

Samen beter

Geboortezorg



Santeon is een samenwerking van zeven topklinische ziekenhuizen. Samen zetten we ons in voor betere zorg in onze ziekenhuizen en in heel Nederland. Dat doen we door bij elkaar in de keuken te kijken, van elkaar te leren en continu te verbeteren.



Santeon Utrecht, www.santeon.nl

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen • Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Maastrad Ziekenhuis Rotterdam • Martini Ziekenhuis Groningen

Medisch Spectrum Twente Enschede • OLVG Amsterdam

St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein

Inhoud

4	Samenvatting	
6	Voorwoord	
8	Hoofdstuk 1:	wat is geboortezorg?
12	Hoofdstuk 2:	waardegedreven zorg
14	Hoofdstuk 3:	scorekaart en patiëntselectie
17	Hoofdstuk 4:	Santeon brede resultaten
34	Hoofdstuk 5:	verbeterinitiatieven per ziekenhuis
43	Hoofdstuk 6:	hoe verder?
44	Nawoord	
45	Bijlage 1:	verbeterteams

Samenvatting

In het Samen Beter programma Geboortezorg verbeteren we de geboortezorg via de Value-Based Health Care methodologie. In de Santeon ziekenhuizen vinden jaarlijks 16000 klinische bevallingen plaats, wat neerkomt op 45 per dag. Door deze grote aantallen is er voldoende data om te analyseren en van elkaar te leren. We bespreken deze data en onze werkwijze openlijk met elkaar, om zo maximaal van elkaars uitdagingen en successen te leren.

We meten ieder half jaar (januari t/m juni en juli t/m december) indicatoren op het gebied van uitkomsten, kosten en processen van een gedefinieerde groep vrouwen. Afgelopen cycli omvatte deze groep alle vrouwen die klinisch zijn bevallen in een Santeon ziekenhuis met een zwangerschapsduur vanaf 32 weken. We hebben data verzameld over alle zorg die zij en hun kind(eren) tijdens de zwangerschap tot twee maanden na de bevalling hebben ontvangen. Het zorgvuldig uitwerken van de definities en uitgebreid valideren heeft veel tijd gekost, maar geeft een solide basis van betrouwbare data. Sinds de start in 2017 hebben de ziekenhuizen de verbetercyclus vier keer doorlopen. In de cyclus die we in de eerste helft van 2019 hebben doorlopen, hebben we gezamenlijk besloten ons te richten op de volgende verbeterinitiatieven:

1 Terugdringen van het aantal ongeplande keizersneden

Vanaf de eerste verbetercyclus hebben we ons gericht op het in kaart brengen van ongeplande keizersneden, specifiek bij vrouwen in de NTSV-groep (vrouwen zwanger van hun eerste kind, een eenling die in de uitgerekende periode in hoofdligging ligt). Het voorkomen van een ongeplande keizersnede bij deze groep heeft veel voordelen voor deze baring en een eventuele volgende, als minder complicaties en sneller herstel. Een complex thema met veel verschillende factoren die hierop van invloed zijn, zoals inleiden, overdracht tijdens de bevalling, bijstimuleren, pijnstilling en persduur.

Intensieve samenwerking tussen het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en het Catharina Ziekenhuis, naar aanleiding van de cijfers van de eerste benchmark, laat zien dat het structureel en gedetailleerd vergelijken van werkwijzen kan leiden tot verlaging van het aantal ongeplande keizersneden (in deze ziekenhuizen een kwart minder). Vervolgens is dit thema Santeon breed uitgebreid besproken en blijft, ook na analyse, variatie zichtbaar tussen de Santeon ziekenhuizen. Daar gaan we verder mee aan de slag.

2 Terugdringen van het aantal totaal rupturen, episiotomieën en fluxus tijdens de bevalling

De Santeon ziekenhuizen hebben samen ook mooie stappen gezet op het gebied van totaal rupturen, episiotomieën en fluxus. Bijstimulatieschema's zijn vergeleken en worden aangepast. Structureel en gezamenlijk reflecteren op specifieke keuzes tijdens de bevalling bleek bijzonder effectief in het terugdringen van het aantal episiotomieën (12% in MST). Daarnaast heeft OLVG een training ontwikkeld waarmee nu in alle Santeon ziekenhuizen gynaecologen, verloskundigen, verpleegkundigen en vertegenwoordigers uit de eerste lijn worden getraind in de hands-on methode, wat bijdraagt aan een reductie van totaal rupturen. In het St. Antonius Ziekenhuis is het percentage totaal rupturen gehalveerd.

“Een verrassende les uit de verbetercycli tot nu toe is dat twee aspecten binnen geboortezorg enorm belangrijk zijn: geduld en bewustwording. Of het nou gaat om ongeplande keizersneden, episiotomieën of totaal rupturen: in het algemeen moeten we langer durven wachten met ingrijpen en moeten we de keuzes die gynaecologen en verloskundigen tijdens een bevalling maken na afloop plenair bespreken om daar direct van te leren.”

*Simone Kuppens, gynaecoloog
in het Catharina Ziekenhuis*



3 Verbeteren op uitkomsten die belangrijk zijn voor het kind

We richten ons op verdenking op neonatale infectie en de duur van antibiotica toediening. Daarvoor heeft het St. Antonius Ziekenhuis een sepsiscalculator ingevoerd, werkt Medisch Spectrum Twente aan het inzichtelijk maken van redenen van antibiotica toediening en heeft het Maasstad Ziekenhuis op basis van hun langere antibioticaduur een extra evaluatiemoment na drie dagen geïntroduceerd. We zijn in afwachting van de resultaten, op basis waarvan we gezamenlijke werkwijzen zullen formuleren.

4 Zorg rondom de bevalling efficiënter inrichten

We zijn gezamenlijk het proces rondom de postpartum controles aan het optimaliseren. Concrete verbeteringen zijn: selectie in wie op controle in het ziekenhuis komt, controles plaats laten vinden in de eerste lijn, controles uit laten voeren door verpleegkundigen en controles

uitvoeren via telefoon of beeldbellen. De Santeon ziekenhuizen hebben vervolgacties ondernomen op het reduceren van de verblijfsduur van de vrouw. Bij deze acties is gekeken naar het aanpassen van de huidige procedures.

Hoe verder

De afgelopen verbetercycli zijn mooie resultaten geboekt. In de komende cycli blijven de Santeon ziekenhuizen zich inzetten om zich op die onderwerpen verder te verbeteren. Daarnaast richt men zich de komende tijd op een aantal overkoepelende thema's: het continueren en verbreden van de intensieve samenwerking (via de Value-Based Health Care methodologie) in de hele geboortezorgketen inclusief eerste lijn en academische centra, meer nationaal en internationaal benchmarken, uitbreiding van de indicatoren (bijvoorbeeld met pijnstilling) en opzetten van een gezamenlijke ontwikkelagenda en starten met het gebruik van PROMs (Patient Reported Outcome Measures).



Het kan (en moet) altijd beter

“De geboortezorg in Nederland is internationaal van hoog niveau. Het is dan ook verleidelijk om te denken dat we alles goed doen. De samenwerking binnen Santeon heeft ons wat dat betreft de ogen geopend. We vergeleken ons ineens niet meer met het academisch centrum om de hoek met een andere populatie en kleinere perifere ziekenhuizen in de omgeving, maar met vergelijkbare topklinische ziekenhuizen.

De samenwerking laat ons de ruimte zien die protocollen en wetenschappelijke standaarden laten. Het gaat dan weliswaar vaak over nuances, maar wel over nuances die uiteindelijk grote gevolgen kunnen hebben. Gevolgen die voor aanstaande moeders en hun kinderen het verschil maken tussen wel of geen keizersnede, tussen een totaal ruptuur of een ongecompliceerde bevalling en tussen snel met je kind naar huis kunnen of langer in het ziekenhuis moeten blijven.

Wat ons vooral opviel, is dat ieder ziekenhuis zijn sterke en zwakke punten heeft. Er was niet één ziekenhuis dat overal het beste op scoorde. Dat betekent dat we allemaal ruimte hebben om te verbeteren en dat we collega's naast ons hebben zitten die ons daarbij kunnen helpen.

Dat is direct ook de kracht van Santeon: in een positieve en veilige omgeving helpen we elkaar te verbeteren. En die inspanning is niet vrijblijvend. Er zit een organisatie achter met projectleiders, data-

analisten en centrale coördinatie. Die combinatie is ijzersterk. Het helpt ons iedere keer weer onze cijfers in perspectief te plaatsen en te begrijpen welke ideeën er achter die data schuilgaan.

We zijn trots op wat we met elkaar hebben bereikt, maar we zien ook nog veel aanknopingspunten om het nog beter te doen. Zo betrekken we nu naast de gynaecologen ook de kinderartsen om uitgebreider te kijken naar de gevolgen van ons handelen op de gezondheid van het kind. De volgende stap is om ook anesthesiologen te betrekken, zodat we de uitkomsten van de verschillende pijnstillingsopties uitgebreid in kaart kunnen brengen. Verder willen we veel gericht en meer gestructureerd de ervaring van zwangeren en door hen gerapporteerde uitkomsten (PROMs) meenemen in het zorgproces, bijvoorbeeld via digitale vragenlijsten.

Uiteindelijk gaat het erom de best mogelijke zorg te leveren. Daarom hebben we dit werk gekozen en daarom zitten we ook als Santeon bij elkaar. Zolang we ruimte zien om de uitkomsten en ervaringen van de moeder, haar partner en hun kind tijdens zwangerschap, bevalling of kraamtijd te verbeteren, hebben we de verantwoordelijkheid ons daar volledig voor in te spannen.”

Fleurisca Korteweg en **David van der Ham**
*Medisch leiders geboortezorg en gynaecologen
in het Martini Ziekenhuis*

Hoofdstuk 1

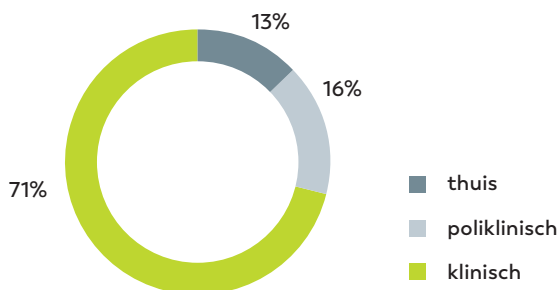
Wat is geboortezorg?

In dit hoofdstuk leggen we uit wat geboortezorg inhoudt en welke manieren van bevallen we onderscheiden.

Onder geboortezorg verstaan we de zorg voor de zwangere vrouw en haar kind – of kinderen, in het geval van een meerling – gedurende de zwangerschap en tot twee maanden na de bevalling. In Nederland zijn in 2018 ongeveer 160.000 vrouwen bevallen. Van de 160.000 vrouwen die in 2018 in Nederland bevielen, beviel 13% thuis, 16% poliklinisch en 71% klinisch (zie figuur 1).

figuur 1

Locatie van bevalling



Bron: CBS StatLine. Volksgezondheidszorg.info (een service van het RIVM) en Perined (begin 2021 de meest recente beschikbare cijfers)

Bijna 14% daarvan beviel klinisch in één van onze Santeon ziekenhuizen (zie figuur 2).

Poliklinisch betekent dat een vrouw zonder medische indicatie onder begeleiding van haar eigen verloskundige in een ziekenhuis of geboortecentrum bevalt. Een bevalling die vanwege medische noodzaak of (verhoogd risico op) complicaties in het ziekenhuis plaatsvindt, wordt een klinische bevalling genoemd. Bij een klinische

bevalling is de vrouw onder behandeling van een gynaecoloog en wordt begeleid door een klinisch verloskundige of arts assistent. Er is ook sprake van een klinische bevalling als een vrouw pijnstilling nodig heeft. Uit de cijfers van het RIVM blijkt dat het percentage vrouwen dat klinisch bevalt in de afgelopen periode is gestegen: van zo'n 63% in 2000 tot 71% in de afgelopen jaren. Dit komt vermoedelijk doordat vrouwen vaker verzoeken om pijnstilling, doordat meer vrouwen eerder een keizersnede hebben ondergaan, het aantal zwangeren met co-morbiditeit (o.a. overgewicht) toeneemt en vrouwen gemiddeld ouder zijn op het moment van bevallen.

Meeste bevallingen bij vrouwen tussen 30 en 35 jaar oud

Landelijk was in 2018 bijna 40% van de vrouwen die beviel tussen de 30 en de 35 jaar oud. Veruit de meeste vrouwen – tegen de 90% – was tussen de 25 en de 40 jaar (zie figuur 3).

De leeftijdsverdeling van klinische bevallingen in de Santeon ziekenhuizen is vergelijkbaar met de landelijke verdeling van alle bevallingen. De percentages per leeftijdscategorie variëren licht tussen onze ziekenhuizen. Zo is het percentage vrouwen jonger dan 20 jaar dat bevalt in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam groter dan in de andere Santeon ziekenhuizen, terwijl OLVG in Amsterdam juist een groter aandeel kent ouder dan 35.

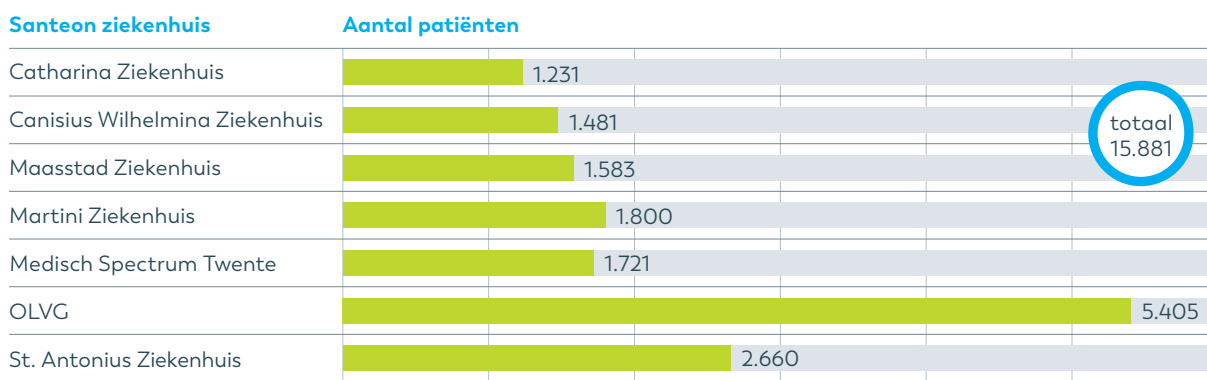
Overlijden als gevolg van zwangerschap of bevalling komt in Nederland nauwelijks voor

In Nederland komt het gelukkig nauwelijks meer voor dat vrouwen overlijden als gevolg van een

figuur 2

Aantal klinische bevallingen

In de Santeon ziekenhuizen in 2018

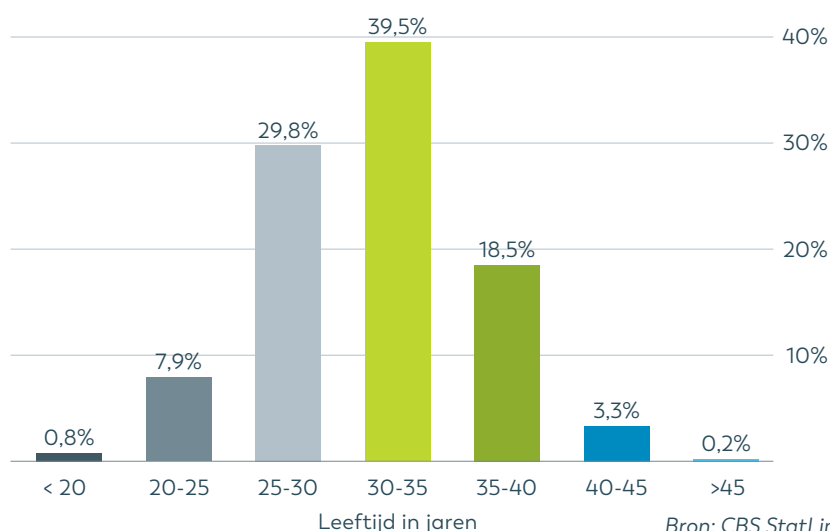


Bron: volksgezondheidszorg.info (een service van het RIVM) en Perined (begin 2021 de meest recente beschikbare cijfers)

figuur 3

Leeftijd moeder op moment van bevalling

Bevallingen in 2018



Bron: CBS StatLine.

zwangerschap of bevalling. In Santeon verband is gekeken naar deze uitkomst in de eerste helft van 2019, hierbij wordt gekeken naar vrouwen met een zwangerschapsduur vanaf 32 weken. Binnen deze selectie hebben we geen enkele maternale sterfte als gevolg van zwangerschap of bevalling gezien.

