

Voorwoord en dankzegging

Vrouwen waar ook ter wereld, dus ook in Suriname, verdienen het om onder alle omstandigheden hun kind veilig ter wereld te kunnen brengen.

Een moeder die sterft of blijvend letsel overhoudt ten gevolge van complicaties voor, tijdens of na de geboorte van haar kind past niet in het beeld wat wij hebben van een zwangerschap en is een schokkende gebeurtenis voor zowel betrokkenen als hulpverleners.

In vergelijking met de regio neemt Suriname een matige positie in wat betreft aantal maternale en neonatale sterften. (ICPD+10 report)

Het SMNA is een aanzet geweest tot verbetering van de verloskundige hulpverlening, waarbij het wel duidelijk is geworden dat de vinger moeilijk op de zere plek te leggen is. Een scala aan factoren draagt bij aan substandard care in bepaalde gevallen.

Dit rapport is mede bedoeld om op breed niveau een ieder die direct danwel indirect betrokken is bij Safe Motherhood te informeren en te inspireren tot taakverantwoordelijkheid en pro-actieve attitude om zo de dienstverlening naar de zwangere vrouw en haar (eigen) bewustzijn te stimuleren en te optimaliseren.

Gedurende de looptijd van het SMNA bleken op o.a. het gebied van voorlichting en attitude jegens cliënten, trainingen te zijn gehouden in LH, hetgeen toegejuicht wordt en navolging verdient. Dit gegeven kon echter niet meer worden meegenomen in het rapport. Het rapport dient dan ook gelezen te worden als zijnde de situatie tot juni 2008.

Het rapport is tot stand gekomen na uitvoering van het 'Safe Motherhood Needs Assessment' in Suriname, welke tussen maart 2007 en juni 2008 heeft plaatsgevonden.

Na de samenvatting, conclusies en aanbevelingen volgt in hoofdstuk 1 de introductie en het doel van het SMNA. Een uitgebreide beschrijving van de methodologie volgt in hoofdstuk II. In hoofdstuk III worden de resultaten van het SMNA beschreven.

In onderdeel A worden beleidszaken en aanwezigheid en gebruik van protocollen beschreven. In onderdeel B komt kennis van alarmsignalen en kennis over de attitude van de cliënt aan de orde.

In onderdeel C worden inhoudelijke aspecten van de dienstverlening beschreven en facetten op de gebied van dossiervorming en registratiesystemen. Over management van de zorg, dataregistratie, maternale sterfte, verwijssystemen en infrastructuur wordt verslag gedaan in onderdeel D.

Met dank heb ik de opdracht aanvaard om in de functie van coördinator een rol te vervullen in het Safe Motherhood Needs Assessment om zo een bijdrage te leveren in het identificeren van aandachtspunten in de verloskundige hulpverlening.

Ik wil hierbij een ieder bedanken, van zwangere tot verloskundige tot administratieve kracht tot contactpersoon tot arts, overige hulpverleners en veldwerkers die het SMNA uiteindelijk toch mogelijk hebben gemaakt.

Een speciaal woord van dank voor het core team. Onder de gegeven omstandigheden is het rapport het meest optimale dat tezamen met hen bereikt kon worden.

Wies Haverkamp
Coördinator SMNA
Februari 2009

Inhoudsopgave

Lijst van afkortingen	3
Definities	4
Samenvatting	6
Conclusies	9
Aanbevelingen	12
Hfd I Introductie en doel	18
Hfd II Methodologie	19
Belemmeringen en problemen tijdens uitvoering SMNA.	30
Hfd III Bevindingen SMNA	32
A. Beleid veilig moederschap	32
Protocolen	33
B. Gedrag en kennis cliënt	34
C. Omschrijving van verloskundige hulpverlening.....	35
Organisatie van de zorg	35
Personeel verloskundige hulpverlening	36
Toegang en dekkingpercentage zorg	37
Verwijssystemen	39
Prenataal	40
Prenatale controle	40
Kwaliteit.....	42
Nataal.....	43
Spoedeisende verloskundige hulpverlening	44
Postnataal.....	48
Family planning	49
Voorlichting.....	49
D Health services management.....	50
Monitoring and evaluatie van zorg.....	50
Supervisie.....	51
Registratiesystemen	51
Dossier	53
Coderingssystemen	56
Rapportage maternale sterfte.....	57
Training en behoud vaardigheden.....	60
Apparatuur/Materialen/Medicatie.....	62
Bloedbank.....	64
Infrastructuur	65
Lessons learned	65
Annex 1a Tabellen in rapport	
Annex 1b Tabellen SMNA	
Annex 2 Mother and baby package	
Annex 3a Survey coding sheet	
Annex 3b Survey schedule	
Annex 4 Lijst stakeholders fase 1	
Annex 5 Vragenlijst fase 1	
Annex 6 C-formulier	
Annex 7 List current protocols	
Annex 8 Literatuur	

Lijst van afkortingen

AZP	Academisch Ziekenhuis Paramaribo
BGVS	Bedrijfs Geneesmiddelen Voorziening Suriname
BOG	Bureau voor Openbare Gezondheidszorg
CBB	Centraal Bureau voor Burgerzaken
CLAP	Centrum Latijns-America voor Perinatologie
DH	Diakonessenhuis
Fct	Foetale cortonen
Fe	Ferromedicatie
FE	Forcipale extractie
FH	afdeling Family Health (BOG)
Fo	Foliumzuur
GPA	Graviditeit Pariteit Abortus
GZA	Gezondheidsassistent
HIV+zw	HIV geïnfecteerde zwangere
IC	Intensive Care
ICD10	International Classification of Diseases, 10 th version.
i.m.	intramusculair
IMWO	Instituut Maatschappelijk Wetenschappelijk Onderzoek
i.o.	in opleiding
LH	's Lands Hospitaal
MOH	Ministry of Health
MZ	Medische Zending
NAP	Nationaal Aids Programma
NGK	Nationale Geneesmiddelen Klapper
NHIS	National Health Information System
PAHO	Pan American Health Organization
p.p.	post partum
RGD	Regionale Gezondheids Dienst
RGD met	RGD polikliniek met partusmogelijkheid
RGD zonder	RGD polikliniek zonder partusmogelijkheid
RR	Bloeddruk (Riva Rocci)
SEH	Spoed Eisende Hulp
SMNA	Safe Motherhood Needs Assessment
SOV	Surinaamse Organisatie van Verloskundigen
SoZa	On- & Minvermogenden (verzekerden) van het Ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting (SoZaVo)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SVZ	Sint Vincentius Ziekenhuis
SZF	Staats Ziekenfonds
SZN	Streek Ziekenhuis Nickerie
TBA	Traditional Birth Attendant
TOG	Technische Ondersteunings Groep
UN	United Nations
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNFPA	United Nations Population Fund
UZO	Uitwendig Zwangeren Onderzoek
VE	Vacuüm Extractie
VT	Vaginaal toucher

Definities

De gehanteerde definities zijn afkomstig van organisaties, literatuur of binnen het core team geformuleerd voor eenduidige begripsvorming binnen de Surinaamse context.

Anemie In de zwangerschap is er sprake van anemie bij een Hb waarde van 110 g/l of Hb van 6.83 mmol/l of lager. De afbakening is in de praktijk rasgebonden en afhankelijk van de duur van de zwangerschap. (WHO)

C-formulier Formulier waarop de arts o.a. de doodsoorzaak dient te noteren van elke sterfte. (Zie annex 6)

Coderingssysteem Registratiesystemen waarbij gegevens uit het dossier gecodeerd worden volgens een coderingssysteem, bv het internationale coderingssysteem ICD-10 of intern instellingsgebonden registratiesysteem.

Controlled cord traction Geboren laten worden van de placenta waarbij spanning op de navelstreng gehouden wordt, gecombineerd met het manueel tegenhouden van het onderste uterussegment.

Dossier Het overzicht waarin prenatale, natale en postnatale gegevens genoteerd staan. Dit bestaat meestal uit een voor-, midden- en achterblad.

3-delay-model Vertraging in het verkrijgen van hulp op 3 niveaus; 1. Besluit tot zoeken van hulp door cliënt; 2. Bereiken van een instelling ter verkrijging van goede hulp; 3. Het daadwerkelijk krijgen van hulp in een instelling.

Eclampsie Convulsies gelijk aan een epileptische aanval. Dit kan perinataal voorkomen. (zie ook preëclampsie)

Fluxus post partum Bloedverlies van 500 ml of meer na de bevalling (WHO)

Gezondheidsassistent Gezondheidswerker die een door het MOH erkende opleiding heeft gevolgd om alleen in het binnenland bepaalde handelingen, waaronder een bevalling, te mogen uitvoeren.

Gezondheidspost (MZ) Post van de MZ minimaal uitgerust met 1 GZA met ondersteunend personeel waar verloskundige zorg en basis geneeskundige hulp verleend wordt.

Gezondheidscentrum (MZ) Grotere post van de MZ waar meerdere hulpverleners werkzaam zijn, maar de aard van de dienstverlening in principe gelijk is aan die bij een gezondheidspost.

Instellingen In het SMNA worden AZP, LH, DH, SVZ, SZN, MZ en RGD hieronder verstaan.

Kustvlakte Districten Nickerie, Coronie, Saramacca, Wanica, Paramaribo, Commewijne, Marowijne, Para.

Maternale sterfte zie p 57

Maternal Mortality Ratio *Aantal maternale sterften in bepaald jaar
----- x 100.000
(WHO) Aantal levendgeborenen in datzelfde jaar)

Obstructed labor Bevalling waarbij progressie van de baring gestagneerd is door meestal mechanische factoren, waarbij operatief ingrijpen merendeels noodzakelijk is. (WHO)

Partusmogelijkheid Faciliteit uitgerust en bemenst om bevallingen te kunnen begeleiden.

Poli RGD Bij de poliklinieken van de RGD wordt onderscheid gemaakt tussen posten met en zonder partusmogelijkheid. Ook zijn er hulpposten, die enkel ondersteunende service bieden aan een verder gelegen grotere poli.

Preëclampsie Een situatie in de zwangerschap met hypertensie, oedeem en/of eiwit in de urine. (WHO) Preëclampsie kan overgaan in eclampsie.

Protocol Landelijke richtlijnen of richtlijnen op lokaal niveau. Deze kunnen al dan niet (op onderdelen) verder worden uitgewerkt in (lokale) protocollen. Een protocol is specifiek dan een richtlijn en gaat meer in op de organisatorische context. Geven richtlijnen aan wat gedaan moet worden, protocollen beschrijven vooral hoe dat gedaan moet worden. Protocollen worden daarom veelal lokaal geformuleerd, waarbij rekening is gehouden met de mogelijkheden en de beperkingen van de praktijk. (www.nvk.pedinet.nl)

Registratiesysteem Wijze van vastleggen gegevens, handelingen, bevindingen van verleende dienstverlening in de ruimste zin van het woord. Hieronder vallen: prenatale kaarten, dossiers, namencahier, partusboek, opname- en ontslagcahier, bijhouden vaccinaties, overzicht perinatale gegevens voor intern en extern (RGD, BOG) en ontslagbrieven.

Skilled attendant Hulpverlener die opgeleid is (bv artsen, verloskundigen en anderen) voor het begeleiden van de normale zwangerschap en baring met toepassing risicoselectie; herkennen en eerste opvang kunnen doen van complicaties welke adequate opvang en verwijzing vereisen voor aanvullende behandeling door de tweede lijn. De minimale trainingsperiode bedraagt 6 maanden. Getrainde TBA 's vallen niet onder deze definitie. (CORDAID-'What Works', p. 167)

Traditional Birth Attendant (TBA) Een hulpverlener die opgeleid is een zwangere vrouw tijdens zwangerschap en/of bevalling en/of kraamtijd te begeleiden waarbij vaardigheden verworven zijn via kennisoverdracht door andere TBA (vaak familie) en 'learning on the job' en evt eigen bevallingservaringen. Handelen is niet evidence-based maar practice-based. (CORDAID 'What Works', p 167)

Training Een veel gebruikte definitie van training is: 'Het regelmatig en systematisch toedienen van, in omvang en intensiteit toenemende, belastingprikkelers met de bedoeling het prestatievermogen te laten stijgen'. (www.wellingopl.nl) Een hoorcollege of passieve nascholing valt hier niet onder.

Veilig moederschap Alle zorg die een vrouw nodig heeft om een geïnformeerde keuze te maken om zwanger te raken, een optimale begeleiding van haar zwangerschap(pen) te krijgen met als eindresultaat een zo gezond mogelijke moeder en kind. (def core team)

Veldwerkers 4^e jaars medische studenten van de Anton de Kom universiteit, Faculteit der Medische Wetenschappen, Paramaribo.

Werkstudent Co-assistent met (voldoende) afgerond deel gynaecologie/obstetrie.

Samenvatting

Suriname is een land gelegen in het noordoosten van Zuid-Amerika met een inwonertal van 492.829 (2004) en een jaarlijks aantal bevallingen tussen de 9.000 en 10.000.

De dichtbevolkte kuststrook in Suriname is uitgerust met 4 ziekenhuizen in Paramaribo, 1 ziekenhuis in het westelijk gelegen Nieuw-Nickerie en 43 RGD poliklinieken, waarvan 11 met een bevalmogelijkheid.

Verspreid in het dunbevolkte binnenland liggen 56 posten van de Medische Zending.

Suriname kent in vergelijking met de regio een hoge MMR ondanks dat 98 % van het aantal bevallingen in 2007 plaatsvond in een instelling (85,6 % in de 5 ziekenhuizen).

Het Ministerie van Volksgezondheid heeft zich gecommitteerd om het aantal maternale en neonatale sterften te helpen reduceren middels het opstellen van een actieplan, mede gebaseerd op de uitvoering van een SMNA.

Het SMNA welke bestond uit 2 fasen is uitgevoerd tussen maart 2007 en juni 2008.

In fase 1 is een vragenlijst afgenomen onder beleidsmakers die direct danwel indirect betrokken zijn bij activiteiten op gebied van Safe Motherhood, te weten onder beleidsmakers van alle ziekenhuizen, directie RGD en MZ, vakgroepen van: huisartsen, verloskundigen, kinderartsen, gynaecologen, anesthesisten, particulier werkende gynaecoloog en verloskundigen, voorzitter Stibosu, bedrijfsgezondheidsdiensten, hoofd en coördinator opleiding tot verloskundige, enkele medewerkers MOH, NAP, dermatoloog dienst Dermatologie, Psychiatrisch Centrum Suriname en een ziekenhuisapotheker (AZP).

Fase 2 is gestart met de uitvoering van een pilot in 1 ziekenhuis, 1 RGD poli en 1 post van de MZ. De gebruikte vragenlijsten zijn nav de pilot aangepast.

Voor de uitvoering van fase 2 is een selectie gemaakt van instellingen rekening houdend met beschikbaar budget, tijd, menskracht, vertegenwoordiging van districten en bevolkingsgroepen.

Deze is uitgevoerd in 4 ziekenhuizen, 15 RGD poliklinieken en 3 MZ posten middels vragenlijsten op gebied van management op instellings- en districtsniveau, dossieronderzoek van prenatale kaarten, natale dossiers, dossiers met complicatie: fluxus, (pre-)eclampsie en niet-vorderende baring en interviews met verloskundige hulpverleners (verloskundigen, huisartsen, GZA's en TBA's) en cliënten op de pre- en postnatale poli.

In de ziekenhuizen zijn verder gedetailleerde lijsten afgenomen omtrent inventaris, materialen, medicamenten op de verloskamers, operatiekamer, kraam/gyn/zwangerenafdelingen en tevens extramuraal bij de bloedbank.

De gebruikte handleidingen hierbij zijn de 'WHO manual SMNA' (2001) aangevuld met onderdelen uit een assessment 'Spoedeisende verloskundige hulpverlening' uitgevoerd in Ecuador (2006).

De hoofdbevindingen zijn:

1. **Beschikbaarheid zorg.**
Prenatale zorg wordt op alle onderzochte instellingen, m.u.v SZN, aangeboden.
Partusmogelijkheid wordt in alle ziekenhuizen, 10 poliklinieken (met bevalmogelijkheid) van de RGD en alle posten van de MZ aangeboden.
Zorg postpartum beperkt zich intramuraal tot 1-2 dagen postpartum. Extramuraal worden op beperkte schaal visites thuis afgelegd, afhankelijk van de hulpverlener. Kraamzorg wordt noch gestructureerd aangeboden noch vergoed; het is enkel particulier in beperkte mate beschikbaar. Aanbod anticonceptie buiten Paramaribo is onvoldoende gegarandeerd.
2. **Rol van de verloskundige/GZA.** De verloskundige speelt een sleutelrol in de verloskundige hulpverlening in de kuststrook, aangezien zij het merendeel van de bevallingen begeleidt. De GZA begeleidt nagenoeg alle bevallingen in het binnenland.
3. **Protocollen.** Er zijn geen nationale protocollen op gebied van verloskundige hulpverlening aangetroffen, intramuraal wordt met name in het DH wel gebruik gemaakt van intern overeengekomen protocollen. BOG heeft protocollen op gebied van Hepatitis-B vaccinatie neonaat en tetanusvaccinatie voor zwangeren.
4. **Voorlichting.** Folders voor zover aanwezig zijn sterk verouderd. Posters voor zwangeren en moeders van het BOG worden op veel locaties wel aangetroffen. Informatie over de onderwerpen HIV/AIDS en borstvoeding wordt beduidend meer aangetroffen.
5. **Infrastructuur.** Intramuraal. LH beschikt niet 100 % van de tijd over water en elektriciteit en heeft geen generator. De IC en de operatiekamers van het SZN, AZP en DH beschikken 100 % over water en elektriciteit en hebben tevens een generator. Extramuraal hebben de RGD poliklinieken met partusmogelijkheid voor ca 80-90 % altijd elektriciteit en water; 1 poli heeft tevens een generator. 1 van de 3, resp 2 van de 3 posten van de MZ beschikt altijd over elektriciteit/generator (niet in goede staat) en water.
6. **Medicatie.** Er zijn aanwijzingen dat aanwezigheid van essentiële medicamenten (binnen de vervaldatum) in geen van de instellingen gegarandeerd is.
7. **Apparatuur, disposabel en linnen.** Alle instellingen, m.u.v LH beschikken over een beperkt aantal en veelal onvolledige, aan slijtage onderhevige partus- en hechtsetten op de verloskamers (D22). Bloeddrukmeter met stethoscoop is intramuraal niet op elke verloskamer standaard aanwezig; extramuraal beschikken de instellingen tenminste over 1 bloeddrukmeter met stethoscoop. Van de RGD poli's beschikt 90 % over reanimatieapparatuur, waarvan 10-20 % niet volledig operationeel is; 2 van de 3 posten van de MZ beschikt over reanimatieapparatuur. Alle ziekenhuizen hebben wekelijks een tekort aan linnen, waarbij dit in AZP een bijna dagelijks probleem is. 70 % van de RGD poli's heeft een koelkast om vaccins in te bewaren. Spatbrillen zijn afwezig bij de RGD. Aanbod handschoenen is op de MZ-posten niet gegarandeerd.
8. **Communicatie en verwijsmogelijkheden.** Ambulancevervoer is voor alle ziekenhuizen 100 % beschikbaar, waarbij de functionaliteit niet onderzocht is. Extramuraal beschikt 50 % van de RGD poliklinieken met partusmogelijkheid over ambulance met standplaats bij de poli, vergeleken met 20 % van de poliklinieken met alleen prenatale zorg. 60 % van de RGD-poli's beschikt over goede toegang tot een telefoon. Voornaamste middel van vervoer is in de kustvlakte de auto en de bus. In 5 van de 13 poli's bedraagt de reistijd overdag maximaal een half uur.
9. **Spoedeisende verloskundige hulpverlening** is beschikbaar in alle ziekenhuizen. Toegang tot zorg is niet 100 % gegarandeerd door barrières met vervoer, (aanvraag van) verzekering en vertragingen bij verwijzingen of consultaties tussen de hulpverleners. Opvattingen rondom zorg en gebrek aan kennis over alarmsignalen spelen een rol bij het tijdig melden voor de prenatale controle of de baring. Wijze van verzekering is van invloed op de toegang en dus indirect ook op de kwaliteit van de zorg. Cito-zorg wordt overal verleend ook als men niet of onvoldoende verzekerd is. In het AZP vond 18 % van de bevallingen plaats in de SEH (2007).
10. **Delay.** Bij elke fase van het "3-delay-model" zijn er aandachtspunten. Uit het assessment is duidelijk geworden dat er hiaten in de kennis aanwezig zijn om pathologie tijdig te

kunnen herkennen en adequaat te verwijzen. Hierbij speelt de beperkte kennis van de cliënt over alarmsignalen ook een rol.

11. **Training.** Er is geen nationaal aanbod van specifieke trainingen voor verloskundigen.
12. **Attitude .** Slechts eenderde van de cliënten meldt zich aan in het eerste trimester van de graviditeit en zij hebben beperkte kennis van alarmsignalen.
13. **Registratie.** Gegevens als geboortegewicht en Apgar score worden consequent genoteerd. Overige zaken in het dossier worden minder secuur en minder consequent bijgehouden. Beschrijving van verleende spoedeisende zorg is veelal onvolledig. Systeem monitoring van ontbrekende gegevens in de dossiers is onduidelijk, maar lijkt substandard; in de huidige werkwijze lijkt het niet gebruikelijk te zijn om volledigheid van huidige en voorgaande controles na te gaan om zo zaken, die over het hoofd gezien zijn, alsnog uit te voeren. (overview over labonderzoeken, geven van voorlichting, volledigheid in het noteren van gegevens)
Gebrek aan inzicht over nut volledig bijhouden dossiers kan hierbij ook een rol spelen. Er wordt veelal een beperkt overzicht van de verleende zorg in de eerste lijn bij de verwijzing naar de tweede lijn gegeven. Het is niet onderzocht hoe vaak de groene prenatale kaart door de cliënt bij de verwijzing wordt meegenomen. Bij het dossieronderzoek is een overzicht van de prenatale controles uit de eerste lijn niet aangetroffen.
Indien er verschillende registratiesystemen voor (prenatale) zorg in de omloop zijn, worden deze onvollediger bijgehouden (RGD) met als gevolg het ontbreken van één volledig overzicht van de prenatale controles. In het huidig systeem wordt er geen gebruik gemaakt van een elektronisch systeem om controles digitaal in te voeren in plaats van te registreren op een prenatale kaart.
14. **Coderingssysteem.** Kennis ICD 10 coderingssysteem lijkt beperkt tot enkele medewerkers van de medische registratie van de ziekenhuizen.
15. **Monitoring van zorg.** Er is in geen enkele instelling een monitoringssysteem aangetroffen waarbij op structurele basis de zorg geëvalueerd wordt. Het aangeven van indicatoren per instelling per verzorgingsgebied is niet mogelijk omdat het aantal levendgeborenen in een verzorgingsgebied niet nauwkeurig is aan te geven door het verschil in indeling bij de RGD/MZ en CBB. Nationale geboorte- en sterftecijfers worden, hetzij vertraagd, wel geproduceerd.
16. **Dossieronderzoek van maternale sterften** De onderzochte dossiers werden gekenmerkt door een onvolledige beschrijving van gebeurtenissen, feiten en gehanteerd beleid in aanloop van het overlijden. De oorzaak van overlijden werd niet duidelijk aangegeven maar moest zoveel als mogelijk worden afgeleid uit het beschrevene. Met het gebruikte deel van de 'maternal mortality audit' uit assessment ecuador werd duidelijk dat de registratie in de dossiers onvolledig was, met name op de kritieke momenten. Complicaties bij (pre-) eclampsie, fluxus en in mindere mate sepsis zijn de voornaamste doodsoorzaken van maternale sterften in de jaren 2005 t/m 2007.
17. **Registratie maternale sterften.** Er bestaat geen code binnen ICD10 coderingssysteem die een maternale sterfte met specifieke oorzaak kan coderen. Het surveillance team van het BOG spoort actief maternale sterften op door wekelijks de verloskamers en evt IC te bezoeken om hier registeronderzoek te verrichten en navraag naar maternale sterften te doen. Extramuraal moeten maternale sterften opgespoord worden door (zelf aangevulde) vermelding op het C-formulier of door onderzoek van een melding, hetgeen weinig gebeurt. Met het huidige systeem is identificeren van alle maternale sterften niet gegarandeerd. In het overzicht maternale sterften afdeling epidemiologie (BOG) wordt geen onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte sterften.

Conclusies

Aanbod zorg en infrastructuur

Alhoewel er een ruim aanbod van verloskundige hulpverlening is voor het totaal aantal zwangeren, is bij de huidige geografische spreiding van poliklinieken en posten spoedeisende verloskundige hulpverlening binnen een redelijke termijn van 30-45 minuten niet gegarandeerd voor alle cliënten. Hoe snel chirurgisch noodzakelijke zorg in het ziekenhuis geboden kan worden is met name afhankelijk van het tijdig in huis kunnen komen van het operatieteam.

Capaciteit om elke cliënt een optimale en cliëntvriendelijke begeleiding van de baring te geven is niet gegarandeerd door o.a. verschil in capaciteit (in AZP bevat 18 % door capaciteitsgebrek in de SEH), onderbezetting, verschillen in motivatie van personeel en verschil in access (verschil in drempeltarief, bijkomende kosten voor verloskundige hulpverlening tussen de verschillende instellingen). De infrastructuur (uitrusting, aanwezigheid medicamenten, apparatuur en ambulancesysteem) kan nog verder geoptimaliseerd worden voor het bereiken van optimale zorg. Verder onderzoek is noodzakelijk om invloed van afstand tot het ziekenhuis en functioneren van ambulancevervoer duidelijk te krijgen.

Voorlichting

Er is geen gestructureerd aanbod van voorlichtingsmaterialen. Er zijn aanwijzingen dat het geven van mondelinge voorlichting en informatie onvoldoende geïntegreerd is in de verloskundige zorg.

