Nadelen van de vragenlijst zijn nagenoeg hetzelfde als bij de vorige oplossing, het Perinataal Webbased Dossier, namelijk het missen van de klinische blik en het gevaar dat er over informatie wordt heen gelezen, in dit geval door zowel de professional als door de zwangere.

Algemene technologische oplossing

Een laatste oplossing die door de stakeholders wordt erkend, is een online zorgportaal. Dit zorgportaal kan een combinatie van hiervoor genoemde oplossingen, bijvoorbeeld de vragenlijst en het Perinataal Webbased Dossier, bevatten. Deze technologische mogelijkheden staan dan op een locatie, waardoor ze gemakkelijk(er) te vinden zijn en er beter overzicht is

van welke mogelijkheden er zijn, voor professionals in hun beroepsuitoefening, en voor de zwangere zelf.

Van dit zorgportaal wordt gezegd dat het kan worden gebruikt van wieg tot graf, het hele leven door. De mate van gebruik zal wisselend zijn, in periodes waarin het individu meer medische zorg heeft, bijvoorbeeld voor de kinderen, zal het zorgportaal meer worden gebruikt. In periodes van minder medische zorg, kan het zijn dat het portaal een bepaalde tijd helemaal niet wordt gebruikt. Er wordt daarom aangeraden de effectiviteit en het succes van een zorgportaal niet te meten met het gebruik van het portaal, omdat de intensiteit van het gebruik per periode in een mensenleven zal verschillen.

3.4.2 Factoren, van invloed op het succeskarakter van de technologische oplossingen

Er zijn verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op het succes van een van de bovengenoemde technologische oplossingen. Deze factoren worden per oplossing besproken.

Het Perinataal Webbased Dossier

Een nadeel van deze oplossing, is dat het dossier erg complex is. Het kent erg veel variabelen, waardoor het moeilijk te automatiseren is. Een genoemde oplossing voor dit probleem kan een professionele, verloskundige samenvatting zijn. Hierin worden bijvoorbeeld de belangrijkste risicofactoren genoemd, die belangrijk zijn om te controleren gedurende de controles in de eerste lijn. Op deze manier hoeft de professional in de dagelijkse praktijk geen gebruik te maken van alle verschillende variabelen, maar gebruikt alleen de samenvatting.

Een nadeel aan de professionele, verloskundige samenvatting, zou kunnen zijn dat er gebruik moet worden gemaakt van de grootste gemene deler. Door een stakeholder wordt aangegeven dat professionals in de perinatale zorg hier niet van houden, omdat er op deze manier uitzonderingen bestaan. De professionals in de perinatale zorg willen juist alle gevallen meenemen in de modellen en theorieën, juist ook de uitzonderingen.

Verder wordt ook betrokkenheid genoemd als belangrijke factor, voor het slagen van een Perinataal Webbased Dossier. Allereerst omdat er consensus moet ontstaan over de factoren die moeten worden opgenomen in het dossier, of in een eventuele professionele, verloskundige samenvatting. Hiervoor moet overleg plaatsvinden en meetings worden georganiseerd. Dit vereist betrokkenheid van de stakeholders om overleg uit te voeren, om mee te denken en om tijd in te leveren om met dit onderwerp bezig te zijn. Bovendien moet bij een eventuele invoering van dit Dossier, de professional leren omgaan met het nieuwe systeem, wat ook tijd en betrokkenheid vereist.

Online vragenlijst

Bij het gebruik van een vragenlijst, wordt al snel gedacht aan de vele onvalide vragenlijst die online worden aangeboden. Dit zal ideeën over de betrouwbaarheid van deze vragenlijst negatief beïnvloeden. Daarom wordt aangeraden om de vragenlijst op zo'n manier te presenteren, dat duidelijk is dat de zorgprofessional achter deze vragenlijst staat. Op deze manier is de vragenlijst niet alleen maar technologie, maar blijft het gevoel dat er nog een persoon 'achter zit'. Voor een stakeholder was het belangrijk dat het persoonlijk bleef, dat de

zwangere het idee blijft hebben, onder controle te staan bij een persoon, in plaats van bij een technologie. De vragenlijst kan bijvoorbeeld worden aangeboden via een huisartsenpraktijk, eventueel ook met een eigen inlogcode en wachtwoord voor iedere patiënt. Ook kan de vragenlijst worden aangeboden op een zorgportaal.

Online zorgportaal

Er zijn verschillende factoren van invloed op het succeskarakter van een online zorgportaal. Allereerst wordt genoemd dat er op dit moment nog te weinig kennis is over de factoren die van invloed zijn op het gebruik van het zorgportaal, door de patiënt. Op de vraag waarom de patiënt het ene moment het zorgportaal intensief gebruikt, en het andere moment helemaal niet, is helemaal nog geen duidelijk antwoord te geven. Hierdoor is het ook niet goed mogelijk om het portaal op een dusdanige manier te ontwerpen, dat het portaal om de meest effectieve manier is ingericht en kan worden gebruikt. Daarnaast is er ook nog te weinig kennis over de beste manier om dit zorgportaal te implementeren. Ook hiernaar moet dus meer onderzoek worden gedaan, wil het portaal op een goede manier kunnen worden geïmplementeerd.

Algemene factoren

Als laatste zijn er ook een aantal algemene factoren, die van invloed zijn op de problemen en oplossingen binnen de perinatale zorg.

Allereerst wordt er aangedragen dat het doorverwijzen van patiënten mede kan worden bepaald door een financiële prikkel. Wanneer er namelijk teveel patiënten worden doorverwezen, zou dit kunnen leiden tot inkomensverlies van de professionals in de eerstelijns zorg. Er wordt aangegeven dat dit bij huisartsen niet het geval blijkt te zijn, en daarom waarschijnlijk ook niet bij de verloskundigen. Zonder onderzoek kan dit echter niet zonder meer worden aangenomen.

Een achterliggend dilemma in de zorg is het verschil in opvatting over de bevalling. De discussie gaat namelijk over de vraag of een bevalling medisch moet worden gezien, of vanuit de maatschappij als een natuurlijk proces, dat invloed heeft op bijvoorbeeld het gezinsleven. De manier waarop de professional aankijkt tegen dit dilemma, kan van invloed zijn op de manier waarop tegen een oplossing en het gebruik ervan wordt aangekeken. Bijvoorbeeld: wanneer de bevalling wordt gezien als een medische aangelegenheid, is het meer vanzelfsprekend dat alle bevallingen in het ziekenhuis gebeuren. Dit kan weer gevolgen hebben voor de doorverwijzingen in de eerstelijns zorg; zij zouden dan bijvoorbeeld minder gericht kunnen zijn op het doorverwijzen, omdat de patiënt toch uiteindelijk wel inde tweedelijns zorg terecht komt, namelijk met de bevalling.

Er is een punt waarop praktisch alle professionals in de perinatale zorg het met elkaar eens zullen zijn, aldus de stakeholder. Dit is het doel van de perinatale zorg: een goede uitkomst. Dit betekent dus een goede bevalling en een gezonde baby en moeder. Vanuit dit oogpunt zou dus kunnen worden verder gekeken naar de mogelijke oplossingen bij de problemen.

3.4.3 Eindbeoordeling van de technologische oplossingen

Er is bij de stakeholders niet gebleken dat een oplossing er met kop en schouders boven uit stak. Wel blijkt dat er veel animo is voor het Perinataal Webbased Dossier, omdat op deze manier de belangrijkste problemen binnen perinatale zorg, namelijk de risicoselectie en de communicatie, kunnen worden verbeterd of zelfs opgelost (zie ook paragraaf 3.4.2).

Tegen de online vragenlijst werd met wat meer scepsis aangekeken, vooral door de associatie met de vele onvalide online vragenlijsten. Wanneer oplossingen hiervoor worden aangedragen, zoals het aanbieden van de vragenlijst op een online zorgportaal, via de huisarts, en eventueel met eigen inlogcode en wachtwoord, wordt deze oplossing ook als positief gezien.

Ook het online zorgportaal wordt positief beoordeeld. De stakeholders zijn het erover eens dat dit een goede oplossing zou kunnen zijn. Het wordt als positief gezien wanneer de verschillende oplossingen kunnen worden verzameld, wat mogelijk is met het online zorgportaal. Het wordt zelfs als mogelijkheid gezien om het zorgportaal van geboorte tot dood te gebruiken, met wisselende mate van intensiteit van gebruik en invulling van het portaal.

4. Conclusie

In dit onderzoek is de hoge perinatale sterfte binnen Nederland onderzocht. Daarbij is gekeken naar de verschillende factoren die van invloed zijn op het probleem van de hoge sterfte, de stakeholders, de mogelijke oplossingen en de waarden die stakeholders toekennen aan deze (eHealth) oplossingen. De conclusies met betrekking tot dit onderzoek zullen in dit hoofdstuk worden besproken. Dit zal worden gedaan aan de hand van de deelvragen, om uiteindelijk tot een antwoord te komen op de hoofdvraag van het onderzoek:

Hoe kan met behulp van eHealth het hoge sterftecijfer, binnen de perinatale zorg in Nederland, worden teruggedrongen?

4.1 Factoren, van invloed op het probleem

De eerste deelvraag bij het onderzoek luidde: Welke factoren zijn van invloed op het hoge sterftecijfer in de perinatale zorg?

Het probleem binnen de perinatale zorg bestaat uit het sterftecijfer dat hoger is dan in omringende landen en ook minder snel daalt (Achterberg 2005; Mohangoo, Buitendijk et al. 2008; Bonsel et al., 2010).

Er zijn verschillende factoren van invloed gevonden op dit probleem. Omdat er niet duidelijk kan worden aangegeven welke factor nu precies de oorzaak is van het hoge sterftecijfer, is ervoor gekozen om te zoeken naar een overkoepelende factor, die te maken heeft met al de verschillende risicofactoren. Er blijkt dat ongeveer tweederde van deze sterfteverschillen geassocieerd zijn met factoren die door effectievere preventie of prenatale zorg (screening) kan worden verbeterd (Achterberg 2005). De risicoselectie is daarom de risicofactor die het grootste deel van de internationale verschillen in perinatale sterfte kan verklaren. Dat de

risicoselectie een belangrijke rol speelt, wordt ook bevestigd in de literatuur (Bonsel et al., 2010; Mol, de Jonge et al. 2010; Franx 2011).

4.2 Belangrijkste stakeholders voor de aanpak van het probleem

De tweede deelvraag van het onderzoek was als volgt: Wie zijn de belangrijkste stakeholders voor de aanpak van deze factoren?

In Nederland wordt op dit moment gebruik gemaakt van een stelsel van zorglijnen. De kans op complicaties binnen de zwangerschap bepaalt in welk zorglijn je terecht komt (Franx 2011). Deze kans op complicaties wordt bepaald door middel van risicoselectie.

Het zorgtraject in de eerstelijnszorg, inclusief de risicoselectie, begint met een eerste controle, tussen de achtste en twaalfde week van de zwangerschap. Hierbij wordt ook een anamnese uitgevoerd, waarbij onder andere de actuele toestand van de zwangere en de ziektes die in de familie voorkomen besproken. Daarnaast wordt er tijdens de eerste controle een bloedonderzoek uitgevoerd, om de zwangere te controleren op bepaalde ziekten en risico's. Ook wordt de bloeddruk en de grootte van de baarmoeder bepaald. Een termijnecho wordt gemaakt, om bepaalde risico's op te sporen en te bepalen of de zwangerschap goed verloopt. Tijdens de eerste helft van de zwangerschap, heeft de zwangere maandelijks controles. Deze controles lopen op tot wekelijks controles aan het eind van de zwangerschap. De controles worden uitgevoerd om te bepalen of er risico's zijn ontstaan, zoals een hoge bloeddruk.

Wanneer er tijdens de controles in de eerstelijnszorg door de verloskundige bepaalde risico's zijn ontdekt, wordt de zwangere doorverwezen naar de tweedelijnszorg. In de tweedelijnszorg wordt gebruik gemaakt van een aantal technieken, om verdere risico's en problemen binnen de zwangerschap op te sporen. Deze technieken zijn: extra echoscopisch onderzoek, het structureel echoscopisch onderzoek (SEO), de combinatietest, de vlokcentest en een vruchtwaterpunctie. Hierbij moet wel worden opgemerkt, dat sommige van deze onderzoekstechnieken ook in de eerstelijnszorg (mogen) worden uitgevoerd, zoals de SEO.

Verder wordt er in de tweedelijnszorg gebruik gemaakt van zorgpaden. Deze zorgpaden bestaan uit de verschillende stappen die kunnen en moeten worden ondernomen, en de verschillende onderzoeken die kunnen en moeten worden uitgevoerd, bij een bepaald risico bij de zwangerschap.

Er zijn een aantal indicaties, waarbij de zwangere wordt overgedragen aan de derdelijnszorg, zoals bij een geboorte bij een zwangerschap tussen de 24 en 32 weken. De zwangere wordt dan opgenomen in een perinatologisch centrum, waar ze verdere zorg ontvangt, tijdens (meestal) de rest van de zwangerschap.

Binnen de risicoselectie in Nederland zijn verschillende problemen. Er zijn vier problemen waarvan bleek dat ze belangrijk zijn binnen de risicoselectie van de perinatale zorg. Deze problemen zijn:

1. Allereerst zijn de risico's van een zwangerschap moeilijk in te schatten (Bonsel et al., 2010) en veranderen deze risico's gedurende de zwangerschap (Franx 2011).

2. De BIG4 aandoeningen (aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortewicht en een lage Apgar score; score van een algemene test bij de geboorte) worden niet (voldoende) herkend tijdens de zwangerschap (Bonsel et al., 2010).
3. (Soms) geen sprake van adequate en tijdige communicatie tussen de verschillende zorglijnen (Stuurgroep 2009; Morssinkhof 2010; Van der Erf 2012).
4. Medische en niet-medische risico's hebben elk hun eigen preventieve zorgsysteem wat ertoe leidt dat van een samenhangende preventie weinig terecht komt (Bonsel et al., 2010).

De betrokkenen bij de risicoselectie, zijn de professionals uit de verschillende zorglijnen. Zij bepalen immers de risico's bij de zwangerschap. Deze professionals zijn onder andere verloskundigen, klinisch verloskundigen, medisch specialisten en subspecialisten.

4.3 Verbeteringen, gewenst door stakeholders

4.3.1 Oplossingen uit de literatuur

Vanuit de literatuur zijn verschillende oplossingen aangedragen voor de gevonden problemen. Hieronder zal een overzicht worden gegeven van de oplossingen die bij ieder probleem worden genoemd.

Niet goed inschatten en herkennen van de risico's en BIG4 symptomen

Hierbij worden samenwerkingsmodellen aangedragen, waarbij gemeenschappelijke risicoprotocolen centraal moeten staan, met daarnaast een gemeenschappelijke besluitvorming en het beperken van overdrachtsmomenten. Daarnaast wordt gesuggereerd om via een vragenlijst of anamnese de verschillende risicofactoren vast te stellen, waarbij elektronische hulpmiddelen de aandacht verdienen. Ook wordt gesuggereerd om drie selectiemomenten voor risicozorg in te voeren: preconceptioneel, in de vroege zwangerschap (eerste zwangerschapsconsult) en in de late zwangerschap (ter voorbereiding op de bevalling), bijvoorbeeld bij een zwangerschapsduur van 34 weken (Bonsel et al., 2010). Daarnaast wordt gesuggereerd om drie instrumenten in te voeren voor een meer systematische en transparante aanpak, namelijk: een geboortepan, casemanager en huisbezoek (Stuurgroep 2009). Als laatste wordt vroegsignalering in het eerste trimester van de zwangerschap genoemd, als oplossing voor het opsporen van de BIG4 aandoeningen.

Geen adequate en tijdige communicatie tussen zorglijnen:

Ook voor de communicatie worden gemeenschappelijke richtlijnen en protocollen geadviseerd. Daarnaast wordt gepleit voor de ontwikkeling van een Perinataal Webbased Dossier (PWD), voor een betere samenwerking (Stuurgroep 2009).

Verskillende zorgsystemen voor medische en niet-medische risico's

Door Bonsel et al. (2010) wordt hiervoor eHealth gesuggereerd als oplossing, naast de inzet van tolken en voorlichters in eigen taal en cultuur. Het eHealth product moet dan op zo'n manier worden ingezet, dat er organisatorische modellen bruikbaar zijn voor het bieden van gecombineerde preventieprotocollen voor medische en niet-medische risico's (Bonsel et al., 2010).

4.3.2 Oplossingen uit de praktijk

Er zijn twee programma's actief, die als doelstelling hebben om de perinatale zorg te verbeteren, namelijk het Rotterdamse programma 'Klaar voor een kind' (www.klaarvooreenkind.nl) en 'Healthy Pregnancy 4 All', een programma ontwikkeld door Erasmus MC. Het doel van het programma 'Klaar voor een kind' is om binnen tien jaar de babysterfte terug te dringen tot het landelijk gemiddelde. Om dit te bereiken zijn een aantal verbeteringen en veranderingen toegepast, ten opzichte van het normale programma wat de zwangere doorloopt. Het hoofddoel van programma 'Healthy Pregnancy 4 All' is kennisontwikkeling door invoering en toepassing van ketenoverstijgende methoden en instrumenten. Dit project zal drie jaar duren. Er wordt, samen met lokale partners, geëxperimenteerd met programmatische preconceptiezorg, vernieuwde risicoselectie en het bereiken van hoogrisicogroepen.

4.3.3 Ervaringen uit de praktijk

Opvallend is de overeenkomst tussen de problemen, die genoemd zijn door de stakeholders, en de problemen die worden aangedragen in de literatuur. De problemen die door de stakeholders ook zijn benoemd en/of erkend: niet goed inschatten van risico's binnen de eerstelijns zorg, en een inadequate en/of ontijdige communicatie tussen de verschillende zorglijnen (met name tussen de eerste en tweedelijns zorg). Deze problemen werden ook als meest belangrijk ervaren binnen de perinatale zorg, door de stakeholders.

Als niet-technologische oplossingen voor de problemen worden het beter gebruik van de bestaande technologie en teambuilding voorgesteld. De eerste oplossing, beter gebruik van de bestaande technologie, zou de risicoselectie kunnen verbeteren, doordat verloskundigen in grotere mate het zekere voor het onzekere zouden moeten nemen. Dit zou kunnen door meer gebruik te maken van echoscopieën, of zwangeren sneller door te sturen naar de tweedelijns zorg. Teambuilding zou dan kunnen worden gebruikt om de communicatie tussen de zorglijnen te verbeteren. Achterliggend idee hierbij is dat de professionals elkaar zo op een andere manier leren kennen, waardoor de communicatie op het gebied van hun werk beter verloopt.

4.4 Waarden, toegekend aan eHealth technologie als oplossing

Opvallend is dat de belangrijkste technologische oplossingen, die door de literatuur worden aangedragen, worden erkend door de stakeholders, of zelfs al door henzelf worden aangedragen. Er zijn drie technologieën die door de stakeholders worden beoordeeld als potentiële oplossing, namelijk een Perinataal Webbased Dossier, een online vragenlijst en een online zorgportaal.

In het Perinataal Webbased Dossier worden de gegevens van de patiënt opgenomen, waardoor bij een overdracht alle gegevens van de patiënt toegankelijk zijn voor de lijn waarnaar de patiënt is overgedragen. Ook kunnen protocollen hierin worden opgenomen. Online protocollen kunnen op deze manier zorgen voor een eenduidige lijn in het werk van de professionals. Daarnaast kan in het Perinataal Webbased Dossier gebruik worden gemaakt van een professionele, verloskundige samenvatting van de risico's, waarop moet worden geselecteerd in de eerstelijns zorg. Op deze manier kan het dossier worden gebruikt voor de

overdracht tussen de eerstelijns en tweedelijns zorg en zo de communicatie verbetert. Ook kan met dit Dossier de risicoselectie worden verbeterd, omdat op deze manier voor een verloskundige duidelijker is op welke risico's en symptomen moet worden gelet. Een nadeel aan het Perinataal Webbased dossier is, dat het erg complex is. Hierdoor is het lastig te ontwerpen en implementeren. De samenvatting lost dit probleem gedeeltelijk op, omdat hierin de belangrijkste symptomen en risico's staan, en daardoor minder complex is.

De online vragenlijst kan worden gebruikt om de informatie, die normaal wordt besproken in de anamnese, eerder te verkrijgen. Op deze manier kan de zwangere van te voren de informatie al bij elkaar zoeken, waardoor de informatie al voor handen is bij de anamnese. Ook kan de online vragenlijst worden gebruikt om het proces van de zwangerschap en eventuele risico's de gehele zwangerschap te monitoren. Een nadeel van de vragenlijst is de associatie met de vele invalide vragenlijsten op internet. Dit kan worden voorkomen door de vragenlijst aan te bieden via de huisartsen- of verloskundigenpraktijk, of via een online zorgportaal. Op deze manier kan de risicoselectie binnen de perinatale zorg worden verbeterd.

Het online zorgportaal kan worden gebruikt om beide bovenstaande oplossingen op dezelfde plek aan te bieden. Het online dossier en de online vragenlijst kunnen worden toegevoegd aan het portaal. Ook de online protocollen zouden hier apart aan kunnen worden toegevoegd. Op deze manier staat alle belangrijke informatie over de patiënt, de zwangerschap, de perinatale zorg etc. op een plek. Een nadeel van het online zorgportaal is, dat er op dit moment nog weinig kennis is over het proces van gebruik; wanneer maakt de patiënt wel gebruik van het portaal en wanneer niet. Ook over de manier van ontwerpen en de implementatie is nog weinig bekend. Verder onderzoek hiernaar zal dus nodig zijn om deze oplossing op een goede manier tot stand te laten komen.

5. Discussie

Allereerst zullen de opvallendste resultaten uit het onderzoek worden belicht. Daarnaast zullen de beperkingen van dit onderzoek worden besproken. Als laatste zullen ook aanbevelingen worden gedaan, met name met betrekking tot mogelijke oplossingen voor de problemen binnen de perinatale zorg.

5.1 Opvallende onderzoeksresultaten

Opvallend aan het onderzoek met de stakeholders is, dat de stakeholders voor een groot deel dezelfde problemen aangaven als de literatuur. Hieruit blijkt dat de problemen die in de literatuur worden genoemd, ook staven met de dagelijkse praktijk binnen de perinatale zorg. Het oplossen van de problemen die in dit onderzoek zijn genoemd, zie hoofdstuk 3.2, kan daarom een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering van de perinatale zorg.

Ook de technologische oplossingen die in de literatuur worden genoemd, werden door de stakeholders herkend en voor een deel ook zelf al benoemd. Het blijkt dus dat er oplossingen mogelijk zijn om de problemen binnen de perinatale zorg te verbeteren. De drie oplossingen die als best werden beoordeeld, het Perinataal Webbased Dossier, de online vragenlijst en het zorgportaal, zijn daarom de moeite van een verder onderzoek en analyse waard. Verderop in

dit hoofdstuk zullen aanbevelingen voor verder onderzoek en ontwikkeling van eHealth technologieën worden gegeven.

5.2 Reflectie op het onderzoek

Bij dit onderzoek kunnen bepaalde kanttekeningen geplaatst worden. Allereerst is er bij dit onderzoek gebruik gemaakt van een beperkt aantal stakeholders (n=2) om de wensen, opvattingen en ideeën van de stakeholders te onderzoeken. Dit is een erg kleine onderzoeksgroep, waardoor het beeld van de wensen van professionals vertekend kan zijn. Er is voor de interviews gebruik gemaakt van een eerstelijns verloskundig actieve huisarts, en een verpleegkundige, werkzaam op de gynaecologie in het ziekenhuis.

Wanneer wordt gekeken naar de verschillende problemen binnen de perinatale zorg, kan dit een vertekend beeld geven. Wat betreft de communicatie, is er bijvoorbeeld geen interview afgenomen met een gynaecoloog uit de tweede lijn, terwijl deze de communicatie met de eerstelijns professional heeft. Hierdoor is er alleen vanuit de eerste lijn een beeld van de communicatie tussen de eerstelijns en de tweedelijns zorg, waardoor dit beeld vertekend kan zijn. Deze arts gaf namelijk aan dat hij vond dat er inderdaad een probleem was met de communicatie, maar dit kan door de professional uit de tweedelijns zorg, maar ook door andere professionals uit de eerstelijns zorg, zoals verloskundigen, heel anders worden ervaren. Er zijn dus meer interviews nodig met (ook andere) professionals uit de eerstelijns zorg, zodat het beeld van de risicoselectie binnen de perinatale zorg beter aansluit bij de werkelijkheid.

Daarnaast was er een probleem met de opname van het interview met respondent A. Een deel van het interview is daardoor niet opgenomen en kon zodoende ook niet letterlijk worden uitgeschreven. Er is daarom een samenvatting geschreven van het besprokene. Dit kan echter wel nadelige gevolgen hebben voor de betrouwbaarheid, omdat de informatie uit het gesprek niet meer letterlijk kan worden teruggevonden in de uitwerking van het gesprek.

Dit onderzoek is gericht op de risicoselectie in de perinatale zorg. Daarbij waren de stakeholders de zorgprofessionals, die binnen de perinatale zorg te maken hadden met deze risicoselectie. Daarnaast zal er echter ook altijd een rol zijn voor de patiënt, bij de verbetering van de kwaliteit van de perinatale zorg. De patiënt kan van belang zijn voor de aanpak van het probleem, door bijvoorbeeld het geven van meer informatie. Een oplossing die hier ook op inspeelt, is het online zorgportaal. Bij dit zorgportaal kan de patiënt met functies zoals een vragenlijst, zelf ook informatie toevoegen en op deze manier bijvoorbeeld meer inzicht geven in het proces van haar zwangerschap. Bij hoofdstuk 5.3 'Aanbevelingen' zal het online zorgportaal verder worden besproken.

5.3 Aanbevelingen

Een manier om de risicoselectie binnen de perinatale zorg te verbeteren, is door het zorgproces te herzien. Franx (2011) geeft aan dat het lijnensysteem, dat gebaseerd is op de risicoselectie, aan herziening toe is. Wanneer het zorgproces herzien zou worden, zou dit met name gebeuren met betrekking tot het risicoselectieproces en de doorverwijzingen die daaruit volgen. Het risicoselectieproces en de doorverwijzingen, zijn namelijk de strategie van het zorgproces binnen de perinatale zorg (Franx 2011). De kwaliteit van de risicoselectie moet

worden verbeterd, en de communicatie bij de hierop volgende doorverwijzingen moet worden verbeterd. Uit literatuur blijkt, dat technologische oplossingen, zoals de oplossingen die hierboven zijn besproken, de herziening van het zorgproces kunnen ondersteunen. Het blijkt namelijk dat door gebruik van teledermatologie (een elektronische verwijzing van huisarts naar dermatoloog), bijdroeg aan de verbetering van de dermatologische zorg tegen lagere kosten. Voor goed gebruik van technologische oplossingen, is het van groot belang dat deze technologieën goed zijn ingebed in de context, in de praktijk, en goed aansluiten op de eindgebruikers (van Gemert-Pijnen, Nijland et al. 2011). In dit onderzoek kwamen als oplossingen voor de verbetering van de perinatale zorg, een online zorgportaal, Perinataal Webbased Dossier, een online vragenlijst en online protocollen naar voren. Deze oplossingen zouden kunnen meewerken aan verbetering van het zorgproces, door herziening hiervan. Het is echter nog niet voldoende duidelijk in welke mate deze oplossingen een rol zouden kunnen spelen bij de herziening, en op welke manier ze het beste zouden kunnen worden ontworpen en geïmplementeerd. Hieronder zullen daarom, per technologische oplossing, aanbevelingen worden gedaan voor mogelijk vervolgonderzoek.