Het komt helaas nog wel voor dat een kind tijdens of binnen 28 dagen na de geboorte overlijdt. In de Santeon ziekenhuizen was dit in de eerste helft van 2019 minder dan 0,1 procent.

Drie manieren om een bevalling te beginnen: spontaan, inleiden of keizersnede

Bij de meeste vrouwen begint een bevalling spontaan. Dat wil zeggen dat de weeën natuurlijk op gang komen. Het kan echter ook zo zijn dat een bevalling, na overleg met de ouders, moet worden ingeleid. Redenen daarvoor zijn bijvoorbeeld: als de vrouw over tijd is, als de vliezen gebroken zijn maar de weeën niet beginnen of als er sprake is van zwangerschapshoge bloeddruk, (zwangerschaps) suikerziekte met een te groot geschatte baby of als de baby (veel) te klein wordt geschat.

Een inleiding kan, indien nodig, beginnen met het rijper maken van de baarmoedermond. Dit heet primen. Dat gebeurt bijvoorbeeld met een ballonnetje dat wordt ingebracht en langzaam wordt gevuld met water om de baarmoedermond zich te laten openen, of door toediening van hormonen. Na het plaatsen van een ballonnetje kan het zijn dat de vrouw naar huis gaat om daar (in alle rust) te wachten tot de baarmoedermond rijp genoeg is. Zij komt dan de volgende dag terug in het ziekenhuis voor herbeoordeling van de baarmoedermond. Als er voldoende ontsluiting is, kan de bevalling worden ingeleid.

Zodra de ontsluiting voldoende is, kunnen de vliezen worden gebroken. Bij een deel van de vrouwen komen de weeën hierdoor op gang. Mocht dat niet gebeuren, dan kan de vrouw via een infuus hormonen toegediend krijgen om de weeën alsnog op gang te brengen.

De derde optie om een bevalling te starten, is via een geplande keizersnede. Redenen om een geplande keizersnede voor te stellen zijn: eerdere keizersnede(s), een placenta (moederkoek) die voor de uitgang (baarmoederhals) ligt of bij een ligging van de baby (of baby's, bij een meerlingzwangerschap) die een vaginale baring onmogelijk of te risicovol maakt. Bij een stuitligging heeft de vrouw de keuze hoe zij wil bevallen. Na counseling kiest een groot deel van de vrouwen in dat geval voor een geplande keizersnede in plaats van een vaginale baring. Tot slot kunnen er zwangerschapscomplicaties optreden waarbij onvoldoende tijd is om een natuurlijke bevalling na te streven. In deze gevallen moet soms ook voor een geplande keizersnede worden gekozen.

Drie manieren om een bevalling te eindigen: spontaan, vaginale kunstverlossing of keizersnede

Nadat een bevalling spontaan of via inleiding is begonnen, bevalt de meerderheid van de vrouwen spontaan; dat wil zeggen zonder extra hulp. Het kan zijn dat er zich tijdens de bevalling situaties voordoen waardoor een vrouw niet zonder hulp vaginaal kan bevallen of de bevalling bespoedigd moet worden, bijvoorbeeld door nood bij het kind of gebrek aan uitdrijvende kracht. Er kan dan in samenspraak met de ouders gekozen worden voor een vaginale kunstverlossing (met behulp van vacuümpomp of verlostang) om het kind alsnog via de natuurlijke weg geboren te laten worden.

Het kan zijn dat een vaginale kunstverlossing niet mogelijk is, bijvoorbeeld als er geen volledige ontsluiting is, als het kind niet voldoende is ingedaald of als de artsen foetale nood vermoeden. De gynaecoloog kan dan tijdens de bevalling aan de ouders voorstellen over te gaan tot een keizersnede. Dit noemen we een ongeplande keizersnede.

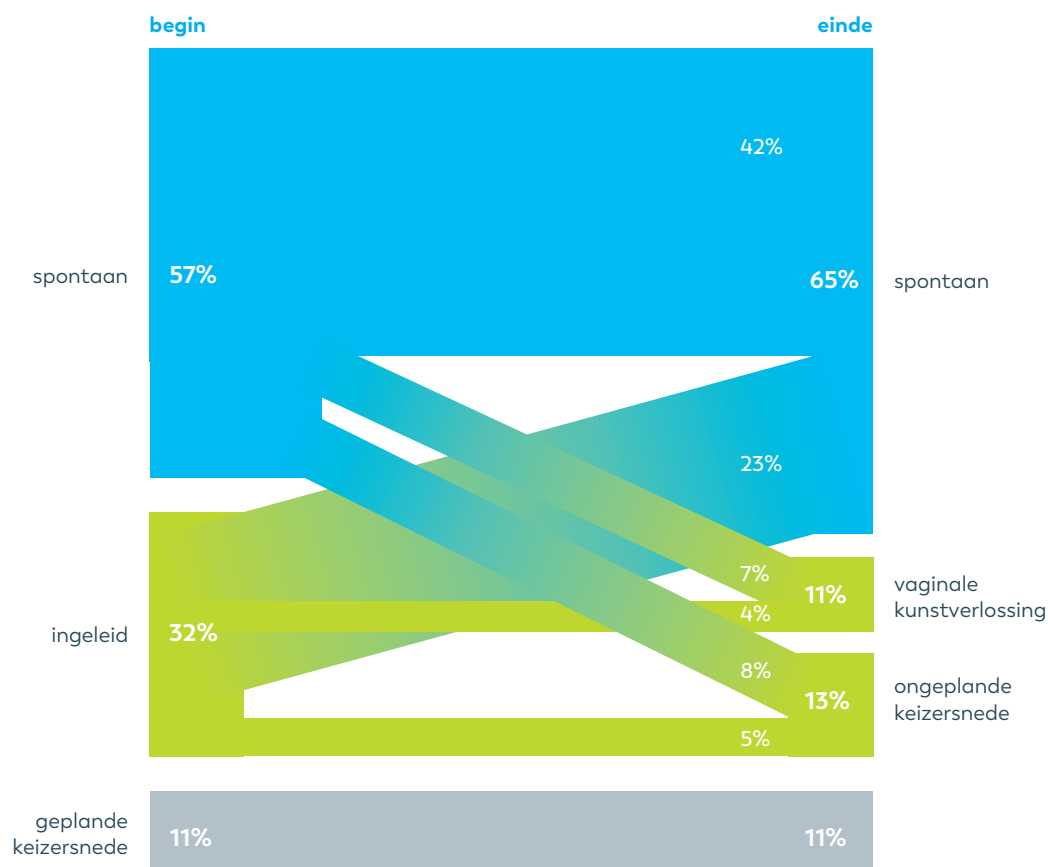
Stroomschema

Wanneer we kijken naar de bevallingen die in de eerste helft van 2019 in de Santeon ziekenhuizen hebben plaatsgevonden (dit gaat zowel om

bevallingen die klinisch begonnen als om
bevallingen die thuis of poliklinisch begonnen en
gedurende de bevalling werden overgedragen aan
de gynaecoloog), zien we dat ruim de helft (57%)
van de bevallingen spontaan begint. Ook blijkt
dat van de bevallingen die spontaan of ingeleid
beginnen het grootste deel (65%) uiteindelijk ook
spontaan eindigt. Bij 11% van alle bevallingen
in de Santeon ziekenhuizen is een vaginale
kunstverlossing verricht en bij 13% werd overgegaan
op een ongeplande keizersnede. Bij 11% van de
vrouwen vond een geplande keizersnede plaats
(zie figuur 4).

figuur 4

Stroomschema van begin naar einde bevalling



Hoofdstuk 2

Waardegedreven zorg

In dit hoofdstuk bespreken we waar Santeon voor staat, wat we willen bereiken en hoe we daar samen met de ziekenhuizen invulling aan geven.

Santeon is een samenwerking van zeven topklinische ziekenhuizen. Samen willen we de beste zorgkwaliteit bieden en toonaangevend zijn in de manier waarop ziekenhuiszorg in Nederland georganiseerd is. Om dat te realiseren streven we vijf ambities na:

- 1 Patiënten zijn actief betrokken bij de keuze van hun behandeling
- 2 Professionals werken intensief samen, ontwikkelen en verbeteren
- 3 Krachten bundelen voor onderzoek en innovatie
- 4 Zorgkwaliteit inzichtelijk voor patiënten
- 5 De zorg blijft betaalbaar en toegankelijk

De Samen Beter programma's zijn een belangrijk onderdeel van de aanpak. In deze programma's nemen we specifieke aandoeningen / groepen onder de loep en bespreken we openlijk werkwijzen en resultaten. Zo leren we van elkaars uitdagingen en successen. Vervolgens delen we onze inzichten met het brede zorgveld om ook andere zorgverleners de kans te geven te leren van onze ervaringen.

Voor iedere aandoening richten we per ziekenhuis een multidisciplinair verbeterteam in, bestaande uit medisch specialisten, verpleegkundigen, data-analisten, projectleiders, andere zorgprofessionals en waar mogelijk ook patiënten. Zo verbeteren we met elkaar de zorg.

Value-Based Health Care als uitgangspunt

Onze methodiek is gebaseerd op de principes van Value-Based Health Care. Deze theorie draait om het maximaliseren van zorguitkomsten voor de patiënt om vervolgens deze allerbeste zorg zo efficiënt mogelijk in te richten. Vragen die daarbij

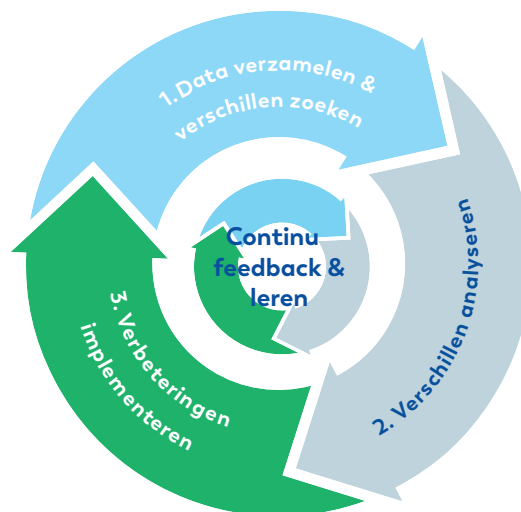
horen zijn bijvoorbeeld: 'Kunnen we de ingreep minder belastend maken voor de patiënt?', 'Met welke operatietechniek is de kans op complicaties het kleinst?' en 'Draagt deze activiteit bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt?'. Door antwoord te zoeken op deze vragen werken we toe naar een zorgproces met de beste resultaten, efficiënt ingericht en volledig toegespitst op de behoeften van de patiënt.

Transparantie staat centraal

Transparantie is de drijvende kracht achter onze verbeteraanpak. We geloven dat alleen door open te zijn over wat je doet en welk effect dat heeft, je jezelf kunt verbeteren. We maken de resultaten van behandelingen inzichtelijk en vergelijken onderling onze werkwijzen. Dat doen we op basis van data

figuur 5

Verbetercyclus Santeon





en objectieve indicatoren. We creëren een continue leerervaring waarin we met elkaar data verzamelen en vergelijken, verschillen analyseren en verbeteringen implementeren, zie figuur 5.

“Transparantie is makkelijk als je goed scoort. Het mooie van onze verbeteraanpak is dat iedereen ook eerlijk durfde te zijn over de punten waar ze zelf niet goed scoorden. Pas dan kun je maximaal van elkaar leren.”

*Elisabeth Blokhuis, gynaecoloog
in het St. Antonius Ziekenhuis*

Onze discussies zijn zoveel mogelijk gebaseerd op data. Zo leggen we de basis voor een objectief gesprek waarin het gaat om feiten in plaats van meningen. We gebruiken data als spiegel: om verschillen te vinden en hypothesen te formuleren over hoe het beter kan.

Wetenschappelijk bewijs als fundament

Bij al onze discussies over zorginhoudelijke verschillen en verbeterinitiatieven speelt wetenschap een prominente rol. We houden de laatste stand van de wetenschap nauwlettend in de gaten en gebruiken het als input voor onze discussies. Ook toetsen we de verbeteringen die we identificeren altijd uitgebreid aan de laatste

ontwikkelingen in het veld. Andersom vloeien uit de kwantitatieve vergelijkingen tussen onze ziekenhuizen ook inzichten voort die we gezamenlijk in de vorm van wetenschapsprojecten nader onderzoeken.

Betere uitkomsten voor onze patiënten

In onze Samen Beter programma's geven we zorgprofessionals gestructureerde verbeterinformatie, gebaseerd op data en bovenal: bekeken vanuit de patiënt. We kijken namelijk niet alleen naar medische resultaten en kosten, maar ook naar andere aspecten die voor patiënten van belang zijn. We zorgen er ook voor dat informatie over deze uitkomsten meer en meer inzichtelijk is voor patiënten. Zo stellen we hen in staat om actief mee te beslissen, bijvoorbeeld over behandelkeuze en -locatie. Om het patiëntperspectief structureel te integreren in onze werkwijze streven we ernaar patiënten een vaste plek te geven in onze verbeterteams.

Op korte termijn verbeteren we de uitkomsten en streven we naar het verlagen van de kosten. Op lange termijn brengen we een cultuurverandering teweeg. We werken toe naar een omgeving waarin zorgverleners openlijk resultaten delen en de kans krijgen van elkaar te leren, en een omgeving waarin de patiënt en zorgverlener samen – op basis van uitkomsten – beslissen welke behandeling het beste bij de patiënte past.

De deelnemers aan de verbeterteams voor het **Samen Beter geboortezorgprogramma** zijn terug te vinden in de bijlage op pagina 45

Hoofdstuk 3

Scorekaart en patiëntselectie

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op onze verbeteraanpak zoals we die voor geboortezorg hanteren. We geven opheldering over het proces en lichten toe op welke uitkomsten we ons hebben gericht.