Protocollen

Er zijn geen nationale protocollen ontwikkeld op gebied van verloskundige hulpverlening. Beperkt aantal protocollen, door een instelling meestal zelf geformuleerd, zijn wel aangetroffen. Er is er in de praktijk geen standaard beleid voor het postpartum tijdperk beschreven in de dossiers 'CDF'. In geen van de instellingen vindt er volledig "active management" volgens het WHO protocol plaats, maar voert men wel onderdelen hiervan uit: 'snelheid van toediening medicatie' en het 'tijdstip van afnavelen' varieert. BOG protocollen over hepatitis-B vaccinatie neonat en tetanusvaccinatie zwangeren zijn in de praktijk niet aangetroffen.

Toegang tot zorg

De verzekeringsvorm kan een grote barrière zijn om (tijdige) zorg te krijgen bij een gewenste instelling. Een onbekend percentage van de zwangeren beschikt namelijk niet tijdig over een geldige verzekering door soms laat ontdekken van de zwangerschap, bureaucratie bij aanvraag verzekering en laksheid cliënt om het tijdig te (willen) regelen volgens de hulpverleners. Aangegeven wordt dat bij acute ziekte en zwangerschap de aanvraag van een verlenging sneller verloopt, hetgeen deels de laksheid van de cliënt zou kunnen verklaren.

Bij spoedgevallen kan men echter wel bij elk ziekenhuis voor hulp terecht. (bv dreigende partus of levensbedreigende situatie)

Gebrek aan financiële middelen voor o.a. vervoer, aanvullende kosten zorg is van invloed op het kunnen deelnemen aan zorg.

Attitude

Er is te weinig bekend over de onderliggende motieven van cliënten om niet (tijdig) aan zorg deel te nemen en het onvoldoende kunnen opvolgen van adviezen.

Wel duidelijk is dat wantrouwen jegens hulpverleners wegens schending beroepsgeheim, door niet betrouwbaar om te gaan met medische gegevens, een rol speelt in het laat of elders consulteren met name bij gevoelig liggende zaken als HIV+zw of nog niet bekende

zwangerschap (info cliënt). Een laag verantwoordelijkheidsgevoel bij de overwegend weinig assertieve cliënt met beperkte kennis over alarmsignalen in combinatie met vertrouwen in de hulpverlener t.a.v. verleende zorg maakt dat de cliënt zich niet snel tussentijds tot de poli met klachten zal wenden (info hulpverleners). Alhoewel de hulpverleners aangeven de cliënten wel van voldoende voorlichting te voorzien is deze veelal niet interactief van aard en vindt monitoring van het (kunnen) opvolgen van de gegeven adviezen nauwelijks plaats. Het (kunnen) opvolgen van adviezen kan afhankelijk zijn van culturele tradities, heersende opvattingen (zelf of van familie) over zwangerschap en gebrek aan financiële middelen.

Verloskundige/GZA en training.

De verloskundige heeft een centrale rol in de verloskundige hulpverlening in de kuststrook; de GZA heeft deze in het binnenland. Hun rol wordt desondanks maar matig erkend. Verschil in beloning in de verloskundige hulpverlening lijken zeker van invloed te zijn op de motivatie om dit verantwoordelijk werk uit te willen voeren. Bij de hulpverleners op de werkvloer bestaat er een matig vertrouwen dat de zorg verbeterd kan worden hetgeen tezamen met de matige erkenning van hun beroep ook de participatie aan onderzoek in negatieve wijze beïnvloedt. Duidelijk competentie- en bijscholingsprofiel van de verloskundige ontbreekt vooralsnog om competenties inzichtelijk te kunnen maken. Centraal aanbod van trainingsprogramma's, specifiek voor verloskundigen ontbreekt. Vooral voor de extramuraal werkende verloskundigen met veelal laag aanbod van partus op de polikliniek is behoud van vaardigheid, met name in de "life-saving-skills" een probleem.

Registratie- en coderingssystemen.

De huidige wijze van registratie van medische gegevens en daaruit voortvloeiende beperkingen in coderen van data geeft ons onvoldoende mogelijkheden om goed inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg en deze te monitoren. In het huidige SZF-declaratiesysteem moet door de hulpverleners gebruik gemaakt worden van de ICD-9 versie; de medische registratie codeert zijn gegevens met de ICD-10 versie.

Inzicht in en draagvlak voor goede, volledige verslaglegging in dossiers is beperkt aanwezig, mede door onevenwichtig inzet van personeel maar ook wellicht door onbekendheid met de mogelijkheden en het nut hiervan. In de huidige werkwijze lijkt het niet gebruikelijk om de volledigheid van huidige en voorafgaande controles na te gaan om zo zaken, die over het hoofd gezien zijn, alsnog uit te voeren. (volledigheid labonderzoek, het geven van voorlichting, volledigheid in het noteren van gegevens)

Er is een hoge mate van inefficiëntie doordat gegevens in meerdere overzichten genoteerd moeten worden.

Als het dossier onvolledig is ingevuld kan er ook geen volledige ontslagbrief geschreven worden .

Bij het gebruik van de groene kaart wordt aangegeven dat het teveel zoekwerk is in combinatie met weinig tijd hebben (of maken) om gegevens op deze nog niet vertrouwde prenatale kaart terug te vinden.

Als er meer verschillende registratiesystemen voor prenatale zorg in omloop zijn, blijkt dat deze minder volledig worden bijgehouden (RGD) met als gevolg het ontbreken van een volledig overzicht. Het kan bv. verwarring geven bij collega hulpverleners of de tetanusvaccinatie wel of niet is toegediend indien dit niet genoteerd wordt op de kaart.

Het doel van de groene kaart om een volledig overzicht te hebben van de verrichte controles, labonderzoek en toegediende vaccinatie wordt op deze wijze niet bereikt.

Er wordt een beperkt overzicht van de verrichte prenatale controles in de eerste lijn meegegeven bij verwijzing naar de tweede lijn. Het is verder niet onderzocht hoe vaak de cliënten de groene prenatale kaart meenemen bij voortzetting controles in de tweede lijn.

Deze overdracht naar het ziekenhuis met een volledig overzicht van de prenatale gegevens is sowieso alleen mogelijk in het huidig systeem als de handkaart van de cliënt volledig ingevuld is.

Partusverslagen, voor zover aanwezig, zijn extramuraal over het algemeen te summier en onvolledig. Partusverslagen intramuraal zijn met name op de kritieke momenten bij pathologie kort of zelfs onvolledig.

Dossieronderzoek en registratie maternale sterften

Beschrijvingen van handelingen en zorg in de dossiers zijn onvolledig. Welke rol factoren buiten de instelling (cliënt, omgeving) een rol speelden is niet meegenomen tijdens dit assessment. Het gebruikte deel van de 'maternal mortality audit' van Ecuador was niet specifiek genoeg opgebouwd om een volledig overzicht te geven van de geboden zorg in de instellingen.

De onvolledige en niet geheel duidelijke beschreven oorzaken van overlijden kan meespelen bij het feit dat het moeilijk is voor de medische registratie om in geval van overlijden te coderen als een maternale sterfte. Het dossieronderzoek geeft voldoende aanwijzingen voor substandard care in de instelling bij een aantal gevallen.

De codes van maternale sterfte 095 of 096 (ICD 10, CH XV) geven alleen een overlijden met niet-specifieke oorzaak aan. Er is geen code in het ICD10 coderingssysteem dat een maternale sterfte met specifieke overlijdensoorzaak van een code kan voorzien. Onvolledige omschrijvingen dragen tevens bij aan het moeilijk kunnen identificeren en daardoor moeilijk coderen van een maternale sterfte. Ondanks dat het surveillance team van het BOG actief de maternale sterften opspoorde op de verloskamers in de ziekenhuizen AZP, DH (tevens bezoek IC), LH, SVZ en SZN garandeert dit systeem geen 100 % opsporing, omdat een maternale sterfte ook op een andere afdeling zou kunnen plaatsvinden. Extramuraal sterften worden gemist tenzij er actief een melding van gemaakt wordt door de hulpverlener; het huidig C-formulier (annex 6) voorziet namelijk niet in een aparte vermelding van 'maternale sterfte'.

Onderrapportage kan vóórkomen doordat niet structureel nagegaan wordt of een overlijden van een vrouw tussen 15 en 50 jaar mogelijk een maternale sterfte zou kunnen zijn door:

1. Het ontbreken van een apart vakje 'maternale sterfte ja/nee' op het C-formulier.
2. Arts hoogstwaarschijnlijk niet standaard uitvraagt/onderzoekt of overlijden een vroege of late maternale sterfte zou kunnen betreffen.

Het is aannemelijk dat niet elke arts op de hoogte is van de definities van een vroege en maternale sterfte.

3. Pogingen om alle sterften van vrouwen tussen 15 en 50 jaar te onderzoeken is met de huidige wijze van registreren tijdrovend en complex .

De mate van onderrapportage van het aantal maternale sterften is onbekend.

Het is onduidelijk welke criteria gelden voor inclusie van een maternale sterfte bij de indirecte oorzaken, zoals een hersentumor of HIV/AIDS.

Monitoring van en samenwerking binnen de verloskundige zorg.

Monitoring van zorg is beperkt mogelijk, mede ook door het niet of nauwelijks gestructureerd aanwezig zijn, danwel naleven van protocollen. Het afwezig zijn van een vorm van kwaliteitscyclus, waarbij gekeken kan worden of de zorg structureel op een voldoende niveau aangeboden wordt, verhindert optimalisering van zorg waar nodig. Werkdruk en daarbij gepaard gaande prioritering in de dienstverlening staat de opzet van een gestructureerde kwaliteitscyclus in de weg om zorg voor moeder en kind structureel te optimaliseren.

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat instellingen en organisaties niet of nauwelijks samenwerken of afgestemd zijn op elkaar hetgeen bijdraagt aan:

- Hoge mate van inefficiëntie op gebied van onderzoek/bijhouden dataoverzichten door b.v. dubbel werk.
- Weinig tot geen inzicht in doel onderzoeken en voordeel voor de instelling door gebrek aan follow-up. Hierbij was tevens merkbaar dat er nauwelijks sprake is van een inspirerend onderzoeksklimaat en onderzoekscultuur in de instellingen en onder de deelnemers.
- Gebrek aan transparantie in de zorg voor de cliënt en gebrek aan nationale voorlichting op gebied van Safe Motherhood.
- Weinig tot geen inzicht in kwaliteit van zorg en hoe dit te verbeteren.
- Gebrek aan overzicht beschikbare literatuur, data van afgeronde onderzoeken en gebrek aan afstemming voor gewenste onderzoeken.
- Individuele bepaling van beleid bij de (verantwoordelijke) hulpverleners.

Er is beperkte samenwerking en afstemming tussen de eerste en tweede lijn, waardoor het mogelijk kan zijn dat labonderzoek herhaald moet worden of dat pathologie bv laat ontdekt wordt. De oorzaak van het niet consequent overnemen van labgegevens en/of eerder verrichte controles is niet duidelijk geworden. Mogelijk speelt miskenning van de eerste lijn hierbij een rol.

Bij onduidelijkheid van de zwangerschapsduur kan het noodzakelijk zijn (meerdere) echo's te verrichten, hetgeen extra (vermijdbare) kosten zijn.

Uit gesprekken met de diverse hulpverleners blijkt dat er aanwijzingen zijn dat de uitvoering van de zorg 'geld-gestuurd' is i.p.v. 'kwaliteit-gestuurd'. Daarmee wordt bedoeld dat afhankelijk van het vergoedingssysteem de cliënten over- of onderbehandeling kunnen krijgen in een gezondheidszorgsysteem waar het accent op curatief in plaats van preventief ligt. Binnen de focus van het SMNA kon dit echter niet verder onderzocht worden.

Aanbevelingen

Voor de monitoring en evaluatie van nationale gezondheidszorg programma's is goede verslaglegging en registratie van gegevens essentieel.

Doordat de huidig geleverde zorg, als gevolg van matige verslaglegging, niet meetbaar is heeft het de hoogste prioriteit om een aantal basiszaken in orde te maken zoals:

- het stimuleren van een betere registratie en codering in de zorg
- het opstellen en implementeren van protocollen en standaarden in de zorg
- positioneren van zorg en beleid in de eerste lijn
- het onvoorwaardelijk tijdig toegankelijk maken van de zorg voor de sociaal zwakke groep

Daarbij is het aan te bevelen om om alle activiteiten op gebied van Safe Motherhood te centreren en onder te brengen onder een nationaal Safe Motherhood programma om structureel tot optimale maternale en neonatale zorg te komen en dit de komende jaren te (kunnen) optimaliseren.

Benadrukken en stimuleren van besef van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het optimaliseren van de verloskundige hulpverlening is belangrijk.

Het is belangrijk dat er daadwerkelijk actie wordt ondernomen om de zorg in de praktijk te verbeteren zodat een reductie in maternale en neonatale morbiditeit en mortaliteit zichtbaar gemaakt kan worden.

Met het verhogen van de toegang tot de zorg in geografisch en verzekeringstechnisch opzicht en door stimulatie van het besef van nut gezonde leefstijl en tijdige deelname aan prenatale zorg kan, tezamen met het optimaliseren van het huidig systeem, al winst geboekt worden.

Er is meer onderzoek nodig om helder te krijgen welke invloed de attitude van de cliënt en het (tijdig) hebben van een verzekering op het gebruik maken van de zorg heeft.

Een nationaal beleid is er mede op gericht om de vrouw te voorzien van verloskundige hulpverlening waar zij recht op heeft. In de literatuur worden richtlijnen aangegeven voor het minimaal aantal en inhoud van de controles en de vereisten om dit mogelijk te maken. (p. 41)

Door het MOH wordt aangegeven 'moeder- en kindzorg te willen integreren in de primaire gezondheidszorg.....' (MOH beleidsplan, 2006)

Anno 2007 beviel 85,6 % in een ziekenhuis en 98 % van alle zwangeren in een instelling. Een groot deel van deze cliënten heeft een fysiologisch verlopende zwangerschap en fysiologische baring. Hieruit volgt de vraag of de capaciteit op de verloskamers in met name het AZP versterkt moet worden of dat zwangeren uit een laag risico populatie gestimuleerd moeten worden om buiten het ziekenhuis op een poli of thuis te bevallen.

Een onderdeel van dit vraagstuk is welke geografische afstand/reistijd acceptabel is voor tijdig kunnen verkrijgen van spoedeisende zorg in een ziekenhuis. Alternatieven als het opzetten van kraamklinieken of 'maternity homes' voor laag-risico zwangeren op verantwoorde afstand tot een ziekenhuis kunnen overwogen worden.

In de volgende aanbevelingen kan gelezen worden waar de aandachtspunten liggen om aan de voorwaarden te voldoen om verantwoorde verloskundige hulpverlening buiten de ziekenhuizen te kunnen garanderen.

Tevens komen aandachtspunten aan bod om de zorg binnen de ziekenhuizen te optimaliseren.

Op het gebied van Safe Motherhood kunnen de volgende aanbevelingen gedaan worden.

Aanbevelingen protocollen
In het verleden heeft een werkgroep, gecoördineerd vanuit het BOG, een aantal protocollen ontworpen. Pogingen om deze door de vakgroep gynaecologie te laten medebeoordelen zijn niet geslaagd.
Aanvang maken met ontwikkelen van nationale protocollen.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Standaardisering inhoud prenatale zorg fysiologie (extra- en intramuraal). (tijdstip aanvang pc, inhoud controles, voorlichting (incl voedingsvoorlichting), verwijscriteria, wijze van overdracht of consultatie van de gynaecoloog) 2. Aanvang van (op korte termijn) ontwikkelen van standaarden betreffende onderwerpen die in hoge mate verantwoordelijk zijn voor incidentie maternale sterfte. <ul style="list-style-type: none"> o Standaard behandeling anemie. o Standaard behandeling hypertensie en verwijscriteria. o Standaard actief-leiden post-partum tijdperk (gericht op reductie fluxus post partum). <p>Uit de literatuur blijkt dat actief leiden van het nageboortetijdperk een aantoonbare reductie in fluxus post partum heeft. (CORDAID 'What works'. P 37)</p>
Monitoring gebruik protocollen.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Richtlijnen 'Safe clinical practices' en 'Preventie HIV-transmissie van moeder op kind in Suriname' in de instellingen. 2. 'Tetanus-difterie vaccinatie bij zwangeren. Eliminatie van neonatale tetanus' (2004) en 'Vaccinatieschema Suriname. Introductie Pentavalent- en Hepatitis B vaccin. Protocol voor medewerkers' (2005).

Aanbevelingen attitudeverandering

1. Assertiviteit van de cliënt verhogen door betere voorlichting over wanneer bijbetalen, inhoud en belang prenatale zorg en overige verloskundige hulpverlening.
2. Verhogen verantwoordelijkheidsbesef cliënt, partner en directe omgeving voor deelname aan tijdige zorg.
3. Verhogen taakverantwoordelijkheid hulpverleners in het leveren en registreren van optimale zorg.
4. Streven naar een gezamenlijke aanpak tussen diverse actoren in het veld voor een optimale uitvoering van zorg op basis van beschikbare literatuur. (afstemming zorg huisartsen, verloskundigen en medisch-specialisten en overige belanghebbenden)
5. Factoren onderzoeken in de samenleving (bv culturele invloeden) die deelname en beleving van zorg kunnen beïnvloeden.

Aanbevelingen trainingen/behoud kennis en vaardigheden

1. Ontwikkelen van specifieke (jaarlijkse) trainingsprogramma's op maat voor verloskundigen, met accent op vaardigheden in de "life-saving-skills".
2. Vaststellen aan welke voorwaarden een praktizerende verloskundige of huisarts moet voldoen om de vaardigheden en kennis op een verantwoord niveau te behouden.
3. Oriënteren op aanleggen van centrale kennis- en databank van relevante binnenlandse en buitenlandse informatie/artikelen/onderzoeken.

Aanbevelingen voorlichting

1. Centraal structureren van ontwikkeling, productie, distributie en implementatie van voorlichtingsmaterialen. Vastleggen wie voor dit proces verantwoordelijk is.
2. Verder onderzoek omtrent meest effectieve wijze van voorlichten is noodzakelijk.
3. Algemene en specifieke informatie over gezonde leefstijl voorafgaand aan zwangerschap, (alarmsignalen) zwangerschap, baring, kraamperiode, voeding moeder en borstvoeding.

Aanbevelingen kwaliteitscyclus

1. Oriëntatie op eenvoudige kwaliteitscyclus op verschillende niveau's van zorgverlening.
2. Stimuleren draagvlak voor gebruik van kwaliteitscyclus in de zorg. Hulpverleners voorlichten welke voordelen er voor hen zijn bij het gebruiken van een kwaliteitscyclus.
3. Oriëntatie op meldpunt voor cliënten en mogelijkheid integratie cliënttevredenheidsonderzoeken binnen de instellingen.

Aanbeveling supervisie

1. Oriëntatie opzet eenvoudige supervisiesystemen binnen en buiten de instellingen.

Aanbevelingen apparatuur/materialen/disposabel/medicatie/infrastructuur
<ol style="list-style-type: none">1. Opstellen checklist voor minimaal noodzakelijke aanwezigheid en functionaliteit apparatuur, (houdbaarheid) medicatie, materialen en disposabel voor verantwoord verlenen van verloskundige hulpverlening.2. Reanimatie apparatuur beoordelen op functionaliteit en bruikbaarheid en dagelijkse controle hiervan.3. Streven naar optimalisering inrichting verloskamer, waaronder een vaste bloeddrukmeter, vervangen of aanvullen van partus-en hechtsetten en snelle toegang tot functionerende reanimatieapparatuur.4. Garanderen van voldoende aanbod anticonceptie extramuraal.5. Aanwezigheid garanderen van een ambulance met chauffeur bij aanvang van de baring op elke RGD poli met partusmogelijkheid.6. Beschikbaarheid en toegankelijkheid garanderen van gebruik vaste of mobiele telefonie vanuit de instelling.7. Streven naar 100 % gegarandeerde elektra en watervoorziening intra- en extramuraal.

Aanbevelingen prenatale kaart
<ol style="list-style-type: none">1. Evaluatie van de prenatale kaart.2. Herziening van de huidige prenatale kaart op basis van de resultaten van de evaluatie, zodat deze gebruikersvriendelijker wordt. Gebruik van herkenbare velden is aan te raden.3. Bij de herziening rekening houden met een eventuele overstap naar een digitaal registratiesysteem. (zie aanbeveling digitaal dossier)4. Stimuleren van gebruik uniforme prenatale (hand-)kaart voor en door de cliënt.

Aanbeveling partusboek/partogram
<ol style="list-style-type: none">1. Bijhouden van uniforme gegevens in het partusboek intra- en extramuraal om vergelijking gegevens mogelijk te maken, oa voor onderzoeksdoeleinden.2. Invoer structureel gebruik partogram.

Aanbevelingen dossier
<p>Optimalisering gebruik dossier.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Voorwaarden identificeren om volledig invullen van het dossier te stimuleren; belang en nut volledig invullen van een dossier benadrukken.2. Update van de opmaak van de diverse dossiers met aandacht voor verplichte, herkenbare velden.3. Definiëren verplichte velden en voor elk item hiervan een apart vakje op het dossier afdrucken in afstemming met de medische registratie. (zie ook hoofdstuk 'data')4. Draagvlak onderzoeken voor ontwikkeling en gebruik nationaal dossier.5. Stimuleren van gebruik gestandaardiseerde verslagen en ontslagbrieven met keuzemenu van items, waarbij veel gebruik gemaakt kan worden van omcirkelen van items die van toepassing zijn.

Aanbevelingen digitaal dossier

Aanbevelingen digitaal dossier.

1. Oriëntatie op bestaande mogelijkheden digitaal dossier passend in de Surinaamse setting, waarbij koppeling aan dataverzamelsysteem mogelijk moet zijn. Huidige prenatale kaart in fasen eventueel optimaliseren zodat een overstap naar de digitale kaart minder groot is.
2. Optimaliseren van voorwaarden om digitale dossiervorming mogelijk te maken. (bv gegarandeerde elektriciteitstoevoer, aanschaf computers, computertrainingen personeel, monitoring gebruik systeem)
3. Draagvlak optimaliseren gebruik digitaal dossier onder hulpverleners. Hiertoe voordelen inzichtelijk maken gebruik digitaal dossier versus fysiek dossier; toename volledigheid, mogelijkheid voor dataverzameling en besparing menskracht op de lange termijn.
4. Toekomst: pilot opzetten voor proef gebruik digitale dossier in de dagelijkse praktijk.

Aanbevelingen coderingssystemen en overige afstemming registratiesystemen

1. Afstemming tussen medische registratie en hulpverleners omtrent de mogelijkheden van dataverzameling en de voorwaarden die aan hulpverleners gesteld worden hiervoor.
2. Hanteren van 1 ICD versie voor declaratie- en registratiedoeleinden.
3. Afstemming over de vraag naar registratiesystemen voor externe doeleinden aan intramurale setting, teneinde dubbel werk te voorkomen, via bij voorkeur een centraal punt.
4. Transparantie in doel en het geven van feedback over opzet en doel van registratiesystemen voor interne en externe doeleinden.
5. Onderzoeken waar digitale systemen van positieve invloed gaan zijn op de werkbelasting/efficiëntie voor administratieve taken. (registratie- en coderingssystemen)
6. Na optimalisering opzet en gebruik fysiek dossier streven naar een digitaal, gebruikersvriendelijk registratie- en coderingssysteem. Het is aan te bevelen het CLAP formulier hierbij nog eens op functionaliteit her te beoordelen, aangezien deze reeds van ICD10 coderingen voorzien is.
Voorwaarden voor optimaal rendement:
Combinatie van invoer medische gegevens en koppeling met ICD 10 coderingssysteem.
7. Afstemming indeling rayons (RGD) en regio's (MZ) met officiële districtsindeling CBB om data per instelling te kunnen produceren.

Aanbeveling ten aanzien van registratie/onderzoek maternale sterfte

1. Meer bekendheid geven aan de definities van vroege en late maternale sterfte om ook de juiste MMR te kunnen weergeven.
2. Bij het overlijden van een vrouw in de vruchtbare leeftijd de vraag over eventuele bevalling het afgelopen jaar koppelen en toevoegen op het C-formulier.
3. Centrale meldingsplicht van maternale sterfte of vermoeden daarvan.
4. Op termijn confidentieel onderzoek naar de maternale sterfte verplicht stellen. Type onderzoek is afhankelijk van wat men met de uitkomsten wil doen. Literatuuronderzoek naar type en effectiviteit confidentieel onderzoek op maternale sterfte en discussie met relevante stakeholders is noodzakelijk .
5. Voldoen aan de voorwaarden om bovenstaand onderzoek mogelijk te maken (oa draagvlak creëren voor identificatie van gaps in de zorg en daar ook veranderingen in willen brengen, optimaal kunnen functioneren van surveillance team, betere verslaglegging)
6. Onderzoek maternale sterfte implementeren in de 'Surveillance cycle' in de praktijk. De surveillance cyclus is een continue proces van identificeren van gevallen van maternale sterften, verzamelen en analyseren van gegevens om hieruit aanbevelingen voor acties te formuleren en hiervan het resultaat te meten.

Aanbeveling voorziening bloedbank

1. Bewustzijn in de gemeenschap stimuleren door te wijzen op gezamenlijke verantwoordelijkheid en belang van alle voorlichtingsactiviteiten in de gezondheidszorg.
2. Meer nationale aandacht en ondersteuning voor intensievere wervingscampagnes.

Op het gebied van uitvoering van een project kunnen de volgende aanbevelingen gedaan worden.

Aanbevelingen tav projectuitvoering

1. Aandacht voor optimale facilitering van menskracht, beschikbare tijd en voorzieningen hetgeen de uitkomst van een project bevordert.
2. Voldoende tijd en aandacht voor creëren draagvlak en toestemmingsproces onder de deelnemers.
3. Aandacht voor beschikbaar stellen van onderzoeksresultaten voor de instelling ten behoeve van interne optimalisering.
4. Aandacht voor optimale samenwerking tussen de verschillende donoren die gezamenlijk deelnemen aan een project.

Hfd I Introductie en doel

Door de UN zijn 2 belangrijke doelen opgesteld:

- Reductie van Neonatale Mortaliteit (MDG 4)
- Verbeteren Maternale gezondheidszorg (MDG 5)

Concreet betekent dit dat in het jaar 2015 ten opzichte van 1990 het aantal kindersterften onder 5 jaar met tweederde moet zijn teruggebracht, de MMR verminderd moet zijn met driekwart en dat er gegarandeerde toegang moet zijn tot reproductieve gezondheidszorg.