Het Perinataal Webbased Dossier wordt op dit moment al ontwikkeld door het Nictiz, in samenwerking met het KNOV en NVOG. Daarbij wordt het PWD stapsgewijs opgezet. Ieder jaar wordt er ieder een nieuw deel aan de dataset van het PWD toegevoegd. In juni 2011 is begonnen met de ontwikkeling van dit dossier (Nictiz, 2011). Het is een cliëntvolgend dossier, waarvan de patiënt de eigenaar is. De zwangere krijgt op deze manier inzicht in het verloop van haar zwangerschap en de genomen en/of geplande interventies. Daarnaast verschaft het een instrument aan de professional bij de verbetering van de samenwerking tussen zorgverleners, en de kwaliteit van de geboden zorg (Nictiz, 2011). Uit literatuur blijkt echter dat er nog weinig bewijs is voor de werking van online zorgdossiers (Black, Car et al. 2011). Er werd alleen zwak bewijs gevonden voor tijdsefficiëntie voor sommige zorgprofessionals, en verbetering van kwaliteit van de data, door dit zorgdossier. Er is daarom onderzoek nodig naar de werking van het online dossier, om te bepalen in welke mate met deze oplossing, de kwaliteit van de perinatale zorg wordt verbeterd.

Om een online vragenlijst te ontwikkelen, met als doel de informatie uit de anamnese van tevoren te verzamelen en het proces van de zwangerschap de gehele zwangerschap te monitoren, zal meer onderzoek moeten worden gedaan naar de inhoud van deze vragenlijst. Op dit moment is het nog onduidelijk welke informatie, die normaal in de anamnese wordt vergaderd, in de vragenlijst te verzamelen. Verder onderzoek is daarnaast nodig naar de vraag naar deze vragenlijst. Het is namelijk nog onvoldoende duidelijk of er bij zowel de verloskundige als de patiënt behoefte is aan het continue monitoren van het proces van de zwangerschap en eventuele risicofactoren.

Online protocollen zijn voor andere medische gebieden al ontwikkeld. Zo is er een onderzoek gedaan naar online protocollen voor MRSA (Methicilline Resistente Staphylococcus Aureus (Verhoeven, 2009). Uit dit onderzoek bleek dat een website met online protocollen ziekenhuispersoneel sneller te zoeken naar MRSA-richtlijnen, en met een beter resultaat. Er waren verschillende factoren van invloed op het gebruik van deze website (www.mrsa-net.nl), namelijk organisatiefactoren, werkgerelateerde factoren, individuele factoren, websitefactoren

(Verhoeven 2009). Het is mogelijk dat deze factoren ook van invloed zijn op online protocollen voor het werk binnen de perinatale zorg. Meer onderzoek is daarom nodig naar deze factoren, om op die manier meer duidelijkheid te krijgen over de werking online protocollen in het algemeen, en online protocollen specifiek voor de perinatale zorg.

Er is meer onderzoek nodig naar de werking van een online zorgportaal. Er is een inventarisatie gedaan naar de bestaande zorgportalen, in 2011 (Nictiz 2011). Er zijn een aantal algemene functies, die bij veel portalen worden gebruikt, zoals het inzien van het medisch dossier, toegang to de medicatie of afspraken plannen/agenda. Deze functies zijn ook zeker bruikbaar voor een Perinataal Webbased Dossier. Er is immers binnen de perinatale zorg ook sprake van deze zaken en kunnen daarom ook online een plek krijgen. Meer specialistische functies, zoals Diabetes hulpmiddelen leverancier, omdat van deze zaken geen sprake is bij de perinatale zorg. Specialistische functies, gericht op de perinatale zorg, zouden natuurlijk juist wel een plek kunnen krijgen binnen het Perinataal Webbased Dossier, zoals foto's van de embryo en echo's.

Er is nog weinig informatie over de werking van een online zorgportaal. Het is namelijk onduidelijk wanneer en om welke reden een patiënt gebruik maakt van het zorgportaal. Daarnaast is meer onderzoek nodig naar de meest effectieve manier van ontwerpen en implementeren van het zorgportaal. Ook de invulling van het zorgportaal moet verder worden onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat er behoefte is aan online protocollen, online vragenlijsten en een Perinataal Webbased Dossier. Het is echter nog niet duidelijk of deze technologieën werkzaam zijn binnen een zorgportaal en of er andere technologieën en mogelijkheden zijn die passen bij de invulling van het zorgportaal.

Zoals in hoofdstuk 5.2 'Reflecties op het onderzoek' al is genoemd, is er meer onderzoek nodig naar de ideeën van de stakeholders. Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van professionals uit de eerstelijns zorg en de tweedelijns zorg. Er zijn echter geen professionals uit de tweedelijns zorg meegenomen in het onderzoek, die te maken hebben met de communicatie tussen de eerstelijns en de tweedelijns zorg. Professionals die hiermee te maken hebben, zijn bijvoorbeeld gynaecologen. Daarnaast zijn er geen verloskundigen in het onderzoek opgenomen, terwijl deze professionals zeker betrokken zijn bij de risicoselectie. Het is van belang om in toekomstig onderzoek ook deze stakeholders groepen mee te nemen, om zo een nog vollediger beeld te krijgen van de ideeën en wensen van de stakeholders met betrekking tot de verbetering van de problemen binnen de perinatale zorg.

Conclusie

Er blijkt dat, met behulp van technologische oplossingen, het hoge sterftecijfer binnen de perinatale zorg in Nederland, kan worden teruggedrongen. Er zijn verschillende oplossingen gevonden, namelijk het Perinataal Webbased Dossier (PWD), een online vragenlijst, online protocollen en een online zorgportaal. Alle gevonden oplossingen zouden kunnen worden geïntegreerd in de laatste oplossing, een online zorgportaal. Verder onderzoek is nodig om te bepalen op welke manier dit zorgportaal, met een geïntegreerd PWD, online vragenlijst en online protocollen, kan worden ontworpen en geïmplementeerd, zodat deze oplossing het beste ingebed is in de praktijk en aansluit bij de eindgebruikers.

6. Referenties

Achterberg, P. (2005). "Met de besten vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte."

America, I. o. M. C. o. Q. o. H. C. i. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, National Academies Press.

Black, A. D., J. Car, et al. (2011). "The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview." PLoS Medicine **8**(1): e1000387.

Bonsel, G. J., E. Birnie, Denktas, E. Poeran, P. Steegers, E.A.P, (2010). Lijnen in de Perinatale Sterfte. Signalementstudie 'Zwangerschap en Geboorte'. Rotterdam, Erasmus MC, 2010.

Creswell, J. W. (2003). Research design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches, Sage Publications, Inc.

Erasmus (2011). "Landelijke aanpak babysterfte van start." Retrieved 22-05, 2012, from <http://www.erasmusmc.nl/perskamer/archief/2011/3496930/>.

Forkner-Dunn, J. (2003). "Internet-based patient self-care: the next generation of health care delivery." Journal of Medical Internet Research **5**(2).

Fortney, J. C., J. F. Burgess, et al. (2011). "A re-conceptualization of access for 21st century healthcare." Journal of General Internal Medicine **26**: 639-647.

Franx, A. (2011). "Lijn der verwachting."

Irsel, H., H. Lugt, et al. (2006). "Patiëntgerichte i-zorg voor chronisch zieken." Informatie(7): 46.

Klaarvooreenkind.nl (2009). "Ben jij klaar voor een kind? - Verbeteringen." Retrieved 23-05, 2012, from <http://www.klaarvooreenkind.nl/nl/het-project/verbeteringen>.

Maguire, M. (2001). "Methods to support human-centred design." International journal of human-computer studies **55**(4): 587-634.

Mikolajczak, J., J. Keijsers, et al. "eHealth Analyse en SturingsInstrument (eASI)." TSG: tijdschrift voor gezondheidswetenschappen: 1-5.

Mohangoo, A., S. Buitendijk, et al. (2008). "Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie." Nederlands tijdschrift voor geneeskunde **152**(50): 2718-2727.

Mol, B., A. de Jonge, et al. (2010). "Hoge babysterfte niet door thuisbevalling." Medisch Contact **65**(45).

Morssinkhof, J. (2010). Van samen werken naar samenwerken. Beleid en Management Gezondheidszorg. Rotterdam, Erasmus Universiteit. **Master**.

Nictiz (2011). Patiëntportalen in Nederland. Online inzage in mijn medische gegevens, NPCF, Nictiz.

Nijland, N. (2011). Grounding eHealth: towards a holistic framework for sustainable eHealth technologies, University of Twente.

NVOG (2002). Basis prenatale zorg 1.0. NVOG. Utrecht.

NVOG (2007). "Nota verwijzing naar een perinatologisch centrum - Versie 1.0."

PRN (2003). "Databank en aanlevering." Retrieved 12-05, 2012, from <http://www.perinatreg.nl>.

Ravelli, A. C. J., G. C. Rijninks-van Driel, et al. (2011). "Provinciale verschillen in perinatale sterfte en reistijd tot ziekenhuis." Ned Tijdschr Geneeskd **155**: A2689.

RIVM (2011). Zwanger! Algemene informatie van verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. K. NVOG, NHG, LHV, VVAH, Erfocentrum, RIVM. Bilthoven.

Schippers, e. i. (2011). Voortgang college perinatale zorg. W. e. S. Volksgezondheid. Den Haag: 2.

Sorbi, M. J. and H. Riper (2009). "E-Health—gezondheidszorg via internet." Psychologie & Gezondheid **37**(4): 191-201.

Stuurgroep (2009). Een goed begin - Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte, Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte.

Van der Erf, R. (2012). "Groei beroepsbevolking EU ten einde?".

van der Kooy, J., J. Poeran, et al. (2011). "Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies." Obstetrics & Gynecology **118**(5): 1037.

van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., N. Nijland, et al. (2011). "A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies." Journal of Medical Internet Research **13**(4).

Van Rijen, A. (2005). Internetgebruiker en veranderingen in de zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Verhoeven, F. (2009). When staff handle staph: user-driven versus expert-driven communication of infection control guidelines, University of Twente.

Wildschut, H., E. VLIRT-LACHOTZKI, et al. (2006). "Preconceptiezorg: een onlosmakelijk onderdeel van de zorg voor moeder en kind." Nederlands tijdschrift voor geneeskunde **150**(24): 1326-1330.

7. Bijlagen

Bijlage 1: Overzicht zoekproces literatuuronderzoek

Zoekmachine	Keyword	Gevonden literatuur	Uitkomsten
Google Scholar	eHealth + Perinatale Zorg	Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Poeran V, Steegers EAP. Lijnen in de perinatale sterfte. Signalementstudie 'Zwangerschap en Geboorte' 2010. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.	De perinatale zorg is van invloed op het verdere leven kind, ook ver na geboorte. Het perinatale sterftecijfer in Nederland is slecht, in vergelijking met omringende landen in Europa. Factoren van invloed op sterftecijfer in Nederland: risicoselectie, opzet van zorgsysteem, toegankelijkheid en bereikbaarheid, afwachtend preventieve houding.
Google Scholar	Ehealth + Health Care	Black, A. D., J. Car, et al. (2011). "The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview." <u>PLoS Medicine</u> 8(1): e1000387.	Perinatale sterfte is de sterfte van een kind na de 22 ^e week van de zwangerschap, of kort na de geboorte (binnen een week). De impact van het gebruik van eHealth, ter verbetering van de kwaliteit van de zorg, is laag. Het effect van eHealth is nog nauwelijks aangetoond
Google Scholar	eHealth + Gezondheidszorg	Mikolajczak, J., J. Keijsers, et al. "eHealth Analyse en SturingsInstrument (eASI)." <u>TSG: tijdschrift voor gezondheidswetenschappen</u> : 1-5	Internet is een middel dat zich goed leent voor eHealth. Mensen kunnen met eHealth producten namelijk thuis achter de computer bezig gaan met aangeboden informatie.
Google Scholar	eHealth + Model + Health Care	Van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., N. Nijland, et al. (2011). "A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies." <u>Journal of Medical Internet Research</u> 13(4).	Dit artikel biedt een frame om een eHealth applicatie te ontwerpen, implementeren en evalueren.
Google Scholar	eHealth + Model + Health Care	Nijland, N. (2011). <u>Grounding eHealth: towards a holistic framework for sustainable eHealth technologies</u> , University of Twente.	Onderzoek naar de kritieke factoren van de ontwikkeling van duurzame eHealth technologieën.
Google Scholar	Health care + quality + internet + self care	Forkner-Dunn, J. (2003). "Internet-based patient self-care: the next generation of health care delivery." <u>Journal of Medical Internet Research</u> 5(2)	Nieuwe e-technologie (zoals eHealth) is een invloedrijke kracht, bijvoorbeeld bij het (medische) zelfmanagement en gezondheidsgedrag van de patiënt.

Google Scholar	Technologie + eHealth	Sorbi, M. J. and H. Riper (2009). "E-Health-gezondheidszorg via internet." <u>Psychologie & Gezondheid</u> 37(4): 191-201.	eHealth belooft kansen voor het vergroten van kwaliteit en beheersen van de kosten in de gezondheidszorg. Het lijkt erop dat internetinterventies zelfs dezelfde effectiviteit heeft als face-to-face interventies.
Google Scholar	Technologie + eHealth + gezondheidszorg	Huson, A., L. Nordeman, et al. (2008). "Technologische ontwikkelingen in de GGz: e-mental health en substituties nader bekeken." <u>Stichting Pandora</u> .	Een nadeel van de digitalisering dat er sprake komt van een 'digitale kloof': een kloof tussen degenen die wel kunnen profiteren van digitale en degenen die dit niet kunnen. Nederland kent een hoge mate van digitalisering, maar toch zijn er groepen die geen of erg beperkt toegang hebben tot internet.
Google Scholar	Technologie + gezondheidszorg	Irsel, H., H. Lugt, et al. (2006). "Patiëntgerichte i-zorg voor chronisch zieken." <u>Informatie</u> (7): 46	Factoren van invloed op het sterftecijfer in Nederland: een reistijd van >20min. tijdens de bevalling, laat beginnen met prenatale zorg (bij een zwangerschapsduur van 18 weken of meer) en een lage sociaal economische status.
Google Scholar	Gezondheidszorg + Internetgebruik	Van Rijen, A. (2005). <u>Internetgebruiker en veranderingen in de zorg</u> , Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.	Een onderzoek onder internetgebruikers dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg liet uitvoeren naar het gebruik van het internet in relatie tot veranderingen in de zorg. Een van de uitkomsten is dat een toenemend aantal mensen informatie op internet zoekt, voorafgaand aan een doktersbezoek.
Google Scholar	Perinatale sterfte	Mohangoo, A., S. Buitendijk, et al. (2008). "Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie." <u>Nederlands tijdschrift voor geneeskunde</u> 152(50): 2718-2727	Op dit moment is de perinatale sterfte in Nederland hoger dan in omringende landen en ook minder snel daalt.
Google Scholar	Perinatale Sterfte Nederland	Van der Erf, R. (2012). "Groei beroepsbevolking EU ten einde?".	Artikel uit 'Demos', een uitgave van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut. Uit dit artikel blijkt onder andere dat er niet altijd tijdig en adequaat wordt gecommuniceerd tussen de verschillende lijnen binnen de perinatale zorg.

Google Scholar	Zorgproces Perinatale Zorg	Ensing, E. (2010). <u>De veranderende verhoudingen binnen de eerste-en tweedelijns verloskundige zorg in Nederland</u> , Erasmus University.	Op zorginhoudelijke aspecten moeten de eerstelijns verloskundigen meer met elkaar gaan samenwerken. Door onderzoeksresultaten en de kringresultaten met elkaar te bespreken kan men de kwaliteit van zorg verbeteren.
Google Scholar	Risicoselectie Perinatale Zorg	Franx, A. (2011). "Lijn der verwachting." (http://igitur-archive.library.uu.nl/med/2011-1117-200615/www lijnderverwachting.nl.pdf)	In welke lijn vrouwen worden behandeld, wordt bepaald door de risico's binnen de zwangerschap. De overdracht tussen lijnen is onaangenaam en soms zelf traumatiserend voor vrouwen. De huidige risicoselectie werkt niet goed.
Google Scholar	Risicoselectie Perinatale Zorg	Achterberg, P. (2005). "Met de besten vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte."	Ongeveer tweederde van de sterfteverschillen zijn geassocieerd met factoren die door effectievere preventie of prenatale zorg (screening) kan worden verbeterd.
Google Scholar	Perinatal Care + Netherlands + Risk Selection	Denktaş, S., G. Bonsel, et al. (2011). "An Urban Perinatal Health Programme of Strategies to Improve Perinatal Health." <u>Maternal and Child Health Journal</u> : 1-6.	Rotterdam heeft in samenwerking met de Erasmus universiteit een programma opgezet om de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren in Rotterdam: 'Klaar voor een kind'. De meeste aandacht wordt hierbij gegeven aan de verbetering van de risicoselectie en het bereiken van laaggeschoolde – en immigrantengroepen.
Google Scholar	Perinatal Health Care + Risk + Netherlands	Van der Kooy, J., J. Poeran, et al. (2011). "Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies." <u>Obstetrics & Gynecology</u> 118 (5): 1037.	Uit een vergelijkend onderzoek onder thuisbevallingen en ziekenhuisbevallingen blijkt dat op dit moment, in de Nederlandse situatie, een geplande thuisbevalling even veilig is als een geplande ziekenhuisbevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige.
Google Scholar	Perinatale Registratie	Ravelli, A. C. J., G. C. Rijninks-van Driel, et al. (2011). "Provinciale verschillen in perinatale sterfte en reistijd tot ziekenhuis." <u>Ned Tijdschr Geneeskde</u> 155 : A2689.	Langere reistijd naar ziekenhuis tijdens baring beïnvloedt sterftecijfer.

Google Scholar	Communicatie Perinatale zorg	van Leijden, L., B. Verburg, et al. (2011). "Toelichting op het NVOG Modelprotocol'Datering van de zwangerschap'." <u>Tijdschrift voor Verloskundigen</u> 36(10): 15.	Model datering v/d zwangerschap: om datering van de zwangerschap overeen te laten komen bij de eerste, tweede en derde lijn van de perinatale zorg.
Google Scholar	Healthcare + Access	Fortney, J. C., J. F. Burgess, et al. (2011). "A re-conceptualization of access for 21st century healthcare." <u>Journal of General Internal Medicine</u> 26: 639-647	Verbeteringen in digitale toegang (digitale eHealth technologieën) kunnen de geografische, culturele en temporele toegangsproblemen van veel patiënten verminderen. Tegelijkertijd kan deze vorm van toegang een verminderde toegang betekenen voor bepaalde patiëntgroepen.
Google	Prenatale zorg + Internetapplicatie	Wildschut, H., E. VLIRT-LACHOTZKI, et al. (2006). "Preconceptiezorg: een onlosmakelijk onderdeel van de zorg voor moeder en kind." <u>Nederlands tijdschrift voor geneeskunde</u> 150(24): 1326-1330.	Veel factoren die een ongunstige invloed kunnen hebben op de zwangerschapsuitkomst zijn al vóór de zwangerschap bekend. Voorafgaand aan de zwangerschap kunnen hiertegen maatregelen worden getroffen. Een goede risicoselectie is op dit moment mogelijk met behulp van gevalideerde vragenlijsten die via internet zijn in te vullen(www.zwangerwijzer.nl). Bij gebleken risico's voor de aanstaande moeder of het kind wordt de respondent geadviseerd nadere informatie in te winnen bij de huisarts of de verloskundige.
Google Scholar	Quality + Health System	America, I. o. M. C. o. Q. o. H. C. i. (2001). <u>Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century</u> , National Academies Press.	Boek over het Amerikaanse zorgsysteem. Worden zes indicatoren beschreven die de kwaliteit van de zorg meten, namelijk; veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en de toegankelijkheid van de zorg
Google Scholar	Perinatale sterfte + thuisbevalling	Mol, B., A. de Jonge, et al. (2010). "Hoge babysterfte niet door thuisbevalling." <u>Medisch Contact</u> 65(45).	Onderzoek naar de invloed van de thuisbevalling op het hoge sterftecijfer in Nederland. Het blijkt dat de thuisbevalling hier geen negatieve invloed op heeft.
Google Scholar	Control Guidelines + Health Care	Verhoeven, F. (2009). When staff handle staph: user-driven versus expert-driven communication of infection control guidelines, University of Twente.	Onderzoek naar online protocollen voor MRSA-infectie, voor gebruik van ziekenhuispersoneel. Deze online protocollen blijken gewaardeerd door het ziekenhuis personeel.

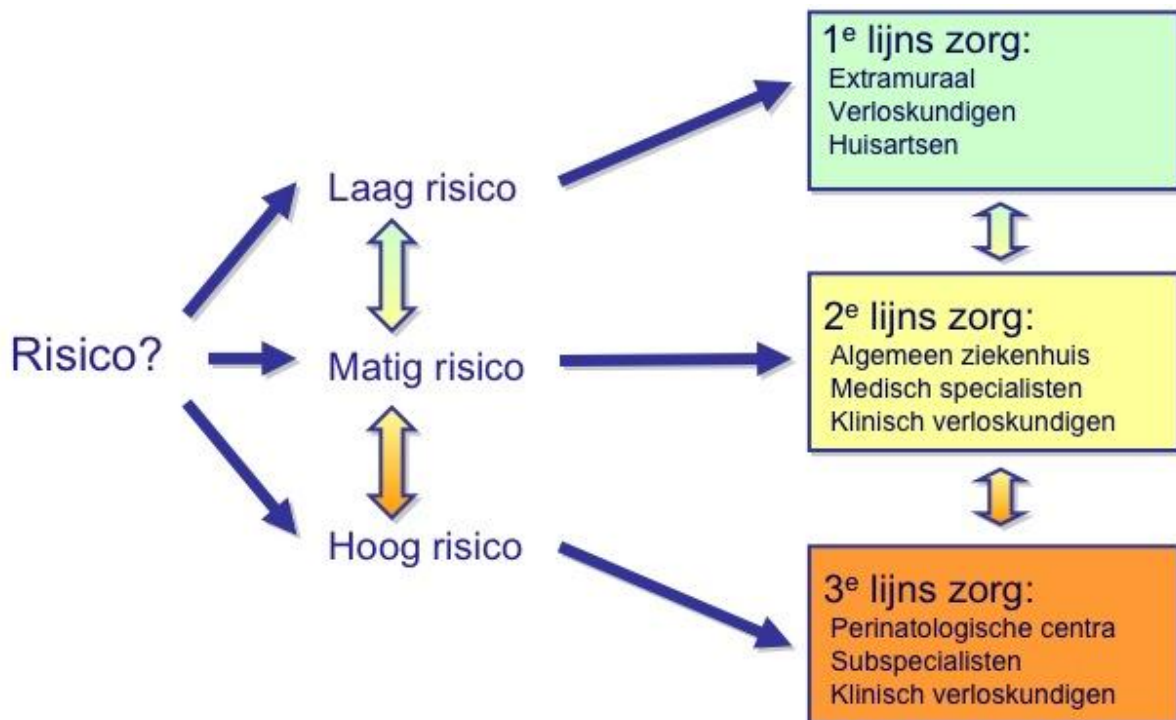
Bijlage 2: Overzicht zoekproces bureauonderzoek

Zoekmachine	Keyword	Gevonden bestanden/programma's etc.	Uitkomsten
Google	Zorgproces Perinatale Zorg	http://www.perinatreg.nl/	
Google	Definitie substandaard	http://auditvisitatie.ahmas.nl/modules/pages/ahmas.php/view.php?id=26417&rev=-1	Een substandaard factor is een gebeurtenis in het zorgproces, waarbij de zorg in ongunstige zin afwijkt van de richtlijnen, standaarden, protocollen, afspraken tussen beroepsgroepen, gangbare zorg en expert opinion, en die de potentie heeft de uitkomst van het zorgproces negatief te beïnvloeden.
Google	Klaar voor een kind	http://www.klaarvooreenkind.nl/nl/home	Klaar voor een Kind is een programma van de gemeente Rotterdam. Het wordt gecoördineerd door de GGD Rotterdam-Rijnmond en het Erasmus MC. GGD Rotterdam-Rijnmond en Erasmus MC werken met diverse andere partijen samen om alle Rotterdamse baby's een gezonde start te geven.
Google	Healthy Pregnancy 4 All	http://www.erasmusmc.nl/perskamer/archief/2011/3496930/	Naar voorbeeld van het Rotterdamse programma dat is gericht op het terugdringen van ongewenste zwangerschapsuitkomsten is op 23 november een landelijk project gestart onder de naam "Healthy Pregnancy 4 All". Gedurende het project worden in veertien Nederlandse gemeenten experimenten uitgevoerd met als uiteindelijk doel het verbeteren van de zorg rondom de zwangerschap.
Google	Perinatale Registratie Nederland	http://www.perinatreg.nl/	Informatie over de Perinatale Registratie binnen Nederland
Google	College Perinatale Zorg	http://www.collegepz.nl/organisatie http://www.collegepz.nl/organisatie/Multi-media/Get/595	Tweede link: Plan van aanpak
Google	Perinatale Audit Nederland	http://publ.nidi.nl/demos/2012/demos-28-04.pdf	Geven aan dat de samenwerking tussen de verschillende disciplines is verbeterd, mede door Perinatale Registratie Nederland (PRN); wordt alle informatie over zwangerschap en bevalling in vastgelegd. Een andere samenwerking is het verloskundig consortium: zij doen gezamenlijk onderzoek naar aandoeningen en behandelingen die met zwangerschap en bevalling te maken hebben.

Google	Zwanger en dan?	http://www.zwangerschapsforum.nl/index.php?module=pagesetter&func=viewpub&id=8&pid=52	Stappen tijdens zwangerschap: Zwangerschapstest. Afspraak huisarts Week 8: afspraak verloskundige maken Tussen week 6 en 12: eerste prenatale controle (verwijsbrief voor bloedonderzoek) Tot 28^e week maandelijkse controle
Google	Voorschriften risicoselectie perinatale zorg	http://www.knov.nl/voor-verloskundigen/richtlijnen-gedragscodes-en-werkafspraken/knov-standaarden/prenatale-verloskundige-begeleiding/	Verbetering moet vooral gezocht worden in de afstemming van de zorgverlening en informatievoorziening op de wensen en behoeften van de cliënt.
Google	Erfocentrum	Erfocentrum.nl Zwangernu.nl	Via erfocentrum.nl en zwangernu.nl een aantal folders' gevonden. 'Zwanger! over het algemene zorgproces tijdens de zwangerschap (controles etc.)', 'De vlokcentest' en 'De vruchtwaterpunctie' over vervolgonderzoek.
Google	Samenwerking + Communicatie + Lijnen + Prenatale Zorg	http://thesis.eur.nl/theses/medicine_health/index/873977775/	Een scriptie over de samenwerking tussen de verschillende lijnen binnen de perinatale zorg. Hieruit bleek ook dat de communicatie tussen de verschillende lijnen niet altijd goed verloopt, hier is verbetering mogelijk.
Google	Onderzoek samenwerking perinatale zorg	http://www.goedgeboren.nl/netwerk/h/209/0/664/Rapporten/Van-samen-werken-naar-samenwerken--EUR--2010-	Via de website van het college van de Perinatale Zorg, kwam ik bij de masterscriptie van Morssinkhof. Uit dit onderzoek blijkt onder andere dat de communicatie tussen de verschillende zorglijnen niet goed verloopt.
Google	Perinataal Webbased Dossier	http://www.nictiz.nl/page/Expertise/JGZ-en-Perinatologie/Perinatologie-in-twee-fasen	Op deze website wordt het ontwerp en gebruik van het Perinataal Webbased dossier tot nu toe, uitgelegd.
Google	Protocollen Screening Perinatale Zorg	http://www.nvog-documenten.nl	Op deze website staan erg veel richtlijnen, kwaliteitsnormen en protocollen voor de perinatale zorg.
Google	Voortgang College Perinatale Zorg	http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/06/30/brief-over-voortgang-college-perinatale-zorg.html	Dit is een brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waarin de voortgang van het College Perinatale Zorg (PZ) wordt gerapporteerd.
Google	Adviesrapport Stuurgroep	http://www.knov.nl/nieuws/eindadvies-stuurgroep-zwangerschap-en-geboorte/	Dit is het adviesrapport van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Hierin worden adviezen gedaan voor het verbeteren van de perinatale zorg.
Google	Onderzoek Patiëntportalen Nederland	http://www.nictiz.nl/page/Publicaties?mod[360][i]=498&mod[360][search_type]=titel&mod[360][search_for]=portalen	Een inventarisatie van de, in 2011 bestaande, online zorgportalen in Nederland.

Bijlage 3: Risicobepaling in de perinatale zorg

In figuur 1 wordt aan de hand van het risico bepaald in welke lijn de zwangere wordt behandeld en geholpen. De vraag die hierbij oprijst, is op welke manier deze risico's worden bepaald. In deze paragraaf zal deze risicobepaling nader worden onderzocht. Allereerst zal worden onderzocht hoe in de eerstelijnszorg de risico's van de zwangerschap worden bepaald. Verder zal worden gekeken welke methodes de tweedelijnszorg gebruikt om de risico's bij de zwangerschap te bepalen. Als laatste wordt onderzocht bij welke indicaties de zwangere wordt overgeplaatst naar de derdelijns zorg.



Figuur 1: Overdracht tussen de zorglijnen vanwege veranderend risico.

Uit 'Lijn der verwachting' door A. Franx, 2011, Utrecht.

Eerstelijnszorg: risicobepaling traject bij de verloskundige

Nadat de zwangerschap is vastgesteld, maakt de zwangere een afspraak met de verloskundige. Er zal dan tussen de achtste en twaalfde week een eerste controle worden uitgevoerd. Bij de eerste controle, de anamnese, worden de volgende onderwerpen besproken met de zwangere:

- Algemene anamnese: Hierbij gaat het over zaken als de leefomstandigheden, de leeftijd en aandoeningen (gezondheid) van de zwangere.
- Familieanamnese: Er wordt besproken of er in de familie van de zwangere, of in de familie van haar partner bepaalde ziekten of aandoeningen voorkomen.
- Obstetrische anamnese: Verloskundige zaken, zoals het aantal zwangerschappen dat de zwangere al heeft gehad, de duur van de zwangerschap, de uitgerekende datum van bevalling etc.

- Actuele anamnese: Hierbij komen vragen aan bod over de gewenstheid van de zwangerschap, problemen op dit moment, wensen met betrekking tot de bevalling etc. (NVOG 2002; RIVM 2011)

In 'Bijlage 11: Schema specificatie onderdelen van de anamnese bij basis prenatale zorg' is in detail te zien welke dingen specifiek worden besproken tijdens de anamnese.

Ook zal er tijdens de eerste controle een bloedonderzoek worden gedaan. Het bloed zal worden onderzocht op:

- Het hemoglobinegehalte;
- De bloedgroep (ABO, Rhesus D en Rhesus C);
- Bloedgroepantistoffen;
- Syfilis;
- Hepatitis B;
- HIV;
- Bepaling glucosewaarde (NVOG 2002; RIVM 2011).

Als laatste wordt soms tijdens de eerste controle de bloeddruk van de zwangere gemeten, en de grootte van de baarmoeder gecontroleerd (RIVM 2011).

Rond de tijd van de eerste controle wordt een echo gemaakt. Deze echo wordt de termijnecho genoemd. Bij deze echo wordt minimaal gekeken:

1. Naar de duur van de zwangerschap (bepaling ervan);
2. Of er sprake is van een eenling- of meerlingzwangerschap;
3. Wanneer er sprake is van een meerlingzwangerschap; of er sprake is van een monochoriale (eeneiige) of dichoriale (tweeeiige) meerlingzwangerschap;
4. Of het hartje van het kind klopt (NVOG 2009; RIVM 2011).

Tijdens de eerste helft van de zwangerschap vinden de controles bij de verloskundige maandelijks plaats. Deze controles lopen op tot wekelijkse controles aan het einde van de zwangerschap. Tijdens deze controles wordt in ieder geval gekeken naar de volgende zaken:

1. Controle van de groei van de baarmoeder;
2. Meting van de bloeddruk;
3. Vanaf de derde maand wordt de hartslag van het kind gecontroleerd;
4. In de laatste maanden wordt de ligging van het kind gecontroleerd;
5. In de laatste weken wordt gecontroleerd of het hoofd van het kind is ingedaald (RIVM 2011).

Tweedelijnszorg

Wanneer er bepaalde ongeregeldeheden zijn opgemerkt in de zwangerschap, door de verloskundige (bepaalde risico's), kan de verloskundige de zwangere doorverwijzen. Zij zal dan tijdens het verdere zorgproces worden behandeld in de tweedelijnszorg. Zie ook Figuur 2.

In de tweedelijnszorg wordt gebruik gemaakt van zorgpaden. Deze zorgpaden zijn protocollen specifiek gericht op zwangeren met een bepaald risico of bepaalde klacht. Op deze manier is voor de professionals duidelijk welke stappen zij kunnen en moeten ondernemen tijdens een bepaalde fase van de zwangerschap. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in Bijlage 6 t/m Bijlage 10.

Er zijn verschillende onderzoeken die worden uitgevoerd door professionals in de tweedelijnszorg. Deze onderzoeken zijn: extra echografieën, structureel echoscopisch onderzoek (twintig weken echo), combinatietest, vlokcentest, vruchtwaterpunctie. Deze onderzoeken worden echter niet alleen uitgevoerd door de tweedelijnszorg, maar in sommige gevallen ook door professionals werkzaam in verloskundige echografie praktijken.

Extra Echografieën

Soms zijn er in de zwangerschap ongeregelgheden, waarom een extra echoscopie wordt uitgevoerd. Voorbeelden van ongeregelgheden:

- Bloedverlies in het begin van de zwangerschap;
- Twijfel over de groei en grootte van het kind;
- Wanneer via uitwendig onderzoek moeilijk de ligging van het kind is te bepalen (RIVM 2011).

Bij deze echo wordt minimaal gekeken naar:

1. Een eenling- of meerlingzwangerschap;
2. De aanwezigheid van hartactie van het kind;
3. De ligging van het kind;
4. De ligging van de placenta;
5. De hoeveelheid vruchtwater; deze wordt beoordeeld;
6. De foetale biometrie (meetbare eigenschappen bij de foetus) (NVOG 2009).

Structureel echoscopisch onderzoek (twintig weken echo)

De zwangere kan zelf kiezen of ze een SEO (Structureel Echoscopisch Onderzoek) wil laten uitvoeren. Het hoofddoel van dit onderzoek is te bepalen of er sprake is van een open rug of een open schedel bij het kind (NVOG 2009; RIVM 2011). Daarnaast wordt er gekeken naar afwijkingen als een waterhoofd, hartafwijkingen, breuk(en) of gat(en) in het middenrif, breuk(en) of gat(en) in de buikwand, afwezigheid of afwijking van de nieren, afwijkende ontwikkeling van de botten, afwijkingen van armen of benen (RIVM 2012).

Combinatietest

Met de combinatietest wordt vroeg in de zwangerschap (tussen de negende en veertiende week van de zwangerschap) onderzocht of het kind een verhoogde kans heeft op het syndroom van Down (RIVM 2011). Het onderzoek bestaat uit een combinatie van twee onderzoeken:

- Tussen de negende en veertiende week van de zwangerschap wordt er een bloedonderzoek gedaan bij de zwangere.

- Tussen de elfde en de veertiende week van de zwangerschap wordt een echografisch onderzoek gedaan. Hierbij wordt de dikte van de nekplooï van het kind gemeten. Deze nekplooï is een laagje vocht onder de huid van de nek. Hoe dikker de nekplooï is, hoe groter de kans het kind heeft op het syndroom van Down (RIVM 2011; RIVM 2012).

De uitslag van de combinatietest is de kans dat het kind het syndroom van Down heeft. Deze kans wordt berekend met behulp van het bloedonderzoek, de dikte van de nekplooï, de duur van de zwangerschap en de leeftijd van de zwangere. Naast de kans op het Syndroom van Down, geeft dit onderzoek ook informatie over de kans dat het kind het Patau-syndroom, of het Edwardssyndroom heeft (RIVM 2011; RIVM 2012).

Wanneer er sprake is van een verhoogde kans op een van bovengenoemde syndromen, wordt er vervolgonderzoek aangeboden, namelijk een vlokcentest of een vruchtwaterpunctie (RIVM 2011; RIVM 2012).

Vlokcentest

De vlokcentest is een vervolgonderzoek dat wordt uitgevoerd wanneer er sprake blijkt van een verhoogd risico op bijvoorbeeld het Syndroom van Down. Bij deze test wordt een stukje weefsel van de placenta weggenomen (RIVM 2012). Dit wordt gebruikt om DNA- of chromosomenonderzoek te verrichten. De placenta bevat namelijk hetzelfde DNA als de foetus (Erfocentrum 2008a). De vlokcentest wordt uitgevoerd tussen de elfde en veertiende week van de zwangerschap (RIVM 2012).

Het weefsel wordt weggenomen door een naald, die door de huid en de buikwand gaat, door de baarmoederwand en in de placenta. Tegelijkertijd wordt een echografie gedaan, zodat de arts de plaats van de naald kan volgen. Ook kan het weefsel worden weggenomen door een buisje via de vagina (Erfocentrum 2008a).

Er wordt gebruik gemaakt van een vlokcentest, wanneer:

- De leeftijd van de moeder, bij 18 weken zwangerschap, 36 jaar is, of ouder;
- Er een verhoogd risico is na NT (nekmeting echo);
- Eerder kind met chromosomale afwijking;
- Wanneer DNA-onderzoek nodig is (Zie ook Bijlage 4)

Vruchtwaterpunctie

Bij deze test wordt er vruchtwater uit de baarmoeder weggenomen. Dit wordt gedaan met behulp van een naald, die door de buikwand gaat. Dit vruchtwater bevat het DNA van de foetus en op deze manier kunnen de chromosomen van de foetus worden onderzocht op afwijkingen. De vruchtwaterpunctie wordt rondom de zestiende week van de zwangerschap uitgevoerd. Bij deze test wordt specifiek getest op bepaalde aandoeningen. Er is geen algemene test voor alle aandoeningen (Erfocentrum 2008b)

Er wordt gebruik gemaakt van een vruchtwaterpunctie, wanneer:

- De leeftijd van de moeder, bij 18 weken zwangerschap, 36 jaar is, of ouder;
- Er een verhoogd risico is na NT (nekmeting echo);

- Er een echoscopische afwijking is ontdekt;
- Intra-uteriene Vruchtdood (IUVD) in voorgeschiedenis; dit houdt in dat de foetus is overleden, vanaf de 16^e zwangerschapsweek;
- Eerder kind met chromosomale afwijking (Zie ook Bijlage 4)

Derdelijnszorg: indicaties voor overplaatsing

Vanuit de tweedelijnszorg wordt de zwangere doorverwezen naar de derdelijnszorg, een perinatologisch centrum, wanneer er bepaalde indicaties bij de zwangerschap zijn. Bij de volgende indicatie wordt de zwangere opgenomen in een perinatologisch centrum:

- Bij ernstige obstetrische (verloskundige) complicaties.
- Wanneer het kind moet worden opgenomen in een perinatologisch centrum, is de opname van de moeder van belang, voor de moeder-kind relatie en het geven van borstvoeding.
- Bij de geboorte van een kind, met zwangerschapsduur tussen de 24 en 32 weken, of het geboortegewicht lager wordt geschat dan 1250 gram, is het van belang dat de geboorte plaatsvindt in een perinatologisch centrum.
- Bij een tevoren bekende foetale afwijking die subspecialistische diagnostiek en/of behandeling direct na de geboorte of in de eerste levensdagen noodzakelijk maakt, is het van belang dat de geboorte plaatsvindt in een perinatologisch centrum, dat over de benodigde faciliteiten en expertise beschikt (NVOG 2007).

Bijlage 4: Indicaties structurele echoscopie (Medisch Spectrum Twente)**INDICATIES STRUCTURELE ECHOSCOPIE****GROEP I:**

Risiko op een afwijking (30 minuten)

Gemelli (60 minuten)

- Eerder kind met afwijkingen bij één van de ouders;
- Familie anamnese; zie overige risico's;
- Insuline afhankelijke diabetes van patiënte;
- Gebruik anti-epileptica van patiënte;
- Gebruik methadon van patiënte;
- Neuraalbuisdefect 1^e en 2^e graads risico;
- Overige risico's:
Hiervoor geldt de volgende afspraak (uitgaande van de foetus):
1 x 1^e graad = broertjes, zusjes, vader en moeder
2 x 2^e graad = ooms, tantes, grootouders
3 x 3^e graad = neven, nichten, oudooms en oudtantes

De risico's waarvoor het geldt zijn:
 - hartafwijking
 - hazelip
 - nierafwijking
 - klompvoetjes
 - multipele congenitale afwijkingen

GROEP II:

Verdenking op een afwijking (60 minuten)

Echo-afwijking (60 minuten)

- Negatieve dyscongruentie (> 2 weken lager dan verwacht);
- Positieve dyscongruentie (> 2 weken hoger dan verwacht);
- Anhydramnion of oligohydramnion;
- Polyhydramnion;
- Foetale hartritmestoornissen;
- Elders geconstateerde afwijkingen:

Buikwanddefecten	Nierafwijkingen
Multipele congenitale afwijkingen	Hartafwijkingen
Maag-darm afwijkingen	Skelet afwijking
Neuraalbuisdefect	Foetale tumor
Hydrops foetalis	T.T.S.
C.Z.S. afwijking	Longafwijking
Hygroma colli/ NT	

STRUCTURELE ECHOSCOPIE

1.1 Afspraak maken.

1.2 Afspraak maken voor vervolg echo.

1.3 Voorbereiden van het spreekuur.

1.4 Declareren.

Ad 1.1: Afspraak maken.

- Controleer eerst of er een indicatie is voor een structurele echo, zie bijlage 1 (pas op bij NBD, daarbij hoeft het maar 1x eerste **of** tweede graads voor te komen en geldt de regel 1x1, 2x2 en 3x3 niet).
- Maak de afspraak tussen de 18 en 20 weken. Het liefst zo laat mogelijk afspreken. Als het te vroeg is zijn er soms organen zoals het hart niet te beoordelen (bij hartafwijkingen dan ook altijd afspreken rond de 20 weken en niet eerder).
- Vul de gegevens in die in de klapper vermeldt staan. Het programma begint om 13.30 uur, de plek van 13.00 uur wordt alleen ingevuld als het niet anders kan en spoed echo's moeten om 15.00 afgesproken worden als er ergens anders geen plek meer is. Programma zie bijlage 2.
- Als de patiënt in het ziekenhuis opgenomen is, zet dan bij de afspraak op welke afdeling ze ligt.
- De tijd die nodig is voor een echo:
Groep I : 30 minuten (gemelli 60 minuten):
 - Wanneer de indicatie tot stand gekomen is door afwijkingen in de familie;
 - vervolg echo;Groep II: 60 minuten
 - Wanneer er een afwijking is gevonden bij de baby;

Bijlage 5: Invasieve prenatale diagnostiek (Medisch Spectrum Twente)

INVASIEVE PRENATALE DIAGNOSTIEK

Indicatie vruchtwaterpunctie:

- *Leeftijd - bij 18 weken zwangerschap 36 jaar of ouder
- *Verhoogd risico na NT (nekmeting echo)
- *Echoscopische afwijking
- *IUVD in voorgeschiedenis
- *Eerder kind met chromosomale afwijking

Indicatie vlokcentest:

- *Leeftijd
- *Verhoogd risico na NT
- *Eerder kind met chromosomale afwijking
- *DNA-onderzoek (CF, Duchenne, fragiele-X syndroom, enz.)

Bij twijfel over indicatie: overleggen met Quartero, Brons of Poeschmann

AFSPRAKEN

Bij vlokcentest in principe eerst AD gesprek bij Quartero, Brons of Poeschmann
Liefst rond 9 weken zwangerschap
Vlokcentest op leeftijdsindicatie mag afgesproken worden als patiënt gecounseld is door verwijzer of eerder vlokcentest heeft gehad.

Verwijzer:

- *gynaecoloog intern
- *gynaecoloog extern
- *verloskundige
- *huisarts (soms)
- *klinisch geneticus (soms)

Afspreken op POK, dinsdagochtend.

Eerst de vlokcentesten, dan vruchtwaterpuncties. Tijd per punctie 15 minuten.

Gemelli dubbele tijd!

Als er nog geen vlok staat, eerste VWP om 9 uur plannen.

Programma moet uiteindelijk aansluiten.

Vlokcentest vanaf 11 weken (Dr. Q prikt vanaf 10+5)

Tot ca. 13 weken (daarna is een VWP vaak handiger)

VWP: tussen 15+5 en 16+5

Termijn bepalen dmv termijnecho + AT datum.

Afspraak maken in X-care. Vermelden: G, P, A.

AT datum

Verwijzer

Bloedgroep

Indicatie

Vlokkentest: 11

VWP: 12

Bij afspraak in X-care verwijzer aanpassen (E verlos, E specialist, S specialist)

Tijdsduur 30 minuten veranderen in 15 minuten, voorkeur alle.

Bij nieuwe patiënt PK-nummer aanmaken.

VOORBEREIDEN

POK-programma met VWP en vlokkentesten 3 keer uitprinten.

Dit programma uiterlijk maandagochtend faxen naar

Cytogenetica: 4873920

Nijmegen: 024-3668751

Zorg dat op deze uitdraai alle indicaties duidelijk genoteerd zijn!

Bij bijzondere afname's zo vroeg mogelijk faxen (dit i.v.m vervoer dat geregeld moet worden)

ASTRAIA

Zie bijlage invoeren vruchtwaterpuncties / vlokkentesten in Astraia.

Per patiënt de ingevoerde gegevens 2 keer printen (bij gemelli ieder kind apart, dus 2 keer 2 printen)

Op 1 print van het programma VWP aangeven, deze met uitdraaien Astraia in ordner CVB/AP stoppen onder VWP.

En op 1 print van het programma vlokkentesten aangeven en met uitdraaien Astraia onder vlokkentesten opbergen.

Programma voor POK /echo voorbereiden.

Per patiënt: Uitdraai Astraia

Follow up formulier: met naamsticker er op en datum punctie

Retourenvelop

3 extra naamstickers

Vragenlijst cytogenetica Nijmegen (tijdelijk?)

Dit pakketje met uitdraai programma in de kast leggen (wordt opgehaald door echo)

Bijlage 6: Zorgpad bij zwangere met BMI>30 (Medisch Spectrum Twente)

Medisch Spectrum Twente

Fase 0:

- Afspraak voor termijnecho en counseling
- Zorgpad invoegen
- Afspraak spreekuur

Patiëntgegevens /ponsplaatje

Fase 1: 9 weken zwanger

9wk termijnecho is verricht en counseling is gegeven. Patiënt heeft een vervolg afspraak bij de gynaecoloog voor week 10

Fase 2: 10 weken zwanger

Termijnecho is besproken, patiënt heeft besluit genomen wel/geen combitest. Wel: Afspraak is gemaakt voor combitest en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Niet: afspraak is gemaakt voor 12 weken echo en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Patiënt heeft een vervolg afspraak bij gynaecoloog na de combitest/ 12 weken echo.

Fase 3: 12 weken zwanger

Resultaten van combitest en overige onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (20/40) en SEO/GUO is gepland

Fase 4: 20 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (25/40)

Fase 5: 25 weken zwanger

Resultaten van onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (30/40) Voor Rh-D negatieve patiënt/ Rh-c negatieve patiënt is lab order geplaatst voor 27^e week. (niet eerder dan 27 weken) 30 weken-echo is gepland.

Fase 6: 30 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (33/40) Rhesus D-negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (33/40) Afspraak volgende echo is gemaakt.

Fase 7: 33 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken, informatiefolders zijn gegeven en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (36/40) Afspraak volgende echo is gemaakt

Fase 8: 36 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (38/40) Wijze van bevallen is afgestemd.

Fase 9: 38 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (40/40) Afspraak volgende echo is gemaakt

Fase 10: 40 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (41/40)

Fase 11: 41 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op de bevalling, inleiding is gepland.

Soort Document:		Code:		
Zorgpad				
Onderwerp/titel:				
Zwangerschap BMI > 30				
Dienst/afdeling:				
Polikliniek gynaecologie				
Versie:	Status:	Datum:	Pagina	Aantal bijlagen:
6	Definitief	06-09-2011	1 van 12	

Fase 1: 9 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Financieel secretaresse	DBC-V41 openen		0
		Echoscopist	Counseling t.a.v. testen: nekplooimeting en serumscreening (combitest risicobepaling syndroom van Down) en SEO/GUO		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Termijn echo		0
Voorlichting		Echoscopist	Folders meegeven: • Zwanger! Algemene informatie • Informatie over screening op Downsyndroom • Informatie over Structureel Echoscopisch Onderzoek		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van counseling en echo in Astraia		0
Extra activiteit			Echo Lab		0
					0
Variantierapportage					

Resultaat	9wk termijnecho is verricht en counseling is gegeven Patiënt heeft een vervolg afspraak bij de gynaecoloog voor week 10
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 2: 10 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige	Anamnese, resultaten termijnecho		0
		Anios	bespreken, checken of patiënt informatie		
		Aios	heeft begrepen van de counseling,		0
		Gynaecoloog	besluit patiënt bespreken Combitest	0	0
			SEO	0	0
			Risico analyse	0	0
			Indicatie echo		0
Onderzoek / metingen		Verloskundige	RR (brede band-!), lengte en gewicht		0
		Anios	(BMI >35) ja/nee		0
		Aios	Lab: 12 ^e week ,		
		Gynaecoloog	Combitest Ja/Nee : CRL vermelden !! op formulier 1 order plaatsen! • Order 12 ^e week screening (inclusief Rh-c –antigeen)(Hb HT, glucose, kreat, Rubella) zonodig ook Combitest		
Randvoorwaarden		Verloskundige	Verslaggeving huisarts maken		0
		Anios	Registratie van counseling in Astraia		0
		Aios			
		Gynaecoloog			
		Secretaresse	Check labaanvraag: 12 ^e week / combitest	0 0	0 0
			Aanvraag: echo combitest		0
			Aanvraag : 12 weken echo		0
			Inplannen op zwangeren bespreking		0
			Controle moment 12 ^e week plannen		
Extra activiteit			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Termijnecho is besproken, patiënt heeft besluit genomen wel/geen combitest. Wel: Afspraak is gemaakt voor combitest en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Niet: afspraak is gemaakt voor 12 weken echo en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Patiënt heeft een vervolg afspraak bij gynaecoloog na combitest/12 weken echo.
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 3: 12 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige	Combiteest/12 weken echo en	0	0
		Anios	laboratoriumonderzoek worden		0
		Aios	besproken.		0
		Gynaecoloog	Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen			Invasieve diagnostiek		
		Echoscopist	Combiteest/12 weken echo		0
		Verloskundige	RR		0
		Anios	Afspreken SEO		0
Voorlichting		Aios	Afspreken GUO		0
		Gynaecoloog			
		Secretaresse	Folders meegeven		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Verloskundige	Zwangerschapsverklaring		0
		Anios	Aanvraag SEO/ GUO regelen		
		Aios			
Extra activiteit		Gynaecoloog			0
		Secretaresse	Controlemoment 20 ^e week plannen		0
Variantierapportage			Echo		0
			Lab		0

Resultaat	Resultaten van combiteest en overige onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (20/40) en SEO/GUO is gepland.
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 4: 20 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken		0
		Anios	Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
		Aios	Checken of kraamzorg is aangevraagd		0
		Gynaecoloog	Checken of verloskundige is geregeld voor kraambed		
Onderzoek / metingen		Echoscopist/Perinatoloog	SEO/GUO		0
		Verloskundige	Fundus hoogte		0
		Anios	Cor tonen		0
		Aios	RR		0
		Gynaecoloog	Glucose dagcurve en GlyHb	0	0
			Hb	0	0
Voorlichting (schriftelijk en mondeling)		Secretaresse	Folders meegeven Bevallen in het ziekenhuis		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Controle moment 25 ^e week plannen		0
Extra activiteit			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (25/40)
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 5: 25 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Resultaten van onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0 0
Onderzoek / metingen		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Fundus hoogte Cortonen RR Echo 30 weken aanvragen Lab aanvraag plaatsen indien: - screening 27^e week voor Rh-D-negatieve patiënt: foetale RhD typering en IEA Form. 27 Sanquin: E940 - screening 27^e week voor Rh-c-negatieve patiënt: screening op c-IEA en andere IEA: Form. 27 Sanquin: E948 LET OP meerling vermelden !! vanaf 27 weken niet eerder		0 0 0 0 0
Voorlichting (schriftelijk en mondeling)		Secretaresse	Meegeven - Folder bevallen in het ziekenhuis - Vragenlijst verpleegkundige anamnese		0
Randvoorwaarden		Secretaresse	Afspraak plannen info bijeenkomst zwangeren Controle moment 30 ^e week plannen, 30 weken echo plannen		0
Extra activiteiten			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten van onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (30/40) Voor Rh-D negatieve patiënt/ Rh-c-negatieve patiënt is lab order 27 ^e week geplaatst . 30 weken-echo is gepland.
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 6: 30 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken		0
		Anios	Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
		Aios			
		Gynaecoloog			
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Echo biometrie		0
		Verloskundige	Fundus hoogte		0
		Anios	Cortonen		0
		Aios	RR		0
		Gynaecoloog	SFH		0
Medicatie		Anios	Recept anti-D schrijven voor foetaal	0	0
		Aios	Rhesus positief kind		
		Gynaecoloog	Echo 33 weken aanvragen	0	0
		Doktersassistent	Rhesus D- negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten	0	0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Echo 33 weken plannen		0
			Controle moment 33 ^e week plannen		0
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (33/40) Rhesus D-negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten Volgende echo is gepland
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 7: 33 weken zwanger

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0 0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie		0
		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Fundushoogte Cortonen RR Echo 36 weken aanvragen		0 0 0
Voorlichting		Secretaresse	Folders meegeven - Pijnbestrijding tijdens bevalling - Het inleiden van de bevalling - Hielprik		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Echo 36 weken plannen Controle moment 36 ^e week plannen		0 0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken, bovenvermelde informatie is gegeven en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (36/40). Volgende echo is gepland
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 8: 36 weken
Datum:

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken	0	0
		Anios	Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
		Aios			0
		Gynaecoloog	Wijze van bevallen bespreken Indien sectio: start zorgpad electieve sectio		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie		0
		Verloskundige	Fundushoogte		0
		Anios	Cortonen		0
		Aios	RR		0
Voorlichting (schriftelijk en mondeling)		Verloskundige	Complicaties bespreken		0
		Anios	Besprek modus partus		0
		Aios			
		Gynaecoloog Secretaresse	Folders meegeven: • Keizersnede		
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Controle moment 38 ^e week plannen		0
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (38/40) Wijze van bevallen is afgestemd.
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 9: 38 weken

Datum:

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken		0
		Anios	Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
		Aios Gynaecoloog		0	0
			Bespreken antistolling in het kraambed		
Onderzoek / metingen		Verloskundige	Fundus hoogte		0
		Anios	Cortonen		0
		Aios	RR		0
		Gynaecoloog	Echo 40 weken aanvragen		
Randvoorwaarden		Secretaresse	Echo 40 weken plannen Controle moment 40 ^e week plannen		0
Extra activiteiten			CTG Echo Lab		
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (40/40) Volgend echo is gepland
-----------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 10: 40 weken
Datum:

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken		0
		Anios	Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
		Aios			
		Gynaecoloog			
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Doppler/AFI		0
		Verloskundige	Fundus hoogte		0
		Anios	Cortonen		0
		Aios	RR		0
Voorlichting (schriftelijk en mondeling)		Gynaecoloog	Serotiniteit bespreken		0
		Secretaresse	Folders meegeven • Serotiniteit		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo ??		0
			Controle moment 41 ^e week plannen		0
			Inleiding plannen???		
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (41/40)
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 11: 41 weken
Datum:

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken		0
		Anios	Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
		Aios			
		Gynaecoloog			
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Doppler/AFI		0
		Verloskundige	Fundus hoogte		0
		Anios	Cortonen		0
		Aios	RR		0
		Gynaecoloog	VT op indicatie		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Inleiding plannen		0
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op de bevalling, inleiding is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

	Naam/functie:	
Eigenaar:	J. oude Lohuis; teamhoofd polikliniek gynaecologie Dr. J. Brons; gynaecoloog	
Auteur:	Werkgroep ontwikkeling zorgpad zwangeren R. ten Vergert	
Autorisator:	Dr. J. Brons; gynaecoloog	Handtekening:
Beheerder:	J. oude Lohuis; teamhoofd polikliniek gynaecologie	Datum:
Revisiedatum: september 2012		
Voorstellen ter verbetering kunt u door middel van een e-mail kenbaar maken bij de eigenaar met vermelding van de code van het document, uw naam, afdeling en datum.		

Bijlage 7: Zorgpad bij zwangere met diabetes (Medisch Spectrum Twente)

Medisch Spectrum Twente

Fase 0:

- Afspraak voor termijnecho en counseling
- Zorgpad invoegen
- Afspraak high-risk diabetes spreekuur

Patiëntgegevens /ponsplaatje

Fase 1: 9 weken zwanger

9 wk termijnecho is verricht en counseling is gegeven. Patiënt heeft een vervolg afspraak bij de perinatoloog/internist voor week 10

Fase 2: 10 weken zwanger

Termijnecho is besproken, patiënt heeft besluit genomen wel/geen combitest. Wel: Afspraak is gemaakt voor combitest en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Niet: afspraak is gemaakt voor 12 weken echo en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Patiënt heeft een vervolg afspraak na de combitest/12 weken echo bij perinatoloog/internist op high-risk diabetes spreekuur.

Fase 3: 12 weken zwanger

Resultaten van combitest en overige onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (16 weken) op high-risk diabetes spreekuur. Afspraak is gemaakt. GUO is gepland

Fase 4: 16 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (20/40) en heeft een afspraak voor het high risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist.

Fase 5: 20 weken zwanger

Resultaten onderzoek zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (24/40) en heeft een afspraak voor het high-risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist. Volgende echo is gepland bij 24 weken

Fase 6: 24 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (28/40) en heeft een afspraak voor het high-risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist. Voor Rh-D negatieve patient/ Rh-c negatieve patient is lab order geplaatst voor 27^e week. (niet eerder dan 27 weken) Volgende echo is gepland bij 28 weken

Fase 7: 28 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemomenten (30 +32/40) en heeft een afspraak voor het high-risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist. Indien foetale RhD bekend en pos. Anti-D toegediend Volgende echo is gepland bij 32 weken.

Fase 8: 30 weken zwanger

Rhesus D-negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten

Fase 9: 32 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken, informatiefolders zijn gegeven en patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (34/40) en heeft een afspraak voor het high-risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist. Volgende echo is gepland bij 36 weken

Fase 10: 34 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (36/40) en heeft een afspraak voor het high-risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist.

Fase 11: 36 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op de bevalling of op volgende controlemoment (38/40) en heeft een afspraak voor het high risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist Volgende echo is gepland bij 38 weken

Fase 12: 38 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op de bevalling of op volgende controlemoment en heeft een afspraak voor het high risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist.

Soort Document: Zorgpad		Code:		
Onderwerp/titel: Zwangere met Diabetes				
Dienst/afdeling: Polikliniek gynaecologie				
Versie: 6	Status: definitief	Datum: 06-09-2011	Pagina 1 van 13	Aantal bijlagen:

Fase 1: 9 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Financieel secretaresse	DBC-V41 openen		0
		Echoscopist	Counseling t.a.v. testen: nekplooi meting en serumscreening (combite test risicobepaling syndroom van Down) en GUO		
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Termijn echo		0
Voorlichting		Echoscopist	Folders meegeven :		0
			• Zwanger! Algemene informatie • Informatie over screening op Downsyndroom • Informatie over Structureel Echoscopisch Onderzoek		
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van counseling en echo in Astraia		0
Extra activiteiten			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	9 wk termijnecho is verricht en counseling is gegeven Patiënt heeft een vervolg afspraak bij de perinatoloog/internist voor week 10
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 2: 10 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog/internist	Anamnese, resultaten termijnecho bespreken, checken of patiënt informatie heeft begrepen van de counseling, besluit patiënt bespreken Combiteest GUO Risico analyse Indicatie echo.....	0 0 0	0 0 0
Onderzoek / metingen		Perinatoloog	RR lengte en gewicht (BMI >35) ja/nee Lab: 12 ^e week , Combiteest Ja/Nee : CRL vermelden !! op formulier 1 order plaatsen! • Order 12 ^e week screening (inclusief Rh-c –antigeen)(Hb HT, glucose, kreat, Rubella) zonedig ook Combiteest		0 0
Randvoorwaarden		Perinatoloog Secretaresse	Verslaggeving huisarts maken Registratie van counseling in Astraia Aanvraag lab: 1 ^e trimester combiteest Aanvraag: echo combiteest Aanvraag: 12 weken echo Inplannen op zwangerenbespreking Controle moment 12 ^e week plannen in het high risk diabetes spreekuur	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0
Extra activiteit			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Termijnecho is besproken, patiënt heeft besluit genomen wel/geen combiteest. Wel: Afspraak is gemaakt voor combiteest en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Niet: afspraak is gemaakt voor 12 weken echo en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst Patiënt heeft een vervolg afspraak bij perinatoloog/internist op het high risk diabetes spreekuur na de combiteest/12 weken echo..
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 3: 12 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog/internist	Counseling en laboratoriumonderzoek worden besproken. Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Combitec/12 weken echo		0
		Perinatoloog	RR Afspreken GUO		0 0
		Internist	Lab: glyHb, fructosamine		0
Consulenten		Perinatoloog	Inschakelen diëtist (1 ^e lijn indien bekend) Controle bij oogarts regelen		0 0
		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia	0	0
Randvoorwaarden		Perinatoloog	Zwangerschapsverklaring	0	0 0
		Secretaresse	Aanvraag GUO regelen Controle moment 16 ^e week plannen		
			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten van combitec en overige onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (16 weken). Controle op high risk diabetes spreekuur is afgesproken, GUO is gepland.
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 4: 16 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog/internist	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Perinatoloog	Cortonen RR		0 0
		Internist	Lab: glyHb, fructosamine		0
Randvoorwaarden		Secretaresse	Controle moment 20 ^e week plannen		0
Extra activiteit			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (20/40) en heeft een afspraak voor het high risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist.
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 5: 20 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog/internist	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen Checken of kraamzorg is aangevraagd Checken of verloskundige is geregeld voor kraambed		0 0 0
Onderzoek / metingen		Echoscopist/perinatoloog	GUO		0
		Perinatoloog	Fundus hoogte Cortonen RR Echo 24 weken afspreken		0 0 0 0
		Internist	Lab: glyHb, fructosamine,		0
Randvoorwaarden		Echoscopist/perinatoloog	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Echo plannen Controle moment 24 ^e week plannen		0 0
Extra activiteit			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (24/40) en heeft een afspraak voor het high risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist. Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 6: 24 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog/internist	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie		0
		Perinatoloog	RR		0
			Cortonen		0
			Echo 28 weken afspreken		0
		Internist	Lab: glyHb, fructosamine		0
		Perinatoloog	Lab aanvraag plaatsen indien: - screening 27^e week voor Rh-D-negatieve patient: foetale RhD typering en IEA Form. 27 Sanquin: E940 - screening 27^e week voor Rh-c-negatieve patient: screening op c-IEA en andere IEA: Form. 27 Sanquin: E948 LET OP meerling vermelden !! vanaf 27 weken niet eerder		0
Voorlichting (schriftelijk en mondeling)		Secretaresse	Meegeven - Folder bevallen in het ziekenhuis - Vragenlijst verpleegkundige anamnese		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Echo plannen		0
			Afspraak plannen info bijeenkomst zwangeren		0
			Controle moment 28 ^e week plannen		0
Extra activiteit			Echo Lab		
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (28/40) en heeft een afspraak voor het high risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist. Voor Rh-D negatieve patient/ Rh-c-negatieve patient is lab order 27 ^e week geplaatst . Volgende echo is gepland
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 7: 28 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog/internist	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen Checken of uitslag foetale RhD typering bekend is. Indien ja en pos; recept uitschrijven Indien nee: TC voor uitslag hiervan afspreken.		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie		0
		Perinatoloog	RR Cortonen Echo 32 weken afspreken		0 0 0
		Internist	Lab: glyHb, fructosamine, TSH, FT4		0
Medicatie		Perinatoloog	Recept anti-D schrijven voor foetaal Rhesus positief kind	0	0
		Doktersassistente	Rhesus negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Echo plannen Controle moment 30 ^e week plannen		0 0
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (32/40) en heeft een afspraak voor het high risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist. Indien foetale RhD typering bekend en pos. Anti-D toegediend Volgende echo is gepland.
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 8: 30 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Medicatie		Doktersassistent	Rhesus negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten		0
Variantierapportage					

Resultaat	Rhesus negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag heeft anti- D gehad
-----------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 9: 32 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog/internist	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie/ AFI		0
		Perinatoloog	RR Cortonen		0 0
		Internist	Lab: glyHb, fructosamine		0
voorlichting		Secretaresse	Folders meegeven • Pijnbestrijding tijdens bevalling • Het inleiden van de bevalling • Hielprik		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Controle moment 34 ^e week plannen		0
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken, informatiefolders zijn gegeven en patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (34/40) en heeft een afspraak voor het high risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist.
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 10: 34 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog/internist	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Perinatoloog	RR		0
			Cortonen		0
			SFH meting		0
			Echo 36 weken afspreken		0
		Internist	Lab: glyHb		0
Randvoorwaarden		Secretaresse	Echo plannen bij 36 weken		0
			Controle moment 36 ^e week plannen		0
Extra activiteiten			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (36/40) en heeft een afspraak voor het high risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist.
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog/internist	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen Wijze van bevallen bespreken Indien sectio: start zorgpad electieve sectio	0	0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Echo/Biometrie/AFI		0
		Perinatoloog	RR Cortonen SFH meting Echo afspreken 38 weken		0 0 0 0
		Internist	Lab: glyHb, fructosamine		
Voorlichting (schriftelijk en mondeling)		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige Secretaresse	Mogelijke complicaties bespreken Folders meegeven: • Keizersnede		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Perinatoloog	Inleiding/sectio plannen		0
		Secretaresse	Echo plannen Controle moment 38 ^e week plannen		0 0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op de bevalling of op volgende controlemoment (38/40) en heeft een afspraak voor het high risk diabetes spreekuur bij de perinatoloog/internist. Volgende echo is gepland.
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 12: weken 38

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog/internist	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	AFI CTG indien expectatief		0
		Perinatoloog	RR		0
			Cortonen		0
			SFH meting		0
			Partus planning		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Controle moment 39 ^e week plannen	0	0
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op de bevalling of op volgende controlemoment (39 /40) en heeft een afspraak voor het high risk spreekuur bij de perinatoloog/internist.
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

	Naam/functie:		
Eigenaar:	J. oude Lohuis; teamhoofd polikliniek gynaecologie Dr. J. Brons; gynaecoloog		
Auteur:	Werkgroep ontwikkeling zorgpad zwangeren R. ten Vergert		
Autorisator:	Dr. J. Brons; gynaecoloog	Handtekening:	Datum:
Beheerder:	J. oude Lohuis; teamhoofd polikliniek gynaecologie		
Revisiedatum: september 2012			
Voorstellen ter verbetering kunt u door middel van een e-mail kenbaar maken bij de eigenaar met vermelding van de code van het document, uw naam, afdeling en datum.			

Bijlage 8: Zorgpad bij Gemelli Monochoriaal (Medisch Spectrum Twente)

Medisch Spectrum Twente VKC

Fase 0:

- Afspraak voor termijnecho en counseling
- Zorgpad invoegen
- Afspraak spreekuur

Patiëntgegevens /ponsplaatje

Fase 1: 9 weken zwanger

9 wk termijnecho is verricht en counseling is gegeven. Patiënt heeft een vervolg afspraak bij de gynaecoloog voor week 10

Fase 2: 10 weken zwanger

Termijnecho is besproken, patiënt heeft besluit genomen wel/geen combitest.

Wel: Afspraak is gemaakt voor combitest en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst.
Niet: afspraak is gemaakt voor 12 weken echo en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst.
Patiënt heeft een vervolg afspraak bij gynaecoloog na combitest/12 weken echo (high risk)

Fase 3: 12 weken zwanger

Resultaten van combitest en overige onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (14 weken) op high risk spreekuur.

Fase 4: 14 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (16/40) op high risk spreekuur.

Fase 5: 16 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (18/40) op high risk spreekuur.

Fase 6: 18 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (20/40) op high risk spreekuur.

Fase 7: 20 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (22/40) op high risk spreekuur.

Fase 8: 22 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (24/40) controle op high risk spreekuur.

Fase 9: 24 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (26/40) op high risk spreekuur. Voor Rh-D negatieve patiënt/ Rh-c negatieve patiënt is lab order geplaatst voor 27^e week. (niet eerder dan 27 weken)

Fase 10: 26 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (28/40) op high risk spreekuur.

Fase 7: 28 weken zwanger

Resultaten en onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (30/40) op high risk spreekuur.
Indien foetale RhD bekend en pos. Anti-D toegediend

Fase 12: 30 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (32/40) op high risk spreekuur.
Indien bij 28 weken niet verricht :
Rhesus D-negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten

Fase 13: 32 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (34/40) op high risk spreekuur.

Fase 14: 34 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (35/40) op high risk spreekuur.

Fase 15: 35 – 37 weken zwanger

Resultaten en onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op de bevalling of op volgend controlemoment.

Soort Document:

Zorgpad

Code:

Onderwerp/titel:

Gemelli monochoriaal

Dienst/afdeling:

Polikliniek gynaecologie

Versie:

4

Definitief

Datum:

29-09-2011

Pagina

1 van 16

Aantal bijlagen:

Fase 2: 10 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige Anios ¹ Aios ² Gynaecoloog	Anamnese, resultaten termijnecho bespreken, checken of patiënt informatie heeft begrepen van de counseling, besluit patiënt bespreken	0	0
			Combiteest GUO		0
			Risico analyse Indicatie echo.....		0
Onderzoek / metingen		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	RR lengte en gewicht (BMI >35) ja/nee Lab: 12 ^e week , Combiteest Ja/Nee : CRL vermelden !! op formulier 1 order plaatsen! • Order 12 ^e week screening (inclusief Rh-c –antigeen)(Hb HT, glucose, kreat, Rubella) zonodig ook Combiteest		0
					0
Randvoorwaarden		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Verslaggeving huisarts maken Registratie van counseling in Astraia Secretaresse informeren dat patiënt terug moet komen op het high risk spreekuur.	0	0
			Secretaresse (Check) labaanvraag: 12 ^e week/ combiteest Aanvraag: Combiteest Aanvraag: 12 weken echo Inplannen op zwangerenbespreking Controle moment 12 ^e week plannen op high-risk spreekuur		0
Extra activiteit			Echo Lab		0
					0
Variantierapportage					

Resultaat	Termijnecho is besproken, patiënt heeft besluit genomen wel/geen combiteest. Wel: Afspraak is gemaakt voor combiteest en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Niet: afspraak is gemaakt voor 12 weken echo en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Patiënt heeft een vervolg afspraak na Combiteest/12 weken echo op high risk spreekuur
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

¹ Anios = arts niet in opleiding tot specialist

² Aios = arts in opleiding tot specialist

Fase 4: 14 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	TTTS controle		0
		Perinatoloog	RR		0
			Cortonen		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo regelen		0
			Controle moment 16 ^e week plannen op high-risk spreekuur		0
Extra activiteit			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (16/40) op high risk spreekuur. Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 4: 14 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	TTTS controle		0
		Perinatoloog	RR		0
			Cortonen		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo regelen		0
			Controle moment 16 ^e week plannen op high-risk spreekuur		0
Extra activiteit			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (16/40) op high risk spreekuur. Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 6: 18 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	TTTS controle		0
		Perinatoloog	RR		0
			Cortonen		0
Randvoorwaarden		Echosopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo regelen		0
			Controle moment 20 ^e week plannen op high-risk spreekuur		0
Extra activiteit			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (20/40) op high risk spreekuur. Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 8: 22 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen Checken of kraamzorg is aangevraagd Checken of verloskundige is geregeld voor kraambed		0 0 0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie, TTTS controle en cervixlengtemeting (TV)		0 0
		Perinatoloog	RR Cortonen		0 0
Medicatie		Perinatoloog	Start evt. medicatie (progestativa)	0	0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo regelen Controle moment 24 ^e week plannen op high-risk spreekuur		0 0
Extra activiteit			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (24/40) op high risk spreekuur. Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 10: 26 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie, TTTS controle		0
		Perinatoloog	RR		0
			Cor tonen		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo regelen		0
			Controle moment 28e week plannen op high-risk spreekuur		0
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (28/40) op high risk spreekuur. Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 12: 30 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen Checken of uitslag foetale RhD typering nu bekend is en of anti-D (indien nodig) reeds is toegediend Indien nodig: recept uitschrijven		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie, TTTS controle		0
		Perinatoloog	RR Cortonen		0
Medicatie		Perinatoloog	Indien foetale RhD typering nu bekend en pos: Recept anti-D schrijven voor foetaal Rhesus positief kind	0	0
		Doktersassistent	Rhesus negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten	0	0
Randvoorwaarden		Echoscopiste	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo Controle moment 32 ^e week plannen op high-risk spreekuur		0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (32/40) op high risk spreekuur. Rhesus D-negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag heeft anti-D gehad. Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 14: 34 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen Indien sectio: start zorgpad electieve sectio		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie, TTTS controle		0
		Perinatoloog	RR Cortonen		0 0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Perinatoloog	Partus plannen		0
		Secretaresse	Aanvraag echo Controle moment 35 ^e week plannen op high-risk spreekuur		0 0
Voorlichting (schriftelijk en mondeling)		Perinatoloog	Mogelijke complicaties bespreken		0
		Secretaresse	Folders meegeven: • Keizersnede		0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (35/40) op high risk spreekuur.
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Bijlage 9: Zorgpad bij Gemelli dichoriaal (Medisch Spectrum Twente)

Medisch Spectrum Twente

Fase 0:

- Afspraak voor termijnecho en counseling
- Zorgpad invoegen
- Afspraak spreekuur

Patiëntgegevens / ponsplaatje

Fase 1: 9 weken zwanger

9 wk termijnecho is verricht en counseling is gegeven.
Patiënt heeft een vervolg afspraak bij de gynaecoloog voor week 10

Fase 7: 28 weken zwanger

Resultaten en onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (32/40)
Indien foetale RhD bekend en pos. Anti-D toegediend

Fase 2: 10 weken zwanger

Termijnecho is besproken, patiënt heeft besluit genomen wel/geen combitest.

Wel: Afspraak is gemaakt voor combitest en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst.

Niet: afspraak is gemaakt voor 12 weken echo en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst.

Patiënt heeft een vervolg afspraak bij gynaecoloog na de combitest/ 12 weken echo.

Fase 8: 30 weken zwanger

Indien bij 28 weken niet verricht :

Rhesus D-negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten

Fase 3: 12 weken zwanger

Resultaten van combitest en overige onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (20 weken): SEO/GUO is gepland.

Fase 9: 32 weken zwanger

Resultaten en onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (34/40)

Fase 4: 20 weken zwanger

Resultaten van SEO/GUO onderzoek en laboratorium zijn besproken.

Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (22/40)

Fase 10: 34 weken zwanger

Resultaten en onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (36/40)

Fase 5: 22 weken zwanger

Resultaten en onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (24/40)

Fase 11: 36 weken zwanger

Resultaten en onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (38/40)

Fase 6: 24 weken zwanger

Resultaten en onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (28/40)
Voor Rh-D negatieve patiënt/ Rh-c negatieve patiënt is lab order geplaatst voor 27^e week. (niet eerder dan 27 weken)

Fase 12: 38 weken zwanger

Resultaten en onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (40/40)

Fase 13: 40 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op de bevalling, inleiding is gepland.

Soort Document: Zorgpad		Code:		
Onderwerp/titel: Gemelli dichoriaal				
Dienst/afdeling: Polikliniek gynaecologie				
Versie: 4	Status: Definitief	Datum: 29-09-2011	Pagina 1 van 14	Aantal bijlagen:

Fase 1: 9 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Financieel secretaresse	DBC-V41 openen		
		Echoscopist	Counseling t.a.v. testen: nekpluimmeting en serumscreening (combiteest risicobepaling syndroom van Down) en SEO/GUO		
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Termijn echo		0
Voorlichting		Echoscopist	Folders meegeven: • Zwanger! Algemene informatie • Informatie over screening op Downsyndroom • Informatie over Structureel Echoscopisch Onderzoek		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van counseling en echo in Astraia		0
Extra activiteiten			Echo Lab		
Variantierapportage					

Resultaat	9 wk termijnecho is verricht en counseling is gegeven Patiënt heeft een vervolg afspraak bij de gynaecoloog voor week 10
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 2: 10 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige Anios ¹ Aios ² Gynaecoloog	Anamnese, resultaten termijnecho bespreken, checken of patiënt informatie heeft begrepen van de counseling, besluit patiënt bespreken Combittest SEO Risico analyse Indicatie Echo.....	0 0 0	0 0 0
Onderzoek / metingen		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	RR lengte en gewicht (BMI >35) ja/nee Lab: 12 ^e week , Combittest Ja/Nee : CRL vermelden !! op formulier 1 order plaatsen! • Order 12 ^e week screening (inclusief Rh-c –antigeen)(Hb HT, glucose, kreat, Rubella) zonodig ook Combittest	0 0 0 0	0 0 0 0
Randvoorwaarden		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog Secretaresse	Verslaggeving huisarts maken Registratie van counseling in Astraia (Check) labaanvraag: 12 ^e week/combittest Aanvraag: echo combittest Aanvraag 12 weken echo Inplannen op zwangeren bespreking Controle moment 12 ^e week plannen	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0
Extra activiteit			Echo Lab	0 0	0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Termijnecho is besproken, patiënt heeft besluit genomen wel/geen Combittest Wel: Afspraak is gemaakt voor Combittest en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Niet: afspraak is gemaakt voor 12 weken echo en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Patiënt heeft een vervolg afspraak bij gynaecoloog na de combittest/12 weken echo.
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

¹ Anios = arts niet in opleiding tot specialist

² Aios = arts in opleiding tot specialist

Fase 3: 12 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige	Combitest/12 weken echo en	0	0
		Anios	laboratoriumonderzoek worden		0
		Aios	besproken.		0
		Gynaecoloog	Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen			Invasieve diagnostiek	0	0
		Echoscopist	Combitest/12 weken echo		
		Verloskundige	RR		
		Anios	Afspreken SEO		
		Aios	Afspreken GUO		
Voorlichting		Gynaecoloog		0	0
		Secretaresse	Folders meegeven		
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia	0	0
		Gynaecoloog	Zwangerschapsverklaring		0
		Anios			0
		Aios	Aanvraag SEO/GUO regelen		0
		Verloskundige			0
Extra activiteit		Secretaresse	Controle moment 20 ^e week plannen		0
			Echo		0
Variantierapportage			Lab		0

Resultaat	Resultaten van combitest en overige onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (20 weken): SEO/GUO is gepland.
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 4: 20 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist/ Perinatoloog	SEO/GUO		0
		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Fundus hoogte Cortonen RR Glucose 1 uur postprandiaal Hb		0 0 0 0 0
Randvoorwaarden		Echoscopist Secretaresse	Registratie van echo in Astraia Afspraak plannen info bijeenkomst zwangeren Aanvraag echo regelen Controle moment 22 ^e week plannen		0 0 0 0
Extra activiteit			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (22/40) Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 5: 22 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken		0
		Anios	Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
		Aios	Checken of kraamzorg is aangevraagd		0
		Gynaecoloog	Checken of verloskundige is geregeld voor kraambed		
Onderzoek/metingen		Echoscopist	Cervix lengtemeting (TV)		0
		Gynaecoloog	Risico bepalingen		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Controle moment 24 ^e week plannen		0
Extra activiteit			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (24/40) Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 6: 24 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie		0
		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	RR Cortonen Lab aanvraag plaatsen indien: - screening 27^e week voor Rh-D-negatieve patiënt: foetale RhD typering en IEA Form. 27 Sanquin: E940 - screening 27^e week voor Rh-c-negatieve patiënt: screening op c-IEA en andere IEA: Form. 27 Sanquin: E948 LET OP meerling vermelden !! vanaf 27 weken niet eerder		0 0 0
Medicatie		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Start eventueel medicatie (progestativa)	0	0
Voorlichting		Secretaresse	Folders meegeven - Bevallen in het ziekenhuis - Vragenlijst verpleegkundige anamnese	0	0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Bij start medicatie melden bij secretaresse dat patiënt een high risk patiënt wordt.	0	0
		Secretaresse	Aanvraag echo Controle moment 28 ^e week plannen		0 0
Extra activiteit			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (28/40) Voor Rh-D negatieve patiënt/ Rh-c-negatieve patiënt is lab order 27 ^e week geplaatst Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 7: 28 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Resultaten onderzoeken bespreken		0
			Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
			Checken of uitslag foetale RhD typering bekend is.		
			Indien ja en pos; recept uitschrijven		
			Indien nee: TC voor uitslag hiervan afspreken.		
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie		0
		Verloskundige	RR		0
		Anios	Cortonen		0
		Aios Gynaecoloog			0
Medicatie		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Recept anti-D schrijven voor foetaal Rhesus positief kind	0	0
		Doktersassistente	Rhesus negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Controle moment 30 ^e /32 ^e week plannen		0
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (32/40). Indien foetale RhD typering bekend en pos. Anti-D toegediend. Volgende echo is gepland
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 8: 30 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Medicatie		Doktersassistent	Rhesus D-negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti-D spuiten		0
Variantierapportage					

Resultaat	Rhesus D-negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag heeft anti-D gehad
-----------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 9: 32 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken		0
		Anios	Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
		Aios			0
		Gynaecoloog	Echo (2 of 4 weken).....		
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie		0
		Verloskundige	RR		0
		Anios	Cortonen		0
		Aios			
		Gynaecoloog			
Voorlichting		Verloskundige	Mogelijke complicaties bespreken		0
		Anios			
		Aios			
		Gynaecoloog			
		Secretaresse	Folders meegeven		0
			- Pijnbestrijding tijdens bevalling - Het inleiden van de bevalling - Hiehprik		
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo		0
Extra activiteit			Controle moment 34 ^e week plannen		0
			CTG		0
			Echo		0
Variantierapportage			Lab		0

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken, bovenvermelde informatie is gegeven en patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (34/40) Volgende echo is gepland
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 10: 34 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie	0	0
		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	RR Cortonen		0 0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo Controle moment 36 ^e week plannen	0	0 0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (36/40) Volgende echo is gepland
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 11: 36 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken	0	0
		Anios	Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
		Aios	Wijze van bevallen bespreken		0
		Gynaecoloog	Indien sectio: start zorgpad electieve sectio		
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie		0
		Verloskundige	RR		0
		Anios / Aios Gynaecoloog	Cortonen		0
Voorlichting (schriftelijk en mondeling)		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Mogelijke complicaties bespreken		0
		Secretaresse	Folders meegeven: • Keizersnede		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo Controle moment 38 ^e week plannen		0 0
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (38/40) Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 12: 38 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Doppler/AFI	0	0
		Verloskundige Anios Aios Gynaecoloog	RR Cortonen		0 0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo Controle moment 40 ^e week plannen	0	0 0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (40/40) Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 13: 40 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Anios Aios Gynaecoloog Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Doppler/AFI		0
		Verloskundige	RR		0
		Anios	Cortonen		0
		Aios	VT		0
		Gynaecoloog			
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Inleiding plannen		0
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

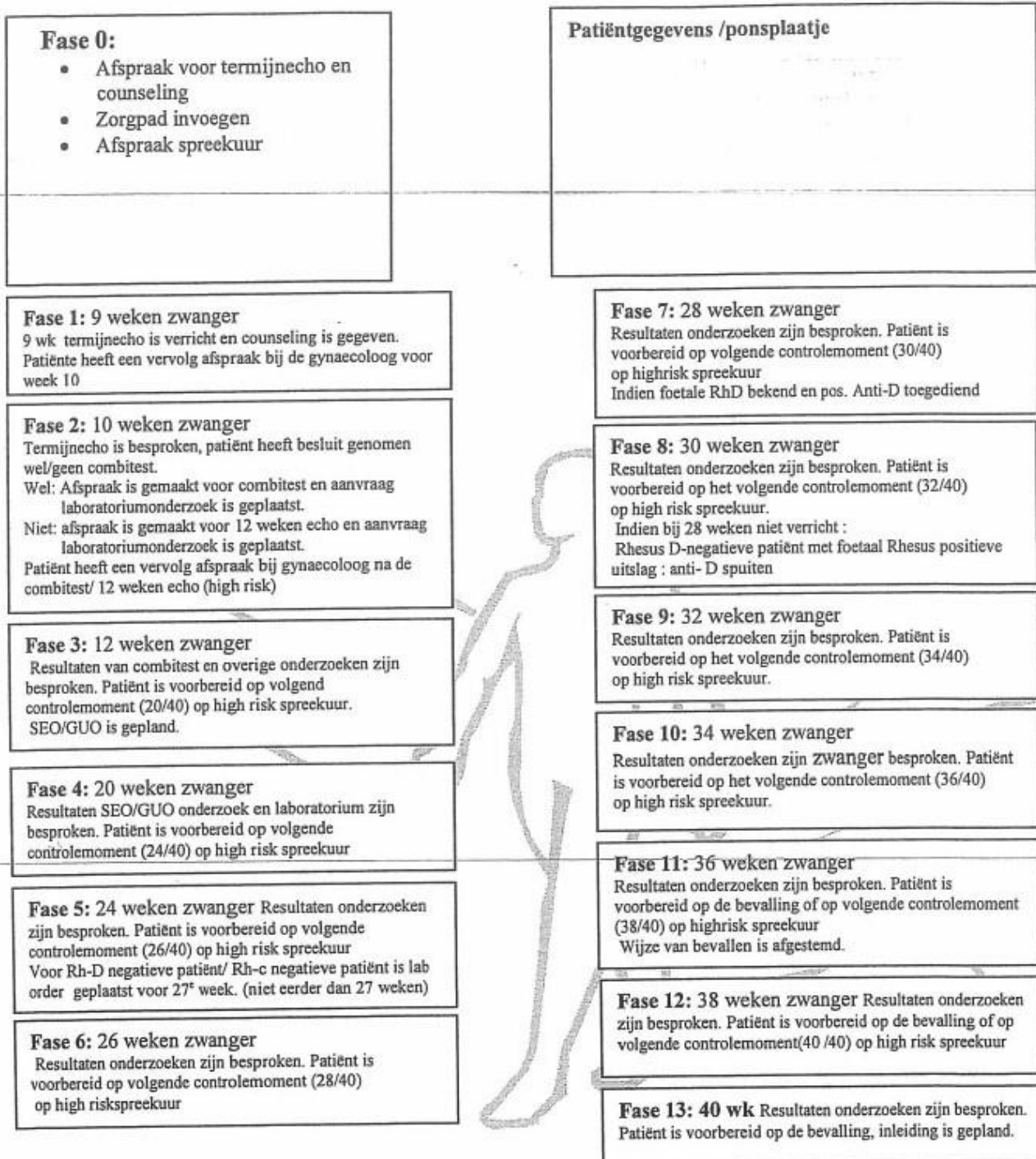
Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op de bevalling, inleiding is gepland.
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

	Naam/functie:		
Eigenaar:	J. oude Lohuis; teamhoofd polikliniek gynaecologie Dr. J. Brons; gynaecoloog		
Auteur:	Werkgroep ontwikkeling zorgpad zwangeren R. ten Vergert		
Autorisator:	Dr. J. Brons; gynaecoloog	Handtekening:	Datum:
Beheerder:	J. oude Lohuis; teamhoofd polikliniek gynaecologie		
Revisiedatum: oktober 2012			
Voorstellen ter verbetering kunt u door middel van een e-mail kenbaar maken bij de eigenaar met vermelding van de code van het document, uw naam, afdeling en datum.			

Bijlage 10: Zorgpad bij zwangere met Maladaptatie (Medisch Spectrum Twente)

Medisch Spectrum Twente



Soort Document: Zorgpad		Code:		
Onderwerp/titel: Zwangere met Maladaptatie (PIH/PE <34/40, IUGR, IUVD, Thrombofilie)				
Dienst/afdeling: Polikliniek gynaecologie				
Versie: 2	Status: Definitief	Datum: 29-09-2011	Pagina 1 van 14	Aantal bijlagen:

Fase 2: 10 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Anamnese, resultaten termijnecho bespreken, checken of patiënt informatie heeft begrepen van de counseling, besluit patiënt bespreken Combitest		0 0 0
			SEO/GUO Risico analyse Indicatie echo.....	0 0	0 0
Onderzoek / metingen		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	RR lengte en gewicht (BMI >35) ja/nee Lab: 12 ^e week , Combiteest Ja/Nee : CRL vermelden !! op formulier 1 order plaatsen! Order 12^e week screening (inclusief Rh-c –antigeen)(Hb HT, glucose, kreat, Rubella) zonodig ook Combiteest		0 0 0 0
Randvoorwaarden		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige Secretaresse	Verslaggeving huisarts maken Registratie van counseling in Astraia (Check) labaanvraag: 12 ^e week/combiteest Aanvraag: combiteest Aanvraag: 12 weken echo Inplannen op zwangeren bespreking Controle moment 12 ^e week plannen op highrisk	0 0 0 0	0 0 0 0 0
Extra activiteit			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Termijnecho is besproken, patiënt heeft besluit genomen wel/geen combiteest. Wel: Afspraak is gemaakt voor combiteest en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Niet: afspraak is gemaakt voor 12 weken echo en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Patiënt heeft een vervolg afspraak na Combiteest/12 weken echo op high-risk spreekuur
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 4: 20 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog	Resultaat onderzoeken worden besproken Checken of patiënt informatie heeft begrepen Checken of kraamzorg is aangevraagd Checken of verloskundige is geregeld voor kraambed		
Onderzoek / metingen		Echoscopist/ Perinatoloog	SEO/GUO		0
		Perinatoloog	Fundus hoogte RR Cortonen Glucose Hb		0 0 0 0 0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo regelen Controle moment 24 ^e week plannen op highrisk		0 0
Extra activiteit			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	SEO/GUO is uitgevoerd. Resultaten onderzoek zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (24/40) op high-risk spreekuur Volgende echo is gepland
------------------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 6: 26 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie Doppler		0
		Perinatoloog	Fundus hoogte Cortonen RR		0 0 0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo regelen Controle moment 28 ^e week plannen op highrisk		0 0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (28/40) op high-risk spreekuur. Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 8: 30 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog	Resultaten onderzoeken bespreken		0
			Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
			Checken of uitslag foetale RhD typering nu bekend is en of anti-D (indien nodig) reeds is toegediend		
			Indien nodig: recept uitschrijven		
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie, doppler		0
		Perinatoloog	Fundus hoogte		0
			Cortonen		0
			RR		0
Medicatie		Perinatoloog	Indien foetale RhD typering nu bekend en pos: Recept anti-D schrijven voor foetaal Rhesus positief kind	0	0
		Doktersassistent	Rhesus negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten	0	0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo Controle moment 32 ^e week plannen		0
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (32/40) op high-risk spreekuur. Rhesus D-negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag heeft anti-D gehad. Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 10: 34 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie, doppler		0
		Perinatoloog	Fundus hoogte Cortonen RR		0 0 0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo voor week 36 Controle moment 36 ^e week plannen op highrisk		0 0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (36/40) op high-risk spreekuur. Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 12: 38 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Perinatoloog	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Biometrie, doppler (umb + MCA)		0
		Perinatoloog	Fundus hoogte		0
			Cortonen		0
			RR		0
			VT op indicate	0	0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van echo in Astraia		0
		Secretaresse	Controle moment 40 ^e week plannen		
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (40/40) op high-risk spreekuur. Volgende echo is gepland
------------------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Bijlage 11: Schema specificatie onderdelen van de anamnese bij basis prenatale zorg. (NVOG 2002)

Tabel 2

Specificatie onderdelen van de anamnese bij basis prenatale zorg.

<i>Algemene anamnese</i>	leeftijd, gezondheidsproblemen, operaties, transfusies, allergie, hartafwijkingen, schildklierandoeningen, longaandoeningen, stollingsstoornissen, nieraandoeningen, urineweginfecties, medicijngebruik, intoxicaties (alcohol, roken, drugs, toxische stoffen in werk en/of hobby), vaccinaties (bijvoorbeeld rubella), risicofactoren voor SOA's (ook HIV, HSV), seksueel misbruik in anamnese, etnische achtergrond, taalbeheersing, dieet, (bijzondere) voedingsgewoonten, sociaal-economische omstandigheden (netwerk, arbeidsomstandigheden), woonafstand van zorgvoorziening en ziekenhuis
<i>Familie-anamnese</i>	congenitale afwijkingen, diabetes mellitus, hartafwijkingen, stollingsstoornissen, hemoglobinopathieën
<i>Obstetrische anamnese</i>	Aantal graviditeiten, datum en plaats van afloop, bijzonderheden beloop (pathologie, opnamen, behandelingen, met indicaties), wijze afloop, ligging, hulp baring (+ indicaties), geslacht, gewicht en toestand kind, episiotomie/ruptuur, bloedverlies, bijzonderheden placenta, kraambedpathologie, borstvoeding/flesvoeding
<i>Actuele anamnese</i>	Al of niet gewenst zijn van de zwangerschap, hebben van klachten, bestaan of voorzien van problemen, inventarisatie van noden en wensen ten aanzien van de zorg tijdens zwangerschap, baring en kraambed

Bijlage 12: Schema basis prenatale zorg (NVOG 2002)

Tabel 3

Schema voor basis prenatale zorg.

week	nulli- en multiparae	extra voor nulliparae
1e trim.	- o anamnese (zie tabel 2), RR, lengte, gewicht - o echoscopisch verifiëren zwangerschapsduur - o Hb, MCV - o bloedgroep/rhesus + IEA, HBsAg en luesserologie, HIV (risicofactoren, voorlichting, serologisch onderzoek aanbieden) - o gezondheidsvoorlichting/-opvoeding - o ouderschapsvoorbereiding/kindzorg/kraamzorg	
15-20	- o uterusgrootte/fundushoogte, fht - o eventueel serumscreening ds/nbd en/of (structurele) echoscopie afspreken - o afspreken zwangerschapsvoorlichting/instructie - o voorlichting/instructie over klachten/stoornissen (bloedverlies, contracties)	
26-27	- o rr, uterusgrootte/fundushoogte/foetale groei, fht - o voorlichting/instructie over klachten/stoornissen (foetaal leven voelen, bloedverlies, klachten pre-eclampsie) - o ouderschapsvoorbereiding/kindzorg/kraamzorg	
29-30	- o rr, uterusgrootte/fundushoogte/foetale groei, fht - o iea/RhDAI, Hb, mcv	o rhesus(D)profylaxe
33-34		- o rr - o uterusgrootte/fundushoogte/foetale groei/fht - o voorlichting/instructie over bevalling en kraam-/kindzorg
36-37	- o rr, uterusgrootte/fundushoogte/foetale groei, fht - o aard/indaling voorliggend deel - o voorlichting/instructie over bevalling en kraam/kindzorg	
39-40		- o RR, uterusgrootte/fundushoogte/foetale groei, FHT - o aard/indaling voorliggend deel

RR = bloeddruk, Hb = hemoglobine, MCV = mean corpuscular volume van erythrocyten, DS =

Downsyndroom, NBD = neurale-buisdefect, FHT = auscultatie foetale harttonen, IEA = irregulaire erythrocytenantistoffen; RhDAI = rhesus(D)antistoffen.

Bijlage 13: Interviewschema

Algemene introductie

Welkom:

Welkom bij dit interview. We gaan het vandaag hebben over de problemen binnen de perinatale zorg en de mogelijke oplossingen. Eerst zullen we gaan bekijken welke problemen u zelf (h)erkent binnen de prenatale zorg. Vervolgens zullen we gaan kijken naar de problemen die zijn aangedragen (ook in de literatuur) en worden deze door u beoordeelt op belangrijkheid. Als laatste zal worden gekeken naar mogelijke oplossingen voor de problemen. Welke oplossingen vindt u bijvoorbeeld haalbaar en toepasbaar?

Procedure uiteenzetten:

- Doelen:
 1. Achterhalen welke problemen zorgprofessionals ervaren in de dagelijkse praktijk met betrekking tot perinatale zorg, in het bijzonder met het proces van risicobepaling
 2. Vervolgens wil ik bepalen hoe de kwaliteit van de perinatale zorg, met in het bijzonder het proces van de risicobepaling, kan worden vergroot door gebruik van technologie.Dit zal worden gedaan door middel van een interviewgesprek.
- Het interviewgesprek zal ongeveer 1 – 1,5 uur duren.
- Het interview zal worden opgenomen, om op die manier de betrouwbaarheid te vergroten van mijn verslag. De opnames zullen zorgvuldig worden behandeld en na gebruik worden vernietigd.
- Wanneer de geïnterviewde dit wenst, zal er een eindverslag van het gesprek, en wanneer gewenst, het eindverslag van het onderzoek worden uitgereikt.

Deel 1: Probleemidentificatie

Er zal worden gesproken over de problemen waar de geïnterviewde in de praktijk mee te maken heeft (gehad), binnen de prenatale zorg.

1. Op welke manier heeft u te maken met de perinatale zorg?
2. Op dit moment is de perinatale zorg veel in het nieuws, met betrekking tot de hoge perinatale sterfte binnen Nederland. Heeft u het idee dat er problemen binnen de perinatale zorg zijn, die hiermee te maken kunnen hebben?
3. Welke problemen zijn dit?
4. Heeft u zelf veel te maken met deze problemen?
5. Waarom vormen ze een probleem volgens u?

Vervolgens worden de problemen die zijn besproken gerangschikt. Er mag daarbij ook gebruik worden gemaakt van de problemen die ik bij de literatuurstudie heb gevonden, wanneer de geïnterviewde zich hierin herkent.

Deze problemen zijn:

Probleem:

Niet goed inschatten van risico's bij een zwangerschap

BIG-4 symptomen worden niet als zodanig herkend

(Soms) geen sprake van adequate en tijdige communicatie tussen de verschillende zorglijnen

Verschillende zorgsystemen (protocollen) voor medische en niet-medische risico's

De problemen worden gerangschikt naar belangrijkheid door de geïnterviewde.

1. We hebben nu de volgende problemen besproken (..) Herkent u zich in de problemen die in de literatuur worden aangedragen, binnen de prenatale zorg? En waarom?
2. Kunt u de tot nu toe genoemde problemen voor mij rangschikken, op volgorde van belangrijkheid? Dus het probleem dat u het belangrijkste vindt, bovenaan, het daaropvolgend belangrijkste probleem eronder, en zo verder?
3. Waarom hebt u voor deze volgorde gekozen? (Welke waarden vindt u belangrijk bij het rangschikken van de problemen?)

Deel 2: Technologie als oplossing voor problemen bij de risicoselectie

Vragen naar mogelijke oplossingen, aan geïnterviewde. Welke oplossingen lijken hem/haar prettig/mogelijk etc.? Met name technologische oplossingen.

1. We hebben nu gekeken naar de problemen binnen de prenatale zorg. Welke oplossingen zouden volgens u kunnen worden gebruikt, om de problemen te verbeteren? (En waarom?)

Adoptie en implementatie

2. Hoe zouden deze oplossingen vorm kunnen worden gegeven?
3. Welke factoren spelen er volgens u mee om deze oplossing succesvol te kunnen adopteren en implementeren (aannemen en invoeren)?
4. Er zijn verschillende punten die een rol spelen bij de oplossingen, om ze tot een succes te maken, zoals het ontwerp, gebruik en implementatie. Wanneer u de oplossingen volgens deze kritiekpunten zou bekijken, welke oplossing(en) zou(den) volgens u de beste zijn?

(Ontwerp: voor welke patiënten wel/niet geschikt, voor welke risico's wel/niet, wat zijn de fysieke eisen van de oplossing etc.

Gebruik: Welke terugkoppeling nodig, kan oplossing geïntegreerd worden bij zaken die toch al moeten worden verricht, in welke mate zelfstandig en zonder controle bruikbaar, behoefte aan ondersteunende software etc.

Implementatie: hoe past oplossing in bestaande zorg, welke capaciteiten en vaardigheden

nodig (extra?), hoe kan oplossing worden aangenomen,(wanneer) is het financieel mogelijk/aantrekkelijk,wat is effect op kwaliteit prenatale zorg etc.)

5. Er zijn (ook) (andere) *technologische* oplossingen mogelijk voor de problemen binnen de perinatale zorg. (ook oplossingen uit literatuur en praktijk) Voorbeelden hiervan zijn:

Zorgverlener naar zorgverlener: teleconsultatie, teleradiologie, telepathologie, waarneemdossier huisartsen (WDH), elektronisch medicatie dossier (EMD) of e-learning. Zorgverlener – patiënt: telemonitoring, telethuiszorg, e-consult of inzage in het medisch dossier

Patiënt – patiënt: communities (hyves, myface), user-generated content (wikipedia), rating (ziekenhuisbeoordelingen op consumentenzorg), wisdom of crowds, weblogs

Bron: <http://www.samenwerkeneerstelijnszorg.nl/scrivo/asset.php?id=567932>

Probleem	Oplossingen (Uit literatuur en/of bestaande oplossingen)
Niet goed inschatten en herkennen van risico's en BIG-4 symptomen bij een zwangerschap	Gemeenschappelijke risicoprotocolen, Gemeenschappelijke (eerste en tweede/derde lijn samen) besluitvorming bij risicosituaties, Drie selectiemomenten voor risicozorg invoeren, Vragenlijst of anamnese (eventueel met behulp van elektronische hulpmiddelen), Geboorteplan, casemanager en huisbezoek, Groeimeting in eerste trimester.
(Soms) geen sprake van adequate en tijdige communicatie tussen de verschillende zorglijnen	Gemeenschappelijke risicoprotocolen, Perinataal Webbased Dossier (PWD)
Verskillende zorgsystemen (protocolen) voor medische en niet-medische risico's	eHealth, tolken en voorlichters in eigen taal

6. (H)erkent u bepaalde oplossingen die kunnen worden gebruikt bij de problemen binnen de perinatale zorg?
7. Hoe zouden deze oplossingen vorm kunnen worden gegeven?
8. Welke factoren spelen er volgens u mee om deze oplossing succesvol te kunnen adopteren en implementeren (aannemen en invoeren)?
9. Er zijn verschillende punten die een rol spelen bij de oplossingen, om ze tot een succes te maken, zoals het ontwerp, gebruik en implementatie. Wanneer u de oplossingen volgens deze kritiekpunten bekijkt, welke oplossing(en) is/zijn volgens u de beste?

(Ontwerp: voor welke patiënten wel/niet geschikt, voor welke risico's wel/niet, wat zijn de fysieke eisen van de oplossing etc.

Gebruik: Welke terugkoppeling nodig, kan oplossing geïntegreerd worden bij zaken die toch al moeten worden verricht, in welke mate zelfstandig en zonder controle bruikbaar, behoefte aan ondersteunende software etc.

Implementatie: hoe past oplossing in bestaande zorg, welke capaciteiten en vaardigheden nodig (extra?), hoe kan oplossing worden aangenomen,(wanneer) is het financieel mogelijk/aantrekkelijk,wat is effect op kwaliteit prenatale zorg etc.)

10. Ook kan er gebruik worden gemaakt van een online zorgportaal, waarop combinaties van deze toepassingen kunnen worden gemaakt en gebruikt. Heeft u het idee dat dit als oplossing kan dienen voor de problemen binnen de perinatale zorg?
11. Wanneer er wordt gekeken naar de voorgaande factoren die van invloed zijn (ontwerp, gebruik, implementatie), is dit volgens u een haalbare/goede oplossing, en waarom?

Afsluiting

Korte samenvatting van belangrijkste problemen en hoe technologie daar volgens de respondenten een (gedeeltelijke) oplossing voor kan vormen met daarbij de belangrijkste condities voor ontwerp en implementatie.

Zijn er nog punten die u aan de orde wil stellen?

Heeft u nog vragen over het onderzoek?

Bedanken en afsluiten/ checken informed consent

Bijlage 14: Interview respondent A

1 Ik lees eerst anders zo wel even voor wat ik hier heb staan. Want we gaan het vandaag hebben
2 over de problemen binnen de prenatale zorg en de mogelijke oplossingen

3 *Ja*

4 Voor die problemen en eerst zullen we dan gaan bekijken welke problemen je zelf herkent of
5 erkent binnen de prenatale zorg en vervolgens zullen we kijken naar de problemen die zijn
6 aangedragen in de literatuur, van nou he, herken je die problemen ook, komt het overeen met
7 wat je zelf al zei en dan zullen we die nog gaan beoordelen op belangrijkheid. Welke
8 problemen vind jij belangrijk en welke zijn minder belangrijk of kom je minder vaak tegen

9 *Ja*

10 En dan als laatste zullen we gaan kijken naar de mogelijke oplossingen voor de problemen,
11 dus heb jij bijvoorbeeld ideeën voor oplossingen en waarom zou een oplossing volgens jou
12 moeten werken zeg maar.

13 *Ja*

14 Dat is ongeveer waar het om gaat.

15 *Oké.*

16 De doelen voor mij zijn om te achterhalen welke problemen zorgprofessionals ervaren binnen
17 de dagelijkse praktijk en dan met betrekking tot de prenatale zorg en vervolgens wil ik
18 bepalen hoe de kwaliteit van de prenatale zorg, en dan in het bijzonder eigenlijk het proces
19 van de risicobepaling, hoe die kan worden vergroot, hoe die kwaliteit beter kan worden, en
20 dan het liefst door gebruik van technologie, maar dat komt allemaal nog wel..

21 *Ja*

22 Nou, ik weet niet precies hoe lang het zal gaan duren, ik denk misschien een uurtje ofzo, of
23 misschien anderhalf, misschien ook korter, ik kan het gewoon niet zo goed zeggen want ik
24 heb hier gewoon vragen op papier staan, maar het ligt er maar net aan hoe lang het gaat duren
25 want ik heb het nog niet eerder gedaan

26 *Nee*

27 Nou het zal worden opgenomen, zodat ik de betrouwbaarheid kan vergroten.

28 Oja, ik ga er aan het eind wel een eindverslag van maken, dus als je dat wilt hebben, kan ik
29 dat zo naar je toesturen

30 *Oh, mag, leuk.*

31 En het eindverslag, de scriptie, kan ik ook opsturen, maar dat is net of je dat leuk vindt

- 32 *Ja, oh, daar hebben we nog wel contact over*
- 33 *Ja. Even kijken, nou eerst even, want hoe heb jij te maken met de prenatale zorg? Op welke*
34 *manier?*
- 35 *Want jij bedoelt prenataal, na de geboorte zeg maar? En voor de geboorte..*
- 36 *Ja, mag allebei, het is eigenlijk gewoon het hele project zeg maar, alles voor de geboorte en*
37 *kort na de geboorte*
- 38 *Ja*
- 39 *Zeg maar*
- 40 *Ja door mijn werk, bij ons op de afdeling in het ziekenhuis*
- 41 *Oke. En wat voor werk doe je dan?*
- 42 *Ik werk als verpleegkundige, ja zal ik er dan vanuit gaan dat ik nog op de kraamgynaecologie*
43 *werk, wat vind jij handig?*
- 44 *Ja, maakt niet uit*
- 45 *Daar werk ik nu natuurlijk officieel niet meer..*
- 46 *Nee*
- 47 *Ik heb natuurlijk wel, ja doe maar door mijn werk op de gynaecologie, ik heb wel met*
48 *zwangeren tot 16 weken sowieso te maken*
- 49 *Ja*
- 50 *Dus dat is al wel eh..*
- 51 *Oke, want wat voor werk doe je daar precies dan?*
- 52 *Gewoon als algemeen verpleegkundige, dus alle zorg*
- 53 *Oja*
- 54 *Rondom*
- 55 *En was het dan meer de zorg voor de geboorte, of erna?*
- 56 *Nu heb ik allemaal voor, eh tot de zwangerschap tot 16 weken*
- 57 *Oke*
- 58 *En ik heb ook een tijd, toen de gynaecologie nog bij de kraamafdeling opzat*
- 59 *Ja*
- 60 *Heb ik ook de zorg nar de geboorte gedaan*

- 61 Oja
- 62 *Niet de bevalling zelf, maar wel de zorg voor moeder en kind*
- 63 Ja, oke. En.. Nou op dit moment is de prenatale zorg, die is best wel veel in het nieuws
64 natuurlijk, omdat het sterftcijfer in Nederland heel, best wel hoog is vergeleken
- 65 *Ja*
- 66 Met andere landen, en heb jij het idee dat er problemen binnen de prenatale zorg zijn, of he,
67 de zorg waarbinnen je werkt, die ermee te maken kunnen hebben?
- 68 *Ja weet je, ik vind het al lastig met die geboortecijfers. Wij in Nederland registreren veel*
69 *vroeger*
- 70 *Ja*
- 71 *Dan andere landen, dus wij komen automatisch al veel hoger*
- 72 *Ja*
- 73 *Qua sterftcijfers dan het buitenland. Vind ik sowieso al een nadeel van die cijfers*
- 74 *Ja*
- 75 *Maar ik denk wel dat de afstand van een ziekenhuis, dat die er soms wel mee te maken heeft*
- 76 *Ja*
- 77 *We hebben natuurlijk vorige zomer, wanneer was dat, nee twee zomers terug, zijn afdeling eh,*
78 *in A. dichtging tijdelijk*
- 79 *Ja*
- 80 *Omdat er niet genoeg personeel was, dat je dan naar H. moet, weet je*
- 81 *Ja*
- 82 *De reisafstand is dan wel groter, dus dat heeft er wel mee te maken, maar ik denk wel dat de*
83 *bevallingen thuis net zo veilig zijn als in het ziekenhuis*
- 84 *Ja*
- 85 *Daar ben ik wel van overtuigd ja*
- 86 Oke, en verder, kom je ook problemen tegen bijvoorbeeld in je werk, dat je denkt, dit gaat niet
87 goed of..
- 88 *Nee, dat kan ik niet echt zeggen dat ik denk van.. Nee, ik heb wel het idee dat de*
89 *verloskundigen hier in de regio wel vlot genoeg doorsturen als zij problemen signaleren*
- 90 Ja, oke

- 91 *Dus nee, dat gevoel heb ik niet.*
- 92 Oke, en heb je dan zelf veel te maken bijvoorbeeld met de problemen, bijvoorbeeld met de
93 verre afstand naar het ziekenhuis, kom je dat ook tegen in het ziekenhuis dat je denkt 'hee
94 maar, deze had er eigenlijk al veel eerder moeten zijn of hoe..
- 95 *Ja weet je er komt wel een enkele keer voor. Ik weet nog van een vriendin van me, uit H. die*
96 *heeft, daar heeft een verloskundige de groeiachterstand van het kindje veel te laat opgemerkt*
- 97 Oke
- 98 *En dat kindje had een groeiachterstand, doordat de placenta niet goed was*
- 99 Ja
- 100 *Maar dat kindje is wel overleden daardoor, doordat de verloskundige niet vroegtijdig heeft*
101 *doorgestuurd, dus ja je komt het absoluut wel tegen.*
- 102 Ja. Maar dat is dan niet eens zozeer met de afstand in het ziekenhuis te maken
- 103 *Nee, maar meer de*
- 104 Met de risicoselectie
- 105 *Ja, met de controle van de verloskundige, gewoon niet.. 't Is natuurlijk wel een mens, een*
106 *mens maakt fouten.*
- 107 Ja precies
- 108 *Maar dit is wel, wel echt onderschat*
- 109 Ja
- 110 *Ja, en door meerdere verloskundigen, want zij zat in een praktijk*
- 111 Ja
- 112 *Dus dan denk ik van, er is door meerdere mensen naar gekeken. Meerdere mensen hebben dat*
113 *niet in de gaten gehad, dat dat niet goed ging.*
- 114 Nee.
- 115 *Terwijl zij vanaf het begin aangaf van, ik heb een hele kleine buik*
- 116 Ja. Dat hoor je misschien ook wel vaker dus
- 117 *Ja*
- 118 En waarom vormen dat dan problemen, je hebt nu vooral genoemd dat de afstand in het
119 ziekenhuis en die risicoselectie, die controle, dat dat dus niet helemaal loopt. Waarom zou dat
120 een probleem zijn ?

- 121 *Ja, nou daarmee krijg je natuurlijk wel dat mensen te ver van het ziekenhuis wonen, of dat het*
122 *onderschat wordt, dat je dingen, he dat er dingen mis kunnen gaan. Als er een spoedsituatie*
123 *ontstaat, dat je dan..*
- 124 *Ja*
- 125 *Hoe moet ik dat verder eigenlijk benoemen, dat is het eigenlijk wel een beetje*
- 126 *Dat je meer risico kunt krijgen op complicaties*
- 127 *Ja op een complicatie, waardoor, met de gevolgen van he, met de gevolgen van dat een kindje*
128 *kan overlijden*
- 129 *Ja*
- 130 *Ja en ook een risico voor de moeder natuurlijk*
- 131 *Ja. Ik heb zelf een aantal problemen gevonden in de literatuur*
- 132 *Ja*
- 133 *En dat zijn deze problemen: het niet goed inschatten van risico's bij een zwangerschap, dat is*
134 *eigenlijk wat jij zelf ook al noemde*
- 135 *Ja*
- 136 *En , de BIG4 symptomen, ik weet niet of jij die al kent..*
- 137 *Nee*
- 138 *Dat zijn, dat is inderdaad dat er een groeiachterstand is, dus dat de lengte niet goed is, een*
139 *laag geboortegewicht, oh nu weet ik ze niet allemaal meer uit mijn hoofd. Nou dat is dus in*
140 *ieder geval vier symptomen waar dus ervoor kunnen zorgen dat een zwangerschap*
141 *complicaties krijgt.*
- 142 *Ja*
- 143 *En, dus die worden niet altijd duidelijk herkent, maar dat lijkt eigenlijk heel veel op*
- 144 *Ja*
- 145 *De eerste, het inschatten van*
- 146 *Ja*
- 147 *En dan heb je soms geen sprake van tijdige en adequate communicatie tussen de verschillende*
148 *zorglijnen, dus als er wel wordt doorverwezen dat die communicatie niet helemaal lekker*
149 *loopt*
- 150 *Ja*

151 En dat verschillende zorgsystemen voor medische en niet-medische risico's zijn. Maar, ik
152 weet niet, herken jij je in die problemen, die hier staan?

153 *Ehm*

154 Als je ze allemaal langsgaat, welke wel en welke niet?

155 *Nou, sowieso het niet goed inschatten, daar, dat heb je wel, dat mensen te laat worden*
156 *doorgestuurd*

157 Ja

158 *Dat herken ik wel en communicatie is ook wel heel belangrijk*

159 Ja

160 *Dat wordt ook wel, weet je, dat wordt ook wel gespeculeerd soms, dan, even denk hoe ik dat*
161 *goed uitleg. Nou weet je, als mensen soms aan het bevallen zijn, dan komen ze aan het CTG*
162 *apparaat,*

163 Ja

164 *En dan 't is een taak van de verloskundige om daar naar mee te kijken, maar ook van de*
165 *verpleegkundige om te signaleren*

166 Oja

167 *He, als ze een dip krijgt, of en soms wordt daar, loopt die communicatie daarin niet helemaal*
168 *vlekkeloos*

169 Nee

170 *Weet je, dat de artsen er wel beetje vanuit dat de verloskundige er naar kijkt, de*
171 *verloskundige wel dat verpleegkundige ernaar kijkt,*

172 Ja

173 *Dat herken ik ook wel, dat ik denk van de communicatie is toch wel héél belangrijk*

174 Ja. En stel dat er nou iemand vanuit de verloskundigenpraktijk wordt doorverwezen, merk je
175 dan ook bijvoorbeeld dat de communicatie soms niet goed is, of is dat , gaat dat meestal wel.
176 Hoe wordt dat gedaan?

177 *Volgens mij is dat, wat ik, ja daar kan ik niet heel erg uit eigen ervaring over spreken, omdat*
178 *ik dat zelf niet heel veel mee te maken gehad heb,*

179 Nee

180 *Maar wat ik begrijp, ja je hebt natuurlijk met de ene praktijk, heb je meer een klik dan met de*
181 *ander*

182 Ja

183 *Maar ik heb wel het gevoel dat de gynaecologen zeg maar, heel veel vertrouwen hebben in de*
184 *verloskundigenpraktijken, dat die lijnen toch vrij kort zijn.*

185 Ja

186 *Dus dat dat eigenlijk wel goed verloopt*

187 Oke. Want die verloskundigen, die geven dan zeg maar informatie gewoon door aan de
188 gynaecoloog, maar hoe dan?

189 *Telefonisch*

190 Oke

191 *Ja. Kijk meestal vooral als er iets is waarvan ze echt vindt dat de gynaecoloog mee moet*
192 *kijken*

193 Ja

194 *Dan wordt er gebeld*

195 Oke

196 *Om ..*

De telefoon gaat tijdens het gesprek. Het wordt even kort onderbroken om het geluid op stil te zetten

197 Ehm, even kijken. Oja, dan waren we inderdaad bij de adequate

198 *Communicatie*

199 Ja

200 *Dat dat eh*

201 Ja

202 *Ik heb wel het gevoel dat de verstandhouding wat dat betreft tussen gynaecologen en*
203 *verloskundigen wel zo goed is dat ze ook.. en ze hebben ook wel heel goed in de gaten van*
204 *elkaar van goh als ze belt dan is er ook wat bijzonders*

205 Ja

- 206 *Weet je wel, dat gevoel.*
- 207 Ja. Oke, en die laatste dan, de verschillende zorgsystemen voor medische en niet-medische
208 risico's?
- 209 *Ehm*
- 210 Weet je een beetje wat ermee wordt bedoeld?
- 211 *Ja, je hebt hier al bijstaan 'protocollen' he?*
- 212 Ja
- 213 *Ja. Nou weet je, wij hebben de protocollen zijn sinds kort verantwoord, dat weet ik van het*
214 *vliezen doorbreken. Bijvoorbeeld dat was altijd als iemand 24 uur gebroken vliezen had dan*
215 *moest ie in het ziekenhuis bevallen*
- 216 Oja
- 217 *Langer dan 24 uur. Nou, dat protocol is nu veranderd. Je merkt wel dat dat nog een beetje*
218 *nouja, dat dat nog een beetje zoeken is.*
- 219 Ja
- 220 *Ze zijn van oudsher zo gewend dat dat bij 24 uur moet, nu mag je zelfs tot 48 uur nog thuis*
221 *bevallen. Nou, dat is dus veel langer geworden*
- 222 Ja
- 223 *Dus daar merk je nog wel een beetje, beetje verschil in.*
- 224 Ja
- 225 *Verder herken ik me niet heel erg in.*
- 226 Nee
- 227 *Nee*
- 228 Oke. Even kijken hoor. Oja, en als je nou kijkt naar deze problemen hebben we gehad en je
229 noemde net zelf, oja die risicoselectie noemde je zelf al.
- 230 *Ja*
- 231 En dan die afstand. Als je nou kijkt van welke problemen vind jij nu het meest belangrijk?
232 Hoe zou je dat op volgorde zetten. Stel je begint met ik vind dit het belangrijkste probleem,
233 dat zet je dan op 1 en zo ga je door. Dan hebben we er dus, we hebben die samen (**daarmee*
234 *wijs ik op het probleem van niet herkennen van risico's en de BIG4**) dus dan is het een, dan
235 is het twee, dan is het drie, en dan heb je nog vier die afstand. Hoe zou je dan die volgorde
236 neerzetten van belangrijkheid?

- 237 *Nou weet je, ik zou afstand vind ik sowieso al een discutabel punt. Weet je, je kunt gewoon*
238 *niet op elke hoek van de straat kun je een ziekenhuis hebbe..*
- 239 Nee
- 240 *En mensen, ja, je kiest wel zelf je plek om te wonen*
- 241 Ja
- 242 *En als je dan moet bevallen, ja dan maak je wel zelf de keuze om wel of niet thuis te bevallen,*
243 *dus ik vind afstand vind ik een beetje lastig om die daarin mee te nemen.*
- 244 Oke
- 245 *Zeg maar dat ik denk van ja weet je dat is ook een risico wat mensen zelf nemen.*
- 246 Ja
- 247 *Jij weet dat als jij 25 minuten moet rijden naar het ziekenhuis, dat jij wel een bepaald risico*
248 *neemt als je thuis wilt gaan bevallen.*
- 249 Ja
- 250 *Aan de andere kant vind ik dat iedereen wel de mogelijkheid moet hebben om thuis te*
251 *bevallen,*
- 252 Ja
- 253 *Maar ik vind dat wel, ja een risico voor de mensen zelf. Daar kan een verloskundige of een*
254 *ziekenhuis niet altijd wat aan doen.*
- 255 Nee
- 256 *Nee. Kijk ik vind het wel belangrijk, want de regering wil steeds meer centraliseren, wat dat*
257 *betreft, maar zoveel kraamklinieken in heel Nederland. Ja dat vind ik, daarmee ontnemen je*
258 *wel eigenlijk praktisch iedereen de kans om thuis te bevallen dus dat vind ik wel een heel*
259 *groot nadeel.*
- 260 Ja
- 261 *Maar daarin ben ik het niet mee eens, dat het maar zo beperkt moet worden, dat vind ik niet*
262 *correct. Maar een deel vind ik de, ook wel de verantwoording van de mensen zelf.*
- 263 Ja, oke. En dan die andere drie?
- 264 *Eh, ja kijk weetje, het moeilijke van niet goed inschatten vind ik; je maakt als mens altijd een*
265 *keer een fout.*
- 266 Ja tuurlijk.

267 *Dus ik vind dat heel discutabel van, ik vind het wel heel belangrijk, er mogen geen fouten*
268 *gemaakt worden, maar ik ben er ook van overtuigd dat het niet praktisch haalbaar kan zijn*

269 Nee. Maar er zijn misschien wel oplossingen mogelijk waardoor

270 *Extra controles, of nu eh echo's*

271 Ja

272 *Of dat soort dingen*

273 Gewoon dat die fouten minder worden gemaakt

274 *Nou dat vind ik, die komt voor mij dan wel op een.*

275 Oke.

276 *Ja. En ik denk dan eh communicatie sowieso op twee.*

277 Ja, die derde herkende jij je sowieso niet zo heel erg in.

278 *Nee, niet heel erg inderdaad, nee.*

279 Dus dan zal die ook ergens onderaan staan.

280 *Ja, daarom.*

281 Oke.

282 *Ja, kijk en als je er dan weer logisch over nadenkt, aan de ene kant vind ik communicatie*
283 *moet ook weer op een, want weet je als er niet wordt gecommuniceerd, worden er sowieso*
284 *fouten gemaakt*

285 Ja. Dus eigenlijk, want vind je dan belangrijk. Dat is dan eigenlijk je eigen
286 verantwoordelijkheid wel belangrijk, maar ook weer dat mensen professioneel zijn en hun
287 eigen he, dat het dan niet

288 *Ja*

289 dat het dan in ieder geval goed verloopt.

290 *Ja, dat iedereen nou in ieder geval goed ge.. ja weet je, goed geschoold is, ja nouja*

291 Ja

292 *Kijk ik bedoel ze zijn nu natuurlijk al een stap verder dat ze al kiezen om bijvoorbeeld bij de*
293 *35^e week van de zwangerschap al een liggingsecho te maken.*

294 Oja.

295 *Ja weet je, dat zijn al dingen die vroeger niet gebeurden maar dat doen ze er nu al bij.*

- 296 Oke
- 297 *Die controle, om toch nou goed te kijken, ligt het kind*
- 298 Dan wordt bepaald of het ook in een stuit ligt enzo
- 299 *Ja. En dat heeft nog niet garanties,*
- 300 Nee
- 301 *er zijn nog genoeg kinderen, die alsnog draaien, maar wel een beetje een uitgangspunt erbij*
- 302 *hebben en dat vind ik al positief. Dat ik denk van, ze zijn daar wel sowieso mee bezig.*
- 303 Oke.
- 304 *Ja.*
- 305 Dan gaan we weer door nu naar het deel van de oplossingen. En we hebben nou gekeken naar
- 306 de problemen he,
- 307 *Ja*
- 308 Die we net hebben besproken en welke oplossing zou er volgens jou kunnen worden gebruikt
- 309 om die problemen te verbeteren als er gekeken wordt nou en naar de afstand en het niet goed
- 310 inschatten en dat er geen sprake is van goede en tijdige communicatie?
- 311 *Ja*
- 312 Wat voor oplossingen zou je zelf kunnen bedenken hierbij?
- 313 *Nou ik denk sowieso bij het niet goed inschatten, maak gewoon gebruik van apparatuur die er*
- 314 *is en twijfel je, stuur door of laat een keer een extra echo maken*
- 315 *Ja*
- 316 *Of, weet je er zijn zoveel mogelijkheden tegenwoordig. Ik bedoel 3D, 4D, de gekste echo's*
- 317 *kunnen ze maken*
- 318 *Ja*
- 319 *Dus ik denk dat wel eh, kijk als je als verloskundige twijfelt, maak dan in ieder geval gebruik*
- 320 *van die eh*
- 321 Ja, die mogelijkheden
- 322 *Die mogelijkheden. Dus ik denk dat dat wel heel belangrijk is. En ik denk ook sowieso*
- 323 *communicatie van ook ja misschien eens een keer een vorm van teambuilding*
- 324 *Ja*
- 325 *He met gynaecologen en verloskundigen uit een regio dat je elkaar ook op een ander vlak*
- 326 *leert kennen waardoor je ook*

327 Makkelijker

328 *Nouja, makkelijk op elkaar afstapt, de afstand minder groot. En ik heb niet het gevoel dat die*
329 *afstand nu enorm is hoor, ik heb wel het gevoel dat onze gynaecologen heel toegankelijk zijn*

330 Oke

331 *Maar, ik denk dat je dat, of doe samen een symposium of, doe een gezamenlijke activiteit*
332 *waarin je elkaar, elkaars professie verbetert, maar ook elkaar, nou ja op een ander vlak leert*
333 *kennen.*

334 Elkaar leert waarderen waardoor het al...

335 Even kijken,

336 *En dan met afstand, ja weet je misschien moet je met, als verloskundige zijnde afspraken met*
337 *een paar bevalling, dat als ze te ver van het ziekenhuis wonen, of een ander risico is*

338 Ja

339 *Dat ze overwegen om eventueel poliklinisch te bevallen.*

340 Ja precies. Wat houdt poliklinisch dan precies in?

341 *Poliklinisch houdt in dat je in het ziekenhuis bevalt, maar dan onder leiding van je eigen*
342 *verloskundige.*

343 Oke.

344 *Dus dan, dan ben je eigenlijk niet-medisch opgenomen.*

345 Nee precies.

346 *Kijk en zodra je dan pijnstilling krijgt, of de gynaecoloog wordt erbij gevraagd, dan wordt de*
347 *opname omgezet naar medisch en dan heb je een klinische bevalling*

348 Oke, ja.

349 *Dat is het verschil.*

350 Oja.

351 *Poliklinisch is dus puur dat je op de plek van het ziekenhuis bevalt, maar met je eigen*
352 *verloskundige.*

353 Dus dat is eigenlijk gewoon meer dat je meer veiligheid eromheen hebt

354 Ja

355 Maar dat het verder eigenlijk praktisch hetzelfde als thuis is.

356 *Ja, praktisch hetzelfde. Alleen dus je locatie is anders.*

357 Oke.

358 *En we hebben bij ons in het ziekenhuis dan ook drie grote verloskamers en twee kleine en*
359 *poliklinischen kunnen ook altijd op de kleine verloskamers bevallen. De drie grote zijn*
360 *aangesloten op een reanimatiekamer, dus daar kan ook meteen gereanimeerd worden mocht*
361 *het nodig zijn.*

362 Oja.

363 *Tuurlijk, je kan bij een kindje dat poliklinisch geboren wordt ook, maar over het algemeen is*
364 *het risico minder groot en dus hebben die ook een kleinere verloskamer.*

365 Ja

366 Is gewoon minder nodig

367 *Ja*

368 Hoe zou je die oplossing dan vorm kunnen geven, zoals je net zei he, met dat symposium

369 *Ja*

370 Over de communicatie bijvoorbeeld en als je kijkt naar de middelen die zoals bij die eerste,
371 dat niet goed inschatten, dan zei je van er zijn bepaalde middelen die verloskundigen kunnen
372 gebruiken

373 *Ja*

374 En wat voor middelen denk je dan aan en wat voor, hoe zou dat vorm kunnen worden
375 gegeven?

376 *Ja ik denk sowieso dat ze daar wel mee bezig zijn, ze hebben nu al die extra echo bijvoorbeeld*

377 *Ja*

378 *He, je hebt nu de twintigweken echo al waarmee ook gescreeend wordt, dus ik denk dat ze wat*
379 *dat betreft al op een hele goede weg zijn om daar, maar ik denk wel dat je als verloskundige,*
380 *mocht je twijfelen, ja gewoon vlot instuurt*

381 Ja

382 *Laat desnoods een keer voor niks checken, beter een controle voor niks dan controle gemist.*

383 Ja

384 *Dus dat vind ik wel, maar goed dat ligt een stukje bij de verloskundige zelf denk ik.*

385 Die neemt een bepaalde houding aan

386 *Ja, als je daar echt zelf, ligt ook een beetje aan de persoon. De een is gewoon, heeft meer*
387 *vertrouwen in zichzelf of meer het gevoel van nou dat gaat wel goed.*

- 388 Ja
- 389 *Ik denk niet dat je daar heel erg veel mee kunt, maar ze zijn in ieder geval wel op de goede*
390 *weg door al die extra echo's die mensen nu tegenwoordig krijgen. He je kunt nu zelfs al die*
391 *downscreening doen. Bij zes weken zwangerschap heb je dat nu al. Nou moet ik zeggen dat*
392 *dat ook eigenlijk niet alles zegt hoor.*
- 393 Nee
- 394 *Want bij mij van de zwangerschapsgym had 4 procent op een kindje met het Down, en die*
395 *kreeg hem wel, dus ja*
- 396 Oja
- 397 *Hoeveel heb je dan aan zo 'n berekening, maargoed.*
- 398 Ja
- 399 *Weetje, er worden wel dingen uitgefilterd.*
- 400 Ja
- 401 *En als er met de twintig weken echo bijzonderheden worden gezien, worden er nog wel weer*
402 *nieuwe afspraken gemaakt.*
- 403 Ja
- 404 *Dus wat dat betreft, denk ik dat ze daarin al een heel eind op de goede weg zijn.*
- 405 Oke.
- 406 *Nou en dan met die communicatie, nouja ik denk inderdaad wel concreet zorgen dat er eens*
407 *iets georganiseerd wordt*
- 408 Ja
- 409 *Ja, en ze hebben volgens mij ook al een keer in de zoveel tijd een gemeenschappelijk overleg*
- 410 Oja
- 411 *Maar geef er ook eens een leuke vorm aan. Dat je niet altijd alleen maar*
- 412 Een beetje ontspannen
- 413 *Ja, dat je daardoor ook het, het toegankelijker maakt.*
- 414 En als je nou kijkt, dan gaan we nog even door op die oplossing, je hebt bijvoorbeeld het
415 ontwerp van de oplossing en dan het gebruik en je hebt implementatie. Dus hoe je het gaat
416 gebruiken en hoe mensen het gaan aannemen zeg maar, de uitvoering. Als je kijkt naar die
417 punten, zouden die oplossingen dan mogelijk zijn, of juist niet? Zoals bijvoorbeeld met het

- 418 symposium, is dan het ontwerp is dat dan goed te doen, het gebruik hoe je het invoert en hoe
419 je het uitvoert, hoe is dat mogelijk zeg maar?
- 420 *Ik denk dat het heel goed haalbaar is, alleen zit je dan wel weer wie neemt het voortouw?*
- 421 Ja
- 422 *Dat krijg je dan wel he, moet het dan door de gynaecoloog georganiseerd worden, moet het*
423 *door de verloskundigegeorganiseerd worden?*
- 424 Ja
- 425 *En ik weet ook vanuit mijn eigen ervaring als verpleegkundige, je hebt al heel veel scholingen*
426 *waar je naartoe moet*
- 427 Ja
- 428 *Dus ik kan me er wel weer iets bij voorstellen dat het niet lekker van de grond komt doordat*
429 *mensen al zoveel moeten*
- 430 Ja
- 431 *Weetje, weer een scholing, of weer*
- 432 Ja
- 433 *Ik denk dat dat een beetje de valkuil is. Dus dat vind ik wel. Maar op zich moet het wel heel*
434 *goed haalbaar zijn. Ja, wij hebben bijvoorbeeld ieder jaar, nu ook als verlos en*
435 *verpleegkundigen, ieder jaar hebben we een gynaecologenfeest. De gynaecologen*
436 *organiseren dat feest, maar alle mederwerkers, dus voor secretaresses, verloskundigen*
- 437 Oja
- 438 *Ieder die met hen werkt. Dus omdat je ieder jaar dat feest hebt, heb je wel een heel stukje*
439 *gezelligheid en ontspanning met elkaar en leer je elkaar wel op een heel ander vlak kennen en*
440 *je merkt dat dat wel ten goede komt van een werk, van je werkrelatie met elkaar.*
- 441 Ja
- 442 *Dus zoiets zou natuurlijk ook kunnen, maarja dan heb je weer, uit welk potje moet dat komen*
- 443 Ja precies
- 444 *Dus het is wel heel goed haalbaar, maar op wat voor manier dat dan vorm moet krijgen, nee*
445 *dat weet ik niet*
- 446 Nee
- 447 *Heel lastig*
- 448 Ja

449 *Ja dat is dan ook dat je als verloskundige net op een andere rang zit dan als verloskundige en*
450 *gynaecoloog bijvoorbeeld*

451 *Ja*

452 *Dus je staat er ook net weer buiten. Dus voor mij zou het sowieso, zou ik daar niet helemaal*
453 *beeld bij kunnen vormen, van hoe dat dan vorm moet krijgen.*

454 Nou, er zijn bijvoorbeeld ook technologische oplossingen mogelijk en als je kijkt naar,
455 bijvoorbeeld van zorgverlener naar zorgverlener, dat je bijvoorbeeld teleconsultatie hebt, of
456 wat hebben we hier nog meer staan.. **teleradiografie**, telepathologie, bijvoorbeeld een
457 waarnemingsdossier voor de huisarts, of een elektronisch medicatiedossier, nou e-learning. Er
458 zijn gewoon heel veel mogelijkheden om bijvoorbeeld, zoals je net zei met die communicatie
459 tussen de zorgverlener, tussen de verloskundige en de gynaecoloog dat je andere middelen
460 hebt, gewoon, telecommunicatie enzo..

461 *Ja*

462 Dat je makkelijker misschien communicatie kan krijgen, maar ook bijvoorbeeld van patiënt
463 naar patiënt dat je via Hyves, via Facebook, dat je groepen hebt waarmee

464 *Waar mensen zich voor kunnen aanmelden*

465 Ja precies, met elkaar dingen kan delen, maar ook weer van zorgverlener naar patiënt dat je
466 zegt dat er meer telemonitoring is, dat je mensen meer via internet contact, of dat je meer e-
467 consulten hebt of dat mensen via internet gewoon

468 *Ja*

469 Consult kunnen hebben of meer gebeld worden in plaats van huisbezoeken en die dingen
470 meer.

471 En als je dan, herken je of denk je dan dat bepaalde van die oplossingen die ik net eigenlijk
472 een beetje noem, dat die kunnen worden gebruikt bij de problemen binnen de perinatale zorg?
473 Want ik heb bijvoorbeeld bij die symptomen, die problemen die we net hadden

474 *Ja*

475 Dat niet goed inschatten, en die communicatie dat dat soms niet goed is, dan is bijvoorbeeld
476 voorgesteld om een Perinataal Webbased Dossier te maken van, zodat de communicatie beter
477 wordt, zodat er een.. Bijvoorbeeld de verloskundige maakt een dossier aan van een cliënt en
478 dat wordt gewoon automatisch ingestuurd en naar de gynaecoloog, zodat die het meteen in
479 kan kijken stel dat iemand wordt doorgestuurd, dat hij het wel

480 *Ja*

481 Meteen heeft zeg maar

482 *Ja*

- 483 En als je kijkt bij het fout inschatten, dan kan er bijvoorbeeld worden gezegd dat je
484 gemeenschappelijke besluitvorming hebt bij risicosituaties of dat je drie selectiemomenten
485 hebt voor de risicozorg, dus dat je meer he meer momenten hebt, of dat je bijvoorbeeld via
486 een vragenlijst of een anamnese al kunt kijken van welke risico's heeft iemand bijvoorbeeld
487 ook al voor de zwangerschap
- 488 *Voorgeschiedenis, familiale bepaling, dat soort dingen*
- 489 Ja. En zie je dan daar ook mogelijkheden in dat het oplossingen zouden kunnen zijn voor die
490 problemen?
- 491 *Ik denk het wel, absoluut, want wij zijn nu ondertussen daarmee over qua, met de huisartsen,*
492 *alle verslagen, brieven van de huisarts*
- 493 Ja
- 494 *En dat soort dingen gaan nu allemaal digitaal*
- 495 Oke
- 496 *We werken nu via een elektronisch voorschrijfsysteem, dus alle medicijnen die een patiënt bij*
497 *ons met ontslag meekrijgt naar huis, worden digitaal verstuurd naar de apotheek en kan de*
498 *patiënt 's middags halen, dus we zijn daar al in het ziekenhuis nu mee verder*
- 499 Ja
- 500 *En ik denk absoluut dat dat positief is.*
- 501 Oke
- 502 *Want weet je, nu ook als je nu bij de huisarts komt dan kan je huisarts precies zien dat je ook*
503 *in het ziekenhuis bent geweest en waarvoor.*
- 504 Ja
- 505 *En ik denk dat als we dat tussen de verloskundigen en de gynaecologen zouden doen, dat dat*
506 *heel praktisch is.*
- 507 Ja
- 508 *Want weet je, het scheelt je een hele hoop tijd, want je vraagt als professional toch heel vaak*
509 *dezelfde dingen dus je hoeft bepaalde dingen niet twee keer te vragen. Een nadeel vind ik wel*
510 *als je het allemaal op papier hebt, dat je er ook makkelijker overheen leest.*
- 511 Ja precies
- 512 *Dus dat kan ook een valkuil zijn.*
- 513 Ja
- 514 *Want weet je, soms scrol je*
-

Op dit punt is het geluidsfragment afgebroken. Er zal daarom hieronder een samenvatting worden gegeven van de rest van het interview, aan de hand van de interviewvragen.

De vraag waarbij de opname is gestopt, luidde: *Herkent u bepaalde oplossingen die kunnen worden gebruikt bij de problemen binnen de perinatale zorg?*

De eerste oplossing die daarbij werd behandeld, was het Perinataal Webbased Dossier (PWD). Respondent gaf aan dat ze dit een goede oplossing vond, om bijvoorbeeld verloskundigen en gynaecologen (nog) beter met elkaar te laten communiceren. Volgens A. kon dit tijd schelen, omdat je niet twee keer dezelfde dingen hoeft te vragen, het kan dan meteen worden gelezen in het dossier. Wel moesten volgens A. hierbij twee valkuilen worden genoemd. De eerste is hierboven in het interview te lezen, namelijk dat er over bepaalde informatie wordt heengelezen. Het tweede nadeel is dat er minder gebruik wordt gemaakt van de klinische blik. Volgens A. is het voor de professional prettig om in direct contact te zijn met de patiënt, omdat op deze manier ook kan worden gezien hoe iemand bijvoorbeeld het verhaal verteld. Volgens A. is dit wel een belangrijk deel van de professionaliteit van de professional, die verloren kan gaan door dit soort (technologische) oplossingen.

De tweede oplossing was de vragenlijst, om op die manier al informatie over de patiënten te verkrijgen, zonder dat daar persé de ontmoeting met een professional voor nodig is. A. was in eerste instantie sceptisch tegenover deze oplossing, omdat A. daarbij het beeld kreeg van de vele onvalide vragenlijsten die online kunnen worden ingevuld. A. gaf aan dat wanneer een vragenlijst bijvoorbeeld bij een verloskundigenpraktijk online stond, A. meer vertrouwen had in deze oplossing. Dit omdat er dan nog een professional ‘achter’ de vragenlijst zat, achter de technologie. A. had het idee dat de vragenlijst vooral nuttig kan zijn voor de patiënten die voor kleine dingen naar de professional komen. Patiënten die al nauwelijks naar een professional toestappen, zouden volgens A. waarschijnlijk niet sneller naar de professional toegaan, wanneer dit bijvoorbeeld vanuit een vragenlijst zou worden geadviseerd. Wel gaf A. aan dat een online spreekuur een vervanging zou kunnen zijn voor het inloopsprekuur of het telefonisch spreekuur. Wel gaf A. daarbij aan dat het daarbij wel belangrijk was dat er een professional ‘achter’ zat, wat bijvoorbeeld mogelijk is met een chatsessie. Ook hierbij dacht A. aan dat dit online spreekuur het ‘normale’ spreekuur nooit volledig kan vervangen, omdat de klinische blik ook op deze manier mist. De professional kan niet door het scherm heen zien, hoe de patiënt het verhaal vertelt en zich erbij voelt. Hierdoor mist de professional een hoeveelheid informatie, die door A. als erg belangrijk wordt beschouwd.

A. gaf aan dat ‘communities’ waarbij patiënten met elkaar verhalen kunnen delen, goed kunnen werken voor patiënten. Op deze manier kunnen zij hun verhaal kwijt en kunnen zij mensen in dezelfde situatie ‘ontmoeten’. Deze eHealth technologie viel echter niet toe te passen bij een van de problemen binnen de perinatale zorg.

Ook is een online zorgportaal als oplossing besproken. A. zag dit als een oplossing, omdat op deze manier zeker was dat bijvoorbeeld de vragenlijst, die hiervoor als oplossing was besproken, van professionals afkomstig is en dus betrouwbaar(er). Daarnaast kon via zo’n zorgportaal ook het PWD worden gedeeld en kon ook de community worden gebruikt door de

patiënt. Met een zorgportaal had de patiënt en de professional dus alle soorten oplossingen bij elkaar, waardoor deze technologie door A. zeker als oplossing werd gezien.

Hoe zouden deze oplossingen vorm kunnen worden gegeven en welke factoren spelen er volgens u mee om deze oplossing succesvol te kunnen adopteren en implementeren?

De eerste oplossing, het perinatale webbased dossier (PWD), zou volgens A. erg realistisch zijn, omdat dit lijkt op het elektronisch voorschrijfsysteem. Hierdoor hoeft een verloskundige, wanneer zij een patiënt doorstuurt naar het ziekenhuis, geen formulieren meer mee te geven, of alle medische informatie door te telefoneren. Wel was het volgens A. belangrijk dat er telefonisch contact bleef tussen de verloskundige en de gynaecoloog. Dit had te maken met het eerste nadeel van technologische oplossingen: de professioneel kan gemakkelijker over informatie heen lezen. Vooral voor de medische gegevens en informatie vond A. het PWD een goede oplossing.

De vragenlijst zou een goede oplossing zijn, wanneer deze bijvoorbeeld via de vragenlijst van een verloskundigenpraktijk kon worden verkregen. Het liefst had A. dat de patiënt bijvoorbeeld een eigen inlognaam en wachtwoord kreeg toegewezen, zodat op die manier ook de professional een beeld had bij de cliënt en de betrouwbaarheid van zo'n vragenlijst meer gewaarborgd is. Dit kon bijvoorbeeld ook door de vragenlijst aan te bieden op een online zorgportaal.

Het online zorgportaal was volgens A. goed haalbaar, omdat het niet door de zorgprofessionals wordt ingevoerd, en daardoor is het duidelijk wie het 'stokje' hiervoor op zich neemt. Daarnaast vond A. het belangrijk dat de vragenlijst betrouwbaar is, zoals hierboven al genoemd, en het contact tussen de verloskundige en de patiënt helder blijft, dat de verloskundige duidelijk kan blijven houden hoe het proces van de zwangerschap bij de patiënt verloopt, hoe het met de patiënt gaat etc. Het was voor A., zoals hierboven genoemd, dat er een persoon 'achter de technologie' blijft.

Een nadeel wat A. noemt bij technologische oplossingen in het algemeen, is dat de patiënt zelf voor arts gaat spelen. De patiënt zoekt zelf de informatie al op en heeft de eigen diagnose al gesteld. Vervolgens komen zij bij de professional om deze diagnose bevestigd te krijgen. Deze zelfgestelde diagnose hoeft natuurlijk niet te kloppen, wat een groot nadeel is volgens A. Op deze manier heeft de arts ook minder de mogelijkheid om zelf de diagnose te stellen, door alle symptomen die de patiënt beschrijft.

Er zijn verschillende punten die een rol spelen bij de oplossingen, om ze tot een succes te maken, zoals het ontwerp, gebruik en implementatie. Wanneer u de oplossingen volgens deze kritiekpunten bekijkt, welke oplossing(en) is/zijn volgens u de beste? Daarnaast, is/zijn er volgens u goede/haalbare oplossing(en), en waarom?

A. gaf aan dat het PWD een goede oplossing zou zijn, voor de medische informatie. Voor de overige informatie vond A. het belangrijk dat de professional zelf patiëntencontact heeft, om zo ook de klinische blik te kunnen gebruiken. Ook is er dan minder informatie die moet worden gelezen, waardoor er minder over informatie kan worden heen gelezen. Deze

oplossing is volgens A. daarom erg goed, maar met name voor de medische informatie van de patiënt.

Ook het online zorgportaal vond A. een goede oplossing, omdat op deze manier de patiënt gemakkelijker contact kan hebben met de professional, bijvoorbeeld door middel van een chatgesprek, en niet voor elk wisselwaseje hoeft langs te komen. Op deze manier kan de professional tijd besparen. Daarnaast kan er op deze manier ook een betrouwbaardere vragenlijst worden gewaarborgd; de patiënt weet zeker dat dit een vragenlijst is die door de professionals wordt ondersteund.

Wel had A. haar vraagtekens bij de vragenlijst zelf, als oplossing. De kritiekpunten zijn hierboven al genoemd: A. had het idee dat mensen die niet gauw naar een arts/verloskundige gaan, hierdoor niet sneller gaan, en dat er misschien te gemakkelijk bijvoorbeeld diagnoses worden gesteld; er wordt voor eigen dokter gespeeld. Ook mist de klinische blik bij deze vragenlijst en deze wordt door A. juist ook als belangrijk onderdeel van het arsenaal van middelen van de professional gezien.

Afsluiting

Er waren verder geen bijzonderheden of onduidelijkheden die A. (nog) aan de orde wilde stellen.

Bijlage 15: Interview respondent B

- 1 Ik begin maar gewoon met het welkom en even uit te leggen wat we gaan doen. En dan
2 kunnen we dan gewoon beginnen met de vragen. Welkom bij dit interview. We gaan het
3 vandaag hebben over de problemen binnen de perinatale zorg en de mogelijke oplossingen.
4 Eerst zullen we gaan bekijken welke problemen u zelf (h)erkent binnen de prenatale zorg.
- 5 *Ja*
- 6 Vervolgens zullen we gaan kijken naar de problemen die zijn aangedragen (ook in de
7 literatuur) en worden deze door u beoordeelt op belangrijkheid, van nou, welke problemen
8 vind ik nou echt belangrijk. Als laatste zal worden gekeken naar mogelijke oplossingen voor
9 de problemen. En dan gaat het over, van nou welke oplossingen vindt u bijvoorbeeld haalbaar
10 en toepasbaar?
- 11 De doelen voor mijzelf: achterhalen welke problemen zorgprofessionals ervaren in de
12 dagelijkse praktijk met betrekking tot perinatale zorg, in het bijzonder met het proces van
13 risicobepaling. En daarnaast wil ik bepalen hoe de kwaliteit van de perinatale zorg, met in het
14 bijzonder het proces van de risicobepaling, kan worden verbeterd en vergroot door gebruik
15 van technologie.
- 16 *Ja*
- 17 Nou, ik denk dat het interview zal ongeveer een half uur tot een uur duren maar ik kan het
18 niet helemaal inschatten want
- 19 *Ja*
- 20 Het ligt er een beetje aan hoe het gaat
- 21 *Oke*
- 22 Het zal worden opgenomen, ik hoop dat u daar verder geen problemen mee hebt?
- 23 *Nee, dat is goed.*
- 24 De opnames zullen ook zorgvuldig worden behandeld en daarna worden vernietigd.
- 25 *Oke*
- 26 En wanneer u het wenst, kan ik u ook een verslag sturen van het interview en ook als u het
27 leuk vindt nog een eindverslag van mijn scriptie, maar dat is net wat u zelf graag heeft?
- 28 *Ja, dat wil ik wel*
- 29 Oke, leuk. Dan zal ik dat opsturen.
- 30 Nou, dan beginnen we eerst met de probleemidentificatie. Eerst om het een beetje duidelijk te
31 krijgen, op welke manier heeft u te maken met de perinatale zorg?

32 *Nou, voor een deel, praat ik een beetje in het verleden, ik ben dus voorheen huisarts geweest*
33 *die,*

34 *Ja*

35 *Maar verloskundig actief, zoals dat heet. De situatie is in Nederland zo, als in een regio geen*
36 *verloskundige gevestigd zijn, dan wordt de verloskunde nog door de huisartsen gedaan*

37 *Oke*

38 *Dat is weliswaar een percentage huisartsen dat nog bevallingen doet, wordt wel steeds*
39 *kleiner. Ik geloof dat de laatste cijfers, als ik me niet vergis is geloof ik nog vijf procent van*
40 *de huisartsen verloskundig actief.*

41 *Oke, dat is niet veel.*

42 *Dat is niet zoveel en dat was geloof ik tien jaar geleden nog tien procent en dat neemt steeds*
43 *verder af zeg maar. Ik heb ruim tien jaar gewerkt in een regio in Nederland waar de*
44 *verloskunde door de huisartsen werd gedaan, dus dat is mijn bemoeienis. Daarna heb nog*
45 *een tijdje in Australië gewerkt, waar ook de verloskunde nog door de, weliswaar in het*
46 *ziekenhuis, maar door de huisartsen werd uitgevoerd en inmiddels ben ik vooral vanuit bij*
47 *werk bij M. meer op een eHealth achtige manier betrokken bij wat zou eHealth kunnen*
48 *betekenen voor de verloskundige zorg*

49 *Ja*

50 *Dus dat even in het kort van mijn bemoeienis met de perinatale zorg. In Het verleden heb ik*
51 *dus zelf bevallingen gedaan, dat kwam er in feite op neer dat je als huisarts deden wij*
52 *thuisbevallingen ofwel poliklinische bevallingen in het ziekenhuis, dus zonder medische*
53 *indicatie. Dus als mensen dat perse wilden, dan konden ze in het ziekenhuis bevallen en dan*
54 *begeleiden wij ze in het ziekenhuis. En ik heb dus ook ervaring met het verwijsp proces, van*
55 *wanneer tijdens de zwangerschap, of wanneer tijdens de bevalling verwijst je van de eerste*
56 *naar de tweede lijnszorg.*

57 *Oke. En op dit moment is de perinatale zorg natuurlijk heel veel in het nieuws, en dan vooral*
58 *met betrekking tot het hoge sterftecijfer, en hebt u het idee dat er problemen binnen de*
59 *perinatale zorg zijn die hiermee te maken kunnen hebben?*

60 *Ja, dat denk ik wel. Ik denk er zijn twee dingen die mij in ieder geval, uit mijn eigen ervaring*
61 *van een aantal jaar geleden zijn opgevallen, is dat de verloskundige risico inschatting door*
62 *de huisartsen was in ieder geval op dat moment niet gestandaardiseerd of geprotocoliseerd.*
63 *Dus daar waar er voor heel veel huisartskundig handelen standaarden zijn, en toen al waren,*
64 *is er, was die er eigenlijk niet voor de verloskundig actieve huisarts, dat was er niet in die*
65 *tijd. Dus dat betekent dat je, met name de prenatale zorg, of eigenlijk ook gewoon de hele*
66 *perinatale zorg, dat je die eigenlijk toch baseerde op datgene wat je op je opleiding had*
67 *geleerd, of eventuele nascholing of afspraken met de lokale zorgverlener, gynaecoloog in de*
68 *meeste gevallen. Maar dat daardoor eigenlijk weinig standaardisatie ook op*

69 *beslissingsondersteuning of op welke risicocriteria baseer je nou een hoog risico zwangere.*
70 *Dat was toch eigenlijk allemaal een beetje eigen inzicht, onderbuik gevoel.*

71 Ja, oke. En Nou, omdat u er zelf ook wel veel mee te maken had, omdat u ermee werkte,
72 waarom vormde dat dan een probleem volgens u?

73 *Ja ik denk toch omdat je, omdat criteria niet helder zijn, je ook niet goed.. Eigenlijk om twee*
74 *redenen, toch enige onzekerheid over het nemen van de juiste beslissing. He, want heb ik deze*
75 *zwangere nou terecht ingestuurd, of terecht niet ingestuurd? Dat is de ene. En de andere is*
76 *dat je ook op basis daarvan niet goed op de uitkomsten inzetten, als je niet weet op basis*
77 *waarvan je beslissingen hebt genomen, kun je er ook moeilijk feedback op krijgen. En dan*
78 *nog even terug naar het eerste probleem, dat er eigenlijk geen standaardisatie of*
79 *protocollering was, daaraan gekoppeld probleem is ook dat, was toch ook wel de*
80 *communicatie tussen de eerste en tweede lijn. Dat je een zwangere instuurde naar de tweede*
81 *lijn voor risico inschatting dat je toch eigenlijk niet goed terugkoppeling kreeg of je dat*
82 *terecht had gedaan of niet terecht gedaan hebt dat ze soms in de tweede lijn bleven en soms*
83 *ook weer terug kwamen naar de eerste lijn. Dat eigenlijk niet altijd helemaal helder was van*
84 *waarom krijg ik deze nou wel terug en die niet?*

85 Oke. Ik heb zelf natuurlijk ook onderzoek gedaan naar die problemen en als ik dan kijk
86 binnen de literatuur dan kom ik uit bij deze problemen: dat niet goed inschatten van de
87 risico's bij de zwangerschap, natuurlijk wat u ook al aangeeft, en daar hangt deze eigenlijk
88 heel erg mee samen, de BIG4 symptomen. En daarnaast dat er soms geen sprake is van tijdige
89 en adequate communicatie tussen verschillende zorglijnen dus dat is ook al wat u aangeeft.

90 *Ja*

91 En als laatste is er nog de verschillende zorgsystemen voor medische en niet-medische
92 risico's. Herkent u zich verder in deze problemen?

93 *Ja! En het gaat vaak ook om wel, dat is het punt, dat het vaak ook wel om hele subtiele*
94 *symptomen gaat. Zwangerschap is een periode waarin heel veel dingen veranderen,*
95 *eventueel ook vaak met veel kwaaltjes en ongemakken gepaard gaat. En nou ja, het heet ook*
96 *niet voor niets bakerpraatjes he, dus er is heel veel rondom zwangerschap en bevalling dat*
97 *tot de volkswijsheid wordt gerekend. En vaak ook volkomen terecht. Laten we maar zeggen,*
98 *negen van de tien problemen tijdens de zwangerschap en in de kraamperiode zijn ook met*
99 *simpele huis tuin en keuken oplossingen op te lossen. Maar er zijn een paar die echt ernstig*
100 *zijn en dat zijn dan inderdaad dus signalen die bij wijzen op het HELLP syndroom, dus op*
101 *bloeddruk en stollingsproblemen in de zwangerschap, groeiachterstand en dat soort zaken.*
102 *Nogal wat van de klachten die daarmee gepaard gaan zijn, vallen eigenlijk een beetje, vallen*
103 *nauwelijks op in de ruis van alle andere klachten die de zwangere heeft. Dat maakt het*
104 *inderdaad lastig. En dat maakt ook dat je, want het is vaak een combinatie van dingen, dus*
105 *dat er toch heldere criteria, maar met name ook het, het gaat vaak om het optellen van een*
106 *aantal signalen. En op het moment dat je daar enigerlei vorm van systematiek van hebt, dan*
107 *heb je meer kans dat je de goede beslissing neemt. Omdat het toch allemaal een beetje op*
108 *onderbuiksgevoel gaat.*

109 Dat je gewoon weet van als deze combinatie van factoren optreedt, dan moet ik deze actie
110 ondernemen bijvoorbeeld.

111 *Ja, precies.*

112 En weet u ook of er op dit moment ook meer protocollen en criteria worden gebruikt voor
113 binnen de..

114 *Ik denk het wel, ik denk dat je met name ook in de, kijk verloskunde in de huisarts, blijft*
115 *natuurlijk altijd een beetje de witte raaf. Ik heb wel het gevoel dat er in de eerstelijns*
116 *verloskunde door verloskundigen, dat daar wel een zekere professionalisering van het vak*
117 *heeft plaatsgevonden. Alhoewel, wat daar nog wel speelt volgens mij, is protocollisering*
118 *houdt ook een zekere mate van medicalisering in. Dat is het effect wat het vaak heeft. En ik*
119 *merk binnen de eerstelijns verloskunde, en met name de eerstelijns verloskunde die heel sterk*
120 *de thuisbevalling aanhangt, merk je soms eerder een tendens die daar vanaf gaat, van laten*
121 *we vooral natuurlijk en gewoon... Wat de discussie volgens mij heel erg vertroebelt, is dat*
122 *het, de discussie van wat is de beste en de veiligste plek voor een bevalling, thuis of in het*
123 *ziekenhuis, die wordt vaak ook een politieke discussie over wie heeft het voor het zeggen in*
124 *de kraamzorg, de verloskundige of de gynaecoloog.*

125 Ja, dat maakt het ook lastig

126 *Dat maakt het dat mensen soms om andere sentimenten bepaalde richtingen aanhangen en*
127 *bepaalde beslissingen nemen dan dat misschien wel op basis van wat is de beste uitkomst*
128 *voor deze zwangere. Dat is lastig.*

129 Ja, dat is heel lastig. En dat is ook niet wat je wilt zien natuurlijk

130 *Nee, en met name die, Nederland neemt daar natuurlijk toch een uitzonderingspositie in, met*
131 *name die hele discussie over de thuisbevalling dat vertroebelt wel heel erg veel. Dat maakt*
132 *het wel lastig.*

133 Ja. En als u nu kijkt naar de genoemde problemen, die we dus nu hebben gehad, kunt u die
134 dan ook voor mij rangschikken op belangrijkheid? Dus het probleem dat u het belangrijkste
135 vindt bijvoorbeeld als eerste, en waarom vindt u dan een probleem belangrijk en zo verder?

136 *Ja*

137 Ik heb die lijstjes er nog wel bijliggen.

138 *Ja, hier he?*

139 De problemen die u zelf noemt mogen er juist ook bij hoor.

140 *Ja, ik denk zelf dat protocollisering en de communicatieproblemen die zitten toch volgens mij*
141 *wel op gelijkwaardig niveau, qua belang. Dat zijn de twee die erboven uitspringen zeg maar.*
142 *Wij praten dus vanuit de verloskunde door de huisarts denk ik dat een goed eerstelijns*
143 *verloskundig protocol voor huisartsen, dat is denk ik een belangrijke. En betere*

144 *communicatie tussen de eerste en tweedelij is denk ik evenzeer belangrijk. Die zou ik op*
145 *gelijkwaardig niveau zetten en het niet goed in..., ja een en twee zijn toch wel vergelijkbaar.*

146 Ja

147 *Verschillende zorgsystemen voor medische en niet/medische risico's dat haakt wel een beetje*
148 *aan, aan dit natuurlijke thuis, of medisch en in het ziekenhuis, maar dat vind ik van een iets*
149 *lagere orde en belang.*

150 Oke. En waarom kiest u dan voor deze volgorde? Waarom vind u dan de eerste twee die u
151 noemde belangrijker dan ..

152 *Omdat die eerste vooral iets zegt over de kwaliteit van je eigen handelen. En de tweede zegt*
153 *iets over de kwaliteit van het systeem, van het ketensysteem. En kwaliteit van je eigen*
154 *handelen, ik denk dat in de eerste lijn, laten we zeggen in de verloskundige zorg ben ik toch*
155 *geneigd om te denken dat de eerste lijn daarin mogelijke wel de zwakke, laten we zeggen dat*
156 *is de kwetsbare schakel, omdat je daar met betrekkelijk weinig technologie toch een*
157 *weliswaar natuurlijk maar enigszins complex proces van bevalling hebt, de zwangerschap en*
158 *de bevalling wil begeleiden. En de bevalling is in zoverre een hoog risico handeling omdat er*
159 *iets misgaat kan het verstrekkende gevolgen hebben, in het uiterste geval het overlijden van*
160 *de baby.*

161 Ja

162 *Dus de eerste lijn is daarin relatief beperkt uitgerust, want je hebt daar natuurlijk niet*
163 *allerlei technische apparatuur en technische bewakingsmogelijkheden. Dus je doet het toch*
164 *een beetje op je gezond verstand en ik denk dat een goed protocol, waarin je aangeeft van*
165 *waar liggen de grenzen van je handelen, als dat protocol er niet is, of niet goed genoeg is,*
166 *dus dat vind ik toch een belangrijke uitkomstmaat voor het verloskundig handelen in de*
167 *eerste lijn. En de eerste lijn is onderdeel van de keten, staat of valt met de kwaliteit van de*
168 *communicatie tussen de verschillende schakels.*

169 Ja precies. Oke, en we hebben nu gekeken naar de problemen binnen de perinatale zorg, en
170 welke oplossingen zouden er volgens u kunnen worden gebruikt om die problemen te
171 verbeteren?

172 *Ja dat ligt eigenlijk voor de hand, als je het probleem hebt: zorg dat er een protocol komt, dat*
173 *het goed wordt geïmplementeerd. Juist omdat het maar zo'n kleine markt is, is het de vraag*
174 *van hoe moet je daar dan in investeren. Volgens mij is er wel al een tendens om, maar dat*
175 *weet ik niet helemaal zeker. Binnen de huisartsengeneeskunde heb je nu het begrip*
176 *kaderhuisarts, en dat zijn huisartsen met een bijzondere vaardigheid op een bepaald terrein.*
177 *Volgens mij is er verloskunde nu inmiddels ook een bijzondere vaardigheid binnen de*
178 *huisartsengeneeskunde. Dat betekent, daar waar je voorheen als arts heb je in principe het*
179 *recht om bevallingen te doen, maar daar zit altijd aan van je bent bevoegd en bekwaam.*
180 *Bevoegd ben je omdat je je artsendiploma hebt, bekwaam ben je alleen maar doordat je het*
181 *goed kan, dus dat je het ook regelmatig doet, en nascholing en noem maar op.*

182 Ja

183 *En het was nu eigenlijk een beetje zo dat als je eenmaal maar de bevoegdheid had, dan was*
184 *je geacht om ook bekwaam te zijn. Die bijzondere registratie, of die kaderhuisarts registratie,*
185 *die werkt aan het in stand houden van bekwaamheid.*

186 Oke.

187 *Daar zit hem denk ik al wel een stuk van, maar aan de andere kant de verloskunde bij de*
188 *huisarts over tien jaar helemaal niet meer bestaat, is vrij groot. Dus dan is de vraag van hoe*
189 *ver moet je voor dit specifieke stuk, moet je daar nou nog in investeren? Voor een*
190 *verloskundige is dat nog weer een ander verhaal, laten we zeggen de eerstelijns verloskunde*
191 *die zal wel blijven bestaan in Nederland. Dus dan zou je het eerder in die richting moeten*
192 *zoeken.*

193 Ja precies. Dus dat je meer de protocollen gaat uitwerken voor de hele verloskundige
194 eerstelijns.

195 En dat gaan dan voornamelijk over het inschatten van de risico's, en met bijvoorbeeld die
196 adequate en tijdige communicatie, hebt u daar ook enig idee van wat voor oplossing zou daar
197 voor kunnen zijn?

198 *Nou ja, dat is het stukje waar mogelijk eHealth een rol bij kan spelen, maar daar komen we*
199 *misschien straks nog even over te spreken, maar dat is met name.. Kijk wat communicatie*
200 *volgens mij al vertroebeld daar is verschillende belangen, verschillende opvattingen, ook nog*
201 *wel een stukje, er zit ook nog een financieel belang bij. Er is volgens mij ook wel*
202 *gesignaleerd dat doorverwijzen naar de tweede lijn, inderdaad kan leiden tot inkomensverlies*
203 *van de eerste lijn en dat zou natuurlijk een reden kunnen zijn om het nog maar even uit te*
204 *stellen. Ik weet niet in hoeverre dat nog een hele grote rol speelt, recent is er, van de week,*
205 *wel een onderzoek gepubliceerd waaruit blijkt dat financiële prikkels op het medisch*
206 *handelen van de huisarts toch relatief weinig invloed hebben. Je zou je kunnen voorstellen*
207 *dat dat voor de verloskundige ook geldt, dus dat medische, ethische en vakinhoudelijke*
208 *criteria toch zwaarder wegen om bepaald iets wel of niet te doen, dan de financiële prikkel.*

209 Ja

210 *Dus ik hoop maar dat dat voor de verloskunde ook geldt. Maar helemaal zeker weten doe je*
211 *dat natuurlijk toch nooit. En dat heeft dan ook wel weer te maken als afgeleide van dat vierde*
212 *punt, dus dat verschillen in opvattingen over hoe medisch is een bevalling nou eigenlijk. je*
213 *ziet dat dat vanuit de tweedelijns toch eigenlijk alleen vanuit het medische model wordt*
214 *ingevuld, en vanuit de eerste lijn toch meer vanuit het gezins, maatschappelijk georiënteerde*
215 *visie. Op de plaats van de bevalling in de samenleving laat maar zeggen.*

216 *Maar ik denk dat een punt waar alle professionals die met verloskundige zorg bezig zijn, het*
217 *met elkaar eens zijn, is dat het gaat om de uitkomst, namelijk een goede bevalling en een*
218 *gezonde baby en een gezonde moeder.*

219 Ja

220 *Dus als je dat als uitgangspunt weet te nemen en die andere randvoorwaarden, financiering,*
221 *medisch model of niet, naar de achtergrond weet te dringen. Dat is volgens mij de*
222 *voorwaarde om de kwaliteit te verbeteren. Het andere is denk ik, waarop communicatie niet*
223 *goed lukt is dat gewoon de gegevens niet beschikbaar zijn. Dat je ziet dat op het moment dat*
224 *iemand van de eerste lijn een stap in de keten maakt, van de eerste lijn naar de tweede lijn en*
225 *soms weer terug naar de eerste lijn, dat de gegevens die daarbij horen, dat die ontbreken.*

226 En zou u daar ook een oplossing zo voor kunnen bedenken?

227 *Nou ja, het kan op zich een voor de hand liggende oplossing kan dan zijn een elektronisch*
228 *verloskundig dossier. Ik ben nog uit de tijd, in de tijd dat ik verloskunde deed, hadden we al*
229 *wel een elektronisch dossier gewoon voor de huisartsenpraktijk, maar als iemand zwanger*
230 *werd, dan legden we een zogenaamde zwangerschapskaart aan, dus dat stukje begeleiding*
231 *ging nog op papier. Dus, daar was ook eigenlijk geen goed elektronisch verloskundig, in het*
232 *huisartsensysteem van die tijd zat helemaal geen elektronisch verloskundig dossier, dus het*
233 *kon al niet eens als je het zou willen. Geen idee hoe dat nu is, maar volgens mij gezien dat*
234 *kleine percentage huisartsen dat verloskunde doet, denk ik ook dat door de*
235 *huisartsensystemen niet verschrikkelijk veel geïnvesteerd zal zijn in een verloskundig dossier.*
236 *Temeer omdat een verloskundig dossier ook nog betrekkelijk complex is als je ernaar kijkt.*
237 *Dus wij werkten met een papieren zwangerschapskaart en de laatste weken, die kaart*
238 *bewaarden we het grootste deel van de zwangerschap op de praktijk en werd tevoorschijn*
239 *gehaald als iemand op controle kwam. Vanaf de 36^e week ofzo, als iemand zo 'n beetje kon*
240 *gaan bevallen dan kregen mensen de kaart mee. En dan hadden ze hem zelf in beheer, dus*
241 *dat was dan, die kaart*

242 Kon dan mee, stel dat

243 *Die was dan bij de zwangere, zeg maar daar waar die hoorde te zijn. En op het moment dat*
244 *iemand acuut naar het ziekenhuis moest, dan ging die kaart mee en zo ging het. Maar ja, aan*
245 *de andere kant was dat dan weer de verloskundige kaart van de huisarts waar de*
246 *gynaecoloog toch niet zo heel erg veel naar omkeek. Want die had zijn eigen systeem. Dus op*
247 *zich is een elektronisch, een gemeenschappelijk elektronisch verloskundig dossier zou een*
248 *oplossing zijn.*

249 Ja. Omdat je dan allemaal uit hetzelfde document werkt

250 *Ja. Maar dat heb ik dan in mijn nieuwe rol bij M. heb ik daar wel enigszins ervaring mee.*
251 *Een collega van mij heeft daar onderzoek naar gedaan, ze heeft daar een project mee opgezet*
252 *in T. rondom verloskundige en.. met verloskundigen en gynaecologen en bleek dat dat dossier*
253 *toch wel heel erg complex is eigenlijk. Dat het heel veel variabelen kent en*

254 Dus niet zo makkelijk op te zetten

255 *Niet zo eenvoudig om te automatiseren, niet zo makkelijk is nee.*

256 Nou, daar heeft u net denk ik ook al wel wat over gezegd. Hoe zouden deze oplossingen
257 vorm kunnen worden gegeven?

258 *Ik denk dat je moet beginnen met daarover enige, ik denk dat je sowieso met stakeholders*
259 *moet praten, ik denk dat degene die daar tot nog toe nogal eens bij vergeten wordt is de*
260 *zwangere zelf, van wat heeft die nou voor vragen en wensen op dat gebied? Dus de*
261 *aanstaande ouders, de eerstelijns verloskundige, tweedelijns verloskundige, eventuele*
262 *financieringsorganisaties, dat je daar eerst eens mee moet praten van, nou eigenlijk een*
263 *beetje op deze manier. Wat zijn de problemen en welke oplossingen? Op het moment dat je*
264 *daar consensus hebt, of daar in beeld hebt, dat je daar toch de grootste gemene deler moet*
265 *halen. Om een eHealth project, of een andere manier van communicatie, om dat enigszins*
266 *haalbaar te maken, moet je het vooral niet te groot optuigen want dan krijg je het niet van de*
267 *grond. Dus ik denk dat je dan toch op zoek moet, op het moment dat je stakeholders in beeld*
268 *hebt, wat ze willen, wat ze belangrijk vinden, datje op zoek moet naar de quick winst, of de*
269 *grootste gemene deler, of op de pareto manier moet kijken van hoe kan ik met 20 procent van*
270 *de inspanning 80 procent van het resultaat halen. Nou dat is in de zorg notoir lastig, want*
271 *zorgprofessionals die houden niet van uitzonderingen, die er niet onder vallen, dus die willen*
272 *ook de witte raaf meegenomen hebben. Maar ik denk dat je dan toch zou moeten komen tot*
273 *een soort heel kerndossier van nou hier staat nou echt in wat je in huisartsenland... Kijk een*
274 *huisartsendossier is enorm groot, maar de huisartsen hebben een basisset, dat noemen ze een*
275 *professionele samenvatting en die wordt bijvoorbeeld gebruikt om uit te wisselen tijdens de*
276 *diensturen. Dus op de dokterspost wordt niet het volledige dossier van de huisarts gebruikt,*
277 *maar de professionele samenvatting, wat een veel beperktere set gegevens is. Eigenlijk zou je*
278 *voor een verloskundig dossier ook een professionele samenvatting willen maken waar alle*
279 *partijen het over eens zijn, van dit..*

280 Ja, van dit is de kern, en dan..

281 *Dit is wat we willen weten. En daar ga je mee beginnen. En op basis daarvan ga je kijken van*
282 *waar lopen we nou in de praktijk nog tegen aan. Wat is er nou nog meer? En Dat kan je er*
283 *dan eventueel aan toevoegen.*

284 En dit gaat dan meer over die, ik kom niet meer op het woord. In ieder geval, als je nou kijkt
285 naar het niet goed inschatten van de risico's, dan hadden we het over dat er betere protocollen
286 moesten komen, en hoe zou dat vorm gegeven kunnen zijn?

287 *Dan zou je er waarschijnlijk op uit komen dat in ieder geval in de professionele*
288 *verloskundigen samenvatting op zijn minst die risicofactoren moeten zijn opgenomen, op*
289 *basis waarvan je die inschatting kunt maken. Die horen er in ieder geval in. Als je het er met*
290 *elkaar over eens bent van die risico inschatting, dat is een van de essenties van de perinatale*
291 *zorg, dan moet je in ieder geval duidelijk maken dat je die risicofactoren daarin presenteert*
292 *en ook kunt beoordelen, door de manier waarop ze gepresenteerd zijn.*

293 Ja, oke. Welke factoren spelen er volgens u mee om deze oplossing succesvol te kunnen
294 adopteren en implementeren?

295 *Betrokkenheid denk ik he, als je kijkt naar wat maakt nou dat dingen gaan veranderen, dan is*
296 *dat toch, nou je hebt vaak toch per beroepsgroep een voortrekker nodig, een enthousiaste*
297 *professional die dat, een early adopter zeg maar, die dat voor elke beroepsgroep wil gaan*
298 *doen. Dus je hebt, vanuit verschillende stakeholders, moet je eigenlijk gaan identificeren van*
299 *wie zijn nou de mensen die het hier gaan trekken? En die moet je denk ik bij elkaar zien te*
300 *gaan brengen. En op het moment dat je die stakeholders, de voorlopers van je*
301 *stakeholdersgroep, die moet je het vervolgens eens laten worden over de essentie, dus over*
302 *wat zijn nou de kernwaarden van wat we met elkaar willen afspreken? Dat moet je gaan*
303 *vorm geven, en eHealth, het elektronisch dossier is daar maar een klein stukje van. Want veel*
304 *belangrijker is het beschrijven van het proces wat eromheen zit en daar waar er*
305 *procesveranderingen of gedragsveranderingen nodig zijn. Dat is denk ik waar je de meeste*
306 *aandacht aan moet besteden. Dat gaat nooit vanzelf.*

307 Nee precies, nee. Daar is vaak wel wat voor nodig inderdaad. En er zijn verschillende punten
308 die natuurlijk een rol spelen bij de oplossingen, om ze tot een succes te maken, zoals het
309 ontwerp gebruik en implementatie. Wanneer u de oplossingen volgens deze kritiekpunten zou
310 bekijken, welke oplossing zou dan volgens u de beste zijn?

311 *Ja volgens mij hebben we nog niet zo heel veel verschillende oplossingen genoemd.*

312 Nee inderdaad, vooral het online dossier natuurlijk.

313 *Ja er zitten een aantal andere, ja ik denk niet dat het oplossingen zijn die los van elkaar zijn*
314 *zeg maar. Ze houden allemaal verband met elkaar, dus je zou kunnen zeggen van nou,*
315 *werkafspraken zou je ook als een losse oplossing kunnen zien, het elektronisch dossier kan*
316 *zogezegd ook gewoon een middel zijn, die kan ook los daarvan. Dus ik denk van als je kijkt*
317 *van wat is nu de belangrijkste stap om ergens te komen is toch in eerste instantie denk ik een*
318 *consensus bereiken over wat je met elkaar wilt afspreken, en op basis waarvan? Kan zijn*
319 *over de criteria, over het protocol... We praten nu over risico inschatting als iets wat*
320 *vaststaat, maar ook daarover zal natuurlijk nog discussie mogelijk zijn. Het bereiken van*
321 *consensus en het maken van afspraken en het helder krijgen van wat is voor verschillende*
322 *stakeholders nou echt, wat zijn de belangrijkste items? Dat is in eerste instantie wat er nodig*
323 *is en wat het meeste kans op succes biedt. En de rest is randvoorwaardelijk, dus de*
324 *organisatie, financiering, de automatisering, dat is wat het kan ondersteunen.*

325 Ja, oke. Ja, er zijn natuurlijk ook andere technische oplossingen mogelijk, maargoed daar zijn
326 we nu eigenlijk he, al zo mee bezig, dat daar hebben we het nu al over gehad. Daar had ik
327 inderdaad een aantal voorbeelden van meegenomen. En ik heb zelf uit de literatuur een aantal
328 oplossingen gevonden, dat zijn wel of niet technische oplossingen. En even kijken, die ziet u
329 hier wel staan, dat is voor het niet goed inschatten van de risico's en de BIG4 symptomen, is
330 dat dus inderdaad ook een gemeenschappelijk protocollen komen en gemeenschappelijke
331 besluitvorming, maar ook dat bijvoorbeeld een vragenlijst of anamnese, eventueel online, kan
332 worden gebruikt. En zoals bij dat er geen goede communicatie is, zeggen ze van maak
333 inderdaad een Perinataal Webbased Dossier, dus dat je het online hebt staan. En voor die
334 verschillende zorgsystemen wordt eigenlijk eHealth ook al gesuggereerd. Dat is natuurlijk

335 wel leuk, want ik heb van tevoren bedacht, herkent u zich in bepaalde oplossingen, maargoed
336 we hebben ze nu eigenlijk allemaal al genoemd. Maar wat we nog niet hadden genoemd, is
337 die vragenlijst of anamnese, herkent u zich daarin?

338 *Ja. Nou wat je nou wel eens ziet, is dat je, het voordeel van zoiets is, dat je op het moment*
339 *dat, om een goed verloskundig dossier aan te kunnen leggen, zeker in het begin van de*
340 *zwangerschap, heb je veel informatie nodig. En die informatie is niet altijd beschikbaar op*
341 *het moment dat je... Het is relatief inefficiënt om dat iedere keer tijdens het gesprek of*
342 *controles te willen doen, omdat het vaak informatie is die op dat moment niet paraat is.*
343 *Bijvoorbeeld allerlei vragen over aandoeningen in de familie, of vragen over de eigen*
344 *medische voorgeschiedenis. Dat is vaak kennis die bij de moeder is, dus die informatie moet*
345 *worden nagevraagd. Dus een online dossier, online vragenlijst, werkt efficiëntieverhogend*
346 *zeg maar.*

347 Ja precies. Dan zou je eigenlijk zeggen van doe dat voor de eerste.

348 *Ja er zitten eigenlijk twee kanten aan. Volgens mij werkt het efficiëntieverhogend en het*
349 *verbetert de kwaliteit van de data. Normaal gesproken heeft een patiënt of een zwangere niet*
350 *zo heel veel inzage in zijn eigen dossier. Op het moment dat hij het zelf moet vullen, mee moet*
351 *helpen vullen, krijgt hij er wel inzage in. En een van de dingen die je wel uit de literatuur*
352 *haalt is dat, ja op het moment dat patiënten inzage krijgen in het dossier, dat ze in staat zijn*
353 *omdat dossier aan te passen, aan te vullen of te corrigeren zeg maar. Dan las ik, heeft*
354 *kunstheup rechts, maar het litteken zit links dokter, dus volgens mij is het mijn linker heup.*
355 *Nogal wat fouten die in het dossier staan die niet gecorrigeerd worden doordat de direct*
356 *betrokkene het eigenlijk nooit ziet*

357 Stel dat die vragenlijst op een andere manier kan worden gebruikt online, hebt u daar ook
358 ideeën over? Hoe zouden die nog meer kunnen worden gebruikt, behalve alleen voor de
359 eerste gesprek, als dat de familie geschiedenis wordt doorgekeken

360 *Nou, risico inschatting heeft vaak ook te maken met het moment. Dus je zou voor het*
361 *monitoren van risicofactoren gedurende de hele zwangerschap, want in de zwangerschap is*
362 *het zo dat de controles zitten op bepaalde tijden en die zijn wel een beetje afgestemd op het*
363 *moment waarop je bepaalde risico's verwacht. En aan het eind worden ze frequenter. Maar*
364 *het blijft natuurlijk toch altijd een momentopname van dat moment en je zou je kunnen*
365 *voorstellen dat je als je voor bepaalde risicofactoren misschien wat continuer geïnformeerd*
366 *wil worden. Daar zit wel weer een keuze aan van moet je een zwangere zo intensief willen*
367 *controleren of werkt dat dan weer medicaliserend. Of ontnem je dan niet iemand het recht*
368 *op een zorgeloze zwangerschap, als die iedere dag moet invullen*

369 Ja precies, hoe gaat het met je klachten...

370 *Dat is natuurlijk de andere kant van de zaak, maar je zou je kunnen voorstellen dat je voor*
371 *het monitoren van een eventuele risicofactor die je bij wilt houden, dat je er ook gedurende*
372 *de gehele zwangerschap online vragenlijsten voor gebruikt.*

373 Oke, ja precies.

374 *Of dat je het pas gaat doen als het begin van een risico zich voordoet*

375 Ja, dat zou ook nog kunnen.

376 Nou, dan komen we eigenlijk uit bij dezelfde vragen als die we hiervoor al hebben gehad, van
377 hoe zou dit vorm kunnen worden gegeven. Dat hebben we natuurlijk allemaal al een beetje
378 besproken net. Dat gaat dan ook weer over welke oplossing u de beste vindt.. Wat er ook kan
379 worden gebruikt is een online zorgportaal. Nou dat is voor bedrijf M. natuurlijk wel heel
380 interessant. Dan kunnen er dus ook combinaties van die toepassingen worden gemaakt. Denkt
381 u dat dit eventueel kan dienen voor het probleem binnen de perinatale zorg?

382 *Ja, nou als je kijkt naar van wanneer, in welke fase van een mensenleven, is er zorgbehoefte,*
383 *en dus is er een zorgportaal een afgeleide van die behoefte zeg maar. Dan is de periode van*
384 *kleine kinderen, dus het moment dat je, als je vanuit je eigen leven redeneert, tussen de nul en*
385 *vier jaar hebben je ouders veel vragen over jouw gezondheid. Dat is een intensieve periode.*
386 *Daarna op de middelbare school en de lagere school wordt het allemaal wat minder. Dan is*
387 *die periode rondom de zwangerschap, vruchtbare periode en zwangerschap, zelf kinderen*
388 *krijgen, dat is ook een zorgintensieve fase. En dan op een gegeven moment boven de vijftig*
389 *komen de chronische aandoeningen. Dus nadat je zelf kinderen hebt gekregen, dan heb je*
390 *voor jouw kinderen weer een zorgintensieve fase maar voor jou zelf he. Volwassenen tussen*
391 *de 35 en de 50 die mankeren niet zoveel en dan boven de vijftig komen de chronische*
392 *aandoeningen. Dus in dat continuüm is de zwangerschap een fase waarin je een zorgportaal*
393 *wat intensiever zult gebruiken en dus waarin dat zorgportaal misschien moet zijn ingericht*
394 *op vragen rondom zwangerschap en jonge kinderen. En naarmate je ouder wordt, wordt dat*
395 *zorgportaal van karakter veranderd. In principe zou ik op het standpunt staan dat een*
396 *zorgportaal met wisselende mate van gebruik en wisselende intensiteit van gebruik eigenlijk*
397 *van wieg tot graf gebruikt kan worden.*

398 Oke. Hoe zou dat dan precies vorm kunnen worden gegeven, zoals u zegt ook met dat
399 intensief gebruik, en juist wel met de zwangerschap?

400 *Ja dat betekent dat het succes, dat het zorgportaal er moet zijn, of het falen van zo 'n*
401 *zorgportaal niet moet worden afgerekend op of je het wel of niet gebruikt zeg maar. Dat het*
402 *ook niet erg is als zo 'n zorgportaal bij wijze van spreken bij de burgerlijke stand voor jou*
403 *wordt aangemaakt en door de begrafenisondernemer wordt afgesloten. Maar dan kan het*
404 *zomaar zijn dat je er tien jaar lang geen gebruik van maakt. Manier waarop dat soort*
405 *projecten worden ingericht, dan zie je vaak een zorgportaal maar niemand gebruikt het, dan*
406 *is het dus mislukt en houden we ermee op. Dat vind ik ook wel de aardigheid van het*
407 *onderzoek van N. over de **diabetescoach**, dat daar ook perioden zijn dat iemand het soms een*
408 *half jaar niet gebruikt en dat dan toch weer gaat gebruiken. Dus ik denk dat het zorgportaal*
409 *de basis moet zijn, en dat op het moment dat jij in een periode komt waarin je zwanger wordt*
410 *en kinderen krijgt, dat je je zorgportaal configureert of inricht met met name een*
411 *verloskundig dossier. En dat je als de periode van kinderen krijgen achter de rug is, dat je er*
412 *hoogstens nog een basale samenvatting van bewaren. Maar dan kan al die verloskundige*

413 *content die kan er eigenlijk weer af, want die gebruik je niet meer. En dan krijg je dertig jaar*
414 *later een keer te maken met, krijg je diabetes.*

415 En dan gaat er een hele andere coach op.

416 Oke. Nou wanneer er wordt gekeken naar die voorgaande factoren, zoals het ontwerp,
417 gebruik en implementatie, is het dan volgens u een haalbare of goede oplossing en waarom?

418 *Ja dan bedoel je het zorgportaal?*

419 Ja, dat online zorgportaal inderdaad.

420 *Ik denk dat er wel inmiddels wat enigszins een beeld is van hoe je zo'n portaal zou moeten*
421 *ontwerpen. Ik denk dat we nog veel te weinig weten over wat nou de factoren zijn die maken*
422 *dat mensen het gaan gebruiken. En hoe je dat op de beste manier kunt implementeren weten*
423 *we ook nog niet zo verschrikkelijk veel over.*

424 Oke.

425 *Ik denk dat heel veel wat daarover nog onduidelijk is, is de aanleiding of de trigger. Het feit*
426 *dat je zwanger wordt is natuurlijk een belangrijke aanleiding. Vertrouwen is een belangrijke*
427 *factor en vertrouwen in de zorg loopt vaak via de vertrouwde zorgprofessional. Via de*
428 *huisartsenpost, dat die iets aanbied als van hier sta ik achter. Dat is denk ik een heel*
429 *belangrijke factor.*

430 Ja en dan zou het misschien zelfs zo zijn dat je dan via zo'n zorgportaal contact kan krijgen
431 met je professional waar je normaal ook contact mee hebt. Dat het op die manier misschien
432 wat makkelijker gaat.

433 *Ik denk in de ontwerpfase dat we toch wel een beetje te zwaar leunen op de expert opinions,*
434 *zal ik maar zeggen. Dus wat de professionals denken wat er in het zorgportaal zou moeten en*
435 *nog te weinig op wat de*

436 Wat de patiënt

437 *Wat de patiënt werkelijk wil en er belangrijk aan vindt.*

438 Oke. Nou ik heb eigenlijk alle vragen gehad. We hebben vooral gehad eigenlijk over de
439 problemen en dan vind ik het wel opvallen dat we precies op de problemen komen, die ook
440 uit de literatuur komen.

441 *Ja*

442 En met de oplossingen was eigenlijk hetzelfde verhaal, dat u ook al zelf al aankwam met een
443 online dossier.

444 Zijn er verder nog punten die u aan de orde wilt stellen?

445 *Nee, volgens mij hebben we het wel zo'n beetje gehad.*

- 446 Ja?
- 447 *Ja.*
- 448 En hebt u nog vragen over het onderzoek of over iets anders?
- 449 *Nee. Over je tijdspad, wanneer denk je het af te ronden.*
- 450 Ik hoop op 6 juli te presenteren, dus
- 451 *Dat is wel redelijk snel*
- 452 Ja, dit is echt de laatste fase van mijn onderzoek.
- 453 *Oke*
- 454 Ik heb eerst helemaal het literatuuronderzoek gedaan, en alle voorkennis verzamelt. En nu is
- 455 het meer dat ik eigenlijk een realitycheck wil doen van klopt het ook een beetje in de praktijk.
- 456 Zijn dit ook echt de problemen die voorkomen of is het allemaal heel mooi in de literatuur,
- 457 maar komen ze in de praktijk met hele andere dingen aan. Dus dat ga ik combineren en daar
- 458 moet uiteindelijk uitkomen wat een mogelijke oplossing zou kunnen zijn. Dus dat is ongeveer
- 459 het tijdspad wat ik heb doorlopen en nog ga doorlopen.
- 460 *Ja*
- 461 Dan wou ik het hierbij graag afsluiten. Heel erg bedankt dat u wou deelnemen aan het
- 462 onderzoek.
- 463 *Oke.*