Voor geboortezorg zijn er inmiddels vier volledige verbetercycli van een half jaar doorlopen. Een verbetercyclus bestaat uit drie stappen: **1** data verzamelen en analyseren, **2** verschillen analyseren, en **3** verbeteringen implementeren. Deze verbeteringen kunnen inzichten zijn die in alle ziekenhuizen geïmplementeerd gaan worden, maar ook ideeën waar ziekenhuizen individueel mee aan de slag gaan.

“We ontwikkelen een dashboard met VBHC indicatoren dat wekelijks wordt geüpdatet. Hiermee zien we direct of bijvoorbeeld het aantal keizersneden de afgelopen weken is gestegen, om daar vervolgens snel actie op te kunnen ondernemen. Het zou nog mooier zijn als we dat straks Santeon breed kunnen, waardoor we onszelf niet alleen ieder half jaar kunnen vergelijken, maar dat doorlopend kunnen doen.”

*Susanne Tielemans, projectleider
in het Catharina Ziekenhuis*

Toetsen en vaststellen van scorekaart en patiëntgroep

Een Santeon verbetertraject begint met het toetsen en vaststellen van de scorekaart. Een scorekaart is een set aan indicatoren die we gedurende de verbetercyclus van zes maanden nader onderzoeken. De scorekaart bevat drie onderdelen:

- Uitkomsten – bijvoorbeeld sterfte, complicaties en heropnames.

- Kosten – bijvoorbeeld gebruik van geneesmiddelen, verblijfsduur in het ziekenhuis en duur van een operatie.
- Processen – bijvoorbeeld aantal poliklinische contactmomenten en de toegankelijkheid van pijnbestrijding.

Op de scorekaart van het verbetertraject geboortezorg zie je alle drie de onderdelen terug (zie figuur 6). De vierde verbetercyclus, waarvan het Santeon breed overleg in december 2019 plaatsvond, heeft zich gericht op vrouwen die in de eerste helft van 2019 klinisch zijn bevallen in een Santeon ziekenhuis en alle zorg die zij of hun kind(eren) tijdens de zwangerschap tot twee maanden na de bevalling hebben ontvangen. Zwangerschapsduren korter dan 32 weken – met uitzondering van foetale sterfte vanaf de 28e zwangerschapsweek – zijn daarin niet meegenomen om een homogene groep te kunnen vergelijken.

Bij het opstellen van de scorekaart is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande indicatoren, bijvoorbeeld van Zorginstituut Nederland, Perined en het International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). De scorekaart creëert daardoor geen additionele registratielast en sluit aan bij bestaande, gevalideerde standaarden. Op deze manier kunnen we in de toekomst onze uitkomsten ook (inter)nationaal vergelijken.

Iedere verbetercyclus wordt bovenstaande set indicatoren opgehaald. Deze continuïteit van data

figuur 6

Scorekaart geboortezorg

UITKOMST	Sterfte moeder (na bevalling) en kind (voor, tijdens en na bevalling)
	Bloedverlies (fluxus) en bloedtransfusies
	Totaal ruptuur
	Episiotomie (inknippen)
	Heropname moeder
	Opname kind op NICU
	Apgar na 5 minuten
	pH van navelstreng
	Vroeggeboorte, spontaan & niet-spontaan
	Zuurstoftekort kind
	Neonatale infectie
	Borstvoeding, intentie & bij ontslag
KOSTEN	Verblijfsduur moeder en kind
	Aantal keizersneden, binnen en buiten kantooruren
	Operatieduur keizersneden, bruto & netto
	Aantal polikliniekbezoeken
	Zwangerschapsbegeleiding
	Inzet geneesmiddelen: pijnstilling tijdens bevalling
PROCES	Pijnbestrijding, binnen en buiten kantooruren
	Postpartum controles: polikliniekbezoeken & telefonische consulten

zorgt ervoor dat we indicatoren over tijd kunnen monitoren en de informatievoorziening Santeon breed efficiënter kunnen inrichten (automatiseren). Er worden bij iedere verbetercyclus een aantal indicatoren uitgekozen om verdiepende analyses op te doen, bijvoorbeeld of er een verband bestaat tussen verschillende bijstimulatieschema's voor weeën en de kans dat een vrouw spontaan bevalt of dat er alsnog een vaginale kunstverlossing of een ongeplande keizersnede noodzakelijk is.

Verzamelen, valideren en analyseren van data

Nadat de scorekaart is vastgesteld, gaan de data-analisten van de ziekenhuizen voor de geselecteerde indicatoren de benodigde data verzamelen. Dat klinkt eenvoudig, maar dat is het zeker niet. De gegevens zijn vaak in verschillende systemen opgeslagen, definities moeten onderling zeer nauwkeurig worden afgestemd en de systemen zijn helaas niet altijd volledig en eenduidig gevuld. Medisch specialisten zijn daarom nauw betrokken om de data te valideren.

“Verbeteren van data is en blijft belangrijk. Maar de kunst is juist om verbeterpotentieel te herkennen als de data (nog) geen sluitend bewijs levert. Want ook als de data nog niet 100% zijn, zie je verschillen die je niet anders kunt verklaren dan dat je dingen anders doet en waarmee je dus aan de slag moet.”

*Fleurisca Korteweg, gynaecoloog
in het Martini Ziekenhuis*

Bespreken van verschillen en identificeren van verbeterinitiatieven

Iedere halfjaarlijkse verbetercyclus eindigt met een Santeon brede bijeenkomst met vertegenwoordigers vanuit de verbeterteams van de zeven ziekenhuizen: medisch specialisten,

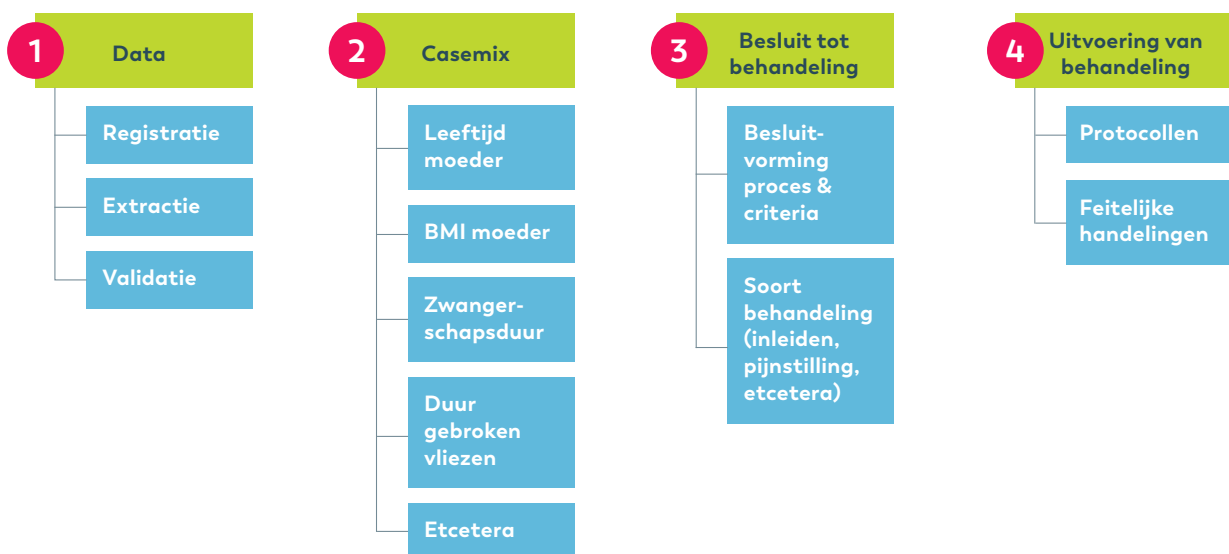
projectleiders en data-analisten. Zij bespreken de analyses en gaan uitvoerig in op onderlinge verschillen. Voor ieder geobserveerd verschil lopen zij vier stappen door om ze zo gestructureerd en zorgvuldig mogelijk te duiden (zie figuur 7).

Daarnaast komen tijdens de Santeon brede bijeenkomsten ook andere thema's dan de individuele indicatoren op de scorekaart aan bod, zoals actuele vraagstukken of innovatieve ideeën van individuele ziekenhuizen, zorginhoudelijk maar bijvoorbeeld ook over de inrichting van data- en zorgsystemen.

In de volgende hoofdstukken gaan we dieper in op specifieke analyses, verbeterafspraken en individuele verbeterideeën die uit deze – en vorige verbetercycli – voort zijn gekomen.

figuur 7

Stappen voor het duiden van variatie



Hoofdstuk 4

Santeon brede resultaten

In dit hoofdstuk presenteren we inzichten die we gezamenlijk hebben verkregen en verbeteringen die we in al onze ziekenhuizen hebben gerealiseerd.

De beschreven verbeterinitiatieven richten zich op vier onderwerpen die in de afgelopen twee jaar naar voren zijn gekomen uit de verbetercycli:

- 1 Terugdringen aantal ongeplande keizersneden
- 2 Terugdringen aantal totaal rupturen, episiotomieën en fluxus
- 3 Verbeteren op indicatoren die met name belangrijk zijn voor het kind
 - Gerichter gebruik van antibiotica bij pasgeborenen
 - Borstvoeding optimaal faciliteren
- 4 Zorg rondom de bevalling efficiënter inrichten
 - Postpartum controles gericht inzetten
 - Verblijfsduur moeder en kind verkorten

1 Terugdringen aantal ongeplande keizersneden

Het kan zo zijn dat een aanstaande moeder halverwege haar bevalling alsnog naar de operatiekamer moet voor een ongeplande keizersnede. We proberen die situaties te voorkomen, maar als het onverhoopt toch noodzakelijk is voor de gezondheid van moeder en kind dan gaan we daartoe over. Een ongeplande keizersnede leidt tot een hoger risico op complicaties (ook bij volgende zwangerschappen) en langer herstel na de bevalling. Daarom doen we er alles aan om het aantal ongeplande keizersneden zoveel als mogelijk te beperken.



Binnen NTSV-bevallingen significante verschillen in percentage ongeplande keizersneden

Om de processen en besluitvorming rond een ongeplande keizersnede beter te doorgronden, hebben de ziekenhuizen zich in hun analyses specifiek gericht op NTSV-bevallingen. NTSV wil zeggen dat het gaat om een eerste zwangerschap met een zwangerschapsduur vanaf 37 weken van een eenling (dus geen meerling) en waarbij het kind in de juiste positie (hoofdligging) ligt. Er is specifiek gekeken naar deze groep, omdat een eerste zwangerschap betekent dat keuzes niet worden bepaald door de gevolgen van een eerdere zwangerschap en omdat de winst van een goed verlopen bevalling bij deze groep het grootst is. Als bij een eerste bevalling een keizersnede voorkomen kan worden, dan kan een volgende bevalling vaker buiten het ziekenhuis plaatsvinden en is de kans dat de vrouw in een volgende zwangerschap een keizersnede krijgt klein.

Wanneer we het aandeel ongeplande keizersneden bij NTSV-bevallingen vergelijken tussen de zeven Santeon ziekenhuizen, zien we flinke verschillen (zie figuur 8).

Inleiding geeft verhoogde kans op ongeplande keizersnede

Om de geobserveerde verschillen te verklaren, is een statistische analyse (specifiek een logistische regressie) toegepast gericht op drie onderwerpen: zwangerschapsduur (37-41 weken ten opzichte van meer dan 41 weken), leeftijd moeder (jonger of ouder dan 35 jaar) en manier waarop de bevalling begint (spontaan of ingeleid).

Uit deze analyse bleek dat een langere zwangerschapsduur en een oudere moeder een licht verhoogde kans geven op een ongeplande keizersnede. Of de bevalling spontaan begint of ingeleid wordt, bleek echter een veel groter effect te hebben: bij een gemiddelde leeftijd (30 jaar) en gemiddelde zwangerschapsduur (40 weken) blijkt de kans op een ongeplande keizersnede bij de meeste ziekenhuizen ongeveer twee keer groter bij een ingeleide bevalling dan bij een bevalling die spontaan begint (zie figuur 9). In deze analyse is de aanleiding voor de inleiding niet meegenomen.

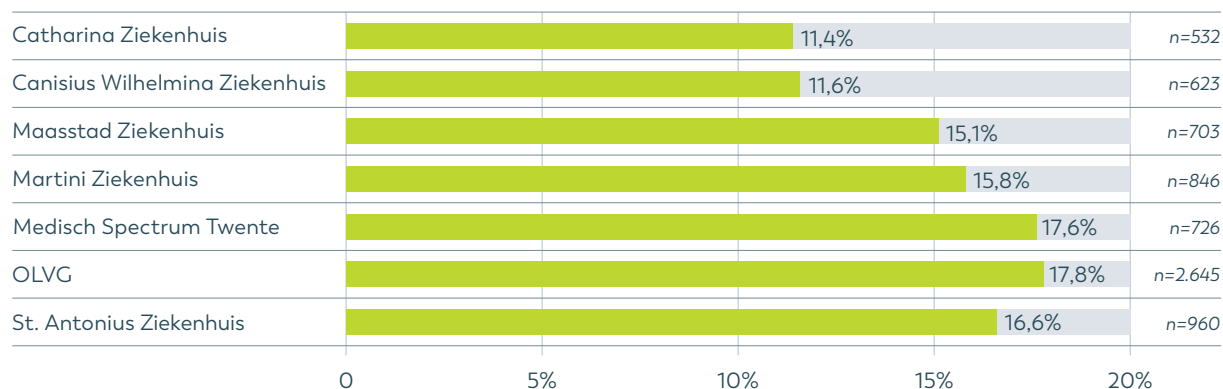
De resultaten betekenen niet dat we in het algemeen zo min mogelijk zouden moeten inleiden. Bij bepaalde indicaties is inleiden namelijk

figuur 8

Ongeplande keizersnede bij NTSV-bevalling

Klinische bevallingen tweede helft 2018 en eerste helft 2019

Santeon ziekenhuis



(bewezen) de beste oplossing voor moeder en kind. Echter heeft een vrouw wel een hoger risico op complicaties als inleiden op voorhand wordt toegepast; inleiden gebeurt namelijk niet voor niets.

Laag percentage ongeplande keizersneden leidt niet tot slechtere gezondheid pasgeborenen

Het Catharina Ziekenhuis en het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis zijn de Santeon ziekenhuizen met het laagste percentage ongeplande keizersneden in de NTSV-groep. Dit is het resultaat van een intensieve samenwerking tussen beide ziekenhuizen, waarover in het volgende hoofdstuk meer wordt gezegd.

Naar aanleiding van de verschillen tussen de ziekenhuizen met betrekking tot ongeplande keizersneden, is onderzocht of er reden is om te veronderstellen dat het percentage ongeplande keizersneden ook te laag kan zijn en daarbij leidt tot suboptimale uitkomsten voor het kind. Het kan namelijk zo zijn dat tijdens bevallingen situaties ontstaan waarbij een keizersnede de wenselijke oplossing is.

De ziekenhuizen hebben vijf indicatoren geselecteerd om de gezondheid van het kind na de geboorte te duiden: navelstreng pH, apgar-score, antibioticagebruik binnen vier dagen na geboorte, antibioticagebruik vanaf drie dagen na geboorte en opname op de afdeling kindergeneeskunde. Deze indicatoren zijn gekozen op basis van beschikbaarheid en betrouwbaarheid. Het opstellen van de optimale indicatoren om de gezondheid van het kind na de bevalling te duiden, zou voor deze cyclus te veel tijd kosten, met name door implementatie in de informatiesystemen. Daarmee zouden de ziekenhuizen hier pas over een aantal cycli inzicht krijgen.