In veel landen worden momenteel al door middel van een actieplan getracht de maternale en neonatale mortaliteit en morbiditeit te reduceren.

Het Ministerie van Volksgezondheid, dat zich verbonden heeft aan het 20-jarig actieplan, opgesteld naar aanleiding van de 'International Conference on Population and Development' (ICPD) in Caïro (1994) wil hier ook uitvoering aan helpen geven.

In het beleidsplan 2006-2007 wordt de nadruk gelegd op kwalitatief goede en toegankelijke zorg voor iedereen.

Om te komen tot een actieplan is het nodig om eerst de huidige verloskundige zorg in kaart te brengen. Eén van de manieren om dit mogelijk te maken is het uitvoeren van een 'Safe Motherhood Needs Assessment' (SMNA), waarvoor het WHO een handleiding heeft ontwikkeld.

Het doel van het SMNA is om managers, beleidsmedewerkers en andere geïnteresseerden op nationaal en districtsniveau te voorzien van:

1. Beschrijving van beschikbaarheid, gebruik en kwaliteit van prenatale-, natale- en postnatale zorg verleend aan moeders en pasgeborenen op alle niveaus binnen het systeem van gezondheidszorg.
2. Identificeren van tekortkomingen in deze zorg uitgaande van de diensten zoals deze beschreven staan in de 'Mother-Baby-Package'. (annex 2)

Het BOG heeft de taak ontvangen om het Safe Motherhood Needs Assessment uit te voeren. Het hoofd van de afdeling Family Health, Mw M.van Dijk, heeft leden van het core team geselecteerd.

Het core team bestond uit:

- o Programme managers Mw M. van Dijk (maart-juli 2007 en v.a. sept 2008). Mw B. Ting A Kee, beiden afdeling Family Health / BOG (september 2007-mei 2008) Afwisseling i.v.m studie/training, waarneming mei-juli 2008 door Hr I.Gajadien.
- o Hr I. Gajadien, assistent programme-manager. Afdeling FH/BOG. (va sept 2007)
- o Mw W. Haverkamp-Kort, coördinator SMNA (consultant)
- o Mw T. Sno, statisticus (IMWO)
- o Mw D. Wijndal, verpleegkundige/verloskundige BOG
- o Hr R. Ori, werkzaam op de afdeling epidemiologie BOG (na mei 2007 geen teamlid meer wegens andere werkzaamheden)

Een technische ondersteuningsgroep heeft adviezen gegeven tijdens de uitvoering van het SMNA.

Deze bestond uit de volgende leden:

- o Mw C. Alendy (MZ)
- o Mw I. Caffé (Joint Program SRH, MOH)
- o Mw C. Hammen (UNICEF)
- o Mw E. van Kanten (PAHO)
- o Mw O.Salden (UNFPA, tot 01-07-2008)
- o Mw J. Quallo (UNFPA)

Mrs Dr V. Camacho (regional advisor of Maternal Mortality Reduction Initiative of PAHO) heeft in april 2007 een 3-daagse workshop verzorgd en advies gegeven omtrent opzet SMNA .

Tijdens de training met Mrs V. Camacho werd consensus bereikt om de focus van het SMNA op de volgende gebieden te richten:

- Basisinformatie over de delays in zorg.
- Aandachtspunten in de verwijssystemen.
- Uitvoering van spoedeisende verloskundige hulpverlening.
- Uitvoering van neonatale zorg.
- Inventarisatie infrastructuur verloskundige hulpverlening inclusief materialen, middelen, medicatie en het identificeren van gaps hierbij.
- Monitoring en uitvoering van verloskundige zorg en toegang tot zorg.
- Accentgebieden: HIV, malaria en gender.

Uiteindelijk zijn de laatstgenoemde accentgebieden onvoldoende vertegenwoordigd geweest in de gekozen vragenlijsten. (p. 20)

De neonatale zorg is binnen het SMNA niet onderzocht. (zie methodologie)

Suriname kent een hoog percentage institutionele bevallingen. Het is noodzakelijk om de aandachtsgebieden van Veilig Moederschap in kaart te brengen welke bijdragen aan het hoge percentage maternale sterften.

Voor minimaal noodzakelijk aanwezige zorg is uitgegaan van de richtlijnen die zijn opgesteld in de 'Mother Baby Package'.

Follow up

Na het analyseren van de gegevens van het SMNA zijn de resultaten van het SMNA beschreven in dit rapport. Een breed publiek werd op 13 augustus 2008 door middel van een presentatie geïnformeerd over de hoofdresultaten.

De aanbevelingen zullen nog verder aangescherpt worden in workshops met beleidsmakers en hulpverleners om te komen tot een werkbaar actieplan.

Hfd II Methodologie

Methodologie

Door Mw E.van Kanten, Mw M.van Dijk en Mw V.Camacho is vooraf gekozen voor de uitvoering van het SMNA volgens de handleiding 'WHO Safe Motherhood Needs Assessment' (annex 8.1)

Hierin worden twee fasen beschreven, te weten

1. 'Policy and Management Assessment' (stap 2 SMNA manual)
2. 'Field work of data collection' (stap 13 SMNA manual).

Deze handleiding werd in een later stadium nog aangevuld met delen uit een assessment, uitgevoerd in Ecuador. (zie 'keuze instrument', p.20)

Start SMNA: 5 maart 2007

Fase 1 eind maart 2007 – 22 juni 2007.

Vorbereiding

Om alle deelnemers van het SMNA breed te kunnen informeren en bereiken is een uitgebreide informatiebrief opgesteld waarin aanleiding, doel, werkwijze en inbreng van en voordeel voor betrokken deelnemer is beschreven met daarbij het internationaal kader waarbinnen de behoefte tot het uitvoeren van het assessment tot stand is gekomen.

Na de officiële kennisgeving van de start van het SMNA aan het Ministerie van Volksgezondheid en de directie van het BOG zijn bovenvermelde brieven gestuurd aan de directie van de deelnemers, waarna in een persoonlijke overleg met meestal de verpleegkundig directeur, de aanpak van de uitvoering SMNA binnen desbetreffende instelling werd afgestemd.

Doel fase 1: identificeren van aandachtspunten en gebieden voor fase 2.

Inclusiecriteria voor deelname fase 1 was:

- Deelnemer moet direct danwel indirect betrokken zijn met de beleidsvorming van maternale, neonatale zorg en reproductieve zorg.

Keuze instrument

Tijdens haar bezoek heeft Mw V. Camacho geadviseerd om delen van het assessment, zoals dit in Ecuador is uitgevoerd, aan te passen voor het veldwerk in Suriname.

Na evaluatie van fase 1, het bezoek van Mw V. Camacho en na intensief overleg tussen core team en stuurgroep, is gekozen voor een combinatie van de WHO manual aangevuld met delen van het assessment van Ecuador, dat specifiek ingaat op de aanwezigheid van infrastructuur en middelen voor spoedeisende hulpverlening en tevens voorziet in een maternal mortality audit. (Tabel 1)

De stuurgroep heeft de voorkeur uitgesproken voor een basale basisinventarisatie vanwege nooit eerder verricht onderzoek op nationaal niveau naar verloskundige hulpverlening. Hierbij is de keuze gemaakt om zich niet alleen te beperken tot de aandachtsgebieden die na de uitvoering van fase 1 werden vastgesteld.

Dit had tevens als consequentie dat de accentgebieden HIV, malaria en gender niet specifiek onderzocht konden worden aangezien zij in slechts geringe mate in de vragenlijsten aan de orde kwamen.

De aanvankelijk intentie om aanvullend focusgroepen en een neonataal assessment uit te voeren (onderdeel assessment Ecuador) heeft binnen dit assessment geen doorgang kunnen vinden wegens de beperking in tijd, menskracht en middelen.

Tabel 1 Gebruikte vragenlijsten SMNA fase 2

Vragenlijsten WHO manual SMNA		
Afkorting	Omschrijving	Inhoud
FAC	Facility management	Interview aanwezige staf faciliteit en inventarisatie aanwezige materialen.
DHT	Districts Health Team	Interview met regiomanager of rayoncoördinator
NMW	Nurse Midwife or Maternity Nurse	Interview met verloskundige of arts die bevallingen begeleidt.
ANC	Antenatal Client	Interview met cliënten bij hun prenatale controle op poli, post en ziekenhuis
PPC	Post Partum Client	Interview met cliënten bij hun post-partumcontrole op poli, post en ziekenhuis
TBA	Traditional Birth Attendant	Interview met traditionele vroedvrouw
ANR	Antenatal Record	Record review van prenatale controles op poli, post en ziekenhuis
NDR	Normal Delivery Record.	Record review van baringsverslagen op poli, post en ziekenhuis
CDO	Complicated Delivery Obstructed	Record review van niet-vorderende baringen op poli, post en ziekenhuis
CDE	Complicated Delivery Eclampsia	Record review van dossiers met (pre-)eclampsie op poli, post en ziekenhuis
Vragenlijsten assessment Ecuador		
1-6.	1. Inventarisatielijst infrastructuur/materialen /disposabel. 2. Inventarisatielijst verloskamers. 3. Inventarisatielijst operatiekamer. 4. Inventarisatielijst laboratorium. 5. Inventarisatielijst	

	bloedbank. 6. Inventarisatielijst medicatie. Uitgevraagd op de: verloskamer, kraamafdeling, afdeling gynaecologie, operatiekamer, laboratorium, SEH, apotheek en de bloedbank		
o	Overzicht aard en niveau zorg instellingen.		
o	Overzicht registers instellingen.		
o	Overzicht data obstetrie instellingen.		
o	Vragenlijst personeel behorend bij niveau dienstverlening.		
o	Maternal Mortality Audit		
Aanvullende lijsten ontworpen binnen het core team.			
o	Lijst essentiële medicatie ontworpen i.s.m apotheker en arts-assistent gynaecologie.		
o	CDF	Complicated Delivery Fluxus postpartum	Record review van dossiers met fluxus postpartum op poli, post en ziekenhuis

Binnen BOG waren uiteindelijk 7 van de aanvankelijk 10 geselecteerde surveyors gestart met het doornemen van de vragenlijsten op eenduidigheid, waarbij aspecten van objectiviteit, begrip voor werkdruk deelnemers en assertieve opstelling surveyor zijn besproken.

Tijdens de hieropvolgende wekelijkse sessies zijn onderlinge vragen, problemen bij de uitvoer van fase 1 besproken en uniforme afspraken gemaakt voor verder verloop.

Uitvoering

De surveyors zijn eind maart 2007 gestart met het uitvoeren van fase 1, welke 22 juni 2007 officieel afgesloten werd.

Om maximale objectiviteit na te streven is ervoor gekozen om de vertaalde vragenlijsten, voorafgaande aan het gesprek met een surveyor van BOG, in te laten vullen door beleidsmakers intra- en extramuraal (annex 4) welke gebruik konden maken van een gedetailleerde invullijst om het invullen te vergemakkelijken. (annex 5)

Leden van het core team en medewerkers van afdeling Family Health (BOG) hebben de stakeholders bezocht om de (ingevulde) vragenlijst door te nemen op volledigheid en duidelijkheid. Van de 80 vragenlijsten zijn er 79 ingevuld. De gegevens zijn verwerkt in een 'fase 1 rapport'.

De resultaten van fase 1 zijn meegenomen in onderdeel A. (p. 33)

Tussenfase juli 2007 – half december 2007

Vaststellen overzicht visitatie instellingen.

De verloskundige zorg in Suriname wordt aangeboden door de ziekenhuizen in Paramaribo en Nickerie, de Regionale Gezondheidsdienst in de kustvlakte en in het binnenland door de Medische Zending. Daarnaast zijn er particuliere huisartsen en verloskundigen werkzaam met name in de kuststrook.

Met de kleine populatie en het gering aantal ziekenhuizen en RGD poliklinieken met partusmogelijkheid in Suriname, zijn allen geïnccludeerd voor het assessment:

- Diakonessenhuis, Paramaribo (DH)
- Academisch Ziekenhuis Paramaribo, Paramaribo (AZP)
- 's Lands Hospitaal, Paramaribo (LH)
- Streekziekenhuis Nickerie, Nieuw Nickerie (SZN)
- Sint Vincentius Ziekenhuis, Paramaribo (SVZ)
- Alle poliklinieken RGD met partusmogelijkheid (zie overzicht 'Definitieve visitatie instellingen extramuraal', p.23)

Volgens de WHO manual moet een ziekenhuis alle elementen van spoedeisende verloskundige hulpverlening kunnen bieden om geïnccludeerd te mogen worden in het SMNA. Dit is dan ook de reden dat het Militair Hospitaal niet in het SMNA geïnccludeerd is. Vanwege het gering aantal partus verricht door particuliere huisartsen en extramuraal werkende verloskundigen zijn zij niet geïnccludeerd voor deelname aan fase 2 van het SMNA.

Gezien het groot aantal poliklinieken bij de RGD met prenatale zorg en posten van de MZ (allen met zowel prenatale zorg als partusmogelijkheid), was het noodzakelijk hieruit een aantal te selecteren. Mw I. Abdoelaziz (RGD) en Mw C. Alendy (MZ) zijn om advies gevraagd bij het samenstellen van het overzicht van respectievelijk RGD en MZ.

Gekeken naar de rayonindeling (RGD) was de opzet om waar mogelijk uit elk rayon een poli met partusmogelijkheid en een poli met alleen prenatale zorg te includeren. Voor wat betreft het binnenland is getracht de 3 grootste bevolkingsgroepen die het binnenland telt mee te nemen: de Aucaners, Saramaccaners en Inheemsens.

De uiteindelijke selectie geeft aan dat rekening is gehouden met een aantal factoren zoals: vertegenwoordiging van elk district (CBB), etniciteit, aantal geregistreerde cliënten, regionale spreiding en budget. Als de pilot wordt meegenomen zijn alle districten vertegenwoordigd in fase 2 van het assessment.

Op grond van deze verdeling kan gesteld worden dat het overzicht van de gevisiteerde instellingen een dwarsdoorsnede van Suriname weergeeft.

Aanvankelijk zag het geplande overzicht voor visitatie van de RGD- poliklinieken en de MZ-posten er als volgt uit :

Tabel 2a Geplande visitatie instellingen extramuraal.

RGD: gezondheidscentra met Partusmogelijkheid	Inclusiecriteria:
Derde Rijweg, pilot.	Partusmogelijkheid
1. Latour, rayon 3	Idem
2. Lelydorp, rayon 4	Idem
3. Ellen, rayon 5	Idem
4. Albina, rayon 6	Idem
5. Wonoredjo, rayon 6	Idem
6. Groningen, rayon 7	Idem
7. Coronie, rayon 8	Idem
8. Groot Henar, rayon 8	Idem
9. Paradise/Nw. Nickerie/Margarethenburg, Coran tijn-polder rayon8 ⁽¹⁾	Idem
RGD: poli met alleen prenatale zorg ⁽²⁾	
10. Buitengasthuis, rayon 1	Grootst aantal geregistreerden uit rayon met alleen prenatale zorg. Etniciteit: overwegend creool
11. Flora, rayon 2	Grootst aantal geregistreerden uit rayon met alleen prenatale zorg. Etniciteit; overwegend creool
12. Koewarasan/Santodorp, rayon 2b	Grootst aantal geregistreerden uit rayon met alleen prenatale zorg. Etniciteit: overwegend Javaan
13. La Vigilantia, rayon 3	Grootst aantal geregistreerden uit rayon met alleen prenatale zorg. Etniciteit: overwegend Inheems/ Javaan/Hindostaan
14. Onverwacht/Bernarddorp, rayon 4	Grootst aantal geregistreerden uit rayon met alleen prenatale zorg. Etniciteit: overwegend creool/inheems
15. Tamanredjo, rayon 5	Grootst aantal geregistreerden uit rayon met alleen prenatale zorg. Etniciteit: overwegend Javaan

MZ:	
Brownsweg, pilot.	Brokopondo gebied.
16. Stoelmanseiland	Aucaans gebied met grootste bevolkingsconcentratie. (Poli bereikbaar per boot; maximaal ½ uur varen voor bevolking uit omliggende dorpen).
17. Djumu	Saramaccaans gebied met grootste bevolkingsconcentratie. (Maximaal ½ uur varen voor de omliggende dorpen. Afstanden korter dan bij Stoelmanseiland)
18. Kwamalasamutu	Inheems gebied met grootste bevolkingsconcentratie.

¹ De zorg wordt geboden door dezelfde perso(n)en. ² Van rayon 6 zijn alle posten reeds geselecteerd (2, met partusmogelijkheid). Idem rayon 8. Van rayon 7 kan gesteld worden dat de patiënten van de overige poli's voor prenatale zorg de post Groningen bezoeken en daarom niet zijn opgenomen in de steekproef.

Tijdens het veldwerk in fase 2 bleek echter dat de praktijksituatie enigszins verschilde:

- De posten Koewarasan en Onverwacht zijn wel uitgerust en bemenst om bevallingen te begeleiden. Op Paradise en Margarethenburg bleek dit niet meer mogelijk te zijn.
- Voor wat betreft Paradise geldt dat deze faciliteit wel ingericht is om te bevallen, maar in de praktijk mensen worden verwezen naar Groot Henar omdat de verloskundige van Paradise daar woonachtig is. Zij is werkzaam op zowel Paradise als Groot Henar.
- RGD Nieuw Nickerie is niet ingericht om te bevallen. Men wordt verwezen naar SZN of bevalt bij de verloskundige thuis.
- Gezien het geringe aantal bevallingen en daardoor gebrek aan partusverslagen en beperkte aanwezigheid van prenatale kaarten op de RGD poli Coronie kon het veldwerk daar maar ten dele worden uitgevoerd.

Dit betekende dat het definitieve overzicht enigszins veranderde. (tabel 2b)

Tabel 2b Definitieve visitatie instellingen extramuraal.

RGD: gezondheidscentra met partusmogelijkheid	Inclusiecriteria:
Derde rijweg, pilot.	Partusmogelijkheid
1. Koewarasan, rayon 2b	Idem
2. Latour, rayon 3	Idem
3. Lelydorp, rayon 4	Idem
4. Ellen, rayon 5	Idem
5. Albina, rayon 6	Idem
6. Wonoredjo, rayon 6	Idem
7. Groningen, rayon 7	Idem
8. Groot Henar, rayon 8	Idem
9. Coronie, rayon 8	Idem
10. Nieuw Nickerie / Corantijnpolder, rayon 8	De bevallingen vinden wel plaats aan huis van de verloskundige die in dienst is van de RGD. De locaties worden in het SMNA beschouwd als verlengde van een RGD-poli met partusmogelijkheid.
RGD: poli met alleen prenatale zorg	
11. Buitengasthuis, rayon 1	Grootst aantal geregistreerden uit rayon met alleen prenatale zorg. Etniciteit: overwegend creool
12. Flora, rayon 2a	Grootst aantal geregistreerden uit rayon met alleen prenatale zorg. Etniciteit: overwegend creool
13. La Vigilantia, rayon 3	Grootst aantal geregistreerden uit rayon met alleen prenatale zorg. Etniciteit: overwegend Inheems/ Javan/Hindostaan
14. Bernarddorp, rayon 4	Grootst aantal geregistreerden uit rayon met alleen prenatale zorg. Etniciteit: overwegend creool/inheems.
15. Tamanredjo, rayon 5	Grootst aantal geregistreerden uit rayon met alleen prenatale zorg.

Etniciteit:overwegend Javaan	
MZ (posten hebben allen een partusmogelijkheid)	
Brownsweg, pilot.	
16. Stoelmanseiland	Aucaans gebied met grootste bevolkingsconcentratie.
17. Djumu	Saramaccaans gebied met grootste bevolkingsconcentratie.
18. Kwamalasamutu	Inheems gebied met grootste bevolkingsconcentratie.

In tabel 3 is een totaaloverzicht weergegeven van het aantal instellingen in Suriname en het aantal instellingen in het overzicht van de bezochte instellingen.

Tabel 3 Aantal instellingen in Suriname en overzicht visitatie.

RGD met partusmogelijkheid		RGD zonder partusmogelijkheid		Medische zending		Ziekenhuis	
Totaal	Visitatie	Totaal	Visitatie	Totaal	Visitatie	Totaal	Visitatie
11	11	32	5	56	4	6	5

Fase 2 half december 2007 – eind mei 2008

Vorbereiding

Werving veldwerkers

Er hebben diverse oproepen plaatsgevonden voor het aanmelden van veldwerkers, aangezien de aanvangsdatum van fase 2 meerdere keren verschoven moest worden door vertraging in de uitvoering van fase 1. In de profielschets hiervoor was een medische achtergrond met het tenminste doorlopen van het vak gynaecologie en obstetrie, flexibele en assertieve inzet en eerdere enquête-ervaring gevraagd.

Training

Na het oproepen van de aangemelde veldwerkers konden 15 van de aanvankelijk 28 personen daadwerkelijk participeren aan de training van medio december 2007.

Een korte aanvullende training van de veldwerkers en teamleiders heeft kort voor aanvang van fase 2 plaatsgevonden waarin de opzet van het assessment en de aangepaste vragenlijsten zijn besproken en geoefend middels rollenspellen.

Door middel van een 'training-on-the-job' is met de vragenlijsten in de praktijk verder ervaring opgedaan, waarna het veldwerk eind maart 2008 is gestart. Aanvullende intensieve begeleiding van de veldwerkers bij aanvang van interviews en dossieronderzoek is gegeven.

Voor deze methodiek is gekozen om de veldwerkers meteen in de praktijk vertrouwd te laten raken met de aard van het veldwerk.

Uitvoering fase 2

Pilot

De pilot is medio december 2007 van start gegaan en geëindigd medio maart 2008. Alle WHO lijsten zijn aangepast aan de locale situatie en aangevuld met een nieuwe lijst 'fluxus post partum' (CDF) gezien de hoge incidentie hiervan in Suriname in relatie tot maternale sterfte. De pilot heeft plaatsgevonden in het SVZ, poli Derde Rijweg van de RGD en Brownsweg, post van de Medische Zending door core teamleden en 1 veldwerker.

Het Sint Vincentius ziekenhuis is geselecteerd omdat:

- het ziekenhuis samen met het SZN relatief minder bevallingen heeft van alle ziekenhuizen en met name in vergelijking met de overheidsinstellingen. Kiezen voor een overheidsinstelling zou betekenen dat een relatief groot aantal cliënten uit de steekproef zou worden gehouden.
- het ziekenhuis in Paramaribo ligt. Kiezen voor het SZN zou betekenen dat het district Nickerie uit de selectie zou worden gehouden, terwijl er mogelijk een andere problematiek heerst in het district Nickerie.

Voor de posten van de RGD en MZ hebben de volgende criteria gegolden:

- Post Brownsberg ligt in het binnenland maar is qua afstand relatief gemakkelijk bereikbaar (hetgeen financieel haalbaar was voor een pilot). Tevens is er een partusmogelijkheid.
- Polikliniek RGD Derde Rijksweg ligt aan de rand van Paramaribo en heeft een partusmogelijkheid.

Doel van de pilot

Het zo breed mogelijk uittesten van de vragenlijsten in verschillende settings (intra- en extramuraal) om te beoordelen of de vragenlijsten in de huidige vorm bruikbaar zijn.

Uitvoering pilot

Tijdens de pilot is gelet op:

- begrip van de vragen bij de geïnterviewde en de enquêteur
- tijdsduur van de interviews en dossieronderzoek
- logistieke factoren om uitvoering mogelijk te maken

Verder zijn de vragenlijsten inventarisatie infrastructuur en middelen van Ecuador en de WHO manual aangepast voor de Surinaamse setting.

Aan de hand van de opmerkingen en ervaringen tijdens de pilot zijn alle lijsten gefinaliseerd.

Veldwerk

Extramuraal (RGD en MZ) en SZN zijn gevisiteerd door een team van 4-6 personen onder leiding van een teamleider tijdens een 1-3 daags bezoek.

De ziekenhuizen in Paramaribo zijn in delen volgens afspraak gevisiteerd, wegens de logistieke onmogelijkheid binnen de instellingen dit in 2-3 intensieve dagen uit te voeren.

Het veldwerk is volgens schema uitgevoerd in 8 weken tijd en afgerond eind mei 2008 met behulp van 12 veldwerkers.

De lijsten voor inventarisatie infrastructuur, apparatuur medicatie zijn in de ziekenhuizen in Paramaribo uitgevoerd door 1 veldwerker en in het SZN door een lid van het core team.

De lijst inventarisatie infrastructuur extramuraal zijn zo veel als mogelijk vooraf aan de instelling opgestuurd met het verzoek deze voorafgaande aan het bezoek in te vullen.

Door het uitvragen van de 'essentiële medicatielijst' is getracht na te gaan of deze medicamenten voorradig waren en wat het effect is van een eventueel tekort.

Interviews

De interviews (ANC en PPC) hebben respectievelijk plaatsgevonden op een prenatale en postnatale polidag.

De lijsten DHT zijn door een lid van het core team afgenomen.

De lijsten NMW en TBA zijn door zowel leden van het core team als veldwerkers afgenomen volgens afspraak met de verloskundige of arts intramuraal en bij visitatie instelling extramuraal op de dag van het bezoek. NMW is afgenomen onder verloskundigen in de ziekenhuizen en extramuraal. Indien er geen verloskundige werkzaam was op de poli heeft de arts de NMW ingevuld. Op de MZ-posten heeft de GZA de NMW ingevuld. Voor de interviews in Kwamalasamutu waren taalproblemen voorzien. Vooraf is het hoofd van de lokale school bereid gevonden om als tolk te fungeren tussen de hulpverleners en de veldwerkers. Deze tolk is zowel het Nederlands, Surinaams als de inheemse taal goed machtig. Het gesprek met de vrouwen heeft plaatsgehad in aanwezigheid van deze tolk. De gesprekken met de hulpverleners zijn overwegend in het Nederlands gevoerd. Indien nodig werd een andere hulpverlener erbij gehaald voor de uitleg. Bij het gesprek met de Granman en zijn gevolg waren ook tolken aanwezig; 2 heren uit het dorp die het Nederlands verstaan en zich er ook in kunnen uitdrukken. In Djumu en op Stoelmanseiland is geen gebruik gemaakt van een tolk. Herhaaldelijk doorvragen voor extra bevestiging van het goede antwoord bleek voldoende te zijn.

Dossieronderzoek.

Dossiers zijn zoveel als mogelijk geselecteerd met behulp van ICD10 coderingssysteem. Specifieker aangegeven zijn dossiers voor ANR/NDR intramuraal zoveel als mogelijk via ICD10 (code 080) verkregen. At random selectie uit het partusboek werd in enkele gevallen toegepast indien de geselecteerde dossiers toch niet aan de criteria voldeden.

De prenatale controles in de dossiers betroffen alleen de prenatale intramurale controles. Indien geen prenatale controles genoteerd waren, is voor het onderdeel ANR de prenatale controles uit een ander, at random geselecteerd, dossier uit het archief van de instelling geselecteerd.

Extramuraal zijn de dossiers/prenatale kaarten geselecteerd uit het aanwezige polibestand van 2007 of 2008 door at random kaarten te trekken, indien van 2005 en 2006 geen kaarten beschikbaar waren.

De partusverslagen (NDR) zijn uit een speciaal 'partusregistratieschrift' of uit at random getrokken dossiers gehaald.

Selectie van dossiers 'obstructed labor' (CDO) vond plaats via het coderingssysteem ICD 10 (coderingsgroepen 063-064-065-066) hetgeen weinig succesvol was, aangezien dit op deze wijze maar weinig dossiers opleverde. De selectie is daarom aangevuld met at random selecteren van baringen met de notitie 'niet vorderende baring of niet vorderende uitdrijving' in het partusboek, waarbij baringen uiteindelijk getermineerd op basis van 'foetale nood met normale vordering van de baring' alsnog geëxcludeerd werden.

Dit betrof ruim 2/3 van de geselecteerde dossiers uit het partusboek. In de dossiers waarbij de baring getermineerd werd d.m.v een SC bleek de omschrijving van 'niet vorderende baring' niet te voldoen aan onze criteria.

Het bleek uiteindelijk niet goed mogelijk te zijn om een goede selectie voor het dossieronderzoek CDO te maken met de bestaande coderingen en omschrijvingen in de instellingen.

Bij het beoordelen van het mogen includeren van het dossier werden de volgende inclusiecriteria in acht genomen :

1. Niet vorderen van de indaling gedurende 3 of meer uren of
2. Sterke weeën zonder progressie voor (tenminste) 3 uren. Geëxcludeerd waren: tweelingzwangerschappen, liggingen anders dan hoofdligging.

Dossiers met de vermelding van tenminste 2 plusjes (++) zijn geïnccludeerd als te zijnde 'sterke weeën'. Dit is uiteraard afhankelijk van de beoordeling en de registratie van de aanwezige hulpverlener, dus bevat een subjectieve component.

Selectie van dossiers (CDE) was op basis van het criterium 'eclampsisch insult en/of diastolische bloeddruk van boven de 100 mm/Hg'. Hierbij is getracht een onderscheid te maken tussen dossiers met eclampsie en pre-eclampsie .

Selectie is voldoende mogelijk gebleken via het coderingssysteem ICD10 (codes 010-016), waarbij van de opgevraagde dossiers slechts een gering aantal niet geïnccludeerd kon worden omdat zij niet aan de gevraagde criteria voldeden. In 3 tot 5 gevallen bleek niet duidelijk uit het verslag in het dossier of er sprake was van een eclampsie. In 3 gevallen gevallen bleken de cliënten een eclampsisch insult gehad te hebben, zonder dat zij de bijbehorende code 015 had gekregen. Dit werd per toeval geconstateerd bij de dossiers die geselecteerd waren voor 'pre-eclampsie'.

In de 86 dossiers geselecteerd via ICD10 codering kon in elk geval gelezen worden dat 20 cliënten een eclampsisch insult hadden gekregen.

Selectie voor dossiers CDF is veelal goed mogelijk gebleken via het coderingssysteem ICD 10 (code 072), wanneer de gegevens digitaal reeds verwerkt waren. Het inclusie criterium was een fluxus van tenminste 500 ml postpartum. Waar nodig zijn aanvullende dossiers geselecteerd in het partusboek doordat hoeveelheid bloedverlies daar tevens genoteerd wordt.

Van de 103 geïncludeerde dossiers, namen de ziekenhuizen 89,3 % voor hun rekening door een hoger aantal bevallingen en wellicht (extramuraal) verwezen cliënten voor behandeling van de fluxus intramuraal.

Het dossieronderzoek voor NDR en ANR kon vrij snel zelfstandig uitgevoerd worden; dossieronderzoek CDO, CDE en CDF had aanzienlijk meer begeleiding nodig van core team leden. Alle lijsten werden bij inname gecontroleerd op volledigheid en (steekproefsgewijs) op inhoudelijke aspecten. Het core team heeft ook geparticipeerd bij het dossieronderzoek.

Maternale sterften

Het 'maternal mortality audit' formulier uit het assessment verricht in ecuador is met kleine aanpassingen die de leesbaarheid moesten verhogen gebruikt voor het SMNA.

Er is gebruik gemaakt van het overzicht van maternale sterften van de surveillance dienst van het BOG, omdat maternale sterften met bekende oorzaak door middel van een ICD10 niet opgevraagd kunnen worden.

Vanwege beperkingen in budget, tijd en ingeschatte beperking in haalbaarheid is ervoor gekozen om alleen de dossiers uit de ziekenhuizen te onderzoeken en geen aanvullend onderzoek te verrichten bij de nabestaanden en huisarts hetgeen gebruikelijk is bij een volledig audit.

8 van de 20 bijbehorende dossiers 2005/2006 konden op naam bij de medische administratie van het ziekenhuis worden opgevraagd, waarbij aanvullend nog 2 dossiers uit 2007 geselecteerd en gevonden zijn. Voor deze 10 gevallen is het 'maternal mortality audit' formulier ingevuld door de coördinator van het SMNA.

Redenen die bijgedragen hebben aan het niet kunnen vinden van de overige 12 dossiers van maternale sterfte zijn:

- 3 casussen vonden extramuraal plaats (1x poli, 2 x MZ post).
- 2 cliënten bleken niet in ziekenhuis, genoteerd op de overzichtslijst surveillance team te zijn overleden, maar elders.
- 1 lijst bleek niet te zijn bijgewerkt.
- 6 lijsten bleken niet aanwezig te zijn in het medisch archief. Localisering buiten het archief bleek onmogelijk te zijn, daar niet achterhaald kon worden waar de dossiers zich op dat moment bevonden. 1 cliënt bleek op de SEH te zijn overleden, waarvoor voor zover bekend geen dossier is aangelegd.

In tabel 4 worden het aantal geplande en gerealiseerde vragenlijsten aangegeven.

Tabel 4 Aantal geplande en gerealiseerde vragenlijsten

Vragenlijst	Geplande # vragenlijsten	Gerealis eerd	% totaal gereali-seerd	% gerealiseerd ziekenhuizen / (N)	% gerealiseerd RGD/(N)	% gerealiseerd MZ/(N)
DHT	Elk rayon/gebied 1	11	100	Nvt	100 (8)	100(3)
FAC extramuraal	18	18	100	Nvt	100(15)	100(3)
FAC intramuraal	4	4	100	100	Nvt	Nvt
NMW	Maximaal 5 per ziekenhuis en 2 per extramurale post (totaal $4*5 + 15*2 + 3*2 = 56$)	52	92.9	85(17)	83.3(25)	166.7*(10)
ANC	30 per instelling,	277	42.0	95.8(115)	31.3(141)	23.3(21)
PPC	660 totaal	49	7.4	32.5(39)	2.2/(10)	0/0
ANR	30 per instelling, 660 totaal	641	97.1	75.8(91)	102.4(461)	98.9(89)
NDR	30 per instelling met partusmogelijkheid,	405	84.4	83.3(100)	72.7(218)	96.7(87)

Safe Motherhood Needs Assessment 2007-2008

	480 totaal					
CDE	30 per ziekenhuis	86	46.5	66.7(80)	2(1)	33.3(5)
CDO	5 per RGD met	87	47.0	72.5(87)	0(0)	0(0)
CDF	partusmogelijkheid en MZ (totaal: [30*4]+[5*10]+[5*3]= 185	103	55.7	76.7(92)	14.0(7)	26.7(4)
TBA	2 per MZ instelling (totaal 6). 1 at random en 1 die het dichtst bij de 1ste woont	5	83.3	Nvt	Nvt	83.3(5)

*alle aanwezige GZA's hebben een NMW lijst ingevuld, daarom is dit percentage meer dan 100 %.

Verantwoording aantal vragenlijsten.

- Voor het aantal vragenlijsten voor DHT, FAC en NMW is uitgegaan van de WHO manual.(zie tabel 5)
- Aantal vragenlijsten TBA
TBA's zijn geconcentreerd gelokaliseerd in het binnenland, waardoor het niet mogelijk was om een aantal verspreid over Suriname te selecteren, maar gekozen is om 2 TBA's te bezoeken die woonachtig waren in de buurt van de 3 MZ posten en op de dag van visitatie bereikt konden worden.
- Aantal vragenlijsten ANC en PPC

Uit de pilot was reeds gebleken dat het aantal cliënten per prenatale en postnatale dag varieerde (maximaal 20). Voor het vaststellen van het aantal werd gebruik gemaakt van een statistische vuistregel.

Baarda en de Goede (Methoden en Technieken praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek. Stenfert Kroese, 1997) stellen op pag.130: *"Afhankelijk van het aantal kenmerken dat je in je onderzoek betreft is het absolute minimum 25 eenheden. Voorzichtigheidshalve zou je echter van 100 eenheden kunnen uitgaan"*.

Rekening houdende met de informatie uit de pilot en gelet op het feit dat de analyses niet per instelling, maar naar soort instelling zouden worden gepleegd (t.w. 4 soorten: ziekenhuis, RGD met partusmogelijkheid, RGD zonder partusmogelijkheid en Medische Zending met elk een aantal instellingen) is gekozen voor het statistisch verantwoord minimum per instelling (30 i.p.v. 25).

- Aantal vragenlijsten ANR, NDR, CDO, CDE, CDF:
Dezelfde statistische vuistregel is hierbij gebruikt, mede vanwege het ontbreken van schattingen o.a. van het aantal 'complicated deliveries' en de verwachting dat een groter aantal dossiers per instelling niet zou hoeven te leiden tot een beter beeld. Dit geldt met name voor de baringsverslagen en verslagen van de prenatale controles. Uitgangspunt was het verkrijgen van inzicht in de wijze van registratie door het personeel van de instellingen.

Gedurende het dataverwerkingsproces heeft zich echter een situatie voorgedaan waarbij 20 van de 30 NDR vragenlijsten van LH, verstrekt door het coreteam aan de statisticus, zijn zoekgeraakt en niet meer traceerbaar bleken te zijn.

Op het totaal is dit 4,7% van NDR. Hoewel het een relatief klein percentage op het totaal betreft (NDR) heeft de ontbrekende informatie uiteraard consequenties voor de eindresultaten.

In de literatuur is geen vaste regel aangegeven voor wat betreft een acceptabel percentage non-respons of in dit geval 'zoekgeraakte lijsten'. Dit is namelijk afhankelijk van het type en doel vragenlijst en de reden van het zoekraken.

Aangezien de NDR vragenlijsten met name gebruikt zijn om inzicht te krijgen in de volledigheid en aard van registratie van de baring, mag gesteld worden dat een totaalbeeld toch mogelijk blijkt te zijn. Door de statisticus is de minimumrespons namelijk gesteld op 70 %, hetgeen in elke instelling behaald is. Er zijn geen aanwijzingen dat een specifiek deel van de vragenlijsten is zoekgeraakt; tijdens het invullen van de vragenlijsten in LH is ook een vrij unaniem beeld verkregen over wijze invullen van de dossiers.

Uiteraard kan voor LH alleen geen goed beeld gegeven worden, aangezien de respons daar 33,3 % betrof. Dit is dus een beperking binnen het assessment.

In tabel 5 is een nadere specificatie weergegeven van het aantal gebruikte formulieren per soort vragenlijst.

De DHT formulieren zijn afgenomen bij de 8 rayoncoördinatoren van de RGD en de 3 regiomanagers van MZ .

Tabel 5 Aantal vragenlijsten per instelling naar soort

Naam instelling	Soort vragenlijst							
	ANC	ANR	CDE	CDF	CDO	NDR	NMW	PPC
RGD Albina	8	31	-	-	-	29	1	-
RGD Bernarddorp/ Onverwacht	17	32	-	-	-	-	1	-
RGD Buitengasthuis	4	27	-	-	-	-	2	-
RGD Coronie	-	20	-	-	-	-	1	-
RGD Ellen	4	30	-	-	-	30	1	-
RGD Flora	9	29	-	-	-	-	2	1
RGD Groningen	7	28	1	-	-	29	1	-
RGD Groot Henar	5	30	-	2	-	29	1	-
RGD Koewarasan	7	30	-	-	-	11	3	-
RGD La Vigilantia	8	30	-	-	-	-	1	-
RGD Latour	5	32	-	-	-	31	3	-
RGD Lelydorp	14	31	-	-	-	29	3	9
RGD nw. Nickerie/ Corantijnpolder	31	49	-	-	-	-	1	-
RGD Tamanredjo	7	31	-	-	-	-	1	-
RGD Wonoredjo	15	31	-	5	-	30	3	-
MZ Djumu	8	29	-	2	-	30	4	-
MZ Kwamalasamu	10	30	-	-	-	27	2	-
MZ Stoelmanseil	3	30	5	2	-	30	4	-
AZP	30	31	14	27	16	32	5	30
DKZ	31	28	22	17	23	30	5	1
's LH	38	32	29	24	29	*10	5	8
SZN	16	-	15	24	19	28	2	-
TOTAAL	277	641	86	103	87	405	52	49

*overige 20 lijsten missing.

Naam instelling:	Soort vragenlijst							
	DHT	TBA	Lijst 1	Lijst 2	Lijst 3	Lijst 4	Lijst 5	Lijst 6
MZ Djumu	1	3	nvt					
MZ Kwamalasamu	1	-	nvt					
MZ Stoelmanseil	1	2	nvt					
RGD	8	-	-	-	-	-	-	-
AZP	-	-	4	1	1	1	-	4
DKZ	-	-	5	1	1	1	-	5
's LH	-	-	5	1	1	1	-	5
SZN	-	-	4	1	1	1	-	4
TOTAAL	11	5	18	4	4	4		18

Dataverwerking

Vanuit de WHO-manual was voorgeschreven dat de data zou moeten worden verwerkt middels dataverwerkingsprogramma EPI info.

Vanwege het ontbreken van expertise heeft het IMWO in eerste instantie gebruik gemaakt van een externe kracht die ruime ervaring met dit programma had.

Echter bleek na 2 maanden dat de data niet was ingevoerd, ondanks herhaaldelijke toezeggingen. Als reden voor het niet tijdig kunnen opleveren van de datafiles werd opgegeven dat deze files waren gecrashed.

Daar de door het coreteam vastgestelde deadline voor de dataverwerking reeds verstreken was werd door de statisticus een alternatief dataverwerkingsprogramma voorgesteld, namelijk SPSS.

Voor deze optie werd gekozen daar binnen het IMWO ruime ervaring aanwezig was met gebruik van dit programma hetgeen de data invoer bespoedigde.

Met dit programma bestaat ook de mogelijkheid tot het produceren van frequentie- en kruistabellen, zoals gevraagd in de WHO manual SMNA, maar zijn soms minder overzichtelijk (zie opmerking data analyse, p. 30)

Belemmeringen data invoer.

Vanwege het feit dat noch de statisticus, noch de data typisten een medische achtergrond hadden, was het moeilijk en in sommige gevallen zelfs onmogelijk om de geschreven tekst (extra aantekeningen) van de interviewers te interpreteren.

Dit geldt vooral voor lijst 1 t/m 6 m.u.v lijst 5 (intramuraal).

Door de interviewers zijn aanvullingen en soms wijzigingen aangebracht op de diverse lijsten, die echter niet zijn meegenomen bij de data invoer vanwege het ontbreken van inzicht om deze aanvullingen/wijzigingen te interpreteren.

Medische kennis was ook noodzakelijk om bruikbaarheid van de in te voeren gegevens en het maken van kruistabellen mogelijk te maken, hetgeen nu ingebracht moest worden door overige leden van het core team.

Opmerkingen bij de data analyse:

Het programma SPSS dat is gebruikt biedt niet altijd overzichtelijke tabellen, met name wanneer er sprake is van meerkeuzevragen en bij dichotome variabelen. Hierdoor moesten vele tabellen zelf gecreëerd worden hetgeen tijdrovend was. Ook konden geen relaties worden gelegd tussen de diverse lijsten, omdat elke lijst in een aparte datafile is ingevoerd. Zouden alle lijsten in 1 datafile worden ingevoerd dan zou er sprake zijn van hele grote files, hetgeen ondoenlijk is bij de data invoer.

De statisticus had reeds in de discussie omtrent de keuze van de uitgebreide vragenlijsten hiervoor gewaarschuwd.

De interpretaties van de geleverde tabellen is gestart bij het analyseren van de frequenties, vervolgens de voorgeschreven WHO kruistabellen en aanvullend zijn er kruistabellen gemaakt om specifieke data-analyse mogelijk te maken. Zoveel als mogelijk zijn observaties en aanvullingen genoteerd op de vragenlijsten meegenomen in de beschrijving van het rapport.

Belemmeringen en problemen tijdens uitvoering SMNA.

Proces van dataverzameling.

De zoektocht en afstemming tussen core team en stuurgroep naar een optimale opzet van het assessment heeft mede tot grote vertraging geleid van de uitvoering van het assessment.

Verder was de wisselende beschikbaarheid en bezetting van core team leden van invloed op de continuïteit van de uitvoering van het assessment.

In de praktijk was de ervaring tijdens het SMNA dat er weinig tot geen ruimte gereserveerd leek voor het uitvoeren danwel meewerken aan onderzoek en interne kwaliteitsmonitoring van geboden zorg.

Het bleek voor de gemiddelde deelnemer lastig te zijn om door middel van de gestelde vragen inzicht te geven in de dagelijkse werkwijze, problematiek in de zorg over het gehele jaar en mogelijke oplossingen hierbij. Sociaal wenselijke antwoorden of minder objectieve antwoorden zijn niet geheel uit te sluiten.

Belemmeringen fase 1

- Door een interne verhuizing van de afdeling Family Health is een beroep gedaan op de surveyors om onder de mindere werkomstandigheden (stof, geluidsoverlast, gebrek aan communicatiemiddelen) fase 1 uit te voeren. Dit heeft zeker invloed gehad op de motivatie en mogelijkheden om het assessment goed uit te kunnen voeren, waardoor fase 1 met een kleinere groep surveyors is afgesloten.
- Bereikbaarheid en mogelijkheden voor afspraken met deelnemers fase 1 was over het algemeen zeer moeizaam te noemen, hetgeen nog eens extra bemoeilijkt werd door bovengenoemde omstandigheden.
- Sommige deelnemers waren om uitlopende redenen niet in staat de lijsten vooraf in te vullen: onderzoeksmoeheid, onbekendheid, onduidelijke lijsten en werkdruk werden als reden opgegeven.
- Verschil in inzicht betreffende verantwoordelijkheid over vraagstukken binnen de instelling/poli resulteerde in verwijsgedrag voor het antwoord. Om diezelfde redenen was het voor de surveyors beperkt of soms zelfs niet mogelijk om de invullijst nog mondeling te bespreken om de eenduidigheid in interpretatie van de antwoorden te bewerkstelligen.

Ter vergroting van het geconstateerde matige draagvlak voor de uitvoering van het assessment onder de deelnemers was besloten om:

1. Het SMNA officieel te lanceren tijdens de workshop van 'Sexual Reproductive Health' op 2 december 2007.
2. In elke instelling in Paramaribo een presentatie te verzorgen (periode maart/april 2008) over het doel, opzet en belang betrokkenheid van de instelling om het SMNA mogelijk te maken.

Belemmeringen fase 2

- Opstellen up to date overzicht poliklinieken (RGD) voor de steekproef met en zonder partusmogelijkheid verliep moeizaam.
- Vertraging in vertaalwerk; late en onjuiste vertaling medische onderdelen. Er is door de coördinator SMNA veel tijd geïnvesteerd om de lijsten alsnog bruikbaar te maken.
- Het moeizame proces van verkrijgen van toestemming om daadwerkelijk van start te kunnen gaan met fase 2 van het assessment nam gemiddeld 1 maand in beslag, hetgeen na aanstelling van een contactpersoon beter verliep.
- Beperkt draagvlak en onderzoeksmoeheid: weinig geloof dat dit onderzoek wel van positieve invloed zal zijn op de kwaliteit van de gezondheidszorg.
- De lage realisatiegraad van het dossieronderzoek (CDO/CDE/CDF) heeft met name te maken met de beperkte beschikbaarheid van de dossiers over genoemde onderwerpen. Incidentie genoemde problematiek extramuraal is niet inzichtelijk. De lage realisatiegraad van de cliënteninterviews heeft met name te maken met een

- wisselende opkomst van cliënten (met name postnataal) op de bezochte dagen, anderzijds waren niet alle cliënten bereid mee te werken aan het assessment.
- Door te weinig respons kon geen goed beeld gegeven worden van de aanwezigheid van en gevolgen van gebrek aan essentiële medicamenten in de verloskundige zorgverlening.
 - Tijdsbeperkingen in inzet veldwerkers.
 - Door combinatie van beperkt personeel en beperkt inzet vervoer kon gemiddeld 1 poli per dag bezocht worden.
 - Door onderzoeksmoeheid nam de securiteit in het controleren van de ingevulde vragen- en dossierlijsten met name extramuraal af in de laatste fase van het assessment. De lange vragenlijsten speelden hierbij ook een rol.
 - De antwoorden van de cliënten waren onderhevig aan sociaalwenselijkheid en mogelijke (culturele) opvatting over zorg.

Belemmeringen follow- up

- Problemen bij de data-invoer. (zie belemmeringen data-invoer, p. 30)
- Beperkingen bij data-analyse van de geleverde tabellen. Niet alle geleverde tabellen bleken bruikbaar voor interpretatie.
- Beperkte beschikbaarheid core-team leden bij de data-analyse.

Hfd III Bevindingen SMNA

A. Beleid veilig moederschap

Visie MOH rondom Safe Motherhood staat o.a. beschreven in de volgende stukken:

1. Sectorplan Volksgezondheid Suriname. (2004)
 - *“ De gezondheidsstatus van de algehele Surinaamse bevolking is aantoonbaar verbeterd, door de vorming van een geïntegreerd systeem van kwalitatief goede en effectieve gezondheidszorg dat a) toegankelijk is voor iedereen (geografisch; financieel; cultureel); b) bijdraagt tot het maximaliseren van gezondheidswinst voor de gehele bevolking; en c) duurzaam is.*
 - *Het aanbod, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de eerstelijns curatieve en preventieve zorg is versterkt, met speciale aandacht voor doelgroepen (sociaal zwakkeren; vrouwen; adolescenten; binnenlandbewoners; bejaarden; gehandicapten). (p.1)*
 - *Verhogen kwaliteit en efficiëntie van ziekenhuis zorg en ‘care’. (p.4)*
 - *Voldoende gekwalificeerd, deskundig en gemotiveerd personeel is aanwezig.(p.15)*
 - *Door het opbouwen van een effectief kwaliteitssysteem is de kwaliteit en patiëntgerichtheid in de zorg verbeterd; Indicatoren:Tevredenheid onder consumenten / patiënten, het bestaan van concreet nationaal beleid betreffende kwaliteitsbevordering.” (p.18)*

2. MOH beleidsplan.(2006)

- *“ het waarborgen van de beschikbaarheid, bereikbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg met als doel dat het grootste deel van de bevolking in een optimale gezondheidstoestand komt te verkeren”. (p.2)*
- *“nadruk op de integratie van preventieve componenten in de primaire gezondheidszorg zoals vaccinaties, moeder- en kindzorg, borst- en kindervoeding, family planning, ...” (p.4)*
- *de Millenium Development Goals die specifieke aandacht behoeven in onze globaliserende wereld. (p.4)*
- *“basisgezondheidszorg voor iedere bewoner van het land middels een centraal georganiseerde ziektekosten verzekering en financiering daarvan, een functioneel geoutilleerde infrastructuur die voldoet aan de minimale eisen voor basale zorg, een concreet gedefinieerd zorgpakket met nadruk op preventieve taken, een planmatig management gebaseerd op kwaliteitsbewaking, data acquisitie en manpowerplanning, een pro actief functionerend controle apparaat”. (p.5)*

Protocollen

Vanuit het Ministerie van Volksgezondheid worden er geen richtlijnen/protocollen verstrekt. Het is onduidelijk wie verantwoordelijk is voor het ontwikkelen, implementeren, monitoren en aanpassen van nationale protocollen.

BOG heeft de protocollen ‘Tetanus-difterie vaccinatie bij zwangeren. Eliminatie van neonatale tetanus’ (2004) en ‘Vaccinatieschema Suriname. Introductie Pentavalent- en Hepatitis B vaccin. Protocol voor medewerkers’ ontwikkeld’ (2005).

Stukje historie ontwikkeling protocollen door BOG.

In april 2000 is door een werkgroep van artsen en verloskundigen (binnen en buiten BOG) op vrijwillige basis een aanvang gemaakt met het ontwikkelen van basisprotocollen voor verloskundige hulpverlening op oa richtlijn inhoud prenatale zorg, anemie welke in juni 2001 ter beoordeling aan de vakgroep gynaecologie waren aangeboden.

Finalisering van deze protocollen heeft nooit plaatsgevonden. Het is onduidelijk wat de oorzaak hiervan is geweest. Er leek een matig draagvlak te zijn geweest voor de gezamenlijke ontwikkeling van protocollen tussen BOG en hulpverleners.

Huidige situatie intramuraal

Protocollen zijn wisselend, maar overwegend beperkt aanwezig.

Deze kunnen bestaan uit copieën, handgeschreven protocollen van onduidelijke herkomst, protocol n.a.v gerichte (buitenlandse) training of workshop.

In het DH is een protocollenmap met (beperkte) duidelijke protocollen aangetroffen.