De uitkomst van deze analyse geeft geen aanleiding om te veronderstellen dat het lage percentage ongeplande keizersneden in het Catharina Ziekenhuis en het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis leidt tot suboptimale uitkomsten voor het kind. Dit is ook in overeenstemming met het beeld dat de wetenschappelijke literatuur geeft. Daarom, en ook op basis van de beschikbare data, lijkt het zinvol om de aanpak van deze twee ziekenhuizen te gaan volgen. Daarbij gaan we de uitkomsten van

figuur 9

Statistische kans op ongeplande keizersnede bij NTSV-bevalling met gemiddelde leeftijd en zwangerschapsduur

Op basis van de klinische bevallingen tweede helft 2018 en eerste helft 2019

Santeon ziekenhuis	Spontaan	Ingeleid
Catharina Ziekenhuis	8,1%	17,4%
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	7,7%	20,6%
Maasstad Ziekenhuis	9,8%	27,1%
Martini Ziekenhuis	14,2%	19,4%
Medisch Spectrum Twente	15,2%	27,6%
OLVG	12,8%	22,0%
St. Antonius Ziekenhuis	13,1%	22,2%

De gynaecoloog over VBHC

“Zonder Santeon hadden we de ongeplande keizersneden niet zo grondig geanalyseerd en niet zo gestructureerd aangepakt. De samenwerking geeft ons de mogelijkheid om het onderwerp intensief op te pakken en er gezamenlijk flink op te verbeteren.”

Leonoor van Eerden, gynaecoloog
in het Maasstad Ziekenhuis

de kinderen Santeon breed nauwlettend monitoren en, waar nodig, andere uitkomsten aan de dataset toevoegen om de uitkomsten scherper inzichtelijk te maken.

Ziekenhuizen onderzoeken de impact van verschillende factoren

Veel verschillende factoren hebben invloed op ongeplande keizersneden. Dat maakt het onderwerp complex. De ziekenhuizen hebben een aantal factoren gekozen om nader te onderzoeken en te vergelijken:

- Inleiden: het proces en de criteria om te besluiten tot inleiden en de gehanteerde methode
- Persduur: de maximale duur actief persen.
- Bijstimuleren: het moment waarop je overgaat op bijstimuleren en met welke dosis en snelheid van ophogen dat gebeurt.
- Epiduraal: de combinatie van medicatie, de dosering en de wijze, locatie en timing van toediening.
- Overdracht: het moment waarop een vrouw die thuis of poliklinisch bevalt, wordt overgedragen naar de klinisch verantwoordelijken.

Een aantal van bovenstaande factoren zijn inzichtelijk gemaakt middels een inventarisatietabel. Als vervolgstap werken de ziekenhuizen individueel en in duo's aan specifieke verdiepingen. Zo zijn het Maasstad Ziekenhuis en Medisch Spectrum Twente de verschillen, ten aanzien van het inleiden, aan het analyseren (daarover meer in het volgende hoofdstuk). OLVG en het Martini Ziekenhuis hebben hun bijstimulatieschema's nader bekeken (daarover meer in de sectie over fluxus) en besteden via onderwijs en interne discussies aandacht aan de ongeplande keizersnede. Zij doen dit bijvoorbeeld door tijdens de overdracht expliciet alle ongeplande keizersneden te bespreken, gericht op waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt en welke acties zijn genomen om de keizersnede te voorkomen, om op die manier te leren van elkaars aanpak en visie.

In de komende cycli brengen de ziekenhuizen deze afzonderlijke analyses Santeon breed samen om de

resultaten te bespreken, vervolganalyses (eventueel Santeon breed) af te stemmen en verkregen inzichten te delen. Daarnaast zullen er, als de registratie is geoptimaliseerd, ook nieuwe factoren nader worden bekeken, zoals bijvoorbeeld de BMI van de moeder en karakteristieken van het kind.

Aanvullende informatie:

- *Aanpassing bijstimulatieschema's OLVG en het Martini Ziekenhuis in sectie over fluxus in hoofdstuk 4*
- *Verdieping op inleidingen in de sectie over het Maasstad Ziekenhuis in hoofdstuk 5*
- *Achtergrond bij de samenwerking tussen het Catharina Ziekenhuis en CWZ in de sectie over CWZ in hoofdstuk 5*

2 Terugdringen totaal rupturen, episiotomieën en fluxus

Minder totaal rupturen en episiotomieën, onder andere door hands-on training

Tijdens de bevalling passeert het kind het bekken, de bekkenbodem en de vagina. Hierbij kunnen de huid, slijmvlies of spieren inscheuren. In dat geval spreken we van ruptuur. We onderscheiden daarin:

- Eerstegraads: alleen de huid of het slijmvlies van de vagina scheuren
- Tweedegraads: ook het onderliggende bind- en spierweefsel scheurt
- Derdegraads: ook de kringspier van de anus scheurt
- Vierdegraads: ook de bekleding van de endeldarm scheurt

De ernst van een ruptuur hangt onder andere af van de snelheid en kracht waarmee het kind geboren wordt en de mate waarin huid, slijmvlies en spieren mee kunnen rekken, dat verschilt per vrouw. Bij kleine eerstegraads rupturen herstelt het lichaam zich vanzelf, totaal rupturen moeten na afloop van de bevalling worden gehecht.

In sommige gevallen wordt tijdens de bevalling gekozen om een episiotomie te zetten, dit is een knip in de vaginawand en bekkenbodem om de vagina opening voor het kind te vergroten. Redenen om een episiotomie toe te passen zijn:



het bespoedigen van de baring bij foetale nood of een stagnatie van de baring door een te stugge bekkenbodem waarbij een vaginale kunstverlossing niet mogelijk is. Daarnaast wordt bij een vaginale kunstverlossing in de meeste gevallen een episiotomie gezet om het risico op een derde- of vierdegraads ruptuur te verkleinen.

Significante verschillen tussen de verschillende ziekenhuizen

Bij 1% tot 5% van de klinische bevallingen in de Santeon ziekenhuizen is sprake van een derde- of vierdegraads ruptuur. Daarnaast wordt bij ongeveer 22% tot 40% van de klinische bevallingen een episiotomie toegepast (zie figuur 10).

De Santeon ziekenhuizen zetten zich in om het aantal derde- of vierde graads rupturen en episiotomieën te beperken, omdat deze totaal rupturen blijvende schade kunnen veroorzaken, waaronder incontinentie. Gynaecologen en verloskundigen uit de Santeon ziekenhuizen hebben daarom tussen april 2019 en januari 2020 deelgenomen aan trainingen, die werden gegeven door een bekkenbodem gynaecoloog uit OLVG.

Het Maasstad Ziekenhuis scoorde al voor de gezamenlijke trainingen en de Santeon brede aandacht voor het onderwerp laag op het aantal totaal rupturen. Zij hebben al eerder trainingen en afstemmingsbijeenkomsten georganiseerd, zowel intern als met de eerstelijnsverloskundigen waar zij mee samenwerken. Ook hanteren ze strenge eisen aan de opleiding en ervaringsopbouw van nieuwe arts-assistenten.

Via hands-on training consequente werkwijzen in alle ziekenhuizen

De Santeon brede training richtte zich specifiek op de hands-on methode. Dit houdt in dat de verloskundige tijdens de bevalling het perineum ondersteunt vanaf het moment dat het hoofd bijna wordt geboren totdat het hoofd in z'n geheel geboren is. Vanaf dat moment begeleidt de verloskundige het hoofd met beide handen. Bij de geboorte van de schouders ondersteunt een verpleegkundige eventueel opnieuw het perineum. Zowel uit intern onderzoek van OLVG als recente internationale wetenschappelijke publicaties blijkt de hands-on methode een gunstig effect te hebben op het voorkomen van totaal rupturen.

figuur 10

Ruptuur en episiotomie

Klinische bevallingen eerste helft 2018 en eerste helft 2019

Santeon ziekenhuis	Ruptuur 3 ^e graads of meer	Episiotomie
Catharina Ziekenhuis	 2,0% n=956	 33,9% n=956
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	 3,3% n=1.193	 28,7% n=1.193
Maasstad Ziekenhuis	 1,4% n=1.218	 29,3% n=1.218
Martini Ziekenhuis	 4,1% n=1.378	 29,2% n=1.378
Medisch Spectrum Twente	 2,7% n=1.210	 39,4% n=1.210
OLVG	 2,6% n=3.853	 22,6% n=3.853
St. Antonius Ziekenhuis	 4,8% n=1.912	 23,8% n=2.029

Bij het St. Antonius Ziekenhuis zijn de noemers voor ruptuur en episiotomie niet gelijk, omdat registratie over ruptuur bij zo'n 120 vrouwen incompleet is.

Het is niet zo dat de hands-on methode voor deze Santeon brede aandacht niet werd toegepast of dat de hands-off methode leidend was. Er werd vooral gezien dat iedere gynaecoloog of verloskundige de methode hanteerde waar hij of zij aan gewend was. Verloskundigen leren in hun opleiding zowel de hands-on als de hands-off methode, waarbij het advies van de opleiding vooralsnog is om met name de hands-off methode toe te passen. Binnen de Santeon ziekenhuizen wordt nu aangeleerd om bevallingen hands-on te begeleiden.

De trainingen en structurele focus hebben ervoor gezorgd dat de hands-on methode nu consequent in alle Santeon ziekenhuizen wordt toegepast en de precieze uitvoering is verscherpt. Daarmee is ook de samenwerking en overdracht verbeterd.

Training is breed gedeeld in de ziekenhuizen en met de eerste lijn

De hands-on training bestond uit het presenteren van de laatste wetenschappelijke inzichten en uitgebreide uitleg over de technieken, geïllustreerd met filmpjes. Vervolgens hebben de ziekenhuizen intern de inzichten doorgegeven aan hun eigen gynaecologen, klinisch verloskundigen en verpleegkundigen. Ook is de werkwijze opgenomen in opleidingen en vaste trainingsmomenten.

“Het is heel mooi om te zien dat verpleegkundigen meegenomen zijn in het verbetertraject. Wij hebben misschien wel het meeste contact met de vrouwen en hun partners. We zijn de eerste die de effecten van verbeteringen zien en spelen vaak een belangrijke rol in het implementeren van nieuwe ideeën.”

*Mayra van Dinteren, verpleegkundige
in het Catharina Ziekenhuis*

Een aantal Santeon ziekenhuizen betreft bij de hands-on trainingen ook de eerste lijn. Zo heeft het St. Antonius Ziekenhuis trainingsavonden

over de hands-on methode en hechten na de bevalling georganiseerd voor verloskundigen uit de regio. Hun volgende stap is om daar de andere twee ziekenhuizen en eerstelijnsverloskundigen in de regio bij te betrekken. Ook overweegt het St. Antonius Ziekenhuis de training om te zetten in een online leermodule om het nog breder toegankelijk te maken. Deze initiatieven versterken de samenwerking in de regionale geboortezorg.

Focus op ruptuur en episiotomie leidt tot betere uitkomsten

In verschillende ziekenhuizen zien we nu het aantal totaal rupturen en episiotomieën dalen. In het St. Antonius Ziekenhuis zien we een flinke reductie van het percentage totaal rupturen (zie figuur 11). Daarnaast heeft Medisch Spectrum Twente tussen het eerste kwartaal van 2019 en het eerste kwartaal van 2020 het percentage episiotomieën terug weten te brengen van 42,4% naar 30,7%, een reductie van bijna 12%. Daarover in het volgende hoofdstuk meer.

Fluxus tegengaan door vergelijken werkwijzen

Alle vrouwen verliezen bloed tijdens het bevallen, echter als een vrouw binnen 24 uur na de bevalling meer dan een liter bloed verliest dan noemen we dat een fluxus. Bij meer dan twee liter bloedverlies kan het leiden tot klachten als bewusteloosheid of shock. Fluxus is in Nederland zelfs een van de belangrijkste oorzaken van maternale sterfte.

Een fluxus kan verschillende oorzaken hebben. Meestal komt het doordat de baarmoeder na de geboorte niet goed samentrekt waardoor de bloedvaten die naar de placenta lopen aan de oppervlakte blijven liggen en open blijven staan. Andere oorzaken zijn bijvoorbeeld dat de placenta niet loskomt, de vagina of baarmoeder beschadigd is of dat er sprake is van onderliggende problematiek zoals een stollingsstoornis.

Hoe een fluxus wordt behandeld hangt af van de precieze oorzaak en de ernst van de situatie.

Mogelijkheden hiervoor zijn: het toedienen van uterotonica (medicatie waardoor de baarmoeder samentrekt) of het operatief verwijderen van de vastzittende placenta(rest). Afhankelijk van de hoeveelheid bloedverlies wordt indien mogelijk in overleg met moeder besloten om een bloedtransfusie te geven.

Vergelijking bijstimulatieschema's eerste hypothese voor reduceren fluxus

De Santeon ziekenhuizen proberen fluxus te

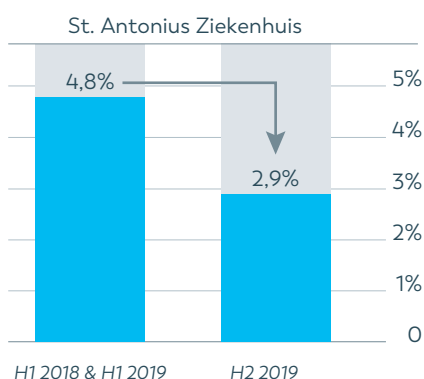
voorkomen. Daarmee verbeteren ze de uitkomsten voor de vrouw (het voorkomt immers complicaties) en zorgen ze voor lagere kosten. Door het beperken van fluxus dring je namelijk onder andere ook het aantal operaties en bloedtransfusies terug.

We zien wat betreft fluxus onderlinge verschillen tussen de ziekenhuizen. In het Maastricht Ziekenhuis was er bij 3,0% van de klinische bevallingen sprake van fluxus tegenover 9,9% in OLVG (zie figuur 12).

figuur 11

Ruptuur 3^e graads of meer

Klinische bevallingen in het St. Antonius Ziekenhuis

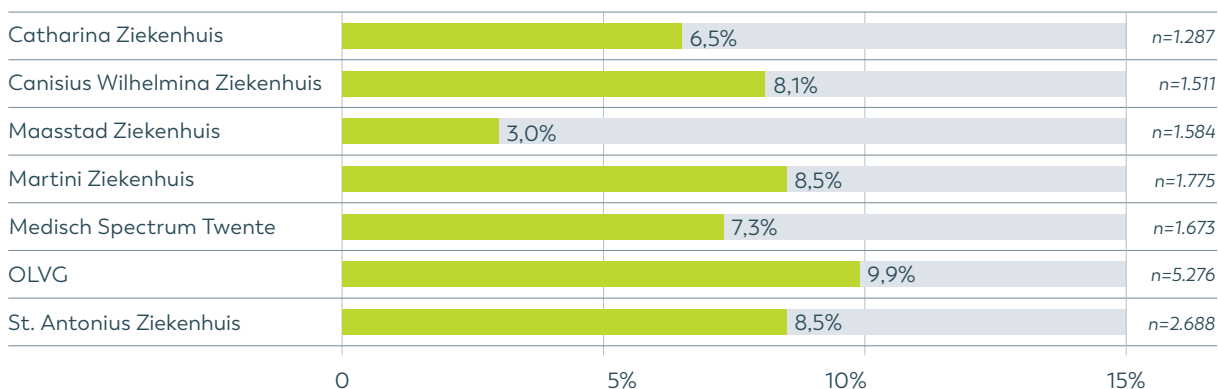


figuur 12

Fluxus

Klinische bevallingen eerste helft 2018 t/m eerste helft 2019

Santeon ziekenhuis



Om het percentage fluxus te verbeteren, heeft OLVG de schema's voor oxytocine (= een hormoon dat een belangrijke rol speelt bij het op gang brengen van de bevalling) voor het bijstimuleren vergeleken (zie figuur 13). De voornaamste reden om hiernaar te kijken, was dat met een langzamer bijstimulatieschema de gehele bevalling waarschijnlijk langer duurt en dat bij een langer durende bevalling het risico op fluxus hoger is. Naar aanleiding van de analyse heeft OLVG besloten over te gaan op een startdosis van 2 milli-eenheden per minuut met iedere 20 minuten een ophoging van 4 milli-eenheden per minuut tot maximaal 30. Daarmee lijkt hun nieuwe schema op dat van het Catharina Ziekenhuis, het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en het St. Antonius Ziekenhuis.