De vakgroep van gynaecologen of vereniging van verloskundigen schrijven geen protocollen voor. Hiernaast bestaan mondelinge, niet officieel vastgelegde richtlijnen over werkwijze vaak gebaseerd op kennis van genoten opleiding.

Ook wordt door de hulpverleners aangegeven volgens de richtlijnen van het BOG/Ministerie van Volksgezondheid te werken. Doorvragen waar deze richtlijnen uit bestaan leverde geen concreet antwoord op.

Het nut van het hebben van protocollen wordt wel ingezien, maar tevens wordt ook aangegeven dat de dagelijkse problematiek een diverse en flexibele aanpak vereist.

Huidige situatie extramuraal

Van de extramuraal instellingen beschikt alleen MZ over een, specifiek voor de regio samengesteld, officieel protocol voor verloskundige hulpverlening dat is opgesteld door een werkgroep met 2 gynaecologen (DH), artsen MZ en arts Pro Health.

Onder met name de TBA's worden ook wel de diverse traditionele methoden gebruikt bij kwalen rondom zwangerschap, gebaseerd op "oeroude tradities".

Bij de RGD is het wel of niet aanwezig zijn van een protocollenmap en het gebruik ervan onduidelijk gebleven. Hierover werden tegenstrijdige antwoorden gegeven.

Ook werd het (niet uniform) gebruik van 'conceptprotocollen van BOG' aangegeven.

B. Gedrag en kennis cliënt.

Een eerste stap voorafgaande aan de praktische uitvoering van het assessment is een oriëntatie geweest op reeds aanwezige onderzoeken en literatuur op het gebied van kennis, attitude, gebruiken en opvattingen in relatie met maternale en neonatale zorg. (annex 8)

Studies over gedrag van de cliënt

Er is geen centrale database waar men interessante onderzoeken omtrent 'gedrag van de cliënt in de zorg' zou kunnen zoeken en opvragen of andere relevante informatie over verloskundige hulpverlening in Suriname zou kunnen vinden. Onderzoek wordt vaak door een specifiek instituut uitgevoerd, waarvan de resultaten niet altijd breed bekend zijn. Veelal is er een beperkte oplage van een onderzoeksrapport gefinancierd. Hierna is het niet of moeizaam verkrijgbaar.

De gevonden publicaties vertoonden raakvlakken, maar boden geen specifieke nationale informatie over maternale en neonatale zorg.

Het ICPD+10 report van Pro Health gaf een goed overzicht over tal van facetten op gebied van maternale zorg, maternale en neonatale sterfte in Suriname tussen 1994-2004, family planning en HIV/Aids. Ook heeft Pro Health tal van deelonderzoeken uitgevoerd, b.v. over gebruik anticonceptie door jongeren waaruit blijkt dat veel jongeren onbeschermd seks hebben. Er zit een hiaat tussen 'weet hebben van' en daadwerkelijk een verantwoorde levensstijl hebben in de praktijk. (zie ook 'communicatie', p. 42)

Opvallend gedrag:

Het komt voor dat de cliënten (SoZa) op het laatste moment zich melden met persdrang om zodoende toch toegang tot het DH te krijgen. Ook wordt door verloskundigen aangegeven dat HIV+ zw zich begeven naar een ander ziekenhuis, waarbij zij door het niet laten uitvoeren van het labonderzoek hopen op een 'anonieme HIV-status'. (zie ook 'Toegang', p. 37)

Kennis van de cliënt.

Over het algemeen kan gesteld worden dat cliënten moeite hadden met het spontaan benoemen van alarmsignalen in de zwangerschap waarvoor zij in contact zouden moeten treden met de instelling, waar dit bij de MZ als opvallend beschouwd mag worden (observaties tijdens SMNA).

Als alarmsignaal werd het meest klachten als hevige buikpijn en bloedverlies in de zwangerschap aangegeven, terwijl problemen bij voorgaande baringen nauwelijks werden genoemd. (B1)

De cliënt lijkt veelal ook niet op de hoogte wat precies van een controle verwacht mag worden ('de vroedvrouw zegt dat het goed met me gaat') en zet de verantwoordelijkheid

van het verloop van de zwangerschap hiermee in handen van de hulpverlener. Men lijkt niet gewend te zijn aan het krijgen van vragen over beleving zorgverlening (observatie).

C. Omschrijving van verloskundige hulpverlening

Demografische gegevens over Suriname

Suriname is gelegen in het noordoosten van Zuid-Amerika. 86,4 % van de bevolking woont in de kustvlakte, 49,3 % van de bevolking woont in Paramaribo.

Tabel 6 Demografische gegevens Suriname

Totale populatie 2004	492.829
Oppervlakte te bestrijken	163,820 Km ²
Bevolkingsdichtheid, 2004	3.0 per Km ²
Totaal aantal geboorten 2004	9062
Totaal aantal geboorten 2007	9769
Etniciteit 2004	
Marrons	72.553
Creolen	87.202
Hindostanen	135.117
Javanen	71.879
Mix/overig/onbekend	61.524/31.975/32.579

Bronnen: ICPD+10 report (Pro Health), MOH 2006 Beleidsplan, CBB, ABS census 2007.

Organisatie van de zorg

In Suriname zijn 4 grote ziekenhuizen en 1 militair hospitaal gelokaliseerd in Paramaribo en 1 ziekenhuis (SZN) in het uiterste westen van Suriname in het district Nickerie. Verspreid in het binnenland liggen 56 posten van de Medische Zending. De verloskundige zorg wordt geboden door gynaecologen, huisartsen, verloskundigen, gezondheidsassistenten en in beperkte mate door TBA's.

De artsenopleiding wordt verzorgd aan de Anton de Kom universiteit, Faculteit der Medische Wetenschappen, in Paramaribo. De opleiding voor verloskundigen leidt, welliswaar niet jaarlijks, verloskundigen op. De opleiding is verbonden aan het LH.

In Suriname zijn er 3 belangrijke verzekeringsvormen:

- SoZa: on- en minvermogenden komen in aanmerking voor een door de overheid gesubsidieerde gezondheidszorgverzekering. Met een SoZa kaart kan men voor zorg terecht bij de RGD klinieken.
- SZF: alle ambtenaren zijn er verplicht verzekerd bij deze door de overheid gesubsidieerde instelling. Andere personen of groepen kunnen zich hier vrijwillig verzekeren. SZF verzekerden moeten zich bij een bepaalde arts inschrijven. Zowel de SoZa als de SZF verzekerden moeten voor medicatie een symbolisch bedrag betalen bij de apotheek. Het assortiment is beperkt tot de NGK-klapper.
- Particuliere verzekeringsbedrijven: deze worden niet gesubsidieerd door de overheid. Hier kunnen individuele personen of groepen zich verzekeren. Over het algemeen wordt er via de particuliere verzekeringen een groter assortiment medicamenten vergoed.

Een cliënt die niet is verzekerd en dus zelf voor zijn consult betaalt ('out-of-pocket') wordt een particuliere cliënt genoemd. Ook de verzekerde die zijn verzekeringsbewijs niet kan overleggen, wordt tot "particulier" gerekend.

In Suriname kan een zwangere voor zorg terecht bij verschillende instellingen.

- De RGD heeft 32 poliklinieken met alleen prenatale zorg en 11 met zowel pre-, natale en beperkte postnatale zorg. Het werkgebied van de RGD is verdeeld in rayons, die elk een rayoncoördinator hebben.
Bij de RGD kunnen zich alleen cliënten inschrijven die een SoZa kaart of een SZF verzekering hebben. De SoZa cliënt kan met de verwijzing van de RGD arts alleen terecht bij AZP, 's LH en SZN. Met een SZF-verzekering kan de cliënt naar elk ziekenhuis verwezen worden.
- De MZ posten bieden zowel prenatale, natale als postnatale zorg. Het binnenland is verdeeld in regio's die elk zijn toegewezen aan een regiomanager.
De diensten van de MZ posten zijn kosteloos voor bij MZ geregistreeerde binnenlandbewoners en SZF verzekerden (behoudens een evt eigen bijdrage). Voor niet geregistreeerde cliënten wordt het particulier tarief gehanteerd.
Er is een overeenkomst met het DH gesloten, waarbij MZ cliënten in het ziekenhuis terecht kunnen. Het ministerie van Sociale Zaken vergoedt de kosten van poliklinische en klinische hulp.
- De particuliere huisartsen bieden poliklinische zorg aan. Verzekerde cliënten kunnen zich bij de huisarts inschrijven die een overeenkomst met die verzekeringsmaatschappij heeft. Verwijzing is afhankelijk van welke verzekering geaccepteerd wordt in het ziekenhuis.
- In elk van de ziekenhuizen kan de zwangere terecht voor zorg op niveau A als B I en B II, m.u.v. SZN (zie 'spoedeisende verloskundige hulpverlening' p. 44)
- Particuliere verloskundigen verrichten prenatale controle en bevalling aan huis of mogelijk bij de cliënt thuis. De dienstverlening verricht door particuliere verloskundigen is voornamelijk particulier en wordt beperkt vergoed door verzekeringsmaatschappijen (alleen Self Reliance). Er wordt vaker zorg verleend zonder vooruitbetaling door de cliënt.

Personeel verloskundige hulpverlening

Extramuraal wordt bij de RGD de verloskundige hulpverlening gegeven door de verloskundige of de huisarts die aan de polikliniek verbonden is. Ondersteunend bij de hulpverlening zijn het verpleegkundig, administratief en eventueel het laboratorium personeel.

De particuliere verloskundigen zijn voornamelijk in de kustvlakte werkzaam. Bij complicaties kunnen zij doorverwijzen naar het ziekenhuis waar zij de zwangere eventueel mee naartoe begeleiden.

In het binnenland wordt de bevalling op de poliklinieken geleid door de GZA. Deze wordt met name overdag bijgestaan door de polihulp. Ondersteunend kan er ook een microscopist op de post aanwezig zijn. De posten zijn afhankelijk van de grootte uitgerust met 1-6 GZA's.

De TBA is een traditionele vroedvrouw, die op kleine schaal verloskundige hulpverlening biedt in delen van het binnenland. De gemiddelde leeftijd ligt boven de 50 jaar en er wordt aangegeven dat er weinig kennisoverdracht naar de jongere generatie plaatsvindt, vanwege de geringe belangstelling die er nog is om dit beroep uit te oefenen.

De ziekenhuizen beschikken allen over 1-3 gynaecologen en 2-10 verloskundigen. Op de verloskamer worden ook werkstudenten ingezet om bevallingen te begeleiden om

zodoende een 24-uurs bezetting te garanderen. Op de kraamafdeling en de babykamer zijn ook verpleegkundigen en ziekenverzorgenden werkzaam.

Het grootste gedeelte van de bevallingen wordt geleid door verloskundigen.(C12)

Daarnaast heeft elk ziekenhuis een verloskamer, operatiekamer, couveuzeafdeling, laboratorium, apotheek, zwangeren- en kraamafdeling die al dan niet gecombineerd is met een afdeling gynaecologie.

Toegang en dekkingspercentage zorg

De hulpverleners hebben in fase 1 van het onderzoek aangegeven welke barrières volgens hen de toegang tot zorg in de instelling kunnen verhinderen voor de cliënt.

Als meest voorkomende reden werden financiële problemen genoemd voor betaling van zorg en/of vervoer.

Daarnaast konden stigma een barrière vormen zoals schaamte bij een HIV positieve status, "angst voor ontdekking" bij abortus complicaties, problemen rond de identiteit van de vader van het kind of schaamte bij seksueel en huiselijk geweld.

Slechte ervaringen bij de vorige bevalling kan een reden zijn waarom men niet naar een bepaalde instelling gaat voor zorg. Een andere barrière waardoor de cliënt zich laat voor zorg aanmeldt is onvoldoende kennis omtrent het belang van prenatale controle of onbekendheid met alarmsignalen tijdens de zwangerschap en het besef dat urgente zorg altijd wordt verleend, ongeacht de verzekeringsstatus.

Wegens gebrek aan verloskamers moet een deel van de geboorten van het AZP in de SEH bevallen. Van alle geboorten in 2007 van AZP vond 18 % plaats op de SEH. De SEH is niet uitgerust en bemenst om goede begeleiding te geven aan barenden. Over het deel dat reeds bevallen is voor aankomst in AZP, maar wel geregistreerd werd als 'partus in de SEH', kon door het verpleegkundig hoofd van de SEH geen percentage gegeven worden. Door de verloskundigen (VK AZP) werd aangegeven dat er structureel te weinig capaciteit is op de verloskamers om alle cliënten daar te laten bevallen.

(Bij)betaling voor diensten

Van de 277 ondervraagde zwangeren hebben 92 aangegeven dat zij voor diensten betaald hebben tijdens hun vorige bevalling, variërend tussen de 1 en 3500 SRD (C4).

Verloskundige zorg wordt door de verzekering gedekt, hoewel de SZF en SoZa verzekerden wel eens moeten bijbetalen. In sommige gevallen betreft het een symbolische bijbetaling. Er is niet gevraagd naar de aard van de diensten waarvoor er betaald werd.

De SZF verzekerden hebben tussen de 1 en 950 SRD bijbetaald, terwijl dat bedrag voor de SoZa cliënten lag tussen 1 en 300 SRD. De particuliere cliënten hebben voor de vorige bevalling tussen 20 en 3500 SRD betaald. Hier gaat het niet om een bijbetaling, aangezien deze cliënten niet verzekerd waren bij hun laatste bevalling.

Vanuit de ziekenhuizen wordt aangegeven dat voor een poliklinisch consult geen bijbetaling wordt gevraagd onder overlegging van een garantiebrieven van de verzekering. Voor bepaalde diensten b.v. CTG, echo onderzoek moet er soms wel bijbetaald worden. Afhankelijk van het verzekeringspakket en de voorwaarden kan dit bedrag teruggevorderd worden bij de verzekering.

Dienstverlening

Onder geïntegreerde dienstverlening wordt verstaan dat een vrouw gedurende elk bezoek aan een gezondheidszorg instelling gebruik kan maken van verscheidene diensten aangaande veilig moederschap zoals pre- en postnatale zorg, family planning, kinderconsultatiebureau.

Al deze diensten zijn dus op regelmatige basis beschikbaar binnen één enkele instelling, de zogenaamde 'supermarket approach' (zie WHO SMNAmannual 2001. p.53).

De RGD en MZ poliklinieken bieden een bepaalde dienst 1 of 2 keer op vaste dagen in de week aan en afhankelijk van de grootte van het cliënten- en personeelsbestand kunnen meerdere diensten op éénzelfde dag aangeboden worden.

In het 's Lands Hospitaal zijn m.u.v. de postnatale zorg alle diensten elke dag beschikbaar. In de andere ziekenhuizen worden de verschillende diensten niet alle dagen in de week aangeboden (C3).

Prenatale zorg wordt aangeboden door alle instellingen, merendeels in de ochtenduren en meestal beperkt tot "prenatale dagen". Voor overwegend de particulier en SZF verzekerden is deze dienst ook enkele middagen per week beschikbaar.

De zwangere meldt zich over het algemeen voor de prenatale controle eerst extramuraal (RGD of MZ) aan. Bij low-risk zwangeren vindt verwijzing rond de 28-30 weken plaats; bij geconstateerd medium of high-risk vindt de verwijzing eerder plaats. De prenatale controles worden voortgezet en de bevalling vindt plaats in het ziekenhuis.

Echter kunnen zowel de prenatale controles als de bevalling ook volledig plaatsvinden bij de RGD kliniek met partusmogelijkheid en alle MZ-posten.

Een uitzondering hierop is SZN. De prenatale zorg (fysiologie) vindt in principe extramuraal plaats, waarna de bevalling extramuraal (RGD) of intramuraal (SZN) kan plaatsvinden.

Begeleiding van de partus is 24 uur per dag beschikbaar in instellingen met partusmogelijkheid.

De postnatale zorg wordt alleen door alle instellingen aangeboden tijdens het verblijf van de cliënt in de instelling. Extramuraal kan, afhankelijk van de hulpverlener en locatie, kraamzorg ook beperkt aan huis plaatsvinden.

Tetanus vaccinatie van de zwangere vindt alleen extramuraal plaats, terwijl alle faciliteiten met partusmogelijkheid aangeven dat zij het Hepatitis-B vaccin aan de neonat geven.

Particulier werkende verloskundigen, die niet aangesloten zijn bij een RGD polikliniek, kunnen alleen tijdens kantooruren de neonat naar het BOG sturen voor de hepatitis-B vaccinatie is de ervaring van een extramuraal werkende verloskundige. Hepatitis-B vaccinatie dient volgens protocol binnen 12 uur postpartum toegediend te worden aan de neonat.

Behandeling van SOA's, HIV/AIDS positieve en Hepatitis-B positieve zwangeren vindt extramuraal en in alle ziekenhuizen plaats.

Anti-D wordt door alle ziekenhuizen aangeboden (beperkt vergoed) en in de afgelopen 6 maanden door 1 RGD polikliniek met partusmogelijkheid.

Alle extramurale instellingen en van de ziekenhuizen het AZP en het DH geven aan dat zij wel dienstverlening verlenen m.b.t. Family planning. Vrijwillige beëindiging van de zwangerschap heeft in de afgelopen 6 maanden plaatsgevonden in 1 RGD polikliniek met en 1 zonder partusmogelijkheid, tevens in LH en het DH (C2).

Antenatal (prenatal) care coverage rate

Dit kan berekend worden op nationaal niveau en voor een faciliteit:

Aantal zwangere vrouwen dat tenminste één keer voor
een prenatale controle is gezien door getraind personeel van de faciliteit
-----x 100
Geschat aantal levend geborenen in het verzorgingsgebied van de faciliteit

Tijdens het onderzoek was het niet mogelijk om betrouwbaar de geschatte aantallen van de levendgeborenen in het verzorgingsgebied van een faciliteit te verkrijgen, aangezien de CBB indeling niet overeenkomt met de RGD/MZ indeling.

Het is gebleken dat verschillende indelingen van gebieden worden gehanteerd. De RGD-indeling in in rayons komen niet overeen met de districtsindeling van het Centraal Bureau voor Burgerzaken (CBB).

Hierdoor kon het aantal levend geboren, ingedeeld naar district, die geregistreerd staan bij het CBB niet gebruikt worden in de berekening van de “antenatal care coverage rate” voor de faciliteiten van de RGD, die zijn ingedeeld naar rayons. Aangezien de meeste ziekenhuizen in het centrum van de hoofdstad gelegen zijn, en ook de inwoners van de districten gebruik maken van deze faciliteiten was het ook hier niet mogelijk om te bepalen wat het verzorgingsgebied is.

Ook op nationaal niveau bleek het niet mogelijk om de antenatal care coverage rate te berekenen, aangezien niet aangenomen mag worden dat bij ontbreken van prenatale gegevens er ook daadwerkelijk geen prenatale zorg geboden is.

Wijze van vervoer algemeen

Ten aanzien van het bereiken van een instelling vormen de auto en de bus de voornaamste middelen om het ziekenhuis te bereiken.

De reistijd naar een overheidsziekenhuis ligt gemiddeld hoger dan naar een particulier ziekenhuis .

Extramuraal komt de meerderheid bij de RGD per auto naar de poli en heeft een gemiddelde reistijd van 17-30 minuten.

Bij de MZ woonden het merendeel van de respondenten op loopafstand van de polikliniek. (D40)

Verwijssystemen

Hoe snel de benodigde zorg gegeven kan worden is tevens afhankelijk van tijdstip waarschuwen van de hulpverlener door de cliënt en bij welke alarmsignalen zij de hulpverlener waarschuwt.

Indien zich pathologie voordoet extramuraal zal de cliënt verder verwezen moeten worden van de poli of post naar het ziekenhuis voor overname van de zorg.

Hoe adequaat dit gebeurt hangt van een aantal factoren af, te weten afstand, ingeschatte urgentie, beschikbare middelen van vervoer en verkeersdrukte.

Extramuraal

RGD.

Ziekenhuizen zijn ten alle tijden te bereiken. Indien ambulance niet beschikbaar is, is men aangewezen op eigen vervoer of taxi.

Aangegeven is dat 50 % van de onderzochte poli's met partusmogelijkheid een eigen standplaats voor de ambulance heeft en 20 % van de poli's zonder partusmogelijkheid (D34).

Deze ambulance staat ter beschikking van een (deel van een) rayon, zodat niet gegarandeerd kan worden dat ambulance bij pathologie direkt beschikbaar is.

Elke poli heeft dus wel de mogelijkheid om ambulancevervoer aan te vragen bij nabijgelegen poli waar ambulance voor dat rayon gestationeerd is.

Reistijden verschillen, waarbij aangegeven kan worden dat de poliklinieken met partusmogelijkheid gemiddeld verder verwijderd zijn van de ziekenhuizen dan de poliklinieken zonder partusmogelijkheid. De enkele reistijd varieert van 15 (Nieuw-Nickerie) tot 240 min (Albina) (D38).

MZ

In de avond en nacht is het grotendeels niet mogelijk om de cliënt in geval van acute pathologie te vervoeren naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis; dit is alleen mogelijk voor enkele posten die per ambulance bereikbaar zijn.

Voor de 3 onderzochte posten geldt een gemiddelde reistijd (overdag) van 2 uur per vliegtuig als hulp in ziekenhuis noodzakelijk blijkt te zijn. (D38)

De begeleiding kan bestaan uit een verloskundige/GZA, verpleegkundige familielid of combinatie hiervan. (D39)

Prenataal

Prenatale controle

Inleiding WHO standaarden.

Standard *“All pregnant women should have at least four antenatal care (ANC)*

Assessments by or under the supervision of a skilled attendant. These should, as a minimum, include all the interventions outlined in the new WHO antenatal care model and be spaced at regular intervals throughout pregnancy, commencing as early as possible in the first trimester “.

Aim. *“To prevent, alleviate or treat/manage health problems/diseases (including those directly related to pregnancy) that are known to have an unfavourable outcome on pregnancy, and to provide women and their families/partners with appropriate information and advice for a healthy pregnancy, childbirth and postnatal recovery, including care of the newborn, promotion of early exclusive breastfeeding and assistance with deciding on future pregnancies in order to improve pregnancy outcomes”.*

Requirements. *“ A national policy and locally adapted guidelines are in place that protect the rights of all women, regardless of their socioeconomic status or place of residence, to access good quality ANC services. National evidence-based guidelines exist detailing the essential minimum components of ANC, in line with the country epidemiological profile and country priorities and based on WHO guidelines and recommendations.*

The health system ensures that sufficient skilled attendants are recruited and deployed to be able to provide all women with good quality ANC. Services and care are organized to ensure that ANC is available and acceptable to all the women in the service area, regardless of social, religious or ethnic background. The health system ensures that all necessary equipment and drugs to provide essential ANC are in place and are in good working order.

Each pregnant woman receives an individual record card on which details of ANC are given, including all action taken, advice and treatment given, the results of all tests and examinations and proposed plans for the actual birth; ideally, this record is held by the woman.

All skilled attendants are linked to, and have the capacity to refer any pregnant woman to, a facility capable of managing obstetrical and neonatal complications.

National or locally-adapted evidence-based protocols and/or guidelines for the management of pregnancy-related complications are available and are widely distributed to all skilled attendants and other health care providers offering ANC”.

(WHO Standards for Maternal and Neonatal care.1.6 2006)

Tijdstip aanmelding prenatale controle extramuraal

Een relatief laag percentage van de vrouwen meldt zich in het eerste trimester aan voor de eerste controle. Bij de MZ komen de cliënten gemiddeld later voor hun eerste bezoek dan bij de RGD. De aantallen zijn te klein om aan te kunnen geven of er nog een verschil bestond tussen de 3 bevolkingsgroepen van de onderzochte MZ-posten, te weten Aucaners, Saramaccaners en Inheemsens. (C7)

Aantal prenatale controles

De cliënten kregen extramuraal gemiddeld 5,5 respectievelijk 3,5 controles bij de RGD met respectievelijk zonder partusmogelijkheid, 6 controles bij de MZ (spreiding 1-13+) controles en intramuraal gemiddeld 4.8 prenatale controles (3 ziekenhuizen, spreiding 1-11) . (C6)
Totaal aantal controles (intra- en extramuraal opgeteld) is per cliënt niet aan te geven omdat vrouwen met ongecompliceerde zwangerschappen bij de RGD meestal tussen 28 en 32 weken worden doorverwezen voor verdere begeleiding in een ziekenhuis. (C7)

Intramuraal worden de reeds extramuraal uitgevoerde prenatale controles niet overgenomen of bijgevoegd in het dossier.

Bij de MZ zijn de verwijzingen van fysiologische zwangerschappen minimaal, daar de cliënt in principe op de poli in het binnenland bevult. Het aantal genoteerde controles bij de MZ geeft derhalve wel een indicatie voor het totaal aantal controles.

Eenduidigheid over spreiding aantal controles extramuraal, tijdstip en andere criteria voor doorverwijzen ontbreekt doch is gewenst blijkt uit gesprekken met hulpverleners van de RGD.

Inhoud prenatale controle tijdens bezoek aan een instelling

Tijdens de prenatale controle op dag van bezoek werd bij > 91% de bloeddruk gemeten en het buikonderzoek verricht volgens opgave van de cliënten. Het beluisteren van de fct wordt door 70-100 % van de cliënten extramuraal als routine aangegeven.

Bij de interviewers bestond de indruk dat de cliënt niet altijd goed het verschil wist tussen het buikonderzoek (om de groei en ligging van het kind te bepalen) en het beluisteren van de harttonen van de baby en dat dit gegeven bovenstaande cijfer zou kunnen beïnvloeden (C8).

Inhoud prenatale controles gedurende de zwangerschap

Zorg

Intramuraal wordt meer aandacht besteed aan het uitvragen van de medische voorgeschiedenis dan extramuraal.

Opvallend was verder dat er minder bloed- en urineonderzoek op de RGD posten zonder partusmogelijkheid werd verricht.