Uit de figuur blijkt ook dat de ziekenhuizen die sneller bijstimuleren een lager percentage ongeplande keizersneden bij NTSV-bevallingen hebben. Naar aanleiding van deze bevinding bereidt het Martini Ziekenhuis een aanpassing van het bijstimulatieschema voor.

Verbeteren naar voorbeeld Maasstad Ziekenhuis: structurele focus op fluxus

Daarnaast hebben de Santeon ziekenhuizen de werkwijze van het Maasstad Ziekenhuis – als best scorende ziekenhuis – nader bestudeerd. De lage score lijkt bij hen voort te komen uit een structurele focus op het onderwerp. Zo heeft het Maasstad Ziekenhuis een uitgebreid scholingsprogramma waarmee het medewerkers van het ziekenhuis en verloskundigen uit de eerste lijn traint. Tijdens de trainingen wordt uitgebreid geoefend hoe om te gaan met fluxus. Een belangrijk aspect daarvan is om het bloedverlies niet in te schatten maar te wegen, omdat fluxus anders typisch wordt onderschat. Ook maken de gynaecologen samen met de eerste lijn vooraf een risico inschatting voor alle zwangere vrouwen waar bij een vorige bevalling sprake was van fluxus. De andere Santeon ziekenhuizen werken aan het verbeteren van de bewustwording in de eigen ziekenhuizen naar voorbeeld van de werkwijze in het Maasstad Ziekenhuis.

3 Verbeteren op indicatoren met name belangrijk voor het kind

Gerichter gebruik van antibiotica bij pasgeborenen

Een pasgeboren kind heeft nog nauwelijks weerstand opgebouwd en is daarom extra kwetsbaar voor infecties die kunnen optreden in de baarmoeder, tijdens de geboorte of kort daarna. Omdat een infectie bij een pasgeboren kind moeilijk te diagnosticeren is, wordt in specifieke gevallen laagdrempelig antibiotica gestart. Dat geeft de kinderarts de tijd om middels kweken en ontstekingswaarden in het bloed vast te stellen of er daadwerkelijk sprake is van een infectie.

Ondanks richtlijnen veel variatie in antibioticagebruik

In Nederland zijn richtlijnen opgesteld voor het toedienen van antibiotica aan pasgeboren kinderen. Dit gaat met behulp van een set aan risicofactoren die gaan over zowel de situatie van de moeder als het kind. Vanaf een bepaald aantal aanwezige risicofactoren schrijft het protocol voor dat antibiotica toegediend moet worden. Juist omdat hier een landelijk protocol voor is, is de verwachting dat het aantal kinderen dat antibiotica toegediend krijgt en de duur van de kuur in de verschillende ziekenhuizen vergelijkbaar zijn. We zien echter behoorlijke variatie (zie figuur 14).

Deze variatie wordt gedreven door de ruimte die de richtlijnen laten en kinderartsen die op basis van hun eigen ervaringen en inzichten beargumenteerd van die richtlijn besluiten af te wijken, met name door geen antibiotica toe te dienen als zij inschatten dat de kans op een infectie laag is.

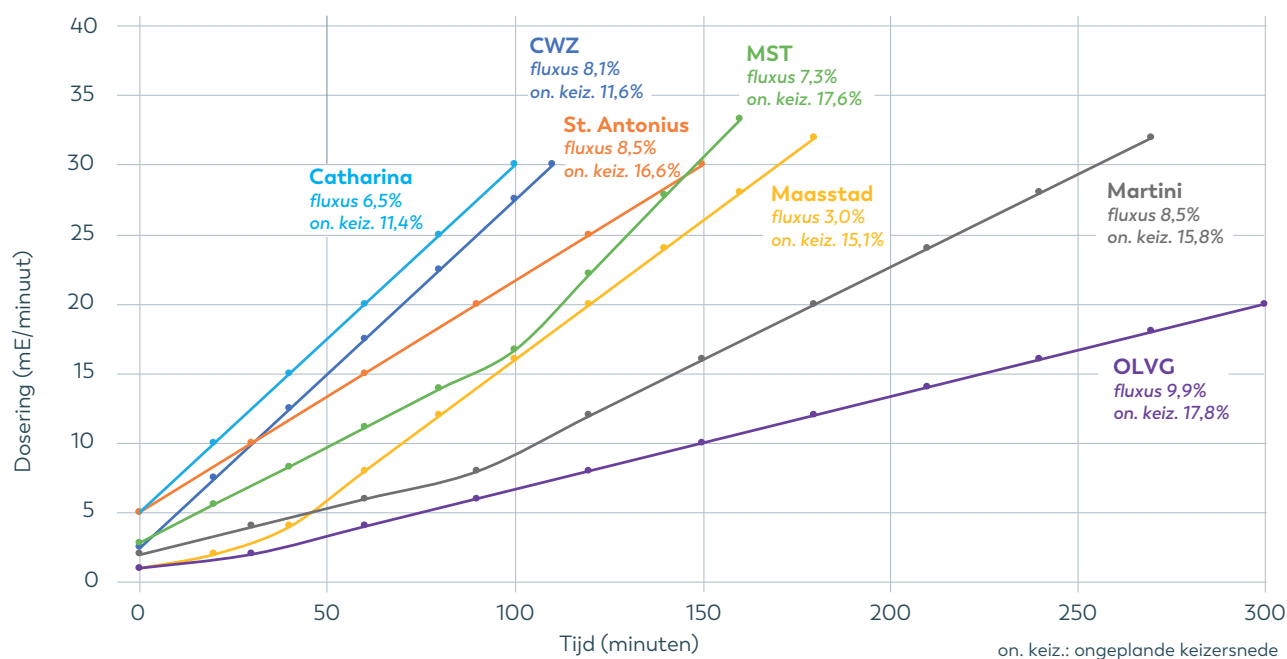
Hypothese dat antibioticagebruik in het algemeen omlaag zou kunnen

Het ingewikkelde aan antibiotica is dat het ingrijpende gevolgen kan hebben als kinderen die het nodig hebben het niet krijgen, maar dat het onnodig toedienen ook nadelig is. Antibiotica verstoort namelijk de opbouw van de normale darmflora, hetgeen zeer langdurige effecten kan hebben. Het is daarom moeilijk vast te stellen wat het optimale beleid is. Wel hebben de Santeon

figuur 13

Oxytocine schema voor bijstimuleren met percentage fluxus en ongeplande keizersnede bij NTSV-bevalling

Zoals begin 2020 gehanteerd in de Santeon ziekenhuizen



figuur 14

Percentage kinderen dat binnen 4 dagen na bevalling antibiotica krijgt en duur van antibioticagebruik in dagen (mediaan)

Klinische bevallingen in tweede helft 2018 en eerste helft 2019

Santeon ziekenhuis	Binnen 4 dagen na bevalling antibiotica	Aantal dagen antibioticagebruik
Catharina Ziekenhuis	6,3%	3 n=1.226
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	6,5%	4 n=1.545
Maasstad Ziekenhuis	5,3%	5 n=1.680
Martini Ziekenhuis	5,6%	3 n=1.860
Medisch Spectrum Twente	6,7%	3 n=1.733
OLVG	5,2%	4 n=5.415
St. Antonius Ziekenhuis	2,9%	2 n=2.605

ziekenhuizen naar aanleiding van deze analyse het idee dat het antibioticagebruik onder pasgeborenen in het algemeen kan worden verminderd.

Lokale initiatieven – zoals sepsiscalculator – om antibiotica gericht in te zetten en zo mogelijk de duur te verkorten

Het St. Antonius Ziekenhuis heeft in mei 2020 een sepsiscalculator ingevoerd. Deze calculator berekent – op basis van gegevens over de moeder, haar zwangerschap en bevalling en de conditie van het kind – het risico op een infectie.

Daarnaast voert Medisch Spectrum Twente een vervolganalyse uit op geboortegewicht en geboortetermijn om beter inzicht te krijgen in welke kinderen nu precies antibiotica toegediend krijgen. Het Maasstad Ziekenhuis heeft op basis van hun langere antibioticaduur een extra evaluatiemoment na drie dagen geïntroduceerd.

De Santeon ziekenhuizen wachten af wat het gebruik van de sepsiscalculator in het St. Antonius Ziekenhuis gaat doen met het gemiddelde antibioticagebruik. Daarbij lopen er ook al verschillende onderzoeken naar het gebruik van antibiotica. Zo is er in februari 2018 een multicenter studie gestart (RAIN) die kijkt naar veiligheid van

oraal antibiotisch uitbehandelen van pasgeborenen met verdenking op een infectie. Dit zou de opname duur kunnen verkorten, aangezien de pasgeborenen met orale antibiotica niet altijd opgenomen hoeven te blijven. Een aantal Santeon ziekenhuizen participeren hierin.

Borstvoeding optimaal faciliteren

Borstvoeding draagt bij aan de gezondheid van moeder en kind. Er is wetenschappelijk aangetoond dat kinderen met borstvoeding minder kans hebben op bepaalde infectieziekten. Daarnaast lijken kinderen voor een langere periode minder kans te hebben op overgewicht en astma. Het geven van borstvoeding heeft ook voor moeders een positief effect. Zij lopen daardoor bijvoorbeeld minder risico op diabetes, reuma en een hoge bloeddruk. Uiteraard is de keuze om aan borstvoeding te beginnen, na counseling aan moeders, er een van de moeder zelf.

Ziekenhuizen kennen vergelijkbare percentages voor borstvoeding

Vijf van de zeven Santeon ziekenhuizen registreren of vrouwen tijdens de zwangerschap de intentie hebben borstvoeding te gaan geven en of ze dat bij ontslag uit het ziekenhuis ook daadwerkelijk doen. Daaruit blijkt dat zo'n 72% tot 81% van de vrouwen

figuur 15

Borstvoeding intentie en borstvoeding bij ontslag

Klinische bevallingen eerste helft 2019

Santeon ziekenhuis	Intentie tijdens zwangerschap		Bij ontslag	
Catharina Ziekenhuis		79% n=309		81% n=616
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis		77% n=550		75% n=254
Maasstad Ziekenhuis		79% n=409		80% n=816
Martini Ziekenhuis		82% n=804		81% n=786
Medisch Spectrum Twente		77% n=700		72% n=754
OLVG	Wordt niet goed geregistreerd			
St. Antonius Ziekenhuis	Wordt niet goed geregistreerd			



na ontslag borstvoeding geeft (zie figuur 15). Dat bij sommige ziekenhuizen minder vrouwen bij ontslag borstvoeding geven dan het aantal dat vooraf die intentie had, komt doordat borstvoeding geven door fysieke of psychische redenen niet altijd lukt.

Vervolgstappen: voorlichting en ondersteuning bieden & registratie verbeteren

De Santeon ziekenhuizen zetten zich in om ervoor te zorgen dat vrouwen al tijdens de zwangerschap de juiste informatie krijgen, zodat zij de keuze om wel of niet borstvoeding te gaan geven weloverwogen kunnen maken. Ook bieden de ziekenhuizen ondersteuning voor en na de bevalling, bijvoorbeeld via lactatiesprekuren en kolfprogramma's.

Het verbeteren van de registratie van borstvoeding en borstvoeding intentie is een aandachtspunt in een aantal van de Santeon ziekenhuizen. Zo wordt

er in de ziekenhuizen nog niet structureel genoeg geregistreerd, zijn de methode en het moment van uitvragen niet eenduidig en zou het goed zijn een extra meetmoment toe te voegen een aantal weken na ontslag (tijdens de postpartum controle). Ook helpt het om beter te begrijpen waarom vrouwen wel of niet kiezen voor borstvoeding en waarom ze het uiteindelijk toch niet doen als ze dat initieel wel wilden.

4 Zorg rondom bevalling efficiënter inrichten Postpartum controles gericht inzetten

De postpartum controle is een consult op de polikliniek, telefonisch of per video met de gynaecoloog of verloskundige binnen zes weken na de bevalling (42 dagen). Medisch gezien is een nacontrole in het ziekenhuis niet voor elke vrouw noodzakelijk en kan dit ook in de eerste lijn plaats vinden.

Het postpartum consult is bedoeld om de bevalling na te bespreken, vragen en onduidelijkheden rondom gemaakte keuzes tijdens de bevalling te verduidelijken en gericht te vragen naar lichamelijke klachten en ongemakken van de vrouw. Daarnaast is de nacontrole belangrijk voor het identificeren van een mogelijke Post Traumatische Stress Stoornis (PTTS) zodat hier direct een behandeling voor kan worden ingezet. Tijdens het consult wordt ook voorlichting gegeven over herstel, anticonceptie en eventuele volgende zwangerschappen en bevallingen. De gezondheid en ontwikkeling van het kind komt ook ter sprake, maar die taak ligt primair bij het consultatiebureau.

Nacontrole is met name belangrijk voor vrouwen met een hernieuwde kinderwens. Je wilt namelijk niet dat zij met vragen, zorgen of klachten blijven zitten waardoor ze afzien van hun kinderwens of deze uitstellen. Daarnaast is het goed om tijdig een slechte ervaring van een bevalling te bespreken. Zo kun je voorkomen dat een vrouw haar bevalling als traumatisch blijft ervaren en ze hierdoor bij een volgende bevalling geen nieuwe vaginale baring aandurft en vraagt om een keizersnede.

Ziekenhuizen voeren ander beleid ten aanzien van postpartum controles

De Santeon ziekenhuizen hebben onderling vergeleken welk deel van de patiënten een postpartum controle heeft gehad. De percentages verschillen sterk tussen de ziekenhuizen (zie figuur 16).

Uit de Santeon brede discussies bleek dat de verschillen grotendeels worden veroorzaakt door beleidskeuzes. Het Maasstad Ziekenhuis en Medisch Spectrum Twente hebben bijvoorbeeld een verzorgingsgebied met gemiddeld genomen een wat lagere sociaaleconomische status. Zij vormen een kwetsbaardere groep die typisch meer baat heeft bij extra ondersteuning vanuit het ziekenhuis. Daarom is het niet verwonderlijk dat de cijfers laten zien dat er in die ziekenhuizen meer patiënten worden teruggezien.