Intra- en extramuraal zijn er verschillen te constateren in het voorschrijven van ijzermedicatie. Bij de MZ is het standaardbeleid dat elke zwangere fersamal (en foliumzuur) voorgeschreven krijgt hetgeen het percentage van 100 % verklaart. (C9-1)

Wat betreft het voorschrijven van anti-malariamedicatie lijkt er in de praktijk bij de MZ een discrepantie te zijn tussen de richtlijnen van het BOG, het protocol van de MZ en aldaar gehanteerd beleid Dit heeft te maken met het wel of niet endemisch zijn van het gebied met up to date informatie daarover. In principe wordt anti-malaria medicatie niet meer preventief uitgeschreven in de niet-endemische gebieden.

Volgens het protocol van de MZ dient anti-malaria medicatie voorgeschreven te worden in malaria endemische gebieden, welke de afgelopen jaren sterk in aantal verminderd zijn.

Kennis van de hulpverlener

Hypertensie en (hevig) bloedverlies zijn extramuraal de voornaamste signalen waarvoor een hulpverlener (extramuraal) een cliënt direct zou verwijzen.

Het blijkt echter voor de gemiddelde hulpverlener moeilijk te zijn om alarmsignalen uit het hoofd op te noemen, hetgeen van invloed kan zijn geweest op de uitkomsten. (D36)

Bij de TBA's werd hevig bloedverlies en abnormale ligging wel genoemd waarbij cliënt direct verwezen zou worden. (D35)

Communicatie

Volgens de cliënt duurt het gesprek bij de verloskundige 11-15 minuten; hetgeen enkele keren bij observatie minder lang bleek te zijn.

Privacy is redelijk gegarandeerd volgens de opvattingen van de cliënten. Bij observatie tijdens het assessment constateerden we dat de deur tijdens een gesprek wel eens open staat en er mensen in- en uitlopen.

Intra- en extramuraal wordt door tussen de 51% en 77% van de cliënten vragen gesteld; uitzondering hierop is de MZ met een percentage van 33%. Zowel intra- als extramuraal wordt aangegeven dat indien vragen gesteld worden het antwoord ook meestal duidelijk is (C10).

Uit observatie en gesprekken met cliënten blijkt verder dat het gesprek veelal in 1 richting verloopt; de hulpverlener stelt enkele zaken aan de orde ('u weet dat u gezond moet eten') waarbij onduidelijk is of nagegaan wordt of gegeven adviezen opgevolgd (kunnen) worden.

Kwaliteit

Registratie prenatale controles.

Om een beeld te vormen van de kwaliteit van de prenatale zorg werd van geselecteerde gegevens nagegaan hoe de registratie verliep in het dossier (ziekenhuis) en de prenatale kaart (extramuraal).

De bevindingen van de controle en verricht bloedonderzoek worden op de prenatale kaarten niet consequent ingevuld.

Er kan geen uitspraak gedaan worden of desbetreffende prenatale controle in de praktijk dan wel of niet is verricht.

Er zijn verschillen gevonden per item per instelling (C11-1)

Op de prenatale kaart valt het op dat bij de MZ basaal bloedonderzoek vaker wordt genoteerd in vergelijking met de RGD. Hieruit kan echter niet geconcludeerd worden dat MZ meer bloedonderzoek verricht in de praktijk; het betreft de weergave in de dossiers.

In de dossiers wordt Hb in wisselende percentages genoteerd, waarbij het opvalt dat in LH een aanzienlijk deel van de eerste Hb-controles op de dag van opname werd geprikt.

Percentage van 'noteren van de uitslag syfilus' is mogelijk onderhevig aan het veelal laat of niet binnenkomen van de uitslag. Bij latere binnenkomst van de uitslag is het noteren van de uitslag niet altijd even consequent. Ook kan het een rol spelen dat een ontbrekende uitslag minder actief door de hulpverlener wordt opgevraagd.

Syfilus onderzoek wordt bij de dermatologische dienst 2x per week verricht, ongeacht het aantal aanvragen.

Dit zou te maken hebben met de technische en logistieke voorwaarden voor de syfilustest. Bij het dagelijks uitvoeren van de syfilustest zou overtollig (duur) reagens niet bewaard kunnen worden voor een serie testen de volgende dag.

Uitslag van de syfilus komt niet tegelijk binnen met het resultaat van het aangevraagde standaard bloedonderzoek in de zwangerschap.

Wat betreft de registratie van de HIV-status wordt aangegeven dat deze in ca 30-40% niet vermeld wordt in het dossier in verband met privacy van de cliënt. Tijdens het dossieronderzoek viel op dat de HIV-uitslag inderdaad niet altijd bijgevoegd was.

Toediening van tetanusvaccinatie bij de moeder wordt in zeer wisselende percentages genoteerd. In de praktijk blijkt soms het resultaat van het handkaartje tetanusvaccinatie (BOG) niet overgenomen te worden op de kaart.

Nataal

Veilige bevalling

Kwalificatie personeel bij baring.

Verloskundigen begeleiden het grootst aantal bevallingen (C12) en derhalve spelen zij een cruciale rol in de begeleiding van de barenden.

Intramuraal is er overwegend 24 uur per dag minimaal één skilled attendant aanwezig met de aantekening dat deze ook kan bestaan uit een werkstudent.

Het komt ook voor dat leerling-verloskundigen de verantwoordelijke zijn zonder aanwezigheid van een gediplomeerd verloskundige.

In het binnenland begeleiden de GZA's de bevallingen. Gedurende openingstijden is er een skilled attendant aanwezig op RGD poli of MZ post.

Na openingstijden zijn er voor zowel de RGD poli (arts of verloskundige) als de MZ post (GZA) standby-diensten voor het begeleiden van een bevalling, waarbij het dan kan voorkomen dat een non-skilled attendant (bv ziekenverzorgende) de bevalling begeleidt (MZ). Incidentie hiervan is binnen het SMNA verder niet onderzocht.

Op de RGD polikliniek Coronie is geen verloskundige werkzaam en verricht de arts de bevallingen. Aangezien hij vanwege andere werkzaamheden onregelmatig aanwezig is op de poli, kiezen de cliënten vrijwillig danwel onvrijwillig voor het elders laten plaatsvinden van de baring.

Inhoud zorg bij normale baring

Er zijn 5 indicatoren onderzocht die een beeld moeten schetsen over verloop en registratie van de baring; het noteren van de bloeddruk, beluisteren foetale harttonen en inwendig onderzoek durante partu en noteren geboortegewicht, Apgarscore direkt postpartum.

Vooraf rond de opname van de cliënt en de eerste 2-3 uren daarna worden vaker handelingen als bloeddruk, beluisteren van foetale harttonen en inwendig onderzoek genoteerd. (C13-2/4)

Met de toename van de opnameduur neemt de intensiteit van aantal geregistreerde controles/handelingen af.

Intramuraal wordt geboortegewicht en Apgarscore van de baby in vrijwel alle gevallen genoteerd

Extramuraal wordt vooral Apgarscore minder consequent ingevuld: RGD 71,1% en MZ 89,7%. (C13-1)

'Bijzonderheden thuis genoteerd' bij opname voor de bevalling wordt per instelling in sterk wisselende percentages genoteerd in het dossier (frequencies NDR 1a). Opvallend was verder dat tijdens de bevalling tenminste '1x foetale cortonen registreren' of refereren naar een gemaakt CTG, in AZP en extramuraal met name bij de RGD zeer matig en bij de MZ matig gebeurde (frequencies tabel 13-2).

Bij observatie van de ingevulde dossiers viel op als het vakje voor een item ontbreekt, dat het volledig noteren van handelingen niet consequent gebeurt. Intramuraal werd dit oa gezien bij het noteren of er sprake was van een episiotomie of ruptuur en de wijze van

hechten en gebruikt hechtmateriaal. Extramuraal werd dit bij noteren 'hoeveelheid bloedverlies p.p.' gezien.

Geboortegewicht en tenminste een Apgar Score van de baby wordt in vrijwel alle gevallen genoteerd. Het kind krijgt een apart kinderdossier waarop items p.p. genoteerd worden. In onderdeel toegang (p.37) is aangegeven dat postpartum hepatitis-B vaccinaties worden toegediend. De registratie van toediening hepatitis-B vaccin in de dossiers is gering. (C11-2) Opmerking: in de praktijk zal naar alle waarschijnlijkheid een groter percentage van de kinderen hepatitis-B vaccinatie toegediend hebben gekregen.

Pols, Bloeddruk, temperatuur, stand fundus, hoeveelheid bloedverlies circa 1 uur post partum worden in DKZ en SZN vrijwel volledig bijgehouden. In AZP en extramuraal bij de RGD worden respectievelijk in 31,2% en 37,8 % geen enkel genoemd item van de postpartum controle genoteerd in het dossier. Bij de MZ was dit in 25,3% het geval. (frequenties NDR)

Hygiëne

Verloskamers intramuraal worden over het algemeen na de partus gereinigd volgens inzicht en verantwoordelijkheidsbesef van desbetreffende verloskundige volgens overgedragen ervaring in de praktijk (o.a. wijze gebruik desinfectans).

De richtlijn 'Safe Clinical Practices' en document 'veilige obstetrische procedures bij HIV+zw' is op tenminste 1 verloskamer (intramuraal) aangetroffen, waarbij aangegeven werd dat de richtlijn nog verder bestudeerd moest worden.

Reiniging gebruikte overige instrumenten (CTG, stethoscoop, doptone) gebeurt naar inzicht van de hulpverlener.

Extramuraal (RGD en MZ) is er geen protocol omtrent hygiëne in de verloskamer aangetroffen.

Partusset wordt over het algemeen gereinigd via centrale sterilisator of indien aanwezig een autoclaaf. In de thuissituatie verloopt dit middels 'uitkoken'.

De TBA maken gebruik van geschikte, te steriliseren instrumenten om de navelstreng door te knippen, waarbij het opvalt dat bij deze in 2 van de 5 ondervraagde TBA's echter niet steriel bleek te zijn. (C15)

Spoeisende verloskundige hulpverlening

De termen essential en emergency obstetric care worden door elkaar gebruikt in de literatuur.

Het gaat om de minimale interventies nodig bij behandeling van verloskundige complicaties, welke in niveau B I en B II worden uitgelegd.

Indeling van niveaus van verloskundige hulpverlening

A. Fysiologische verloskundige hulpverlening: begeleiding van spontane geboorte zonder tussenkomst van hulpmiddelen en medicamenten vóór geboorte van het kind.
B I Basis spoedeisende verloskundige hulpverlening: handeling 1 t/m 6 mogelijk in instelling. ('basic emergency obstetric care')
B II Uitgebreide spoedeisende verloskundige hulpverlening: handeling 1 t/m 8 mogelijk in instelling. ('comprehensive emergency obstetric care')

Handelingen in niveau B I en B II

1. Toedienen van parenterale antibiotica.
2. Toediening van parenterale oxytocine.
3. Toediening van anticonvulsiva en parenterale kalmerende middelen bij hypertensie tijdens en/of na de zwangerschap en/of gedurende de bevalling.(pre-eclampsie/eclampsie).
4. Manuele placentaverwijdering.
5. Toepassing van handmatige of met instrument toegepaste curettage (uterus).
6. Uitvoeren van VE en/of FE.
7. Bloedtransfusie.
8. Sectio Caesarea.

In alle ziekenhuizen en extramurale posten met partusmogelijkheid wordt zorg op niveau A geboden.

Alle ziekenhuizen zijn in principe voldoende uitgerust en bemenst om zorg op niveau A, B I en B II te kunnen bieden. Aandachtspunten met betrekking tot materialen, medicatie en bloedvoorziening: zie onderdeel D, v.a. p 50)

Tabel 7 Essentiële obstetrische zorg de afgelopen 6 maanden geboden in de ziekenhuizen.

Complicatie	Behandeling/therapie	4 ziekenhuizen
Bloedverlies na de bevalling (fluxus)	Ergometrine of methergine (injectie)	4
Ernstige bloedarmoede (Hb <4,5 mmol/l)	Hemoglobine meting	4
	Bloedtransfusie	4
Eclampsie*		3
	Urine test – proteïne meting	4
	Magnesiumsulfaat of diazepam	4
Niet vorderende baring	Vacuümextractie	4
	Sectio	4
	Alle benodigde apparatuur voor sectio beschikbaar	4
	Vrijwillige beëindiging van zwangerschap (abortus provocatus)	2
Complicaties t.g.v.abortus (miskraam of abortus provocatus)**		3
Foetale nood	Masker en ballon voor reanimatie van pasgeboren baby's	4
N		4

*afgelopen 6 maanden in SZN niet geboden. ** vóórkomen in DH onbekend.

Extramuraal zijn de onderzochte instellingen niet uitgerust en bedoeld om zorg op niveau B I en B II te bieden.

Echter worden onderdelen van niveau II (items 2, 3 en 4) in ca 10-20 % van de instellingen geboden, waarbij verder niet onderzocht is hoe structureel dit gebeurt.

Hoe wenselijk en verantwoord dit is met het oog op bevoegdheden vaardigheden en ervaring is een kwestie die nadere aandacht behoeft.

Management pathologie extramuraal

Intramuraal treedt, zoals verwacht, diverse pathologie voor- tijdens en na de baring op. Extramuraal komt op bijna elke faciliteit met name anemie, fluxus p.p. en bloeddrukgerelateerde problematiek voor, welke deels behandeld en deels verwezen worden (C17).

Mogelijkheid voor stabilisatie bij verwijzing van verloskundige spoedgevallen is bij 13 van de 14 onderzochte RGD poliklinieken mogelijk. (frequencies FAC 7a; 1 poli niet ingevuld)

Management pathologie intramuraal

Spoedeisende chirurgische interventie (SC) kan plaatsvinden in elk ziekenhuis. Buiten de reguliere werktijden moet het OK-team hiervoor gemobiliseerd worden. De snelheid hiervan is afhankelijk van, indien nodig, vervoersmogelijkheden om personeel op te halen en de afstand van post naar ziekenhuis (indien cliënt nog vervoerd moet worden) en is dus variabel. (zie onderdeel C 'verwijssystemen' , p. 39)

Infrastructuur rondom toediening anesthesie levert over het algemeen geen problemen op indien er voldoende personeel beschikbaar en tijdig aanwezig is.

In hoeverre gebrek aan personeel en langdurige reistijd van oproepbaar personeel van invloed is op de uitkomst van de zorg is binnen het SMNA verder niet onderzocht.

Om inzicht in de aard van de hulpverlening te krijgen in geval van pathologie zijn op 3 gebieden dossiers onderzocht, te weten 'niet vorderende baring' (CDO), '(pre-)eclampsie' (CDE) en 'fluxus post partum' (CDF).

Dossieronderzoek niet vorderende baring (CDO)

In hoofdstuk II Methodologie werd reeds aangegeven dat het selecteren van dossiers van 'niet vorderende baring' vrij moeizaam verliep. Met de huidige wijze van coderen is bleek het dus niet mogelijk om de gewenste dossiers op te vragen.

In totaal zijn er 87 dossiers geïnccludeerd. Het doel van dit dossieronderzoek was om te kunnen beoordelen of met de beschrijvingen in het dossier een beeld gegeven kon worden van de invloed van de stagnerende baring op de uitkomst van het kind. De stagnatie van de baring in de dossiers was deels te wijten aan afunctionele weeën . Tevens was het moeilijk om de objectiviteit in weergave van de weeënkracht te beoordelen in relatie met de progressie van de baring.

Er wordt getwijfeld aan de bruikbaarheid van de gegevens in de dossiers om te beoordelen of te lang wachten met ingrijpen van invloed is op de neonatale uitkomst. Behalve de niet vorderende baring kan mede de mindere conditie van het kind een reden geweest te zijn voor een kunstverlossing .

Om de invloed van de stagnerende baring in relatie met de neonatale uitkomst te beoordelen was dus niet mogelijk bij dit dossieronderzoek. (C20)

Dossiers met normaal verlopende baring, getermineerd op basis van een slechte foetale conditie zijn geëxcludeerd voor dit onderzoek.

Fluxus post partum

In totaal zijn er 114 dossiers geïnccludeerd om door middel van het invullen van een vragenlijst (CDF) inzicht te krijgen in het beleid bij fluxus post partum. De ziekenhuizen nemen zoals bij elke complicatie het hoogste percentage (89,9 %) voor hun rekening door hoog aantal partus intramuraal aangevuld met verwijzingen om extramuraal ontstane fluxus postpartum intramuraal te behandelen. Cliënten met een antepartum verhoogd risico a priori op een fluxus worden geadviseerd om intramuraal te bevallen.

Bevindingen

In bijna 2/3 van de gevallen wordt de placenta binnen 10 min geboren, waarbij in ruim 1/3 (40,8 %) dit al binnen maximaal 5 minuten is gebeurd. (CDF-6)

41,3 % had antepartum reeds een infuus, waarvan ruim de helft (51 %) dit kreeg om de weeënkracht te stimuleren, waarbij zij dus alsnog een fluxus post partum hebben ontwikkeld. Op de tweede plaats was de reden een waakinfluus op indicatie. (bv toediening i.v. medicatie) anders dan fluxus in de anamnese, grande mult of anemie. (CDF 3)

Van de 47 cliënten met een oxytocine infuus voor de bevalling hebben 9 cliënten aanvullend oxytocine i.m. gekregen p.p. en 27 cliënten niet. Allen hebben een fluxus p.p. ontwikkeld, waarbij uit het assessment niet geconcludeerd kan worden of de toegediende oxytocine i.m. vóór of na het optreden van de fluxus is toegediend. (CDF-3)

Beleid over gebruik methergine verschilt tussen de ziekenhuizen. In de dossiers van het DH en SZN komt toediening van methergine niet voor; in dossiers van het LH en het AZP zeker wel. (CDF-1).

52,6 % had een fluxus van 1000 ml of meer, waarvan 14 % een fluxus van 1500 ml of meer had ontwikkeld. (CDF-4)

19,8 % van de cliënten had bij aanvang van de baring een Hb < 6.0 mmol/l. (CDF-7)

Van de onderzochte dossiers waarbij tijdstip fluxus genoteerd stond (n=80) ontstond bijna de helft (n=38) van het aantal fluxus binnen 15 min. (CDF-5)

Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL, WHO) ofwel actief leiden van het nageboortetijdperk bestaat uit de volgende handelingen.

- *Routinematig toedienen van 10 EH **oxytocine i.m.** binnen 1 minuut na geboorte kind (na uitsluiting van gemelli).*
- *Afklemmen navelstreng en deze op lichte spanning houden.*
- *Controlled cord traction bij de eerstvolgende uteruscontractie, meestal 2-3 min p.p.*
- *Bij uteruscontractie actieve geboorte van placenta met impressie onderste uterussegment (OUS).*

De snelheid van medicatie toedienen en het afnavelen is variabel. Uit de verslaglegging in de dossiers is niet duidelijk geworden wat men verstaat onder 'buiksteun'.

Een hoog percentage van de fluxus treedt vrij snel op na de baring van het kind.

(Pre-) eclampsie

In totaal zijn er 86 dossiers geïnccludeerd om door middel van de vragenlijst CDE inzicht te krijgen in registratie van gevoerd beleid en monitoring fct's.

Ook hierbij was de onvolledigheid van het noteren van handelingen en toediening medicatie een probleem bij het goed kunnen uitvoeren van het dossieronderzoek.

Er kon niet met zekerheid bij alle dossiers aangegeven worden of het een hypertensie, pre-eclampsie of eclampsie betrof.

We moeten daarom volstaan met het geven van een aantal opvallende zaken tijdens het onderzoek:

In 90-92 % van de dossiers hypertensie ≥ 100 staat wel tenminste 1 soort toegediende anti-hypertensiva geregistreerd.

Monitoring bloeddruk elk uur wordt niet als routine beschreven in geval van eclampsie. De mate van registratie wordt wel opgevoerd als een pre-eclamptische cliënt aanvullend een eclampsie krijgt en op de IC wordt verpleegd. (C19-1, C19-2)

Observatie:

Er is in meerdere dossiers een verschil opgemerkt tussen voorgeschreven beleid en uiteindelijk toegediende medicatie. Dit kan afhankelijk zijn van beschikbaarheid van medicatie, maar ook bv van een veranderende medische situatie van de cliënt die aanpassing van de therapie vereisen. Verantwoording voor het afwijken van het beleid

wordt niet beschreven in de dossiers. Over de uniformiteit naar behandelwijze is dan ook geen uitspraak te doen.

Vóórkomen complicaties abortus

Extramuraal werden complicaties van abortus of incomplete miskraam door 7 van de 25 hulpverleners bij de RGD per maand gezien (28%) . Intramuraal was dit door 3 van de 15 hulpverleners gezien (20%).

Volgens 17 van de 35 hulpverleners bij de RGD en MZ en 14 van de 15 ondervraagde hulpverleners in de ziekenhuizen vormt incomplete miskraam een probleem in de gemeenschap. Verder onderzoek is noodzakelijk om de aard en omvang van dit probleem duidelijk te maken.

Onder incomplete miskraam valt ook abortus provocatus, hetgeen als specifiek onderwerp moeilijk bespreekbaar was.

Volgens de hulpverleners worden cliënten die zich melden met complicaties na behandeling altijd geïnformeerd over voorbehoedsmiddelen.

Ook hebben complicaties bij een abortus, volgens de verloskundigen, geleid tot enkele maternale sterften. (C21)

Postnataal

Gevraagd naar de tijdsduur postnatale zorg bleek dat ruim 30 % binnen de eerste 24 uur van de geboorte het AZP, ruim de helft de dag na de geboorte en 10 % meer dan 1 dag na de geboorte het AZP verlaat. Van de overige instellingen zijn er te weinig gegevens beschikbaar (C14)

Rond 90% van de cliënten gaf aan gevraagd te zijn voor nacontrole terug te komen.(C23) Dit komt overeen met het percentage cliënten (89%) dat gevraagd wordt terug te komen voor de nacontrole zoals aangegeven door de hulpverlener. (C24)

88,9 % van de nacontroles vindt ook daadwerkelijk binnen 1 maand plaats, waarbij de aard van het bezoek (controle moeder en/of kind) niet is aan te geven. (C25)

3 van de 5 ondervraagde TBA's geeft aan moeder en kind direct na de bevalling te verwijzen naar een MZ-post (C 27)

Observatie: Tijdens het assessment zijn de postnatale cliënten beperkt gesignaleerd op de dagen waar zij aanwezig behoorden te zijn m.u.v AZP. Ook kwam het voor dat alleen cliënten op de poli terug kwamen voor het verwijderen van hechtingen.

Het lijkt dan ook dat slechts een minderheid van de cliënten in de praktijk ook echt terugkomt voor de maternale nacontrole.

Inhoud postnatale controle

Op basis van verschillende bevindingen (gesprekken hulpverleners, selectieonderzoek PPC) blijkt de inhoud van de nacontrole te verschillen per instelling.

Extramuraal lijkt het gebruikelijk een combinatiecontrole op 1 dag af te spreken voor controle van moeder door de verloskundige en controle van het kind door een verpleegkundige.

Intramuraal kan de nacontrole bestaan uit alleen controle van de baby op het CB (alleen in LH wordt structureel CB-zorg op locatie aangeboden), een combinatiecontrole van moeder en kind of separaat controle van het kind. Een deel komt alleen in geval van problemen of hechtingen verwijderen terug voor de nacontrole van de moeder.

Hierdoor bleek het alleen mogelijk om voor AZP uitspraken te doen.

Bij het AZP bestaat de nacontrole uit een combinatiecontrole voor moeder en kind.

Bij alle cliënten werd de bloeddruk gemeten bij de nacontrole, in ruim de helft van de gevallen gevraagd naar abnormaal bloedverlies en wordt family-planning besproken. In ca 20 % komt een buik- of vaginaal onderzoek aan bod. Het kind wordt altijd onderzocht, verloop van de borstvoeding wordt in 83 % van de gevallen besproken en 73 % krijgt advies over de verzorging van het kind. (C26)

Door ontbreken van gestructureerde kraamzorg en verloskundige huisbezoeken wordt aan de cliënte/familie overgelaten wanneer zij in geval van problemen een hulpverlener of het ziekenhuis consulteert.

Family planning

Anticonceptie wordt basaal besproken bij het ontslaggesprek en bij de nacontrole (ca. 1-2 weken p.p. over het algemeen) Op recept kan anticonceptie verkregen worden bij de ziekenhuisapotheek.

SZF verzekerden kunnen alleen bij Stichting Lobi terecht voor verstrekking van anticonceptie voor 3 maanden, bij de particuliere apotheken wordt slechts 1 strip per keer verstrekt en dient de cliënt maandelijks een bijdrage aan de apotheek te moeten voldoen. SoZa verzekerden kunnen op de apotheekhoudende poliklinieken terecht, indien deze anticonceptie voorradig heeft, hetgeen beperkt beschikbaar was ten tijde van het assessment. (D31)

Voorlichting

Met name over de extramurale situatie kan informatie gegeven worden over de beschikbaarheid en inhoud van voorlichtingsmateriaal. Voor de ziekenhuizen is de beschikbare informatie onvolledig, derhalve kan hier geen uitspraak over gedaan worden. Bij observatie kan wel gesteld worden dat over de gehele linie er een gebrek aan voorlichtingsmateriaal is en dat het aanwezige materiaal er sterk verouderd uitziet.

Voorlichting over diverse onderwerpen wordt wel gegeven tijdens de zwangerschap, met name over gezonde voeding en HIV/Aids.

Het geven van voorlichting met betrekking tot alarmsignalen in de zwangerschap en zorg voor de baby verschilt sterk per instelling. (C9-3.) Cliënten van met name RGD, AZP, gevolgd door LH krijgen beduidend minder voorlichting over alarmsignalen dan in de overige instellingen.

TBA geeft naar eigen zeggen met name voorlichting over borstvoeding en verzorging van de navelstreng (D41), waarbij gezien wordt dat de adviezen rondom de verzorging van de navelstreng van onhygiënische aard kunnen zijn afhankelijk van gehanteerde bereidingswijzen van kruiden en substanties die op de navelstomp aangebracht worden. Gebruik van kruiden wordt wel geadviseerd ter stimulatie van de weeën (C16).

Beschikbaarheid van voorlichtingsmaterialen

Op dit moment is aan fysiek voorlichtingsmateriaal met name de poster het meest gebruikt; folders zijn minimaal beschikbaar. (D43-D44)

Als specifiek naar onderwerpen gekeken wordt hebben de RGD en MZ geen optimale beschikbaarheid van voorlichtingsmateriaal over waarschuwingssignalen over complicaties tijdens zwangerschap.

Op gebied van zorg na de bevalling, family planning, SOA's, gezonde voeding is op minder dan 50 % van de RGD poliklinieken materiaal beschikbaar. Informatieve materialen over HIV/AIDS en het geven van borstvoeding zijn meer aanwezig. (D44)

Posters voor zwangeren en moeders van het BOG worden op veel locaties wel aangetroffen.

In gesprekken met hulpverleners wordt aangegeven dat de prioriteitsstelling, ontwikkeling, productie en distributie van voorlichtingsmaterialen niet gestructureerd en merendeels ad hoc verloopt. Bij de visuele inspectie zien materialen er soms verouderd uit. Er is niet gekeken of de aangetroffen informatie nog van toepassing is of aanpassing behoeft. Ook is niet beoordeeld of de wijze van voorlichten efficiënt en doelmatig is.

D Health services management

Monitoring and evaluatie van zorg

Inleiding kwaliteitscyclus

Door middel van het continu doorlopen van een kwaliteitscyclus kan het functioneren van persoon/afdeling geoptimaliseerd worden. Hierbij wordt eerst in kaart gebracht wat het huidige niveau is, vaststellen waar dit verbetering behoeft en hoe dit aan te pakken. In de praktijk wordt bekeken in hoeverre dit verbeterplan werkt en na evaluatie bekeken welke facetten een andere aanpak behoeven. (de zogenaamde 'plan-do-check-act' cyclus) Eenduidig doorlopen van zo'n cyclus is alleen mogelijk als werkafspraken duidelijk zijn en er protocollen aanwezig zijn waar handelen aan getoetst kan worden.

De mening van de cliënt over de verleende dienstverlening kan ook meegenomen worden in het optimaliseringsproces van communicatie en benadering van de cliënt. Inbreng van de cliënt kan o.a. vergaard worden door een 'tevredenheidsonderzoek cliënt' of de cliënt in de gelegenheid te stellen zijn verhaal te doen bij een 'meldpunt cliënten dienstverlening'.

Onderdelen die oa binnen zo'n kwaliteitscyclus gebruikt kunnen worden zijn :

- Casuïstiekbesprekingen welke nu, hetzij niet structureel, intramuraal wel plaatsvinden.
- Supervisie. Regelmatige functioneringsgesprekken gebaseerd op 'persoonlijke ontwikkelingsplannen'.
- Ontwikkelen en/of optimaliseren van protocollen en monitoring gebruik hiervan.
- Cliënttevredenheidsonderzoeken. Meldpunt mening cliënt over dienstverlening in de instelling.

Aanwezigheid en doorlopen kwaliteitscyclus

Het doorlopen van een kwaliteitscyclus en het hebben van een 'meldpunt cliënten dienstverlening' is binnen de Surinaamse verloskundige hulpverlening niet gebruikelijk. Wel worden op kleine, niet structurele schaal, cliënttevredenheidsonderzoeken uitgevoerd (oa in DH).

Tijdens het interviewen van de verloskundigen zijn de volgende factoren aangegeven :

- Werkdruk.
- Geen of weinig structureel overleg tussen gynaecologen/supervisor en (alle) verloskundigen.
- Beperkte aanwezigheid en wisselend gebruik van protocollen.

Uit de gesprekken met de diverse beleidsmakers is begrepen dat met name door personeelstekort en daardoor verhoogde werkdruk op het overig personeel de prioriteit ligt in de alledaagse zorgverlening. Hiernaast is maar zeer beperkt tijd, hoezeer wel gewenst, voor optimaliseringsprocessen.

Supervisie

Er bestaan verschillende interpretaties van het begrip supervisie dat in de praktijk geleid heeft tot verwarring in de interpretatie van de gegeven antwoorden. De volgende definitie bleek in de praktijk ook lastig hanteerbaar aangezien velen in de praktijk niet bekend waren met het begrip supervisie noch duidelijk konden aangeven wie / welke personen tot een begeleider gerekend kon worden.

Definitie supervisie

“Persoonsgerichte begeleidingsvorm, waarbij d.m.v reflecteren op (eigen) werkervaringen en werksituatie , gekomen wordt tot een beter functioneren”.

Extramuraal

Bij de RGD lijkt er geen gestructureerd systeem van supervisie plaats te vinden, waarbij het functioneren van de (leerling-)verloskundigen besproken wordt. (D18) Onder de hulpverleners is het niet duidelijk wie eigenlijk de supervisor is van een arts of verloskundige op de RGD-poli. Particuliere verloskundigen extramuraal voeren beleid uit volgens eigen inzicht onder eigen verantwoordelijkheid. Verloskundigen werkzaam op een RGD-poli voeren beleid uit volgens afspraken van de poli in combinatie met eigen inzicht. De arts is de hoofdverantwoordelijke op de RGD-poli.

In het binnenland (MZ) worden vrij regelmatig, onaangekondigd, visitatiebezoeken afgelegd door het hoofd van de opleiding om door middel van een lijflijke observatie in de spreekkamer te beoordelen of de GZA werkt volgens opgestelde protocollen. (info beleidsmedewerker MZ)

Hiernaast wordt door de diverse GZA's heel verschillend aangegeven wanneer zij voor het laatst overleg gehad hadden met een arts. (D18)

Intramuraal

De supervisor (gynaecoloog) lijkt in elk geval geen structurele rol te hebben in functioneringsgesprekken met verloskundigen; deze rol lijkt meer weggelegd zijn door een coördinator of hoofd-verloskundige. (uit: overige info uit NMW)

Verloskundigen intramuraal werken met name praktijkgericht en voeren beleid , aangegeven door de gynaecoloog, uit welke tevens de eindverantwoordelijkheid heeft over de cliënten.

Door de verloskundigen wordt aangegeven dat intramuraal in de praktijk minder overleg tussen gynaecologen en verloskundigen plaatsvindt dan initieel gepland. Er wordt aangegeven dat begeleidingsgesprekken van (leerling-) verloskundigen zeer beperkt plaatsvinden.

Registratiesystemen

Er is gekeken naar de diversiteit aan registratiesystemen, waarbij getracht is te kijken naar de doelmatigheid en samenhang van de diverse systemen.

Er zijn registratiesystemen in de omloop met een diversiteit aan namen en functie, met als gevolg dat er niet altijd een vergelijking gemaakt kon worden in de aan- of afwezigheid van een systeem. (tabel D1-1)

Hierbij is het opvallend dat basisgegevens in veel registratiesystemen herhaald moeten worden, dat gevolgen heeft voor de reeds aanwezige werkdruk.

Er zijn minder soorten registers extramuraal.

Hiernaast worden nog overige systemen gebruikt, aangepast aan de behoeften binnen en buiten de instelling.

Het doel van het bijhouden van registratiesystemen voor organisaties buiten de eigen instelling is de hulpverlener niet altijd bekend. Onduidelijk is of dit met matige interne

communicatie te maken heeft of door gebrekkige begeleiding door de organisatie, welke deze gegevens graag wilt ontvangen.

Verder wordt aangegeven dat de follow-up van deze registratie te wensen overlaat, welke invloed heeft op de motivatie om deze in te vullen.

In de instellingen wordt de aard en het gebruik van anticonceptie per cliënt niet bijgehouden, derhalve zijn hier geen gegevens over te vinden.

Er wordt veelal een beperkt overzicht van gegevens van verleende zorg in de eerste lijn bij verwijzing naar de tweede lijn meegegeven. Originele labresultaten worden wel toegevoegd. Het is niet onderzocht hoe vaak de groene prenatale kaart door de cliënt bij de verwijzing wordt meegenomen.

In de tabel D1-1 wordt een totaaloverzicht gegeven van aanwezige registratiesystemen in de instellingen zoals aangegeven door de verantwoordelijke van de faciliteit, waarbij de belangrijkste bevindingen zijn:

Er bestaan intramuraal geen of zeer beperkte aparte registratiesystemen voor

- Maternale sterften. De bekende maternale sterften moeten in het partusboek of op de kraamafdeling/zwangerenafdeling nagevraagd worden. AZP registreert maternale sterften in een schrift volgens het subhoofd van de verloskamers AZP.
- Digitale registratiesystemen van maternale en neonatale zorgverlening. (bv CLAP of Landelijke Verloskundige Registratiesysteem (LVR))

Er bestaat extramuraal (RGD) geen eenduidigheid over het gebruik van aparte registratiesystemen voor :

- Prenatale gegevens

Bij de MZ worden wel uniforme prenatale kaarten gebruikt, waar ook de natale en postnatale gegevens op te vinden zijn.

Er bestaat extramuraal (RGD en MZ) geen eenduidigheid over het gebruik van aparte registratiesystemen voor :

- Neonatale en maternale sterften op de posten.
- Digitale registratiesystemen van maternale en neonatale zorg. (bv CLAP)
- Partusboek

Overige registratiesystemen

- Digitale registratiesysteem: 1 polihoud van de RGD en 1 hoofd van een MZ-post geven namelijk aan dat er wel elektronische gegevens zijn. Naar alle waarschijnlijkheid heeft men de digitale verwerking van gegevens hierbij bedoeld voor jaaroverzichten, hetgeen op beperkte basis overal wel plaatsvindt.
- De ziekenhuizen worden door BOG gevraagd een 'Overzicht perinatale gegevens', behorende bij de groene prenatale kaart (BOG) in te vullen en op te sturen, waarbij de partusgegevens en het CB bureau dat de cliënt gaat bezoeken moet worden ingevuld. Bij navraag bij BOG kon men niet aangeven waar de follow-up van dit formulier uit bestaat.
- De ziekenhuizen worden tevens door de RGD gevraagd ook een overzicht, "informatie moeder- en kindzorg, onderdeel zwangeren" van de RGD in te vullen. Dit wordt tenminste vanuit 1 instelling naar RGD toegestuurd, terwijl men daar (DH) niet op de hoogte was van het overzicht 'perinatale gegevens' dat naar BOG gestuurd moet worden. Het doel van dit overzicht was het hoofd van de verloskamers (DH) ook niet duidelijk.

- Op niet-structurele basis worden registratiegegevens gevraagd voor oa NAP, NHIS. Eén van de ondervraagde verloskundigen (DH) gaf aan dit niet in te vullen door onduidelijkheid context en gebrek aan follow-up informatie.
- Registratie uitgifte baby en peuterboekje, inclusief registratie locatie CB-bezoek.
- Registratie hepatitis-B vaccinaties intramuraal in apart cahier.

Opmerking: het partogram wordt in geen van de instellingen standaard gebruikt.

Dossier

Om een beeld te krijgen van de beschrijving van de geleverde zorg is gekeken naar de opbouw, volledigheid en verslaglegging in de dossiers, die gebruikt worden binnen de verloskundige dienstverlening. Op dit moment worden er alleen fysieke dossiers gebruikt.

In de paragrafen prenatale, natale en postnatale zorg in onderdeel C is reeds aangegeven hoe specifieke items in een dossier geregistreerd worden.

Hieronder volgen nog enkele algemene opmerkingen omtrent de registratie van items over prenatale zorg.

Registratie prenatale zorg in het dossier.

Elke instelling heeft in min of meerdere mate aandachtspunten betreffende het volledig noteren van gegevens van de prenatale zorg. In tabel C 5 valt af te lezen dat de prenatale gegevens in beperkt percentage wordt aangetroffen in het dossier.

Het is onduidelijk waarom de gegevens niet 100 % worden aangetroffen in het dossier en welk alternatief systeem gehanteerd wordt om een overzicht van de prenatale controles bij opname te verkrijgen.

Wat meespeelt bij de lage percentages ' prenatale controle in dossier' in AZP is het gegeven dat :

- de gegevens van de prenatale controle niet standaard op het dossier worden overgenomen, maar enkel op de losse prenatale (hand-)kaart die al dan niet in het bezit van de cliënt zijn,
- in AZP vaker dan elders een deel van de cliënten geen prenatale zorg heeft genoten en alleen voor de baring naar AZP komen,
- een deel, elders onder controle, buiten reguliere werktijden de SEH bezoekt dat in een bevalling aldaar kan resulteren.

Registratie natale zorg in het dossier.

Over het algemeen wordt aangegeven dat het wel belangrijk is dat het dossier bijgehouden wordt en dat de verantwoordelijke hierbij de hulpverlener is die de controle uitvoert en/of de partus heeft begeleid. (uit: NMW, open vragen).

Als reden voor het niet goed bijhouden van de dossiers wordt met name de werkdruk genoemd.

In LH wordt het sectioverslag door de arts-assistent handgeschreven volgens een vaste volgorde, hetgeen vrij arbeidsintensief is. In AZP wordt gebruik gemaakt van een voorgedrukt standaardverslag voor het omcirkelen van specifieke handelingen bij de uitvoering van de SC.

Bij afwezigheid van een nationaal dossier gebruikt elke instelling zijn eigen dossier. Velden hiervan vertonen onderling wel overeenkomsten.

Er zijn grote verschillen geconstateerd in met name de weergave van prenatale gegevens en opbouw van het baringsverslag.

Ten eerste zijn er enkele algemene opmerkingen te geven omtrent 'bijhouden van gegevens' naar aanleiding van het dossieronderzoek NDR:

- Gegevens van de controles van de eerste lijn worden niet structureel overgenomen of toegevoegd. Resultaat labonderzoek in de eerste lijn wordt wel aangetroffen.
- Tijd en aard van onderzoek (bv VT, weeënactiviteit, fct) wordt niet systematisch aangegeven gedurende het verloop van de baring. Tijdstip en gegevens (RR, P, VT, weeënactiviteit, fct) bij opname zijn veelal wel volledig.
- Tijdstip en indicatie SC worden niet consequent genoteerd in het dossier (tijdstip vaak wel op anesthesielijst in het dossier te vinden).
- Het valt bij observatie op dat de zogenaamde voorgedrukte verslagen en dossiers vollediger worden ingevuld. Overige items waarvoor geen apart vakje op het dossier is aangebracht worden beduidend minder goed genoteerd (bv ontbreken van vakje voor geboortetijdstip en hepatitis-B vaccinatie kind, tetanusvaccinatie moeder)
- Vergelijkbare gegevens moeten op meerdere plekken voor verschillende doeleinden worden genoteerd.
- Monitoring van ontbrekende gegevens onduidelijk. (bv uitslag syfilis, ontbrekende gedeelte anamnese, foutief doorberekenen zwangerschapsduur n.a.v vorige controle)
- Partusverslagen worden extramuraal niet altijd gemaakt. Indien aanwezig worden er weinig gegevens genoteerd. (wel feiten, geen of summier verloop van de baring)
- Partusverslagen intramuraal zijn wisselend van inhoud en opbouw. De indruk bestaat dat juist het verslag bij een kritiek onderdeel van de baring onvolledig of onafgemaakt is. Bij aanwezigheid van medici i.o. of verloskundige i.o wordt er meer en uitgebreider gedocumenteerd.
- Geen uniform gebruik (betekenis) van de afkortingen GPA of GPMA.

Prenatale kaart

Extramuraal

Een veel gehoorde klacht bij gesprekken met hulpverleners over het gebruik van de groene prenatale kaart van het BOG is de gebruiksonvriendelijkheid door:

- te kleine vakjes
- weinig tot geen extra schrijfruimte
- invullen van dubbele gegevens op voor-en achterzijde kaart
- ordening van gegevens onlogisch

Bijbehorende inlegvel voor de hulpverlener is te dun en biedt nog minder ruimte.

Verloskundigen extramuraal gebruiken overwegend de groene prenatale kaart (BOG) voor de cliënt. Er wordt voor de eigen registratie een schaduwkaart van de instelling gebruikt in plaats van het inlegvelletje van de prenatale kaart (BOG).

Bij de RGD is er in de praktijk geen uniformiteit omtrent gebruik van de prenatale kaart; zowel op het groene inlegvel, behorende bij de groene prenatale kaart (BOG), als RGD kaart (wit) als huisartsdossier worden prenatale controles beschreven. Dit is mede persoonsafhankelijk bij de uitvoering van de prenatale zorg.

Gegevens over de zwangerschap kunnen dus op meerdere kaarten aangetroffen worden.

Bij de MZ worden de prenatale controles geregistreerd op een overzichtskaart van de zwangere cliënt en wordt uniform op alle posten gebruikt.

Intramuraal

De prenatale controle wordt intramuraal door de gynaecologen/verloskundigen merendeels op een eigen prenatale kaart van de instelling genoteerd.

Registratie gegevens partus

Extramuraal

Het bijhouden van de partusgegevens (RGD) varieert van noteren van gegevens in een apart schrift tot een summier baringsverslag danwel ontbreekt geheel.

MZ hanteert een uniform, sluitend systeem van bijhouden van prenatale en natale gegevens op 1 kaart.

Intramuraal

In de dossiers wordt een baringsverslag bijgehouden waarvan de inhoud meer of minder volledig wordt bijgehouden. Over het algemeen worden dezelfde gegevens bijgehouden in de partusboeken.

Het grootste verschil tussen de registratie items in de partusboeken in de instellingen is, dat AZP een specificatielijst van pathologie heeft opgesteld in het partusboek, terwijl de overige ziekenhuizen zich hiervoor beperken tot een kolom bijzonderheden. In de kolom bijzonderheden wordt bv genoteerd welke andere wijze (dan spontaan) de baring is verlopen, ruptuur, infuus, prematuur + evt opname couveuze, toediening medicatie, levenloos, indicatie SC, congenitale afwijkingen, manuele placentaverwijdering.

De volledigheid is afhankelijk van de hulpverlener. Een ander opvallend verschil is, dat behalve in het DKZ, het 'wel/niet gehad hebben van prenatale controle' wordt genoteerd, waarbij LH ook nog de specificatie van 'hoeveel prenatale controles' heeft.

Overige (medische) verschillen zijn met name te lezen in het wel of niet gebruiken van de kolom bijzonderheden: epi, ruptuur, placenta en bloedgroep/rhesus. (D1)

De oudere partusboeken verkeren na verloop van tijd in een mindere staat en kunnen hierdoor deels onvolledig zijn.

Registratie gegevens postpartum

Extramuraal

In de dossiers worden slechts gegevens van controle 1 uur postpartum aangetroffen, echter geen postnatale gegevens van de kraamperiode.

De matige registratie van de toediening hepatitis-B is reeds aan de orde geweest.

Intramuraal

Medische en andere gegevens van de controles tot aan ontslag uit het ziekenhuis worden genoteerd op het dossier. Hierbij is bij de observatie geconstateerd dat co-assistenten een uitgebreider verslag schrijven van zowel het onderzoek van het kind als de controle bij ontslag uit het ziekenhuis.

Ontslagbrieven kunnen direct post partum aan de cliënt meegegeven worden ter overhandiging aan de huisarts of nagestuurd worden. Het is verder niet onderzocht of er uniformiteit in het systeem is of dat dit afhankelijk van de hulpverlener is.

Digitale registratiesystemen

Op dit moment wordt er geen gebruik gemaakt van een digitaal systeem om gegevens van de geleverde zorg elektronisch in te voeren in plaats van te registreren op een fysieke kaart. In het verleden is er wel een poging ondernomen om een digitaal registratiesysteem in te voeren in de praktijk.

Inleiding literatuuronderzoek historie digitale registratiesystemen BOG.

In april 1996 zijn meetings gestart voor oriëntatie op digitale systemen, waarbij het formulier van het Centrum Latijns-America op gebied van perinatologie (CLAP) beoordeeld is op haalbaarheid binnen de Surinaamse setting.

Op 16 mei 1996 is door enkele gynaecologen, 1 kinderarts, een huisarts van de RGD en een medewerker van de MZ de uniform gedragen gedachte uitgesproken:

- dat er een uniform perinatale registratie systeem moet komen binnen een wettelijk kader.
- dat het belangrijk is om een commissie in te stellen, die het registratiesysteem: monitored en toeziet op wettelijke verplichting omtrent invullen.
- dat het belang onderkend wordt van het samenstellen van uniforme protocollen van de inhoud van verwijzing bij zwangerschapscontroles .

Vermeldingswaardig is te noemen dat in een document ' Instituut voor de Volksgezondheid in Suriname 1950-1960' reeds de wens aangegeven dat 'uitvoering maternale en neonatale zorg gecoördineerd en geanalyseerd zou moeten worden door een 'ervaren verloskundig arts'.

Tussen juni 1996 en sept 1998 hebben de volgende activiteiten plaatsgevonden:

- Training van personeel in de instellingen.
- Uitvoering van pilot in het DH en op poli Brownsweg (MZ).
- Evaluatie van problemen in het veld en voorstel aanpassen van het formulier.

In mei 1998 is door de coördinator van de werkgroep 'CLAP' (BOG) aan het MOH kenbaar gemaakt dat door gebrek aan goede datacollectie statistieken onbetrouwbaar zijn.

Hierin werd aandacht gevraagd voor het kunnen introduceren van CLAP in de verloskundige hulpverlening.

Het lijkt erop dat mede door onvoldoende draagvlak en met name kritische kanttekeningen intramuraal de verdere ontwikkeling van een digitaal registratiesysteem in deze periode is gestagneerd.

Coderingssystemen

De ziekenhuizen DH, AZP, LH, SZN maken in min of meerdere mate gebruik van het coderingssysteem ICD10. DH heeft de data ingevoerd vanaf 2006, AZP heeft data vanaf tenminste 2005 .SVZ loopt tegen logistieke problemen op om dit systeem per heden goed te laten functioneren.

Extramuraal wordt er bij de RGD en de MZ geen gebruik gemaakt van het coderingssysteem ICD 10.

De medische registratie van de ziekenhuizen geeft aan dat coderen van de juiste gegevens wordt bemoeilijkt door:

- Onvolledig bijgehouden dossier.
- Vaak onleesbaar handschrift.
- Summier aangegeven van diagnoses en nevendiagnoses.

Overleg tussen de medische registratie en hulpverleners over het specifiek kunnen coderen vindt niet plaats.

Het is dan ook een moeilijke en zeer tijdrovende taak voor de medische registratie om items uit het dossier te coderen.

Opmerking: hulpverleners dienen nu voor SZF-declaraties de codes van de ICD-9 versie te gebruiken.

Rapportage maternale sterfte

Om internationaal een vergelijking te kunnen maken betreffende de kans op een maternale sterfte wordt de MMR gebruikt. Hierin worden **alleen** de vroege, directe en indirecte sterften meegenomen.

Definition Maternal Mortality Ratio (MMR)

“The maternal mortality ratio is the number of women who die from any cause related to or aggravated by pregnancy or its management (excluding accidental or incidental causes) during pregnancy and childbirth or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the pregnancy, per 100,000 live births. The 10th revision of the International Classification of Diseases makes provision for including late maternal deaths occurring between six weeks and one year after childbirth.” (World Bank 2008)

Vroege maternale sterfte Het overlijden van een vrouw *gedurende de zwangerschap of binnen 42 dagen na beëindiging van de zwangerschap*, ongeacht de duur en de lokalisatie van de zwangerschap, door iedere oorzaak gerelateerd aan of verergerd door de zwangerschap of haar begeleiding; overlijden door ongeval of andere incidentele oorzaken zijn uitgezonderd. (WHO/ICD10)

Late maternale sterfte Het overlijden van een vrouw *tussen 42 dagen na beëindiging van de zwangerschap en 365 dagen*, ongeacht de duur en de lokalisatie van de zwangerschap, door iedere oorzaak gerelateerd aan of verergerd door de zwangerschap of haar begeleiding; overlijden door ongeval of andere incidentele oorzaken zijn uitgezonderd. (WHO/ICD10)

Direkte (maternale) sterfte Sterfte als gevolg van complicaties van de zwangerschap.

Indirekte (maternale) sterfte Sterfte als gevolg van een pre-existente ziekte of ziekte ontstaan tijdens de zwangerschap, welke verergerd werd door de fysiologische effecten van zwangerschap. Ongevallen en incidentele oorzaken zijn uitgezonderd.

C-formulier Certificaat van overlijden op welk gedeelte de hulpverlener de doodsoorzaak dient te noteren.

Algemeen

Een maternale sterfte kan pas als zodanig worden geregistreerd als dit bij de oorzaak van overlijden ook aangegeven wordt. Daarom moet bij overlijden van een vrouw apart op het C-formulier worden aangegeven of dit een maternale sterfte betreft (annex 6). Zeker in de jaren voorafgaande aan 2000 is gebleken dat dit in onvoldoende mate is gebeurd met als gevolg een sterke onderrapportage van de maternale sterften.

Systeem registratie maternale sterfte intramuraal.

Opvragen van dossiers met de codes 095 en 096 (ICD10) in de instellingen leverde geen resultaat op.

Omschrijving bij code 095 is ‘*Obstetric death of unspecified cause*’. In de omschrijving is geen afbakening van een termijn gekoppeld, waardoor het opvragen van alleen vroege maternale sterfte niet mogelijk is. Late maternale sterften kunnen geïdentificeerd worden d.m.v. code 096, waarbij de omschrijving is ‘*Death from any obstetric cause occurring more than 42 days but less than one year after delivery*’. Aandoeningen van cliënt en oorzaak van overlijden moeten aanvullend met de code van de aandoening gecodeerd worden.

Het ICD10 coderingssysteem bevat geen code voor ‘maternale sterfte gekoppeld aan een bekende oorzaak van overlijden’.

De medische registratie geeft aan moeilijkheden te ondervinden om een maternale sterfte soms te identificeren en juist te coderen als dit niet duidelijk uit de gegevens in het dossier geconcludeerd kon worden. Bij tenminste 1 casus van maternale sterfte was vastgesteld dat er geen dossier was aangelegd; cliënte was in de SEH overleden of dood binnengebracht bleek uit het overzicht 'overleden personen' bij de medische registratie.

In 2000 is een surveillance team geïnstalleerd bij het BOG dat sindsdien wekelijks de ziekenhuizen in Paramaribo bezoekt. Surveillance in het SZN vindt vanaf 2002 plaats door een verpleegkundige van het SZN, waarbij het systeem nog geoptimaliseerd moet worden door intensievere opsporing van mogelijke maternale sterften.

Doel is om zodoende actief maternale sterften op te sporen door op de verloskamers registers in te kijken en vragen naar recente sterften. Ook kan verificatie van een melding van bv een hulpverlener, familielid of buitenstaander plaatsvinden.

In het DH wordt ook structureel de IC bezocht, omdat volgens het surveillance-team bij pathologie de cliënten laagdrempelig opgenomen worden op de IC.

Bij opname op een andere afdeling dan de verloskamers of intensive care-afdeling kan het voorkomen dat bij overlijden er niet altijd aan een mogelijke maternale sterfte wordt gedacht.

Er is een poging gedaan vanuit de afdeling epidemiologie om structureel bij elke sterfte van een vrouw tussen 15 en 50 jaar in een instelling na te gaan of dit een maternale sterfte zou kunnen betreffen. Dit bleek zeer arbeidsintensief en veelal niet mogelijk te zijn door tekortkomingen in de dossiers.

Het surveillance team noteert bepaalde gegevens en redenen van overlijden, zo goed als mogelijk, uit het dossier. Er vindt geen uitgebreid onderzoek plaats naar redenen van overlijden. In geval van onduidelijkheid wordt de meest waarschijnlijke reden van overlijden genoteerd na intern overleg binnen de afdeling epidemiologie/biostatistiek van het BOG.

Systeem registratie maternale sterfte extramuraal.

De registratie van een maternale sterfte extramuraal wordt door BOG genoteerd naar aanleiding van:

1. De (zelf toegevoegde!) notitie maternale sterfte op het C-formulier. (annex 6)
2. Bevestiging na onderzoek naar aanleiding van een "melding" uit het veld.

Men is binnen de RGD op districtsniveau verdeeld over het functioneren van het systeem van rapporteren van maternale sterften aan het hoofdkantoor.

Binnen de MZ is men op districtsniveau uniform van mening dat alle maternale sterften altijd gerapporteerd worden aan het hoofdkantoor. Bij deze vraag is geen onderspecificatie aangegeven van vroege en late maternale sterften.

Er is reeds aangegeven dat er aanwijzingen zijn dat niet elke maternale sterfte als zodanig en juist geclassificeerd wordt. Met name de late maternale sterften kunnen gemist (kunnen) worden door bijvoorbeeld onbekendheid met de definitie hiervan en het ontbreken van een vakje voor maternale sterfte op het C-formulier.

Onderrapportage

Overlijden binnen een instelling wordt wel standaard aangegeven bij het CBB, een overlijden extramuraal, hetzij vertraagd, ook.

Hierbij zou het wel voor kunnen komen dat extramuraal overlijden van een illegale inwoner niet opgenomen wordt in de statistieken.

In hoeverre niet bekende vroege en late maternale sterften extramuraal bijdragen aan de onderrapportage is onbekend. Zoals eerder aangegeven kan het voorkomen dat niet alle maternale sterften in de instellingen opgespoord worden.

De mate van onderrapportage in het huidig surveillancesysteem van BOG blijft onbekend. Een stijgend aantal geregistreerde maternale sterften kan absoluut (werkelijke stijging) of relatief zijn (meer opgespoord). Met de huidige gegevens en methodiek valt dit niet te bepalen.

Aantal maternale sterften

Tabel 8 Aantal maternale sterften 1995-2007

	Levend geboorten	Maternale sterfte met C-form	Totaal aantal Mat.sterften	Maternal Mortality Ratio
1995	8717	3	4	45.9
1996	9393	3	4	42.6
1997	10794	5	8	74.1
1998	10221	7	9	88.1
1999	10144	7	11	108.4
2000	9804	9	15	153
2001	9717	11	15	154.4
2002	10188	10	14	137.4
2003	9634	8	11	114.2
2004	9062	7	8	88.3
2005	8657	8	10	115.5
2006	9311	6	10	107.4
2007	9769		17	174.0

De genoemde maternale sterften betreffen allemaal vroege maternale sterften. Van de sterfte in 2005 was tenminste 1 keer sprake van een tumor, in 2006 mogelijk 2 gevallen van HIV/sepsis. Voor zover bekend heeft 2007 1 geval van indirecte sterfte (acute pancreatitis). Het kan moeilijk zijn te bepalen of deze oorzaken vallen onder indirecte maternale sterften of dat dit valt onder incidentele oorzaken. Het is dus mogelijk dat de aangegeven MMR in Suriname (tabel 8) hoger uitvalt dan in werkelijkheid.

Oorzaken maternale sterften 2007: Tenminste 3 eclampsie (waarvan 1 met asthma/hartinfarct), 2 pre-eclampsie, 3 fluxus (waarvan 1 HIV+zw en 1 abortus), 2 sepsis/infectie, 2 abortusproblematiek (waarvan 1 al genoemd bij fluxus), 1 hyperemesis, 1 multi-organ failure. Overige oorzaken zijn ten tijde van de looptijd van het SMNA nog niet bekend.

Hoofdoorzaken van overlijden lijken in de afgelopen tijd vrijwel hetzelfde te zijn, aangezien de oorzaken die meespeelden bij gevallen van maternale sterften in het proefschrift van Ashok Mungra (1999) vrijwel identiek waren aan de onderzochte sterften tijdens het SMNA.

Nationaal wordt een confidentieel onderzoek, waarbij oorzaken en evt zichtbaar maken van tekortkomingen in de zorg van een maternale sterfte, niet uitgevoerd. (D5)

Er is getracht door middel van een gedeelte van het 'maternal mortality audit' formulier gebruikt in assessment in Ecuador de 10 gevonden dossiers te analyseren. Doel hierbij was om te beoordelen in hoeverre het mogelijk was met de beschikbare informatie uit de dossiers de audit uit te voeren en hierbij inzicht te krijgen in omstandigheden die bijgedragen hebben aan het overlijden van de cliënt. Dit is beperkt mogelijk gebleken doordat gegevens, juist op de kritieke momenten, vaak onvolledig en onduidelijk waren. Ook bleek de gebruikte audit niet specifiek genoeg ingevuld te kunnen worden door afwezigheid van informatie voor opname of consultatie en de onvolledige verslaglegging (afwezigheid tijd, soms datum, handelingen, afgesproken en uitgevoerd beleid.)

In de beschrijving van de methodologie was reeds aangegeven dat niet elk dossier van de maternale sterftten in 2005-2006 gelicht kon worden.

Enkele opvallende zaken:

- Late start van prenatale zorg in een aantal gevallen.
- Late tot zeer late interdisciplinaire consultatie in enkele gevallen.
- Door verzekeringsstatus (zuiver particulier) eerder heengezonden, waarna heropname in verslechterde toestand volgde.
- Discrepantie tussen voorgeschreven en uitgevoerde zorg, onduidelijk of dit evt kan komen door verslechterde fysieke toestand.
- Verschillen in codes tussen bestelde en toegediende bloedkolven.
- Soms enkele uren tussen aanvraag en toediening bloedkolven in cito geval.
- Zorg op SEH gegeven bij ernstige pre-eclampsie. Continue zorg niet mogelijk. Onduidelijk waarom zorg op VK niet mogelijk was.
- Onduidelijke zorgoverdracht van eerste naar tweede lijn in geval van cito consultaties mogelijk vanuit initiatief cliënt.
- Niet tijdig onderkende EUG waarna cliënt als gevolg van complicaties hiervan is overleden (2x).
- Bijhouden vochtlijsten op de IC is voor zover te overzien redelijk goed bijgehouden. Vermelding reden van opname op de IC is merendeels aanwezig.
- Cliënt is niet verschenen voor afgesproken zorg (HIV+ zw)
- 1 cliënt heeft zich met klachten in de SEH gemeld terwijl cliënt reeds een ander ziekenhuis consulteerde voor de zwangerschap.

Er zijn diverse soorten van maternale sterfte onderzoek mogelijk. (lit: 'Beyond the numbers', WHO. Annex 8.2)

- o Onderzoek van sterftten buiten de instelling, waarbij participatie en draagvlak onder o.a. familieleden een absolute voorwaarde is.
- o Kwalitatief onderzoek van sterftten in een instelling waarbij oorzaken binnen en buiten de instelling worden meegenomen, waarbij er een draagvlak moet zijn onder de hulpverleners voor goede rapportage, participatie en draagvlak om uit de geconstateerde aandachtspunten te willen leren.
- o Vertrouwelijk anoniem multidisciplinair onderzoek van sterftten met prioriteit naar oorzaak bv, waarbij er draagvlak moet zijn om gegevens beschikbaar te stellen. Hieruit kunnen over het algemeen nationaal bruikbare aanbevelingen geformuleerd worden.
- o Tevens is het mogelijk om 'near misses' te onderzoeken om door middel van een continue voortdurende proces van optimalisering de outcome van de zorg te verbeteren.
- o Uitvoeren van een clinical audit volgens een systematische methode, waarbij de gegeven zorg in een maternale sterfte casus wordt vergeleken met de geldende standaarden om zo tot aandachtspunten in de zorg te komen. Hiervoor moeten er dus algemeen geaccepteerde protocollen en richtlijnen aanwezig zijn.

Training en behoud vaardigheden

Algemeen

Over het algemeen wordt door de verloskundigen aangegeven dat er te weinig trainingen gevolgd (kunnen) worden, maar dat hier wel behoefte aan bestaat. Het is voor de gemiddelde hulpverlener en rayoncoördinatoren moeilijk om precies een beeld te schetsen van de gevolgde trainingen in het verleden en dit leverde in de praktijk ook een gevarieerd beeld op. (D9/D11/D12/D13)

Het zou dan ook kunnen zijn dat dit geen goede weerspiegeling is van de werkelijk gevolgde trainingen. Het is moeilijk met zekerheid te concluderen of het aanbod van de gevolgde trainingen per verloskundige hetzelfde is.

Ook is de definitie van training niet helder gebleken, terwijl het volgen van lezingen of andere voordracht beschouwd werden als training, maar dit meer onder de noemer nascholing valt. Dit is een tekortkoming binnen het SMNA.

Uitnodiging voor bijscholing geschiedt persoonlijk of soms via de krant. De berichtgeving bereikt in huidig systeem niet alle belanghebbenden.

De hulpverleners geven aan dat wel zoveel als mogelijk de opgedane kennis wordt meegenomen in het dagelijks werk, maar waar dit precies uit bestaat is verder niet onderzocht.

Training intramuraal

Over het algemeen worden er weinig, op niet-structurele basis, interne trainingen verzorgd. (D10)

Aangeboden externe trainingen mag (een deel van) het personeel wel volgen, waarna overdracht binnen eigen instelling verwacht wordt. In gesprekken wordt aangegeven dat deze overdracht maar zeer beperkt mogelijk is in de praktijk, waarbij oa de werkdruk een rol speelt.

Verloskundig personeel volgt trainingen opgezet voor verpleegkundigen of medici. Regelmatige refreshtrainingen, specifiek voor verloskundige hulpverlening ontbreken structureel, zowel intra-als extramuraal. In 2007 heeft nog wel een refreshtraining plaatsgevonden voor reanimatie van de pasgeborene voor verloskundigen en IC verpleegkundigen.

Op de opleiding tot verloskundige wordt de training resuscitatie in een workshop aangeboden door een verpleegkundige van de IC, waarbij aantekeningen van de docent worden overgenomen. Gelegenheid om te oefenen met fantoempop wordt geboden. De 'Standaard Resuscitatie' is fysiek niet aanwezig, kennisoverdracht vindt dus plaats door middel van het 'train-de trainer' principe.

Extramuraal (RGD)

Verloskundigen verbonden aan een RGD-polikliniek worden over het algemeen ook ingezet voor overige (verpleegkundige) taken. De verloskundigen geven aan dat vaardigheden niet optimaal behouden blijven als er een gering of geen aanbod van bevallingen en dus ook weinig pathologie is op de post waar zij gestationeerd zijn. (D15)

Over het algemeen geeft men aan weinig trainingen te volgen (D10).

De directie van de RGD geeft aan dat er een breed aanbod van nascholingen is geweest in 2007 op gebied van oa public health, CB zorg, borstvoedingsweek, counseling HIV en kwaliteitsmanagement, waar met name de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden aan hebben deelgenomen.

De enige specifieke training voor verloskundigen is de 'reanimatie van de pasgeborene' geweest.

Verloskundigen zijn in een heel klein aantal aanwezig geweest bij 'vroeg signalering drugs', workshop 'testen CB dossier'. (info hoofdkantoor RGD, overzicht trainingen/workshops 2007)

De meeste intra-murale verloskundigen verrichten tenminste iedere maand wel een bevalling, terwijl extramuraal door 1/3 van de verloskundigen wordt aangegeven dat de laatste bevalling binnen 6 maanden is begeleid. (D14)

Extramuraal (MZ)

Jaarlijks wordt er een meerweekse refreshtraining op maat verzorgd voor alle GZA's volgens de beleidsmedewerker van de MZ. De onderwerpen worden aan de hand van de aangegeven en geconstateerde behoefte in het veld vastgesteld.

In het SMNA gaf echter een substantieel deel van de GZA's aan in de gevraagde onderwerpen van de vragenlijst van het SMNA niet getraind te zijn. (D10)

4 van de 5 ondervraagde TBA's gaven aan betrokken te worden bij trainingen op verloskundig gebied door de MZ. (D16)

De frequentie van het daadwerkelijk begeleiden van bevallingen loopt sterk uiteen van 'laatste maand' tot 'laatste 5 jaar'.(D17)

Aanbod van pathologie is heel divers en van invloed op behoud vaardigheid op specifiek onderdeel (D15).

TBA

TBA's in de regio Djumu hebben het meest contact met de post van de MZ, daar zij in het verleden wel een training op de post Brownsweg gevolgd hebben. (D 20)

Apparatuur/Materialen/Medicatie.

In de instellingen zijn er gespecificeerde lijsten uitgevraagd over aanwezigheid van apparatuur, materialen en medicatie in de instellingen. (zie tabel 4, p .28)

De belangrijkste zaken worden hieronder weergegeven.

Intramuraal

Over het algemeen zijn de ziekenhuizen voldoende geoutilleerd om basis en spoedeisende verloskundige hulpverlening te bieden, waarbij er wel diverse aandachtspunten op te merken zijn.

Apparatuur

Bloeddrukmeters zijn niet standaard aanwezig op elke verloskamer. Gemiddeld zijn er 1-3 bloeddrukmeters aanwezig op de gehele verlosafdeling.

Er zijn 1-3 reanimatiesets aanwezig, waarbij aangegeven wordt dat het soms een weinig handzame en moeilijk verplaatsbare constructie is.

Over de hele linie zijn er tekorten aan partussetten, met name in het AZP. Bij doorvragen of partusset functioneel zijn wordt wel regelmatig aangegeven dat degene die aanwezig zijn eigenlijk aan vervanging toe zijn. Episiotomieschaar is ook niet altijd beschikbaar; men maakt dan gebruik van 'een andere schaar'.

De navelstreng wordt ook wel met een willekeurige andere schaar doorgesneden.

DKZ en SZN zijn beter uitgerust met spatbrillen dan het AZP en LH.

Mono-auraal of doptone apparatuur zijn beperkt aanwezig op de verloskamers op de harttonen te registreren. Veelal wordt echter gebruik gemaakt van het CTG apparaat om een CTG controle uit te voeren of de transducer te gebruiken als doptone.

Materialen

Disposabel is over het algemeen voldoende aanwezig.

Voorziening linnen.

Wekelijks zijn er tekorten aan linnen in de ziekenhuizen (lakens, handdoek voor afdrogen neonat) waarbij dit in AZP een bijna dagelijks probleem is.

Extramuraal

Over het algemeen zijn de posten op veel plaatsen voldoende geoutilleerd om basale verloskundige hulpverlening te bieden, maar daarbij zijn zeker wel wat aandachtspunten te noemen met name met betrekking tot bevoorrading en apparatuur.

Materialen/Disposabel

Disposabel noodzakelijk voor het begeleiden van een fysiologische baring is vrijwel overal aanwezig met wel een aandachtspunt voor aanwezigheid handschoenen (RGD en MZ). ID armbandjes worden mogelijk niet gebruikt; deze zijn vrijwel niet aanwezig.

Bescherming voor de hulpverlener (spatbril) wordt extramuraal op 1 post (MZ) aangetroffen (D24); beschermende kleding wordt op 5/10 posten aangetroffen (D21). Het linnen is op alle RGD poli's met partusmogelijkheid aanwezig; op 1 poli in minder goede staat. Bij de MZ leverde dit bij visitatie geen problemen op. (frequencies FAC)

Apparatuur

Bloeddrukmeters zijn vrijwel overal tenminste 1x aanwezig, 1 van de 3 posten van de MZ beschikte niet over een bloeddrukmeter. 1 x was in het veld een nieuwe bloeddruk aangetroffen (RGD Lelydorp) die niet bleek te functioneren. Gegevens over regelmaat ijkten apparatuur (onderhoud) is verder niet onderzocht.

Mono-aurale stethoscoop ('toeter') wordt overal aangetroffen, soms ook een doptone.

Reanimatie

Niet elke faciliteit is uitgerust om directe reanimatie te kunnen starten, daar ambulablon niet standbye ligt en er soms zelfs alleen een kapje aanwezig is. Er zijn op zeker 3 locaties nieuwe reanimatietafels aangetroffen die grotendeels alleen voor opwarmen neonaat gebruikt worden, daar er zeer incidentele gevallen van reanimatie extramuraal zijn. (D23)

Extramuraal wordt vaker aangegeven dat opvangfaciliteiten voor de neonaat onvoldoende aanwezig zijn (geen apart aankleedkussen, wiegje).

Medicatie

Aangegeven wordt dat medicamenten wisselend voorradig zijn binnen de instellingen, waarbij een beroep gedaan wordt op de creativiteit van hulpverleners en de instelling om kwaliteit van de zorg voldoende te garanderen. Door middel van een uitgebreide lijst met relevante medicatie is een inventarisatie binnen de ziekenhuisapotheken gedaan.

Na de inventarisatie bestond de behoefte om na te gaan welke invloed de mogelijke afwezigheid van essentiële medicatie bij spoedeisende verloskundige hulpverlening en hoe men tekorten oplost. Hiervoor is een lijst "essentiële medicatie" ontwikkeld, aangevuld met enkele open vragen.

De mate waarin bepaalde medicamenten ontbreken en wat dit voor gevolgen kan hebben voor de uitkomst van de zorg is vanwege te weinig respons door de specialisten (gynaecologen, anesthesisten en enkele internisten) niet aan te geven.

Binnen het assessment is de oorzaak van het soms niet optimaal voorradig zijn van de medicamenten verder niet onderzocht. Er kan daarom geen uitspraak gedaan worden of dit in een intern distributie probleem is of dat de oorzaak extern gezocht moet worden bij de leveranciers. Aangezien meerdere instellingen dezelfde problematiek aangeven is het wel wenselijk dat een verdiepend onderzoek plaatsvindt naar het ontbreken van essentiële medicatie in de praktijk in combinatie met de rol die diverse actoren hierin hebben. (oa het ministerie (NGK), BGVS).

Verder onderzoek is noodzakelijk of intramuraal de wel degelijk geconstateerde tekorten van medicatie, met name van magnesiumsulfaat, oxytocine en hydralazine, structureel of incidenteel van aard zijn.

Van een klein deel van de aangetroffen medicatie bleek de houdbaarheidsdatum gepasseerd te zijn. Frequentie hiervan is verder niet onderzocht.

RGD aandachtspunt:

- Aanwezigheid van alcohol, lidocaine (afh van indicatiegebied), ferro medicatie, diazepam, magnesiumsulfaat en anti-hypertensiva, infusievloeistoffen.
- Noodzaak aanwezigheid pethidine is afhankelijk van protocol: begeleiding van de normale baring.

- Functioneren systeem vaccinatie tetanus aan zwangere vrouwen (op 5/10 met en op 4/5 poli's zonder partusmogelijkheid aanwezig D29)
- Functioneren systeem hepatitis-B vaccinatie aan de neonat (op 4/10 met en op 2/5 poli's zonder partusmogelijkheid aanwezig D29)
- Goed functionerende reanimatieapparatuur.

Het is onduidelijk of extramuraal verloskundigen grotere rupturen wel hechten en daarvoor lidocaïne nodig hebben.

MZ aandachtspunt:

- Aanwezigheid van alcohol, ferro medicatie, malariamedicatie, oxytocine, magnesiumsulfaat en anti-hypertensiva, infusievloeistoffen.
- Functioneren systeem tetanusvaccinatie aan zwangere vrouwen.
- Functioneren systeem hepatitis-B vaccinatie aan de neonat .
- Monitoring op houdbaarheid oa medicatie, infusievloeistoffen.
- Noodzaak aanwezigheid pethidine is afhankelijk van protocol: begeleiding van de normale baring. (D29)
- Goed functionerende reanimatieapparatuur.

Wijze van bestellen medicatie

Op basis van gebruik bestellen komt vaker voor dan dat de rayoncoördinatoren/regiomanagers (RGD/MZ) hadden aangegeven. (D26)

Over het algemeen vinden bestellingen plaats op basis van standaard gebruik aangevuld met mogelijkheid om naar behoefte bij te bestellen. (D27)

Incidenteel gebruikte middelen zijn alleen op aanvraag beschikbaar, vanwege beperkte houdbaarheid. (antibiotica injectie RGD) (D28)

Intramuraal wordt zowel naar geschatte behoefte, gebruik en mogelijk bij een cito-aanvraag medicatie besteld. (D27-2)

Over de hele linie valt op dat extramuraal de poliklinieken en posten onvoldoende bevoorrad zijn wat betreft anticonceptie. In de stad zijn er voldoende alternatieve mogelijkheden om aan anticonceptie te komen. In de districten kan dit echter een probleem opleveren.

Bloedbank

Dagelijks komt het voor dat de bloedbank niet aan een vraag voor bloed of bloedprodukten kan voldoen.

Het aantal bloeddonoren is gesteld op 4711 donoren (dec 2007), terwijl er een behoefte is aan tenminste 6000 donoren. Er worden geregeld activiteiten en wervingscampagnes georganiseerd, waarbij men de groep tussen 18 en 25 jaar extra wil motiveren om bloed te geven. Deze leeftijdsgroep is slechts in 6.7 % van de donoren vertegenwoordigd. De gemeenschap lijkt onvoldoende bewust van de verantwoordelijkheid van het bloedgeven, waarvoor dus een mentaliteitsverandering noodzakelijk is.

De bloedbank heeft over het algemeen voldoende middelen en materialen, waarbij wel aangegeven wordt dat er geen reservemateriaal of koelkasten zijn en incidentele tekorten wel voorkomen.

Tekorten zijn te wijten aan:

- Staking douane (materiaal kan dan niet ingeklaard worden).
- Vertraging in de luchtverbinding met het Caribisch gebied (benodigd materiaal kan dan niet aangeleverd worden) .
- Feestdagen.

Infrastructureel is de behuizing klein en is er vrij weinig opslagruimte. Plannen voor uitbreiding in infrastructuur, materiaal en personeel zijn echter wel aanwezig. Verder wordt bestudeerd of de bloedbank volledig digitaal zijn uitslagen kan verwerken.

Infrastructuur

Extramuraal

Verloskamers zijn basaal ingericht zonder optimale voorziening van water en elektriciteit. Over gegarandeerd water beschikt RGD in bijna 80 % van de poliklinieken, de MZ-posten in 2 van de 3 gevallen. Van de RGD poliklinieken met partusmogelijkheid heeft 80-90 % altijd elektriciteit en 10 % heeft een generator. 1 van de 3 posten van de MZ beschikt altijd over zowel elektriciteit als een generator. (niet in goede staat)

De communicatiemiddelen zijn in 40 % van de poli's met partusmogelijkheid (RGD) niet beschikbaar vanuit de instelling of moeilijk toegankelijk met name na de regulier openingstijden van de poli. Aangegeven wordt dat de telefoon in een andere ruimte dan de verloskamers staat. Onduidelijk is het of het een managementprobleem van de poli is dat tussendeuren na de reguliere openingstijden niet altijd geopend kunnen worden om toegang tot de telefoon te hebben. Ook wordt aangegeven dat in geval van cito-gevallen het systeem van bellen met telefoon van de RGD-poli met inbelcodes te veel tijd neemt. Observatie: er wordt daarnaast ook gebruik gemaakt van privé mobiele telefoons. (D34)

MZ beschikt altijd over radiocontact met het hoofdkantoor tijdens openingstijden. Buiten openingstijden is dit beperkt mogelijk via een oproepsysteem van Telesur.

In 3 van de 10 poliklinieken met partusmogelijkheid beschikt deze niet over een functionerende koelkast. (ivm koelhouden vaccinaties/bep soorten medicatie), dit is bij de MZ in 1 van de 3 posten. (D34)

Intramuraal

Verloskamers zijn over het algemeen goed ingericht. Water en elektriciteitsvoorziening zijn echter ook in de ziekenhuizen niet volledig gegarandeerd. LH beschikt voor 90-95 % gegarandeerd over water; SZN, AZP en DH voor 100 %.

Uit gesprekken echter blijkt dat dit alleen geldt voor de 'meest essentiële' afdelingen van het ziekenhuis. (OK, IC)

Over elektriciteit beschikt LH 90-95% % van de tijd; generator ontbreekt in LH. SZN, AZP en DH beschikken 100 % over elektriciteit en hebben tevens een generator die alleen ingeschakeld wordt voor wederom de meest essentiële afdelingen.

Communicatiemiddelen zijn over het algemeen geen probleem; de toegang tot de centrale telefoondienst van het ziekenhuis is wisselend gebleken tijdens het SMNA.

Koeling mits elektriciteit aanwezig, is gegarandeerd.

Lessons learned

- Niveau samenstelling onderzoeksteam balanceren en inzet garanderen projectmedewerkers. Niveau veldwerkers afstemmen met diepgang en niveau project.
- Toestemmingsproces tijdig beginnen. (1 maand voor geplande startdatum)
- Contactpersoon binnen een instelling vergemakkelijkt een assessment/onderzoek.
- Presentatie waarin doel, opzet en wederzijds nut van een assessment/onderzoek wordt uitgelegd verhoogt het draagvlak.
- Begrip voor onderzoeksmoeheid binnen de instellingen. Onderzoeken met hetzelfde onderwerp op elkaar afstemmen om dubbele, onnodige verzoeken voor onderzoeken te voorkomen.
- Beter terugkoppelen van gegevens naar desbetreffende instelling voor interne doeleinden en kennis kunnen opdoen omtrent resultaten onderzoek.