Steeds meer alternatieve vormen van nacontrole

Alle Santeon ziekenhuizen onderzoeken hoe ze de postpartum controles zo gericht mogelijk in kunnen zetten. Dat betekent dat de ziekenhuizen vooral de vrouwen terug willen zien waar bijvoorbeeld sprake was van een eerste keizersnede, een vacuümextractie, een derde- of vierdegraads ruptuur of op een andere manier een moeizame zwangerschap of bevalling.

Ook kijken de ziekenhuizen naar mogelijkheden om de nacontroles anders in te richten. Zo kunnen de controles ook in de eerste lijn plaatsvinden of door verpleegkundigen gedaan worden en hebben de ziekenhuizen – met name ingegeven door Covid-19 – in het voorjaar van 2020 veel controles telefonisch en via beeldbellen gedaan. Dat beviel de ziekenhuizen en de net bevallen vrouwen dermate goed dat de ziekenhuizen nu overwegen dat vaker in te zetten. Bij alle initiatieven geldt wel dat de persoonlijke nacontrole op de polikliniek voor iedereen die dat wil beschikbaar blijft.

Verblijfsduur moeder en kind verkorten

Niemand verblijft graag langer in het ziekenhuis dan noodzakelijk en dat is niet anders voor kersverse ouders. Ook de ziekenhuizen sturen op een korte verblijfsduur, simpelweg omdat een extra dag in het ziekenhuis capaciteit en daarmee geld kost. Maar de kwaliteit van zorg staat bij deze afweging natuurlijk voorop.

Verblijfsduur rond bevalling is twee tot drie dagen

De Santeon ziekenhuizen hebben de verblijfsduur vergeleken voor moeder en kind na een bevalling. Daaruit blijkt dat de mediane verblijfsduur voor moeder en kind bij vijf van de zeven ziekenhuizen twee dagen is en rond een keizersnede drie (zie figuur 17).

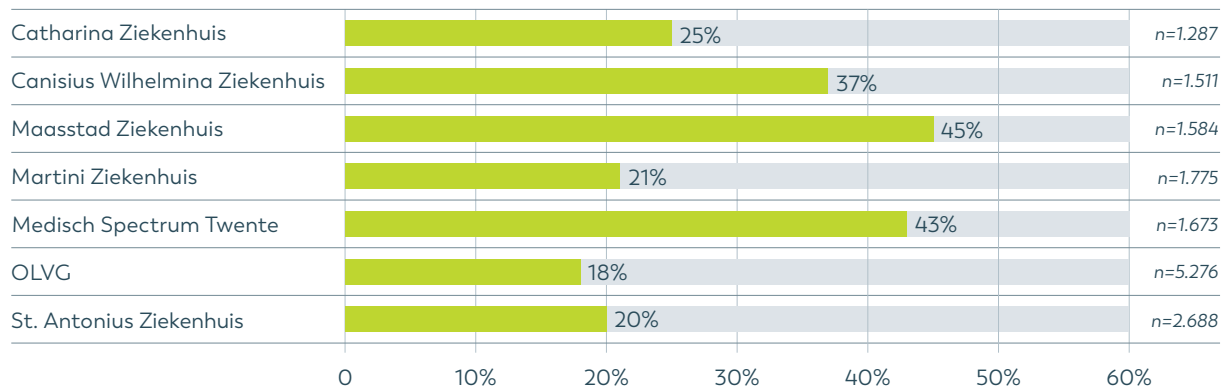
Een kortere verblijfsduur zou kunnen leiden tot meer heropnames. Om dat effect te toetsen hebben de ziekenhuizen het aantal heropnames binnen 42 dagen na bevalling van de moeder onderling vergeleken (zie figuur 18).

figuur 16

Moeders met postpartum controle op de polikliniek (binnen 42 dagen na bevalling)

Klinische bevallingen eerste helft 2018 en eerste helft 2019

Santeon ziekenhuis

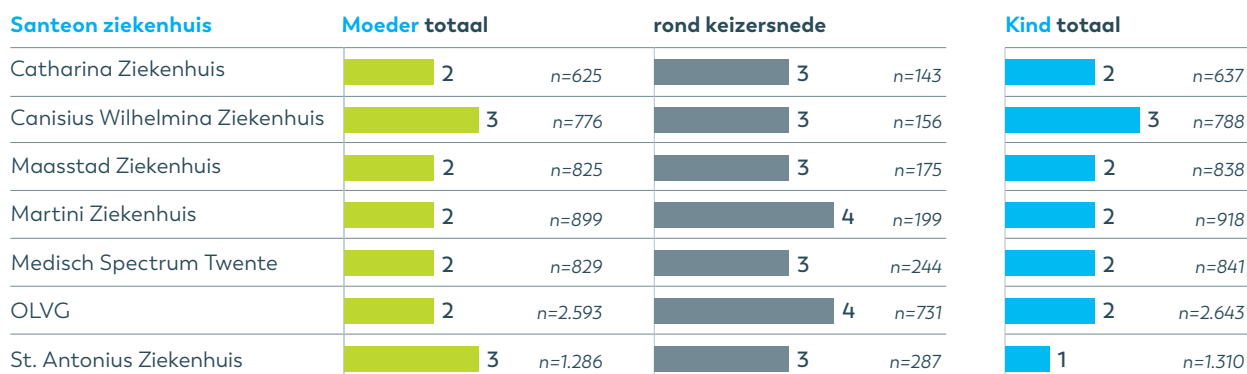


figuur 17

Verblijfsduur in dagen voor moeder en kind (mediaan)

Klinische bevallingen eerste helft 2019

Santeon ziekenhuis

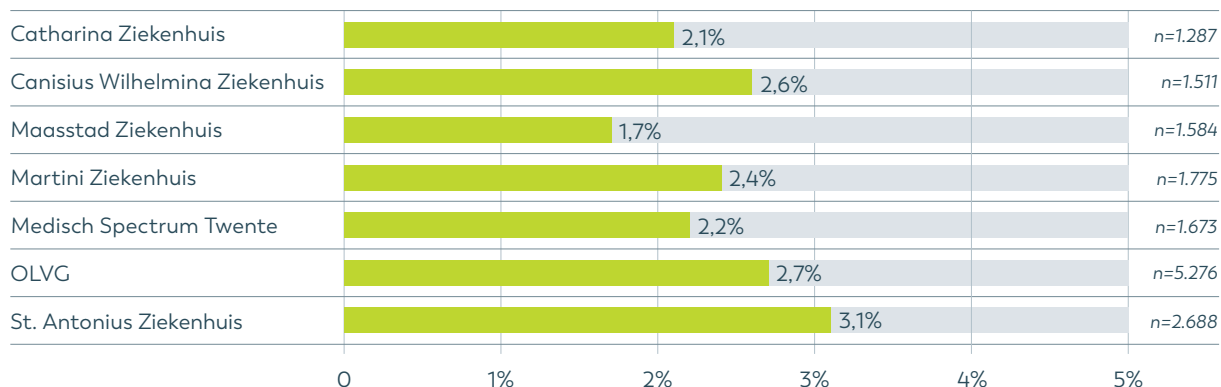


figuur 18

Moeders met één of meer heropnames (binnen 42 dagen na bevalling)

Klinische bevallingen eerste helft 2018 en eerste helft 2019

Santeon ziekenhuis





Toegang tot blok
H/J
Lift - trap

KL
Uitgang

Wanneer we de verblijfsduur en de heropnames met elkaar combineren dan zien we dat een langere verblijfsduur niet leidt tot minder heropnames. Daarmee geven de analyses aanleiding om te onderzoeken of de verblijfsduur kan worden ingekort.

OLVG heeft haar score op heropnames van de moeder nader bekeken en gezien dat een significant deel van de heropnames gedreven werd door koorts na een keizersnede. Daarop hebben zij – ingegeven door de literatuur en naar voorbeeld van het Catharina Ziekenhuis – vaginaal desinfecteren bij een keizersnede ingevoerd.

Lokale initiatieven om de verblijfsduur terug te brengen

De analyses waren voor individuele ziekenhuizen aanleiding om de verblijfsduur aan te pakken. Het Martini Ziekenhuis heeft bijvoorbeeld ingezet op het sneller verwijderen van de blaaskatheter na een keizersnede (in het volgende hoofdstuk nader toegelicht).

Bij het St. Antonius Ziekenhuis hebben ze, om de verblijfsduur van de moeder rondom een bevalling in te korten, de procedure rond het inbrengen van een ballonkatheter ter opwekking van de bevalling aangepast. Eerder werden vrouwen na het inbrengen direct opgenomen. Nu wordt de ballonkatheter op de polikliniek ingebracht en kan de vrouw terug naar huis om daar rustig af te wachten. Zij komt dan de volgende dag terug om te beoordelen of de baarmoedermond rijp genoeg is.

Het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis vermoedt dat haar langere opnames komen doordat zij ieder kind dat geboren wordt via een vacuümextractie standaard zes uur opnemen ter observatie. Ook vermoeden zij dat ze, doordat ze werken met kraamsuites, wat langer opnemen. Het kind kan dan immers bij de moeder blijven waardoor een opname voor de ouders minder belastend is en er daarmee mogelijk wat makkelijker voor gekozen wordt. Het ziekenhuis gaat deze hypothesen toetsen en waar nodig verbeteracties opzetten.

Hoofdstuk 5

Verbeterinitiatieven per ziekenhuis

In dit hoofdstuk geven we voor ieder ziekenhuis een voorbeeld van een lokaal initiatief. Dit zijn initiatieven die voortgekomen zijn uit gezamenlijke inzichten, of die lokaal zijn ontstaan en als inspiratie dienen voor Santeon brede discussies en analyses.

De voorbeelden van verbeterinitiatieven die we in dit hoofdstuk toelichten, zijn:

- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis: minder ongeplande keizersneden dankzij samenwerking
- Maasstad Ziekenhuis: verdiepende analyse op ongeplande keizersneden – inleiden
- OLVG: minder keizersneden dankzij predictiemodel SIMPLE II
- Martini Ziekenhuis: kortere verblijfsduur door katheterbeleid na keizersnede
- Catharina Ziekenhuis: minder complicaties en keizersneden door versiesprekkuur
- Medisch Spectrum Twente: minder episiotomieën door bewustwording

- St. Antonius Ziekenhuis: ondersteuning van kwetsbare zwangeren via Mind2Care

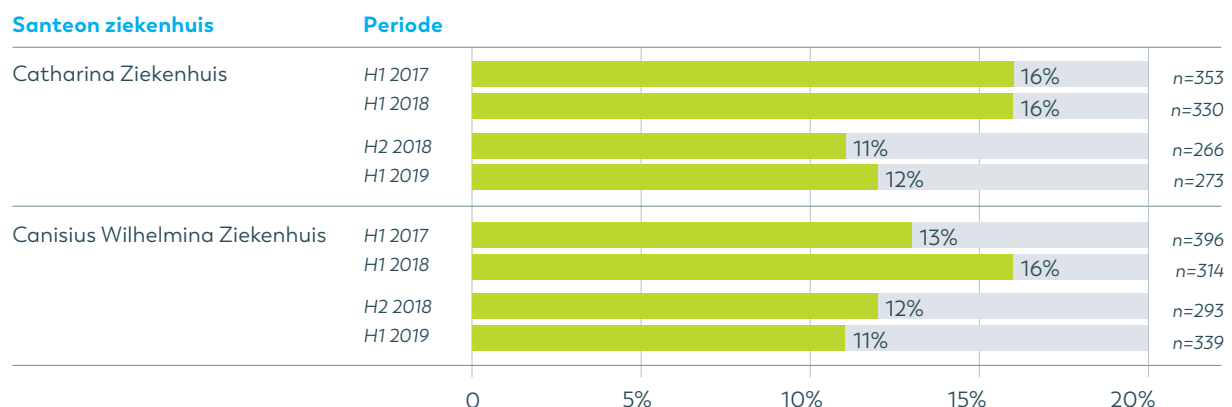
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis: minder ongeplande keizersneden dankzij samenwerking

Het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis is in 2018 een intensieve samenwerking gestart met het Catharina Ziekenhuis om meer inzicht te krijgen in hun aantal keizersneden. Het interessante aan deze samenwerking is dat beide ziekenhuizen qua omvang, populatie en profiel zeer vergelijkbaar zijn maar op keizersneden initieel heel verschillend scoorden. Bij begin van de samenwerking had het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis al een laag

figuur 19

Ongeplande keizersnede bij NTSV-bevalling – Catharina Ziekenhuis en CWZ

Klinische bevallingen eerste helft 2017 t/m eerste helft 2019



percentage keizersneden, terwijl dit percentage in het Catharina Ziekenhuis juist hoog was. Waar de ziekenhuizen in de eerste cycli met name keken naar het totaal aan keizersneden (gepland en ongepland), zijn de analyses later specifiek toegespitst op de ongeplande keizersneden in de NTSV-groep.

Een gezamenlijke werkgroep met daarin gynaecologen, verloskundigen en verpleegkundigen van beide ziekenhuizen heeft de werkwijzen van beide ziekenhuizen gedetailleerd vergeleken om verschillen te achterhalen. Belangrijke lessen die het Catharina Ziekenhuis heeft geleerd uit de aanpak van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, zijn bijvoorbeeld: langer laten persen, vaker kiezen voor een vacuümextractie in plaats van een ongeplande keizersnede, sneller bijstimuleren en anders inleiden. In het algemeen kwam het voor het Catharina Ziekenhuis vooral neer op meer geduld en langer afwachten alvorens over te gaan op een ongeplande keizersnede.

De intensieve samenwerking heeft spectaculaire resultaten opgeleverd. Sinds de start van de samenwerking is het percentage ongeplande keizersneden binnen de NTSV-groep in het Catharina Ziekenhuis sterk gedaald, zodanig dat zij nu op dit vlak tot de beste Santeon ziekenhuizen behoort. Tegelijkertijd zijn de prestaties in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis onverminderd goed gebleven (zie figuur 19).

“Onze samenwerking met het Catharina Ziekenhuis heeft ons veel inzicht gegeven in de processen en beslissingen leidend tot ongeplande keizersneden. Het heeft er zelfs voor gezorgd dat Catharina zich dusdanig heeft weten te verbeteren dat ze in de tweede helft van 2018 beter scoorden dan wij. Heel mooi om te zien en tegelijkertijd voor ons een stimulans om te blijven verbeteren.”

*Barbara Nolens, gynaecoloog
in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis*

Maasstad Ziekenhuis: verdiepende analyse op ongeplande keizersneden - inleiden

Zoals we in het vorige hoofdstuk zagen, bleek uit de logistische regressie dat vrouwen uit de NTSV-groep die worden ingeleid in onder andere het Maasstad Ziekenhuis een relatief hoge kans hebben op een ongeplande keizersnede. Dat was aanleiding voor het ziekenhuis om – samen met Medisch Spectrum Twente – dieper in te gaan op de inleidingen in de NTSV-groep.

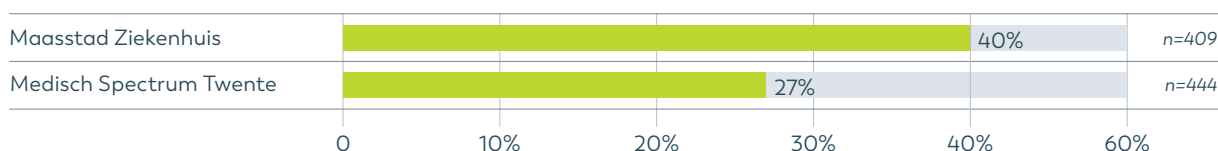
Als eerste stap hebben de ziekenhuizen onderzocht hoe vaak zij de bevalling van een vrouw uit de NTSV-groep inleiden. Dat blijkt in het Maasstad Ziekenhuis significant vaker voor te komen dan in Medisch Spectrum Twente (zie figuur 20).

figuur 20

Inleidingen Maasstad Ziekenhuis en Medisch Spectrum Twente

Inleidingen bij klinische bevalling binnen NTSV-groep, tweede helft 2019

Santeon ziekenhuis



Vervolgens hebben het Maasstad Ziekenhuis en Medisch Spectrum Twente onderzocht wat de indicaties waren om in deze gevallen over te gaan op een inleiding. Ook daar zijn duidelijke verschillen zichtbaar tussen beide ziekenhuizen (zie figuur 21).

Bij beide ziekenhuizen is een laat terme zwangerschap of serotiniteit (een zwangerschapsduur van respectievelijk meer dan 41 of 42 weken) de voornaamste indicatie om de bevalling in te leiden. Bij het Maasstad Ziekenhuis gold dat voor een kwart van de vrouwen, in Medisch Spectrum Twente voor bijna de helft. Andere indicaties met significante verschillen tussen de ziekenhuizen zijn: persisterend minder leven (afname van beweging bij het kind), surmenage (overmatige stress), diabetes gravidarum

(zwangerschapsdiabetes), PE (pre-eclampsie, oftewel eiwitverlies via de urine wat onder andere kan leiden tot stuipen) en PIH (hoge bloeddruk als gevolg van de zwangerschap).

“We zien dat we meer inleiden dan onze collega’s in Medisch spectrum Twente. Daar moeten we wat mee, zeker omdat ingeleide vrouwen een hogere kans op een ongeplande keizersnede blijken te hebben. Beginpunt is kijken of we minder kunnen gaan inleiden. Misschien moeten we soms wat geduldiger zijn.”

*Leonoor van Eerden, gynaecoloog
in het Maasstad Ziekenhuis*

figuur 21

Indicatie voor inleiding – Maasstad Ziekenhuis en Medisch Spectrum Twente

Percentage van totaal aantal inleidingen bij klinische bevalling binnen NTSV-groep, tweede helft 2019

	Maasstad Ziekenhuis		Medisch Spectrum Twente	
Seroneit	26%	n=43	47%	n=57
Persisterend minder leven	12%	n=19	3%	n=4
FGR	11%	n=18	9%	n=11
Surmenage	11%	n=18	2%	n=3
Diabetes gravidarum	10%	n=17	2%	n=2
PE	9%	n=14	16%	n=20
Langdurig gebroken vliezen	5%	n=8	0%	n=0
Macrosomie	4%	n=7	2%	n=3
PIH	4%	n=7	11%	n=14
Cholestase	3%	n=4	2%	n=2
Meconiumhoudend vruchtwater	1%	n=2	0%	n=0
Diabetes Mellitus	1%	n=1	0%	n=0
Overig	3%	n=5	5%	n=6

Uit deze analyse komen voor het Maasstad Ziekenhuis een aantal vervolgacties. Allereerst zet het ziekenhuis zich in om het aantal inleidingen terug te brengen. Daarnaast gaat het ziekenhuis – wederom samen met Medisch Spectrum Twente – nog dieper op het onderwerp in. Men gaat daarbij kijken naar de karakteristieken van de ingeleide vrouwen (termijn, leeftijd, fysieke gesteldheid, etc.) en gaat onderzoeken of specifieke indicaties of karakteristieken vaker tot een ongeplande keizersnede leiden. Tot slot gaan de ziekenhuizen het aantal datapunten in hun analyse uitbreiden om zo betrouwbaardere conclusies te kunnen trekken, bijvoorbeeld door ook de eerste helft van 2019 aan de data toe te voegen en de data van de andere Santeon ziekenhuizen erbij te betrekken.

OLVG: minder keizersneden dankzij predictiemodel SIMPLE II

Vrouwen die eerder zijn bevallen via een keizersnede hebben bij een volgende bevalling een groter risico op complicaties en op een ongeplande keizersnede. Daarom moeten vrouwen uitgebreid worden voorgelicht over de voor- en nadelen van een vaginale baring ten opzichte van een geplande keizersnede. Ook is het belangrijk de mogelijke complicaties en de kans op een succesvolle vaginale baring te bespreken.

Om deze discussie te ondersteunen, gebruikt OLVG het SIMPLE II predictiemodel. Dat model bepaalt, op basis van factoren zoals de reden van de eerdere keizersnede, het BMI van de vrouw en de grootte van het kind, de kans dat de vrouw vaginaal kan bevallen. Met deze digitale keuzehulp kan het gesprek aangegaan worden met de vrouw en haar partner om zo een weloverwogen afweging te maken.

De andere Santeon ziekenhuizen overwegen om de SIMPLE II keuzehulp ook in te gaan zetten om te proberen het aantal keizersneden bij tweede bevallingen terug te brengen.

“Uit onze cijfers blijkt dat SIMPLE II effectief is: we zien steeds meer vrouwen met een eerdere keizersnede kiezen voor een vaginale bevalling zonder dat dat vaker leidt tot een ongeplande keizersnede.”

Mariëlle van Pampus, gynaecoloog in OLVG

Martini Ziekenhuis: kortere verblijfsduur door katheterbeleid na keizersnede

In het vorige hoofdstuk zagen we dat vrouwen die met een keizersnede bevallen in het Martini Ziekenhuis langer in het ziekenhuis verblijven dan in de andere Santeon ziekenhuizen. Omdat men vermoedt dat dit niet bijdraagt aan de kwaliteit van zorg, heeft het Martini Ziekenhuis daar actie op ondernomen.

Het ziekenhuis heeft twee verbeteringen doorgevoerd. Allereerst is het protocol voor het verwijderen van de katheter aangepast. Waar het eerst standaard was om de katheter op de tweede dag na de keizersnede te verwijderen, wordt dat nu op de eerste dag na de keizersnede. Het effect daarvan is dat vrouwen sneller mobiliseren, mede doordat ze eerder uit bed moeten om naar de wc te gaan.

De tweede aanpassing is een nadrukkelijker focus op verwachtingsmanagement. Al direct bij opname bespreken de verpleegkundigen het proces tot ontslag. Daarmee hebben vrouwen een richtpunt om naartoe te werken. Ook voor de verpleegkundigen helpt het om die richtlijnen zo duidelijk te hebben. De communicatie hierover begint overigens al voor de daadwerkelijke opname. Informatie over het proces en verwachte verblijfsduur in het ziekenhuis zijn namelijk ook opgenomen in diverse voorlichtingspresentaties en -brochures, en het wordt besproken tijdens het sectiospreekuur waarin de zwangere uitleg krijgt over de procedure en beloop van de keizersnede.

Het effect van de verbeteringen is duidelijk terug te zien in de data. Sinds de invoering op 1 april 2019 is de mediane verblijfsduur voor geplande keizersneden teruggebracht van 4 dagen naar 3 dagen.

Het idee voor dit initiatief komt voort uit het ERAS-gedachtegoed. Dat staat voor Enhanced Recovery After Surgery en is een internationaal programma gericht op het versnellen van herstel na operatie. Het Martini Ziekenhuis is het eerste ziekenhuis in Nederland dat met ERAS aan de slag is gegaan en ziet de positieve effecten inmiddels bij veel verschillende zorggebieden.

“Onze kortere verblijfsduur na keizersnede is een gezamenlijke inspanning. Onze verpleegkundigen speelden hierin een hele belangrijke rol. Zij hebben de verandering omarmd en hun manier van werken en manier van denken aan weten te passen.”

*David van der Ham, gynaecoloog
in het Martini Ziekenhuis*

Catharina Ziekenhuis: minder complicaties en keizersneden door versiespreekuur

Als een kind met het hoofd naar boven in de baarmoeder ligt dan spreken we van een stuitligging. Een vaginale stuitbevalling kan meer complicaties veroorzaken. Om dat te voorkomen

kan men proberen voor de bevalling het kind in de buik te draaien zodat het in een hoofdligging terechtkomt. Dat draaien noemen we een versie en wordt door een verloskundige en gynaecoloog verricht. Een van hen tilt de billen van de baby omhoog en opzij; de ander duwt het hoofdje van de baby opzij en naar onder. Zo maakt het kind in feite een koprol in de baarmoeder. Voordat de versie plaatsvindt, wordt de conditie van het kind bekeken middels een hartfilmpje, een zogenaamde CTG. Tijdens de handeling wordt de conditie en ligging van het kind via een echo voortdurend in de gaten gehouden. Het draaien kan alles bij elkaar in een paar minuten gebeurd zijn. Naderhand wordt weer een CTG gemaakt.

Het Catharina Ziekenhuis is gespecialiseerd in versies en voert die al sinds 2004 uit. Het ziekenhuis heeft één van de hoogste slagingspercentages van Nederland en publiceerden hier verschillende wetenschappelijke artikelen over. Zie bijvoorbeeld het artikel: ‘Minder keizersneden wegens stuitligging dankzij geprotocolleerde uitwendige versie in een speciaal spreekuur’, in juni 2008 gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Daarnaast deelt het ziekenhuis haar werkwijze op YouTube; zoek daarvoor op ‘External Cephalic Version (ECV) for breech position at Catharina Hospital The Netherlands’.

Het ziekenhuis werkt met een strak protocol dat zich laat typeren door de vier R'en: rust, routine, regelmaat en relaxatie. Rust wil zeggen dat het team dat de versie uitvoert – gynaecoloog, verloskundige en verpleegkundige – zich volledig kan richten op de versies en geen andere behandelingen tussendoor gepland krijgt of oproepbaar is. Routine en regelmaat betekent dat een klein team van zorgverleners (drie gynaecologen, drie klinisch verloskundigen en vier verpleegkundigen) zeer regelmatig (ongeveer één keer per week) versiespreekuur draait zodat zij heel gericht ervaring opbouwen en volledig op elkaar ingespeeld raken. Bij relaxatie draait het erom dat de vrouw zo ontspannen mogelijk is. Ze wordt in een rustige omgeving ontvangen en behandeld in een

comfortabel bed. Daarnaast krijgt de vrouw een weeënremmer (ritodrine) toegediend om de spieren van de baarmoeder te laten ontspannen en wordt warme gel gebruikt om de hele ervaring zo prettig mogelijk te laten zijn.

In navolging van het Catharina Ziekenhuis wil ook het Martini Ziekenhuis nadrukkelijk in gaan zetten op een versiespreekuur. Waar zij daarbij tegenaanloopen is dat het op de korte termijn de nodige middelen vergt om dit goed in te richten, bijvoorbeeld wat betreft ruimtes en specifiek vrijgemaakte capaciteit bij gynaecologen, verloskundigen en verpleegkundigen.

“Vrouwen uit heel Nederland en België komen naar ons toe voor ons versiespreekuur. Ook vrouwen bij wie een eerdere poging om het kind te draaien is mislukt. Daar zijn we trots op. Een succesvolle versie heeft enorm veel impact: het voorkomt een bevalling die al op voorhand complex en risicovol is.”

*Simone Kuppens, gynaecoloog
in het Catharina Ziekenhuis*

Medisch Spectrum Twente: minder episiotomieën door bewustwording

In het vorige hoofdstuk zagen we dat in Medisch Spectrum Twente meer episiotomieën gezet worden dan in de andere Santeon ziekenhuizen. Daarop heeft het ziekenhuis in februari 2019 actie ondernomen om het aantal episiotomieën structureel omlaag te brengen.

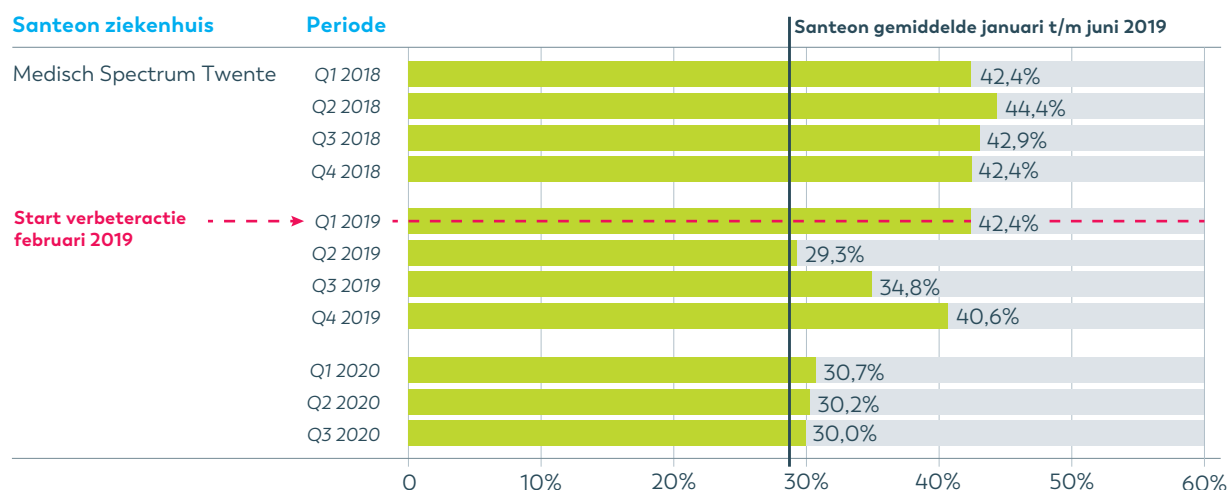
Het initiatief dat Medisch Spectrum Twente heeft genomen draait met name om bewustwording. Als onderdeel van de overdracht werden alle bevallingen altijd al doorgesproken. Daar is nu aan toegevoegd dat wanneer een episiotomie is toegepast de betreffende gynaecoloog of verloskundige dat expliciet vermeldt, inclusief de overwegingen om daartoe te besluiten. De sfeer tijdens deze bijeenkomsten was positief en open. Niet om elkaar te bekritisieren maar om van elkaar te leren.

Het resultaat van deze verbeteractie is direct terug te zien in een daling van het aantal episiotomieën (zie figuur 22), zonder dat het aantal totaal rupturen steeg of de foetale conditie van het kind gevaar liep.

figuur 22

Episiotomieën in Medisch Spectrum Twente

Percentage van totaal aantal klinische bevallingen (excl. ongeplande keizersneden) eerste kwartaal 2018 t/m derde kwartaal 2020



De toename van het aantal episiotomieën in de tweede helft van 2019 komt doordat de aandacht op het onderwerp wat verslaptte. Daarop is hier in het eerste kwartaal van 2020 weer extra aandacht aan besteed. Dit benadrukt het belang van voortdurende focus. Tevens laat de figuur zien dat Medisch Spectrum Twente ook in de beste kwartalen nog net boven het gemiddelde van alle Santeon ziekenhuizen scoort. Dit illustreert dat het ziekenhuis een mooie stap heeft gezet en tegelijkertijd de ruimte heeft om hier nog verder op te verbeteren.

“Het gaat erom alleen een episiotomie te zetten als het echt nodig is. Dat vergt gevoel en intuïtie. Je moet niet ongeduldig zijn maar ook niet te lang wachten. Dat komt met ervaring. Onze discussies helpen om dat versneld op te bouwen. Daarmee is het vooral voor jonge artsen in opleiding ontzettend nuttig, waarmee ik niet wil zeggen dat het voor de ervaren artsen niet ook heel leerzaam is geweest.”

Arjanne Kroese, gynaecoloog
in Medisch Spectrum Twente

St. Antonius Ziekenhuis: ondersteuning van kwetsbare zwangeren via Mind2Care

Mind2Care is een wetenschappelijk gevalideerde vragenlijst onder andere ontwikkeld door het Erasmus MC en het Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap (LKPZ). Met Mind2Care wordt de zwangere vrouw gescreend op psychische klachten, psychosociale problemen en drugs- en alcoholverslaving. De zwangere vrouw vult de vragenlijst zelf online in en bespreekt vervolgens de resultaten met de voorschrijvend zorgverlener, bijvoorbeeld huisarts, gynaecoloog of verloskundige.

Het St. Antonius Ziekenhuis werkt sinds 2019 met Mind2Care. Dankzij de vragenlijst krijgt het ziekenhuis kwetsbare zwangeren al vroeg tijdens de zwangerschap in beeld. Zij kunnen vervolgens terecht op de POP-poli, waar een multidisciplinair team bestaande uit een gynaecoloog, psychiater, kinderarts, medisch maatschappelijk werker en een gespecialiseerd verpleegkundige hen ondersteunt. Soms kan dat volledig binnen het ziekenhuis, in andere gevallen vullen zij dat aan met externe experts, bijvoorbeeld in de verslavingszorg of de financiële hulpverlening. Zij zorgen ervoor dat de gezondheid van de vrouw, en daarmee ook van het kind, verbetert en het kind in een stabielere gezinssituatie terecht komt.

Binnen het St. Antonius Ziekenhuis is men erg tevreden over de resultaten die ze met Mind2Care boeken. Zij proberen deze aanpak nu uit te rollen in de hele regio Utrecht, zowel samen met de andere ziekenhuizen als met de eerste lijn. Binnen de VSV-Twente wordt de Mind2Care vragenlijst ook al gebruikt. De andere Santeon ziekenhuizen volgen de ontwikkelingen op de voet en overwegen Mind2Care in te gaan zetten.

“Laatst hielp ik een vrouw die aangaf financiële problemen te hebben. Dankzij Mind2Care kwamen we erachter dat het eigenlijk om een drugsverslaving ging, maar dat ze dat niet durfde te zeggen. Daardoor konden we haar en haar kind veel gerichter ondersteunen.”

Elisabeth Blokhuis, gynaecoloog
in het St. Antonius Ziekenhuis



De gynaecoloog over VBHC

“Shared care wordt in onze regio al veel toegepast. Alle zwangeren worden in het eerste trimester door een eerste lijns verloskundige begeleid. Zwangeren met een medische voorgeschiedenis worden vervolgens in een gezamenlijk overleg met eerste, tweede en derde lijn besproken. Daarna worden zij zo nodig verwezen of er wordt een gezamenlijk zorgpad opgesteld.”

Barbara Nolens, gynaecoloog in het
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

Hoofdstuk 6

Hoe verder?

In dit hoofdstuk lichten we toe welke stappen we willen zetten om de geboortezorg binnen onze ziekenhuizen en in heel Nederland verder te verbeteren.

De afgelopen verbetercycli zijn mooie resultaten behaald, met name op het gebied van ongeplande keizersneden, totaal rupturen en episiotomieën. In de komende cycli blijven de Santeon ziekenhuizen zich inzetten om zich op die onderwerpen verder te verbeteren en onderzoeken ze welke andere indicatoren aanleiding geven voor verdiepende analyses en mogelijke verbeterafspraken. Daarnaast richt men zich de komende tijd op drie overkoepelende thema's:

Value-Based Health Care in de hele geboortezorgketen

De scheiding tussen eerstelijns- en tweedelijnsgeboortezorg is de laatste jaren steeds meer aan het vervagen. Lokaal en regionaal ontstaan structuren waarin gynaecologen, verloskundigen, geboortecentra en kraamzorginstellingen samenwerken. Santeon zet zich in om die samenwerking breder te trekken en verder te intensiveren. Het einddoel is VBHC in de hele keten: van eerstelijns verloskundigen en kraamverzorgenden, via de gynaecologen en verloskundigen in de klinische setting, tot de specifieke experts in de academische ziekenhuizen. Insteek daarbij is niet alleen een goede zorginhoudelijke samenwerking, maar ook een gezamenlijke inspanning om uitkomsten en ervaringen actief te delen en te bespreken (de Value-Based Health Care methodologie) om zo de geboortezorg over de hele breedte naar een hoger niveau te brengen.

Meer benchmarken, nationaal en internationaal

De kracht van Santeon is het transparant delen en bespreken van uitkomsten, werkwijzen en ervaringen. Dat stimuleert een open discussie waarin men van elkaar leert. De zeven ziekenhuizen hebben op die manier de afgelopen cycli hun uitkomsten flink weten te verbeteren. Echter, hoe meer data voorhanden is, hoe beter de vergelijking en hoe groter het leereffect. Wat zou het mooi zijn als ziekenhuizen zich in de toekomst niet alleen met hun buurman kunnen vergelijken, maar kunnen leren van de beste ziekenhuizen in Nederland of zelfs van de beste klinieken ter wereld. Partijen als Perined en ICHOM kunnen hier een belangrijke rol in spelen.

Volgende cycli: verdiepen op pijnstilling en opstellen ontwikkelagenda

In de komende verbetercycli gaan de ziekenhuizen zich meer verdiepen in de verschillende manieren van pijnstilling en het effect daarvan op de uitkomsten van moeder en kind. Daarvoor worden ook de kinderartsen en anesthesiologen nadrukkelijk bij het verbeterproces betrokken. Daarnaast werken de Santeon ziekenhuizen aan een gezamenlijke ontwikkelagenda waarin ze in een breder perspectief met elkaar afspreken welke indicatoren in de toekomst aandacht verdienen, niet alleen in de reguliere verbetercycli maar ook in gezamenlijke wetenschappelijke onderzoekstrajecten. Onderdeel daarvan is ook dat de ziekenhuizen voor bepaalde indicatoren kijken of er signaalwaardes met elkaar kunnen worden afgesproken om de prestaties zorgvuldig en datagedreven te blijven monitoren.

Met PROMs brengen we de bevalling nog scherper in kaart

“We hebben de afgelopen jaren mooie stappen gezet op het gebied van de geboortezorg. Met keizersneden, totaal rupturen, fluxus en episiotomieën hebben we onszelf verbeterd op belangrijke onderwerpen. Die thema’s blijven onze aandacht houden maar tegelijkertijd willen we ook onze scope uitbreiden. Dat doen we bijvoorbeeld door kinderartsen en anesthesiologen bij onze verbetercyclus te betrekken, en door samen met de Santeon ziekenhuizen een plan te maken voor het gebruik van PROMs.

PROMs staat voor Patient Reported Outcome Measures en zijn uitkomsten die je niet objectief kunt meten maar uitvraagt bij de patiënt, in ons geval de zwangere of net bevallen vrouw.

Het doel van PROMs is om grip te krijgen op een nieuwe categorie uitkomstmaten. Ook zijn PROMs belangrijk om vrouwen en hun partners steeds nadrukkelijker te betrekken bij zorgkeuzes. Ze helpen ons om in de spreekkamer inzichtelijk te maken welk effect bepaalde keuzes hebben op de manier waarop een vrouw haar bevalling beleeft, hoe ze daarvan herstelt en hoe haar kind zich de eerste dagen en weken ontwikkelt. Niet (alleen) op basis van wetenschappelijke studies, maar juist op basis van hoe andere vrouwen die voor vergelijkbare keuzes stonden erop terugkijken. Dat maakt het gesprek tussen ons – gynaecoloog, kinderarts of verloskundige – en de zwangere vrouw inhoudelijker en effectiever.

Andere zorgvelden werken al langer met PROMs en laten zien hoe waardevol het kan zijn. In de geboortezorg zijn we er nog niet zo ver mee. Het International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) heeft recent een internationaal gedragen set aan indicatoren



ontwikkeld en binnen Nederland zien we dat er vanuit het Erasmus MC een pilot is gestart waarbij de PROMs binnen zes VSV's zijn geïmplementeerd.

Ons streven is om dit jaar in alle Santeon ziekenhuizen de eerste vragenlijsten uit te sturen. Daarmee heb ik ook meteen één van de grootste uitdagingen genoemd. De wetenschappelijk gevalideerde vragenlijsten zijn lang en vormen daarmee een behoorlijke belasting voor degenen die ze in moeten vullen. Daarom overwegen we kortere vragenlijsten die dan weer minder geschikt zijn voor wetenschappelijke en internationale vergelijkingen. Een moeilijke afweging die we met elkaar moeten maken.

Vast staat dat PROMs ons enorm gaan helpen om de zorg rond zwanger zijn en bevallen scherp in kaart te brengen, onderling te vergelijken, erover te communiceren en te verbeteren. Het is daarom geen kwestie van ‘of’ maar van ‘hoe’ en ‘wanneer’.

Mariëlle van Pampus

Medisch leider geboortezorg en gynaecoloog in OLVG

Bijlage 1

Verbeter teams



Bijlage 1

Verbeterteams geboortezorg

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

Barbara Nolens	Gynaecoloog, medisch leider
Jan de Kruif	Gynaecoloog
Ben Semmekrot	Kinderarts
Jeanine Kamp	Manager bedrijfsvoering
Jolanda van Geffen	Teamleider verloskunde
Rianne Cuppen	Klinisch verloskundige
Bart Ament	Projectleider VBHC
Jennifer Cheng	Data-analist

Catharina Ziekenhuis

Simone Kuppens	Gynaecoloog, medisch leider
Edwin Knots	Kinderarts
Keetje Sars - van de Donk	Teamleider verloskunde
Inge Serdons	Klinisch verloskundige
Ann Thijs	Klinisch verloskundige
Mayra van Dinteren - Benita	Verpleegkundige O&G
Susanne Tielemans	Projectleider VBHC
Stefan Heinen	Data-analist

Maasstad Ziekenhuis

Leonoor van Eerden	Gynaecoloog, medisch leider
Esther Klompmaker	Gynaecoloog
Helene Stas	Kinderarts, neonatoloog
Martin Baartmans	Kinderarts, neonatoloog
Jacqueline Huijter - van der Es	Neonatologie verpleegkundige
Janneke Kooiman	Verpleegkundige O&G
Madeleine Jonkers	Klinisch verloskundige
Bianca van Roon	Verpleegkundig specialist neonatologie
Ilona Mastwijk - de Jong	Teamleider verloskunde en geboortehotel
Josine van der Kooij - van der Wal	Teamleider verloskunde en geboortehotel
Marie-Louise van de Hoef	Teamleider neonatologie
Ellen Parent	Projectleider VBHC
Gerdine Pols	Data-analist

Martini Ziekenhuis

David van der Ham
Fleurisca Korteweg
Hannah Buiters
Hans de Boer
Gerdien Gunnink
Mirjam Bouwsema
Heleen van der Velde
Jannie Remminga
Aly Hoekstra
Daniëlle Huiting
Monique Eissens-van der Laan
Heleen Hoogeveen

Gynaecoloog, medisch leider
Gynaecoloog, medisch leider
Kinderarts, neonatoloog
Anesthesioloog
Verloskundige 2e lijn
Neonatalogie verpleegkundige
Verpleegkundige
Verpleegkundige O&G
Unithoofd verloskunde
Projectleider VBHC
Projectleider VBHC
Data-analist

Medisch Spectrum Twente

Arjanne Kroese
Florine Eggink
Ageeth Kaspers
Nienke Bijen
Verena Dietze
Marloes Lammers
Petra Ruitkamp
Marieke Vos - Klein Rot
Arlette van den Berg
Hanneke Jansen
Marlies Zwerink

Gynaecoloog, medisch leider
AIOS gynaecologie
Kinderarts
Physician Assistant - klinisch verloskundige in opleiding
Physician Assistant - klinisch verloskundige
Verpleegkundige verloskamers
Verpleegkundige verloskamers
Afdelingsmanager Vrouw Kind Centrum
Adviseur K&V
Projectleider VBHC
Data-analist

OLVG

Marielle van Pampus
Brenda Hermsen
Anne van Kempen
Maartje van den Heuvel
Sandra Simons
Simone Cobelens
Pauline Walkers & Iris Rossenaar
Michel Kraima
Belinda Ebbeling
Jennie van Tilburg
Toine Smulders
Heleen Donker
Marieke Ruesink
Floor Blekxtoon
Lies van der Weide
Rob Hardeman
Birit Broekman
Lucilla Overdijk
Sanne Vos
Sophie Beems

Gynaecoloog, medisch leider
Gynaecoloog
Kinderarts
Kinderarts
Verloskundige/Physician Assistant klinisch verloskundige
Verloskundige/Physician Assistant in opleiding
Neonatalogie verpleegkundigen
Operationeel manager kindergeneeskunde
Teamleider Anna Paviljoen
Teamleider kliniek neonatalogie
Stafffunctionaris Kwaliteit & Innovatie
Verpleegkundig specialist
Verpleegkundig specialist
Patiënt
Operationeel manager
Operationeel manager
Psychiater
Anesthesioloog
Projectleider VBHC
Data-analist

St. Antonius Ziekenhuis

Elisabeth Blokhuis
Minouche van Dongen
Maartje Bloemsaat
Carlien Blonk - de Jong
Marijke Steijn
Loes Moll
Herman Satter
Christien Kamps
Robert Fetter

Gynaecoloog, medisch leider
Kinderarts, neonatoloog
Obstetrie verpleegkundige
Neonatologie verpleegkundige
Verpleegkundig specialist neonatologie
Klinisch verloskundige
Afdelingshoofd
Projectleider VBHC
Data-analist



Colofon

Tekst en redactie

Daisy Pieterse
Maartje Wielders
Debbie Eijgensteijn
Jaap Hoekstra
Coco Levendag

Vormgeving

Telvorm grafische vormgeving

Fotografie

Jan Buwalda
Jelmer ten Hoeve
Hermien Lam
Joris Lugtigheid
Carlo Navarro
Beeldbank Santeon
Beeldbank St. Antonius Ziekenhuis

© Santeon 2021

Publicatie: maart 2021
Alle rechten voorbehouden

Meer informatie

Santeon
Herculesplein 38
3584 AA Utrecht
info@santeon.nl
+31 30 25 24 180
www.santeon.nl

Santeon is een samenwerking van zeven topklinische ziekenhuizen. Samen zetten we ons in voor betere zorg in onze ziekenhuizen en in heel Nederland. Dat doen we door bij elkaar in de keuken te kijken, van elkaar te leren en continu te verbeteren.

Kijk voor meer informatie op santeon.nl



Santeon Utrecht, www.santeon.nl

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen • Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Maasstad Ziekenhuis Rotterdam • Martini Ziekenhuis Groningen

Medisch Spectrum Twente Enschede • OLVG Amsterdam

St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein