

PIEN OFFERHAUS
MARGOT FLEUREN
MICHEL WENSING

WOK
CENTRE FOR
QUALITY OF
CARE RESEARCH

De impact van
de eerste
KNOV-standaard
voor eerstelijns-
verloskundigen



DE IMPACT VAN DE EERSTE KNOV-STANDAARD

VOOR

EERSTELIJNSVERLOSKUNDIGEN

Nijmegen/Leiden: september 2003

Pien Offerhaus, afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK)

Margot Fleuren, TNO Preventie en Gezondheid

Michel Wensing, afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK)

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD

1	INLEIDING	5
1.1	Achtergronden van de ontwikkeling van de KNOV-standaard	5
1.1.1	Richtlijnen in de Nederlandse gezondheidszorg	5
1.1.2	Richtlijnen voor de eerstelijnsverloskunde	6
1.1.3	De eerste KNOV-standaard	6
1.2	Doelstelling van de evaluatie	7
1.3	Vraagstellingen	8
1.4	Opbouw van het rapport	8
2	DEELSTUDIE 1: DE STANDAARD ANEMIE NADER BEKEKEN	
2.1	Inleiding	9
2.2	Methode	9
2.2.1	Selectie van kernaanbevelingen	9
2.2.2	Panelbeoordeling	10
2.3	De geselecteerde aanbevelingen	12
2.4	Resultaten van het AGREE instrument	15
2.5	Resultaten van de implementatie checklist	17
2.6	Belangrijkste bevindingen uit deelstudie 1	19
3	DEELSTUDIE 2: HET GEBRUIK VAN DE STANDAARD DOOR VERLOSKUNDIGEN	21
3.1	Inleiding	21
3.2	Methode	21
3.2.1	Studiepopulatie	21
3.2.2	Variabelen	22
3.2.3	Non-respons analyse	24
3.2.4	Data-analyse	24
3.3	Resultaten	26
3.3.1	Respons	26
3.3.2	De respondenten: persoonskenmerken en verspreiding en gebruik van de standaard	28
3.3.3	Kennisname van, mening over en zelfgerapporteerde toepassing van de aanbevelingen onder de respondenten	31
3.3.4	Opmerkingen bij de aanbevelingen	34
3.3.5	Mogelijke belemmerende en bevorderende factoren	36
3.3.6	Casusregistraties	40

3.3.7	Resultaten van de telefonische enquête onder non-responders	42
3.3.8.	Samenhang tussen verschillende variabelen	42
3.3.9	De belangrijkste bevindingen van deelstudie 2	44
4	DEELSTUDIE 3: INVENTARISATIE VAN KNELPUNTEN IN DE PRAKTIJK	49
4.1	Inleiding	49
4.2	Methode	50
4.3	Gegevensverzameling	50
4.4	Analyse	52
4.5	Resultaten	52
4.5.1	Beschrijving beide toetsgroepen	52
4.5.2	Bevorderende en belemmerende factoren bij verloskundigen	54
4.5.3	Belemmerende en bevorderende factoren bij zwangeren	60
4.6	Belangrijkste bevindingen	61
5	BESCHOUWING	65
5.1	Samenvatting van de resultaten	63
5.1.1	Kwaliteit en implementeerbaarheid van de KNOV-standaard Anemie	63
5.1.2	Impact van uitbrengen standaard op verloskundigen	66
5.1.3	Ervaren knelpunten in de patiëntenzorg	67
5.2	Beperkingen van de deelstudies	68
5.3	Interpretatie	69
5.4	Implicaties voor beleid	69
5.5	Aanbevelingen	71

Referenties

Bijlage 1: Onderwerpen en items van het AGREE instrument

Bijlage 2: Resultaten implementatie checklist per aanbeveling

Bijlage 3: Vragenlijst met betrekking tot de KNOV-standaard Anemie

VOORWOORD

Verloskundigen in de eerste lijn vervullen een belangrijke rol in de Nederlandse gezondheidszorg; zeker nu huisartsen steeds minder bevallingen doen. Het is daarom verheugend dat de beroepsgroep haar professionele verantwoordelijkheid serieus neemt en een actief beleid voert voor bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorgverlening. De ontwikkeling en implementatie van richtlijnen voor goede verloskundige zorg is één van de speerpunten in dat beleid. Dit rapport doet verslag van een studie naar implementatie van de eerste richtlijn van de beroepsgroep, die betrekking heeft op de diagnostiek en therapie ten aanzien van anemie bij zwangeren. Het project werd uitgevoerd op verzoek van de Kleine Advies Commissie (KLAC) met financiële ondersteuning van het College van Zorgverzekeraars (CVZ). De resultaten laten zien dat de richtlijn Anemie de vergelijking met andere richtlijnen goed kan doorstaan, maar dat actief beleid nodig is voor de implementatie van enkele aanbevelingen in de richtlijn. Het rapport is ook interessant voor niet-verloskundigen, omdat het een veelbelovend richtlijnenprogramma van een beroepsgroep in beeld brengt.

Prof. dr. R. Grol

1 INLEIDING

In het onderhavige rapport wordt verslag gedaan van de evaluatie van de implementatie van de eerste KNOV-standaard voor eerstelijnsverloskundigen in Nederland, die in november 2000 werd uitgebracht door de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Het ontwikkelen van KNOV-standaarden was een onderdeel van PROVER: een programma ter bevordering van de doelmatigheid en kwaliteit van zorg door verloskundigen. Dit programma is door de KNOV uitgevoerd in de periode 1997-2001 en is gefinancierd door College van Zorgverzekeraars (CvZ). Ook de evaluatie van PROVER, waaronder dit rapport valt, is door CvZ gefinancierd.

Voordat de evaluatie verder wordt toegelicht, zal eerst de achtergrond waartegen de ontwikkeling en implementatie van deze KNOV-standaard plaatsvond, worden beschreven.

1.1 Achtergronden van de ontwikkeling van de KNOV-standaard

1.1.1 Richtlijnen in de Nederlandse gezondheidszorg

Het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO startte in 1982 met het ontwikkelen van landelijke consensusrichtlijnen voor medisch specialisten en het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) ontwikkelt sinds 1989 landelijke richtlijnen (NHG-standaarden) voor huisartsen ¹. Sindsdien is richtlijnontwikkeling voor patiëntenzorg in toenemende mate een instrument voor kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbewaking bij verschillende beroepsverenigingen en beroepsbeoefenaren in de Nederlandse gezondheidszorg geworden.

Volgens de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) past deze richtlijnontwikkeling in het voortdurend proces van professionalisering – het streven naar verdere (kennis)ontwikkeling – dat plaatsvindt in de gezondheidszorg ². Goede richtlijnen geven de huidige stand van zaken in de wetenschap weer en bevorderen zo wetenschappelijk onderbouwde zorg (evidence based medicine). Bovendien bevestigen richtlijnen, ontwikkeld door de eigen beroepsgroep, de professionele autonomie van een beroepsgroep. Zij definiëren immers de door de beroepsgroep zelf gewenste inhoud van de professionele zorg. Tegelijkertijd beperken zij de autonomie voor de individuele beroepsbeoefenaar. Deze behoudt een eigen handelingsbevoegdheid, maar wordt geacht zich te houden aan een opgestelde richtlijn, tenzij hij of zij goede redenen heeft daarvan af te wijken.

Echter, het ontwikkelen van richtlijnen biedt geen garantie dat deze ook worden opgevolgd. Vaak zal hiervoor bij de individuele beroepsbeoefenaar een veranderingsproces plaats moeten vinden. Dit veranderingsproces kan beschreven worden in elkaar opvolgende fasen: oriëntatie (bewust zijn van de innovatie, interesse); inzicht (kennis van de innovatie); acceptatie (positieve attitude, intentie tot verandering); verandering (starten met toepassing); behoud (integratie in de vaste routines) ³. Soms worden de eerste drie fasen samengevat onder de term 'adoptie' ⁴. Deze benadering gaat ervan uit dat voorafgaand aan daadwerkelijke verandering, de zorgverlener tenminste bekend

moet zijn met de inhoud van de richtlijn en vervolgens een besluit moet nemen om deze toe te gaan passen. Allerlei factoren kunnen meespelen bij het al dan niet doorlopen van deze fasen. Pas als het veranderingsproces ook daadwerkelijk plaats heeft gevonden, is er sprake van geslaagde implementatie.

In een door Grol ontwikkeld model voor implementatie is de ontwikkeling van een richtlijn of een andere innovatie in de gezondheidszorg dan ook slechts een eerste stap. Idealiter wordt de verdere implementatie volgens een gestructureerd proces aangepakt, waarbij op basis van een analyse van de doelgroep (de beroepsbeoefenaren) een strategie wordt uitgewerkt, een implementatieplan wordt opgesteld, getest en uitgevoerd, waarna evaluatie plaatsvindt. Op basis van de evaluatie wordt beoordeeld of er stappen in dit proces bijgesteld en herhaald moeten worden.

1.1.2 Richtlijnen voor de eerstelijnsverloskunde

In het kwaliteitsbeleid van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) is het ontwikkelen van eigen richtlijnen, ofwel KNOV-standaarden, een belangrijk element⁵. De methodiek voor het ontwikkelen van KNOV-standaarden is vergelijkbaar met het NHG-richtlijnenprogramma. Voor huisartsen is een centrale rol hierin weggelegd voor de Verloskundige Adviesraad Standaarden (VAS). De VAS geeft aan voor welk onderwerp het ontwikkelen van een KNOV-standaard gewenst is en stelt een werkgroep samen die deze standaard ontwikkelt. De VAS bewaakt het ontwikkelingsproces, toetst de conceptversie van de standaard aan uitgangspunten en inzichten van de verloskundige beroepsgroep en bekrachtigt de definitieve versie alvorens deze aan de KNOV aan te bieden. Met het uitbrengen van eigen standaarden beoogt de KNOV de eerstelijnsverloskundige zorgverlening in overeenstemming te brengen met bestaande of nieuwe wetenschappelijke inzichten en ongewenste variatie in de zorg te verminderen⁶.

1.1.3 De eerste KNOV-standaard

De eerste standaard, die in samenwerking met TNO Preventie en Gezondheid is ontwikkeld, heeft anemie als onderwerp. Dit was één van de onderwerpen die door de beroepsgroep zelf was aangedragen. Een overweging van de KNOV bij deze keuze is geweest dat dit onderwerp binnen de eerstelijnsverloskunde zou zijn af te bakenen en uit te werken, zodat binnen de eigen beroepsgroep ervaring kon worden opgedaan met ontwikkeling en implementatie van een eerste standaard⁶.

Bij de keuze voor dit onderwerp heeft daarnaast ongetwijfeld een rol gespeeld dat er grote variatie in beleid is rondom anemie in de zwangerschap, zowel internationaal als nationaal. Internationaal is er discussie over het al dan niet routinematig voorschrijven van ijzerpreparaten aan gezonde zwangeren^{7,9}. In Nederland is routinematig voorschrijven van ijzerpreparaten weliswaar ongebruikelijk, maar desondanks ontving een groot deel van de zwangeren ijzerpreparaten op voorschrift van de verloskundigen, in ieder geval vóór het uitkomen van deze standaard¹⁰. Daarnaast was er binnen Nederland grote variatie in methoden voor opsporing van anemie. Binnen de eerstelijnsverloskunde vond opsporing van anemie voornamelijk plaats aan de hand van herhaalde Hb-bepaling, waarbij echter variatie was in zowel aantal metingen (gemiddeld drie) als gehanteerde

normaalwaarden (gemiddeld 7,0 mmol/l) ¹¹. Er was bovendien discussie gaande over het nut van deze screeningsmethode ^{12,13}.

De standaard 'Anemie in de eerstelijnsverloskundige praktijk' ¹⁴ is uitgekomen in november 2000. Deze standaard is er op gericht het onderzoek naar anemie doeltreffender en doelmatiger te laten plaatsvinden en het voorschrijven van ijzermedicatie aan zwangeren terug te brengen tot alleen die gevallen waar er werkelijk sprake is van ijzergebreksanemie. Er worden aanbevelingen gedaan voor onderzoek, diagnostiek en behandeling van anemie bij zwangere vrouwen binnen de eerstelijns-

beleid is dat er bij de
eden van hemodilutie
ke afkappunten voor
test bij een laag Hb.
n teruggebracht naar

Erratum

Op pag 6, regel 15, staat 'voor huisartsen is een centrale rol ...etc'

Dat moet zijn 'voor verloskundigen is een centrale rol...'

ikkeling ³. Een goede
zoek; dit zal ook de
elijk 'implementatie-
zichtbare effecten op
ased karakter als de
ar ^{16,17}. Daarnaast is
rtatiekenmerken van
was om m.b.v. deze
de KNOV-standaard

in aantal activiteiten
breide versie van de
onderbouwing wordt
art uitgegeven ¹⁹. De
er alle leden van de
ekt. De KNOV heeft
ken beroepsgroepen,
voor Verloskundigen
indaard. Verder is in
verloskundigen over
was om in kaart te

brengen wat de impact van deze activiteiten is geweest op kennis, houding en handelen van verloskundigen.

Naast kennisname en acceptatie van de inhoud van de standaard kunnen allerlei andere factoren van invloed zijn op de daadwerkelijke toepassing van de aanbevelingen in de zorg door een verloskundige aan individuele zwangeren. Deze factoren kunnen gerelateerd zijn aan de standaard zelf (zoals lay-out, onjuiste of onduidelijke aanbevelingen), de individuele verloskundige (zoals opvattingen over richtlijnen, geneigdheid om aan routines vast te houden, maar ook kenmerken als leeftijd of praktijkvorm), de zwangere (zoals verwachtingen t.a.v. ijzermedicatie), de omgeving (opvattingen en beleid bij collega's, gynaecologen, huisartsen en laboratoria) of aan de organisatie van de zorg (zoals beschikbare apparatuur, tijd en geld)^{4,20}. Een derde doel van de evaluatie was om te inventariseren welke factoren van invloed zijn op toepassing van de standaard in de directe patiëntenzorg.

1.3 Vraagstellingen

De evaluatie had tot doel antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Wat is de kwaliteit en implementeerbaarheid van de KNOV-standaard Anemie, afgemeten m.b.v. het AGREE instrument en het 'implementeerbaarheid' instrument van Grol en Burgers?
2. Wat is de impact van de activiteiten van de KNOV ten behoeve van de disseminatie en implementatie van de KNOV-standaard Anemie op kennis, houding en handelen bij eerstelijnsverloskundigen op het terrein van anemie?
3. Welke knelpunten ervaren verloskundigen en zwangere vrouwen in de directe patiëntenzorg voor implementatie van de KNOV-standaard Anemie?

1.4 Opbouw van het rapport

De evaluatie is in drie deelstudies uitgevoerd. In de eerste deelstudie is de kwaliteit en implementeerbaarheid van de KNOV-standaard door een panel beoordeeld. Om deze beoordeling mogelijk te maken zijn eerst de belangrijkste aanbevelingen uit de standaard geselecteerd. In deelstudie 2 is de impact van het uitbrengen van de standaard op de kennis, acceptatie en toepassen van de aanbevelingen van de standaard gemeten m.b.v. een schriftelijke enquête onder een steekproef van 260 verloskundigen en de derde deelstudie bestaat uit een nadere inventarisatie van knelpunten voor implementatie onder twee groepen verloskundigen die deel hebben genomen aan intercollegiale toetsing aan de hand van het uitgebrachte toetsprogramma over deze standaard.

De methodiek en de resultaten worden per deelstudie beschreven in hoofdstuk 2 tot en met 4. In hoofdstuk 5 worden op basis van de resultaten de vraagstellingen beantwoord en aanbevelingen geformuleerd voor de verdere implementatie van deze standaard en voor het verdere standaardbeleid van de KNOV.

2 DEELSTUDIE 1: DE STANDAARD ANEMIE NADER BEKEKEN

2.1 Inleiding

Het opstellen van een goede standaard is een eerste belangrijke stap bij het vertalen van (wetenschappelijke) kennis naar de praktijk³. Met het oog op eventuele aanbevelingen voor verbetering van de standaard 'Anemie' en het opstellen van nieuwe standaarden door de KNOV werd daarom in de eerste deelstudie de kwaliteit van de standaard zelf beoordeeld. Daarbij zijn wij er vanuit gegaan dat een goede standaard aan verschillende eisen moet voldoen. In de eerste plaats is een goede standaard zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Om de navolging te bevorderen, zal een goede standaard daarnaast ook aan een aantal andere kenmerken moeten voldoen, zoals voldoende draagvlak hebben en niet te complex zijn^{15,18}. Dit geldt niet alleen voor een standaard als geheel, maar ook voor de afzonderlijke aanbevelingen voor het handelen die in een standaard zijn verwoord. Beoordeling van de kwaliteit en implementeerbaarheid van de standaard vond in deze studie dan ook op beide niveaus plaats.

De vraagstelling in deelstudie 1 luidde:

Wat is de kwaliteit en implementeerbaarheid van de KNOV-standaard 'Anemie', afgemeten aan het AGREE instrument en het 'implementeerbaarheid' instrument van Grol en Burgers?

2.2 Methode

2.2.1 Selectie van kernaanbevelingen

Om de kwaliteit en implementeerbaarheid van afzonderlijke aanbevelingen te kunnen beoordelen, zijn voorafgaand aan deelstudie 1 de belangrijkste aanbevelingen voor het handelen geselecteerd. Deze kernaanbevelingen geven tezamen de belangrijkste boodschap van de standaard. Op basis van de tekst van de korte versie van de standaard zijn door de onderzoeker 16 aanbevelingen voor het handelen van verloskundigen geformuleerd m.b.t. onderzoek naar anemie, therapie, verwijzing en samenwerking, preventie en voorlichting. Deze aanbevelingen zijn in twee schriftelijke rondes voorgelegd aan de drie opstellers van de standaard en een deskundige op het gebied van standaardenontwikkeling. Zowel in de eerste als in de tweede ronde was telkens één opsteller van de standaard onverwacht niet in de gelegenheid om de aanbevelingen te beoordelen.

Criteria voor het aanwijzen van een aanbeveling als 'kernaanbeveling' waren in de eerste ronde:

- Het niet opvolgen van de aanbeveling heeft gevolgen voor de gezondheid, kosten van de zorg of het risico van medicalisering.
- De aanbeveling betreft een vernieuwing of het achterwege laten van een bestaande handelwijze.

In de tweede ronde, waarin de aanbevelingen waarover nog geen consensus was bereikt opnieuw werden voorgelegd, werd daar als derde criterium aan toegevoegd:

- wanneer deze aanbeveling niet wordt gehanteerd, gaat men voorbij aan de essentie van de standaard

De lijst van geselecteerde aanbevelingen staat beschreven in paragraaf 2.3

2.2.2 Panelbeoordeling

Voor de beoordeling van de KNOV-standaard 'Anemie' werd een panel samengesteld van vier deskundigen op het gebied van kwaliteitsbeleid, richtlijnen en/of 'evidence based medicine'. De ervaring leert dat dit een acceptabele interbeoordelaarsbetrouwbaarheid oplevert. Tenminste twee panelleden waren goed op de hoogte van de alledaagse praktijk in de eerstelijnsverloskunde.

Het panel beoordeelde de korte versie van de standaard, die ook aan alle KNOV-leden is verstrekt. Indien nodig betrokken de panelleden de praktijkkaart en/of de wetenschappelijke onderbouwing in hun oordeel. De beoordeling vond plaats m.b.v. het AGREE instrument¹⁷ en met een aangepaste versie van de implementatie checklist, zoals is ontwikkeld voor de NHG standaarden¹⁸.

AGREE instrument

Het AGREE instrument¹⁷ is ontwikkeld om de kwaliteit van richtlijnen te kunnen beoordelen, tijdens het ontwikkelingsproces, of voorafgaand aan het gebruik. Kwaliteit is in dit verband gedefinieerd als het vertrouwen dat potentiële bronnen van vertekening bij het ontwikkelen van een richtlijn zo beperkt mogelijk zijn gebleven en dat de aanbevelingen zowel intern als extern valide zijn en haalbaar in de praktijk. De nadruk van het AGREE instrument ligt daarmee op het beoordelen van de gevolgde procedure van richtlijnontwikkeling en de verslaglegging daarvan.

Het instrument bestaat uit een vragenlijst met 23 items over de volgende zes onderwerpen: het onderwerp en doel, de betrokkenheid van de belanghebbenden, de methodologie, de helderheid en presentatie, de toepassing en de onafhankelijkheid van de opstellers van de standaard. Per onderwerp zijn meerdere items gebruikt. De items worden gescoord op een vierpuntsschaal lopend van 'zeer oneens' tot 'zeer eens'. Naast deze 23 items wordt er een algemeen oordeel gevraagd over de aanbevelenswaardigheid van de standaard met als antwoordmogelijkheden: onzeker, niet aan te bevelen, aan te bevelen of sterk aan te bevelen.

Het instrument biedt de mogelijkheid om toelichting te geven bij het gegeven antwoord. Per item wordt de score van de verschillende beoordelaars berekend als het percentage van de hoogst mogelijke score. Per onderwerp wordt een score van de beoordelaars berekend als het percentage van de hoogst mogelijke score op de verschillende items van dat onderwerp (zie bijlage 1 voor het AGREE instrument).

Bij scoring door vier beoordelaars werd in de ontwikkelingsstudie een acceptabel betrouwbaarheidsniveau gevonden (Cronbach α per onderwerp variërend van 0,64 tot 0,88). De validiteit werd op verschillende manieren beoordeeld. 95% van de gebruikers beoordeelden het instrument als nuttig (face validiteit) en de scores op de afzonderlijke onderwerpen correleerden sterk met het algemene oordeel over een richtlijn (criterium validiteit)¹⁶.

Implementatie checklist

De gebruikte implementatie checklist (zie tekstbox 1) bestaat uit een lijst van 12 kenmerken die van invloed kunnen zijn op de implementatie in de praktijk^{15,18}. Deze kenmerken betreffen de volgende drie onderwerpen: wetenschappelijke onderbouwing, aanwezigheid van bevorderende factoren voor toepassing (compatibiliteit) en aanwezigheid van belemmerende factoren voor toepassing (uitvoerbaarheid). Het door Burgers ontwikkelde instrument werd op 2 punten aangepast ten bate van de beoordeling van de KNOV-standaard. Een item over het bespreken van eventuele risico's van de behandeling is vervallen. Toegevoegd is een item over de concrete en specifieke formulering van de aanbevelingen (item 6).

De panelleden beoordeelden de helft van de 12 kernaanbevelingen op het wel of niet aanwezig zijn van deze 12 kenmerken (dichotome schaal). Iedere aanbeveling werd dus door twee panelleden beoordeeld. De panelleden hadden daarbij de mogelijkheid om toelichting te geven bij het gegeven antwoord. Per onderwerp is als totaalscore het percentage 'eens' berekend (totaal aantal malen 'eens' per totaal aantal beoordelingen). Ook is per kernaanbeveling het percentage 'eens' berekend over de drie onderwerpen. De ontvangen toelichtingen bij items van beide instrumenten zijn bekeken en samengevat. Aandachtspunten daarbij waren met name verwachte knelpunten bij de implementatie van de standaard en de kernaanbevelingen, adviezen voor aanpassing van de standaard 'Anemie' en adviezen m.b.t. het opstellen van toekomstige standaarden.

Tekstbox 1: De implementatie checklist, aangepaste versie, naar Burgers e.a.¹⁸

Wetenschappelijke onderbouwing

1. De aanbeveling wordt hoofdzakelijk onderbouwd met wetenschappelijk onderzoek.
2. De aanbeveling wordt ondersteund met een bespreking van de voordelen van het opvolgen van de aanbeveling (kans op toename van gezondheid/kwaliteit van leven of op minder behandeling bij gelijkblijvende gezondheidsuitkomsten).

Toepasbaarheid: bevorderende factoren

3. De aanbeveling is geen onderdeel van een complexe beslisboom.
4. De aanbeveling is eenvoudig uit te voeren.
5. De aanbeveling strookt met de normen en waarden van de bestaande klinische praktijk.
6. De aanbeveling is concreet en specifiek geformuleerd.
7. De effecten van de aanbeveling zijn snel zichtbaar of merkbaar (kans op toename van gezondheid/kwaliteit van leven of op minder behandeling bij gelijkblijvende gezondheidsuitkomsten).

Toepasbaarheid: belemmerende factoren

8. De toepassing van de aanbeveling vereist nieuwe kennis.
9. De toepassing van de aanbeveling vereist nieuwe vaardigheden.
10. De toepassing van de aanbeveling vereist aanpassingen in de organisatie.
11. De toepassing van de aanbeveling vereist verandering van bestaande routines en gewoontes.
12. De aanbeveling roept negatieve reacties op bij patiënten.

2.3 De geselecteerde aanbevelingen

Na de eerste ronde was er consensus over twaalf van de 16 geformuleerde aanbevelingen: negen werden als kernaanbeveling aangemerkt, drie niet. Naar aanleiding van opmerkingen werd de formulering van enkele aanbevelingen aangepast. Na de tweede ronde was er in totaal over veertien aanbevelingen consensus: tien kernaanbevelingen en vier niet-kernaanbevelingen. Over twee aanbevelingen werd geen consensus bereikt. Deze werden ten behoeve van deelstudie 1 en 2 aan de lijst van kernaanbevelingen toegevoegd. Men was akkoord met het aanwijzen van twee van de aanbevelingen als de belangrijkste kernaanbevelingen, die door een van de opstellers in de eerste ronde als het 'hart' van de standaard waren benoemd.

Aanbeveling 1 (onderzoek naar anemie)

Routinematig onderzoek naar anemie aan de hand van een Hb-bepaling bij zwangeren doet de verloskundige alleen in de volgende situaties:

- bij intake,
- bij 30 weken zwangerschapsduur,
- Bovendien bij 20 weken zwangerschapsduur, indien er sprake is van een verhoogd risico op het ontwikkelen van ijzergebreksanemie, namelijk bij een zwangerschap binnen een jaar na de geboorte van het vorige kind en/of een tienerzwangerschap en/of een meerling-zwangerschap en/of slechte voedingsgewoonten.

Aanbeveling 2 (onderzoek naar anemie)

Onderzoek naar anemie aan de hand van een Hb-bepaling bij kraamvrouwen dient alleen plaats te vinden in de volgende situaties:

- bij het optreden van klachten die zeer suspect zijn voor anemie (collaberende en/of extreme vermoeidheid en/of hoofdpijn en/of tachycardie),
- of bij een kraamvrouw die rondom de partus behandeld werd voor een ijzergebreksanemie, aan het eind van het kraambed (*dus niet eerder dan de 6^e dag post partum*),
- of bij een kraamvrouw na een fluxus post partum (> 1000cc bloedverlies), aan het eind van het kraambed (*dus niet eerder dan de 6^e dag post partum*),
- en/of 6 weken post partum bij een kraamvrouw die na de partus behandeld werd voor een ijzergebreksanemie.

Aanbeveling 3 (onderzoek naar anemie)

Bij een Hb-bepaling wordt als ondergrens voor een normaal Hb-gehalte een waarde gehanteerd die specifiek is voor de zwangerschapsduur, overeenkomstig onderstaand schema. Onder deze afkappunten is er sprake van een laag Hb en wordt er nadere diagnostiek verricht (in de zwangerschap) of ijzermedicatie voorgeschreven (tijdens het kraambed).

Schema 1: zwangerschapsspecifieke afkappunten voor een normaal Hb

weken	Blanke vrouwen	Negroïde vrouwen
10 tot en met 13	7,1 mmol/l	6,6 mmol/l
14 tot en met 17	6,8 mmol/l	6,3 mmol/l
18 tot en met 21	6,5 mmol/l	6,0 mmol/l
22 tot en met 37	6,3 mmol/l	5,8 mmol/l
Vanaf 38	6,5 mmol/l	6,0 mmol/l
1 week post partum	6,5 mmol/l	6,0 mmol/l
6 weken post partum	6,8 mmol/l	6,3 mmol/l

Aanbeveling 4 (onderzoek naar anemie)

Bij een Hb-bepaling dient bij negroïde vrouwen rekening te worden gehouden met normaalwaarden die 0,5 mmol/l lager liggen dan bij blanke vrouwen, overeenkomstig bovenstaand schema. Onder deze afkappunten is sprake van een laag Hb en wordt er nadere diagnostiek verricht (in de zwangerschap) of ijzermedicatie voorgeschreven (tijdens het kraambed).

Aanbeveling 5 (verwijzing en samenwerking)

Als bij onderzoek naar anemie bij de intake een Hb-waarde wordt gevonden van < 6,0 mmol/l wordt de zwangere naar de huisarts verwezen voor nadere diagnostiek.

Aanbeveling 6 (onderzoek naar anemie)

Als tijdens de zwangerschap bij onderzoek naar anemie een laag Hb gevonden is, wordt een MCV-bepaling verricht. Aan de hand van de MCV-bepaling dient onderscheid gemaakt te worden tussen hemodilutie, ijzergebreksanemie of een andere vorm van anemie. Daarbij dient te worden uitgegaan van het volgende schema:

- Bij een MCV-waarde ≥ 80 fL maar < 100fL is er sprake van hemodilutie.
- Bij een MCV-waarde < 80fL maar ≥ 70 fL is er sprake van een anemie, waarbij ijzersuppletie dient te worden voorgeschreven.
- Bij een MCV-waarde < 70 fL wordt de zwangere naar de huisarts verwezen voor nadere diagnostiek naar andere oorzaken van anemie, zoals hemoglobinopathie, chronische ziekte of intoxicatie.
- Bij een MCV-waarde ≥ 100 fL wordt de zwangere naar de huisarts verwezen voor nadere diagnostiek naar andere oorzaken van anemie zoals vit. B12- of foliumzuurdeficiëntie, of hemolytische anemie.

Aanbeveling 7 (therapie)

Ijzermedicatie wordt niet voorgeschreven aan zwangeren bij wie geen anemie is vastgesteld, ook niet om een 'goed uitgang-Hb' te bewerkstelligen voor de partus of het kraambed.

Ijzermedicatie wordt niet voorgeschreven aan zwangeren met 'anemische klachten' (vermoeidheid en/of kortademigheid en/of tachycardie), tenzij een anemie is vastgesteld.

Aanbeveling 8 (therapie)

De verloskundige schrijft ijzermedicatie voor in de volgende situaties:

- Als tijdens de zwangerschap een laag Hb is vastgesteld in combinatie met een MCV-waarde < 80 fL maar ≥ 70 fL.
- En/of als tijdens het kraambed een Hb is vastgesteld < 6,5 mmol/l (bij negroïde vrouwen < 6,0 mmol/l).

Aanbeveling 9 (therapie)

Als ijzermedicatie is voorgeschreven, vindt vervolgcontrole van het Hb plaats na 4-6 weken. Bij de vervolgcontrole dient aan de hand van onderstaand schema (schema 2) besloten te worden voor beëindigen van de medicatie, voortzetten van de medicatie en vervolgcontrole, of nadere diagnostiek naar de oorzaak van de anemie.

Schema 2: vervolgcontroles bij ijzersuppletie

Hb-gehalte na 6 weken ijzersuppletie	Zwangerschaps-duur	Vergelijking met vorige Hb-bepaling	Actie
Hb $\geq$ p5 voor de zw. duur	Bij elke zwangerschapsduur		Doorgaan met halve dosis ijzermedicatie (herstel ijzervoorwaarden). Opnieuw controle van Hb na 6 weken. Indien na 6 weken halve dosering Hb $\geq$ p5 voor de zw. duur: stoppen met medicatie
Hb < p5 voor de zw. duur	< 22 weken	Hb niet meer dan 0,3 mmol/l gedaald	Voortzetting volledige dosis ijzermedicatie. Opnieuw controle van Hb na 6 weken
Hb < p5 voor de zw.duur	< 22 weken	Hb meer dan 0,3 mmol/l gedaald	Nadere diagnostiek in overleg met de huisarts.
Hb < p5 voor de zw. duur	≥ 22 weken	Hb gelijk of stijgend	Voortzetting volledige dosis. IJzermedicatie en opnieuw controle van Hb na 6 weken.
Hb < p5 voor de zw. duur	≥ 22 weken	Hb gedaald	Nadere diagnostiek in overleg met de huisarts.

Aanbeveling 10 (therapie)

De verloskundige heeft de taak de zwangere te wijzen op het belang van de medicatie en therapietrouw. Gebruik van alternatieve ijzermedicatie wordt afgeraden.

Aanbeveling 11 (preventie en voorlichting)

De beste garantie voor voldoende ijzerintake is een gezonde en gevarieerde voeding. Voedingsvoorlichting ter preventie van ijzergebreksanemie dient hier op gericht te zijn en niet op eenzijdig gebruik van ijzerrijke producten. De verloskundige geeft de zwangere derhalve voorlichting

over het belang van een gezonde en gevarieerde voeding ter bevordering van een adequate ijzerintake. Ter bevordering van de absorptie adviseert zij bovendien het gebruik van een vit. C bron (fruit, groente en/of vruchtensap) bij iedere maaltijd en raadt het gebruik van koffie en thee tijdens de maaltijd af.

Aanbeveling 12 (verwijzing en samenwerking)

Als tijdens de zwangerschap een Hb wordt vastgesteld van $< 5,6$ mmol/l, verwijst de verloskundige de zwangere voor overleg naar de gynaecoloog.

Opmerkingen bij de lijst van aanbevelingen

- De selecteerders vonden aanbeveling 3 (zwangerschapsspecifieke Hb-waarden) en aanbeveling 6 (MCV-bepaling als diagnostische test bij een laag Hb) het echte hart van de standaard.
- Over aanbeveling 4 (m.b.t. negroïde vrouwen) en aanbeveling 10 (betreffende adviezen over therapietrouw en alternatieve medicatie) werd geen consensus bereikt over het al dan niet selecteren als kernaanbeveling.

2.4 Resultaten van het AGREE instrument

Als algemeen oordeel vinden de panelleden dat de standaard aan te bevelen is (tweemaal) of sterk aan te bevelen is (tweemaal) voor gebruik in de praktijk. Het panel heeft de hoogste onderwerpscore gegeven aan de standaard op het onderwerp 'helderheid en presentatie' (83%). De overige onderwerpscores variëren tussen de 60% en 67% (zie tabel 1). Op een aantal afzonderlijke items heeft de standaard hoge scores ($> 90\%$) gekregen. De beoogde patiëntenpopulatie (item 3) en de beoogde gebruikers (item 6) worden als duidelijk beoordeeld. De te behalen gezondheidswinst en risico's (item 11) zijn volgens het panel afdoende meegewogen en ook de eventuele organisatorische aanpassingen, voor zover van toepassing, zijn goed besproken (item 19). Verder worden de opstellers als onafhankelijk beoordeeld door het panel (item 22). Met deze sterke punten lijkt de standaard sterk gericht op acceptatie en gebruik in de (eerstelijns)praktijk. Er zijn ook afzonderlijke items die een lage score ($\leq 50\%$) ontvingen van het panel. Het doel van de standaard (item 1) vond men niet expliciet beschreven. Ook het beschrijven van het testen van de standaard in proefpraktijken (item 7); de werkwijze om vanuit de literatuur tot concrete aanbevelingen te komen (item 9 en 10), het beschrijven van een procedure voor herziening (item 14), van de gemaakte kostenoverwegingen (item 20), van toetscriteria (item 21) en van mogelijke conflicterende belangen binnen de werkgroep (item 23) scoorden laag. Een relatief lage score ten opzichte van de hoge score op het onderwerp 'helderheid en presentatie' was er voor de herkenbaarheid van de kernaanbevelingen (item 17, score 67%).

Er is door het panel uitgebreid gebruik gemaakt van de mogelijkheid om hun antwoorden toe te lichten. Uit deze opmerkingen blijkt dat de relatief lage score voor methodologie (60%) voor een groot deel is terug te voeren op het onvoldoende expliciet maken van de gevolgde werkwijzen, waardoor het niet goed mogelijk was er een goed oordeel over te vellen. Verder gaven de beide niet-

verloskundige panelleden ter overweging om ook huisartsen en gynaecologen als relevante beroepsgroepen te vertegenwoordigen in de standaardenwerkgroep. Het panel had een verdeeld oordeel over de aandacht voor het patiëntperspectief in de standaard. Twee panelleden vonden dat er middels literatuuronderzoek en opmerkingen in de aanbevelingen genoeg rekening is gehouden met de belangen van de zwangeren. Beide andere panelleden waren van mening dat de voorkeuren van de zwangere onvoldoende zijn nagegaan. De praktijkkaart heeft blijkens de opmerkingen een belangrijk aandeel in de goede score op het onderwerp 'helderheid en presentatie'.

Tabel 1: Resultaten AGREE vragenlijst

Onderwerpen en items van het AGREE instrument	Gemiddelde scores van 4 beoordelaars	
	Per onderwerp	Per item
Onderwerp en doel	67%	
Patiëntenpopulatie is specifiek beschreven		92%
Klinische vragen zijn specifiek beschreven		58%
Doel is specifiek beschreven		50%
Betrokkenheid van belanghebbenden	65%	
Beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd		100%
Leden werkgroep komen uit alle relevante beroepsgroepen		75%
Perspectief en voorkeuren patiënten zijn nagegaan		58%
Richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers		25%
Methodologie	60%	
Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen		100%
Systematische methoden gebruikt voor zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal		75%
Expliciet verband tussen aanbevelingen en onderliggend wetenschappelijk bewijsmateriaal		75%
Richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld		75%
Procedure voor herziening richtlijn is vermeld		42%
Gebruikte methoden zijn duidelijk beschreven		33%
Criteria voor selecteren van wetenschappelijk bewijsmateriaal duidelijk beschreven		17%
Helderheid en presentatie	83%	
Aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig		100%
Toepassing van richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen		92%
Verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld		75%
Kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen		67%
Toepassing	64%	
Mogelijke organisatorische belemmeringen zijn besproken		92%
Mogelijke kostenimplicaties zijn besproken		50%
Richtlijn geeft belangrijkste criteria voor nagaan en toetsen of richtlijn wordt gevolgd		50%
Onafhankelijkheid van de opstellers	67%	
Richtlijn is niet beïnvloed door opvattingen of belangen financierende instantie		100%
Conflicterende belangen van leden werkgroep zijn vastgelegd		33%

2.5 Resultaten van de implementatie checklist

In tabel 2 zijn de totaalscores over alle aanbevelingen op de implementatie checklist weergegeven. Bij de bespreking van de resultaten wordt een score van $\leq 50\%$ op de onderwerpen 'wetenschappelijke onderbouwing' en 'bevorderende factoren' als minder gunstig beschouwd. Een score van $> 50\%$ op het onderwerp 'belemmerende factoren' wordt als minder gunstig beschouwd. De minder gunstige resultaten, die een negatief effect op de implementeerbaarheid zouden kunnen hebben, worden besproken. Daarbij wordt steeds aangegeven welke aanbevelingen door beide beoordelaars ongunstig zijn beoordeeld.

Laag scorende bevorderende factoren:

- De wetenschappelijke onderbouwing scoorde 46%. Aanbeveling 1 en 2 (tijdstippen van routinematig onderzoek en indicaties voor onderzoek in het kraambed), aanbeveling 5 (verwijzing naar huisarts bij Hb $< 6,0$ mmol/l) en aanbeveling 10 (therapietrouw) zijn door beide beoordelaars niet als wetenschappelijk onderbouwd beoordeeld. Aanbeveling 5 scoorde bovendien negatief op het bespreken van de voordelen van het opvolgen van deze aanbeveling.
- Het item waarin wordt gevraagd of de aanbeveling geen onderdeel is van een complexe beslisboom, kreeg een score van 50%. Drie van de vier aanbevelingen betreffende therapie (aanbeveling 7: geen ijzermedicatie zonder diagnose anemie, aanbeveling 8: indicaties voor ijzermedicatie en aanbeveling 9: vervolgccontroles) werden door beide beoordelaars wel als een onderdeel van een complexe beslisboom beoordeeld.
- De zichtbaarheid van effecten van de aanbevelingen scoorde 42%. Aanbeveling 5 (verwijzing naar huisarts bij Hb $< 6,0$ mmol/l), aanbeveling 10 (therapietrouw) en aanbeveling 11 (verwijzing naar gynaecoloog bij Hb $< 5,6$ mmol/l) kregen van beide beoordelaars een ongunstige score.

Hoog scorende belemmerende factoren:

- Verandering van routines (score 79%) is volgens beide beoordelaars nodig bij 9 van de 12 aanbevelingen, namelijk aanbeveling 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 en 11. Hiermee heeft dit item het meest ongunstig gescoord. Verandering van routines zou daarmee volgens dit instrument het grootste knelpunt zijn bij de implementatie van de standaard.
- Nieuwe kennis (score 50%) is volgens beide beoordelaars nodig bij aanbeveling 8 (indicaties voor ijzermedicatie) en aanbeveling 11 (voedingsvoorlichting).

Tabel 2: Resultaten implementatie checklist

Onderwerpen en items implementatie checklist	Totaalscore van een onderwerp berekend over de 12 aanbevelingen	Percentage 'eens' per item berekend over de 12 aanbevelingen
Wetenschappelijke onderbouwing	63%	
Ondersteund met een bespreking van de voordelen		79%
Onderbouwd met wetenschappelijk onderzoek		46%
Toepasbaarheid: bevorderende factoren	68%	
Concreet en specifiek geformuleerd		92%
Eenvoudig uit te voeren		79%
Strookt met normen en waarden		79%
Geen onderdeel van een complexe beslisboom		50%
Effecten snel zichtbaar		42%
Toepasbaarheid: belemmerende factoren*	39%	
Vereist verandering van routines		79%
Vereist nieuwe kennis		50%
Vereist aanpassingen in organisatie		33%
Roept negatieve reacties op bij patiënten		25%
Vereist nieuwe vaardigheden		8%

* een hoge score wijst op een mogelijk knelpunt voor implementatie

Op een aantal items kregen het grootste deel van de aanbevelingen een gunstige score van beide beoordelaars. 8 van de 12 aanbevelingen worden volgens beide beoordelaars ondersteund door een bespreking van de voordelen (aanbeveling 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11 en 12). Ook vond men van 8 aanbevelingen dat deze eenvoudig uit te voeren zijn (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 en 12). De formulering van de aanbevelingen, zoals ze ten bate van het onderzoek zijn opgesteld, werd 10 van de 12 keer helder en specifiek gevonden (aanbeveling 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 en 12). En 10 van de 12 aanbevelingen vereisen geen nieuwe vaardigheden volgens het panel (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 en 12).

Interessant is de bevinding dat de verloskundige beoordelaars bij 8 van de aanbevelingen (aanbeveling 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9 en 10) niet vonden dat er nieuwe kennis is vereist, terwijl de niet-verloskundige beoordelaars juist wel aangaven dat er nieuwe kennis nodig zou zijn voor het toepassen van deze aanbevelingen. Bij de overige items is een dergelijk systematisch verschil in de beoordelingen niet gevonden. Een overzicht van de scores per aanbeveling is bijgevoegd in bijlage 2. Aanbeveling 3 en 6, die door de opstellers van de standaard het belangrijkste werden gevonden, lijken iets gunstiger te scoren dan gemiddeld, met name op het onderwerp 'wetenschappelijke onderbouwing'. Aanbeveling 3 (hanteren van zwangerschapsspecifieke waarden) kreeg een score van 100% en aanbeveling 6 (verrichten van een MCV-bepaling bij een laag Hb) scoorde 75%. Eén beoordelaar twijfelde aan de onderbouwing van de keuze voor de MCV-bepaling als diagnostische test bij een laag HB en gaf daarom geen score op item 6. Aanbeveling 3 scoorde 80% op de bevorderende factoren en aanbeveling 6 scoorde hierop 70%. Beiden scoorden 50% op de belemmerende factoren. Ook bij deze aanbevelingen vonden beide panelleden dat een verandering van routines nodig is voor toepassing. Alleen de niet-verloskundige beoordelaars dachten dat nieuwe kennis vereist was voor deze beide aanbevelingen.

Bij de implementatie checklist is vooral door de verloskundige beoordelaars gebruik gemaakt van de mogelijkheid om toelichtingen te geven. Een aantal daarvan zijn van belang met het oog op eventuele aanpassingen van de standaard en verwachte knelpunten.

- Eén beoordelaar vindt een Hb-test vlak voor de partus wellicht toch zinvol, mede omdat dit aansluit bij het gebruikelijke beleid. Zij zou dit liever pas na een uitgebreide evaluatie van de overige aanbevelingen voor diagnostiek hebben afgeschaft. Dezelfde verloskundige meldt dat zij het 'doorschieten' van zwangeren naar een waarde lager dan 5,6 mmol/l als knelpunt verwacht.
- Eén van de beoordelaars vindt niet duidelijk onderbouwd waarom alleen voor de MCV-bepaling is gekozen en niet voor een combinatie met andere parameters.
- Hoewel twee beoordelaars aangeven dat de verwachtingen van zwangeren om 'bijna standaard' ijzermedicatie te krijgen een knelpunt kan zijn, geeft een van hen tegelijk aan dat het 'verrassend gemakkelijk is om uit te leggen dat er tegenwoordig anders gedacht wordt over het voorschrijven van ijzermedicatie'.
- Eén beoordelaar vindt de praktijkkaart nogal ingewikkeld en de kernaanbevelingen moeilijk herkenbaar.
- Eén beoordelaar vindt dat er onvoldoende prikkels in de standaard aanwezig zijn om minder vaak Hb te bepalen en minder vaak ijzer voor te schrijven.
- Eén beoordelaar vraagt zich af of het niet kosteneffectiever is om altijd laboratoriumbepalingen aan te vragen, i.p.v. eerst een minder betrouwbaar capillair Hb in de praktijk te bepalen.
- Eén beoordelaar verwacht als knelpunt dat hemoglobinopathieën door het terughoudende beleid van de standaard minder snel worden opgespoord dan in het oude beleid, waarin vaker ijzer werd voorgeschreven en daardoor mogelijk sneller voor diagnostiek werd doorverwezen bij een niet herstellend Hb.

2.6 Belangrijkste bevindingen uit deelstudie 1

Resultaten van het AGREE instrument

De kwaliteit van de KNOV-standaard 'Anemie in de eerstelijnsverloskundige praktijk', is positief beoordeeld door de vier beoordelaars. Zij vonden deze standaard (sterk) aan te bevelen voor gebruik in de praktijk.

De scores op de verschillende onderwerpen van het AGREE instrument waren als volgt:

Onderwerp en doel:	67%
Betrokkenheid van belanghebbenden:	65%
Methodologie:	60%
Helderheid en presentatie:	83%
Toepassing:	64%
Onafhankelijkheid van de opstellers:	67%

Verdere verbetering lijkt mogelijk door een explicietere beschrijving van gevolgde procedures bij de ontwikkeling en een explicietere beschrijving van het doel van de standaard. De hoge score voor het onderwerp 'helderheid en presentatie', werd door de beoordelaars vooral toegeschreven aan de ondersteunende praktijkkaart bij de standaard.

Resultaten van de implementeerbaarheidschecklist

De implementeerbaarheid van de KNOV-standaard is overwegend positief beoordeeld; de vier beoordelaars verwachtten m.a.w. weinig knelpunten voor het opvolgen van de aanbevelingen. Het belangrijkste knelpunt dat de beoordelaars verwachtten is de verandering van routines die noodzakelijk is voor een juiste opvolging van de aanbevelingen. Zij signaleerden dit knelpunt ook t.a.v. het opvolgen van de twee belangrijkste aanbevelingen: het hanteren van zwangerschapsspecifieke Hb-waarden en de MCV-bepaling als diagnostische test. Als tweede knelpunt signaleerde het panel dat de aanbevelingen t.a.v. indicaties voor ijzermedicatie en voor vervolgcontroles bij ijzermedicatie onderdelen zijn van complexe beslisbomen.

3 DEELSTUDIE 2: HET GEBRUIK VAN DE STANDAARD DOOR VERLOSKUNDIGEN

3.1 Inleiding

Het doel van deelstudie 2 is het vaststellen van de impact van de verspreiding van de praktijkkaart en korte versie van de KNOV-standaard Anemie onder de leden van de KNOV op de kennis, acceptatie en toepassing van de standaard onder eerstelijnsverloskundigen. Daarbij wordt uitgegaan van een algemeen model voor het verloop van veranderingsprocessen bij implementatie in de zorg³. Volgens dit model verloopt dit veranderingsproces in elkaar opvolgende fasen: oriëntatie (bewust zijn van de innovatie, interesse); inzicht (kennis van de innovatie); acceptatie (positieve attitude, intentie tot verandering); verandering (starten met toepassing); behoud (integratie in de vaste routines). In een vergelijkbaar model worden de eerste drie fasen samengevat onder de term 'adoptie'⁴. Beide modellen gaan er van uit dat voorafgaand aan daadwerkelijke verandering in de zorg, de zorgverlener tenminste bekend moet zijn met de zorgvernieuwing en vervolgens een besluit moet nemen om de vernieuwing toe te gaan passen.

Verschillende factoren kunnen van invloed zijn op het verloop van dit veranderingsproces. In dit deelonderzoek zullen daarom naast kennis, acceptatie en toepassing ook verschillende van deze factoren worden gemeten en gerelateerd worden aan de mate van waarin verloskundigen volgens de standaard handelen.

Vraagstelling in deelstudie 2:

Wat is de impact van de activiteiten van de KNOV ten behoeve van de disseminatie en implementatie van de KNOV-standaard Anemie op kennis, houding en handelen bij eerstelijnsverloskundigen op het terrein van anemie?

3.2 Methode

3.2.1 Studiepopulatie

Het onderzoek werd verricht onder een steekproef van praktiserende eerstelijnsverloskundigen. Zowel praktijkhouders als waarnemers en verloskundigen in dienst van een eerstelijnspraktijk of gezondheidscentrum zijn benaderd. De steekproef werd getrokken door het Nivel aan de hand van de gegevens van de peiling van verloskundigen van 1 januari 2001²¹. Bij het trekken van de steekproef is een overmaat aan verloskundigen met een solopraktijk getrokken, deels omdat een kleinere respons werd verwacht in die groep en deels om een voldoende grote aanwezigheid van solo-praktijkhouders in het onderzoek te waarborgen. Er zijn 200 niet-solisten en 60 solisten benaderd voor deelname aan het onderzoek. Deze 260 verloskundigen kregen in juli 2002 een vragenlijst toegestuurd.

3.2.2 Variabelen

De gebruikte vragenlijst bestond uit verschillende onderdelen (zie bijlage 3 voor de volledige vragenlijst). Ten eerste werden er vragen gesteld over persoonskenmerken, verspreiding en het gebruik van de verschillende onderdelen van de standaard. Vervolgens werd er gevraagd naar de kennisname, mening en toepassing van de afzonderlijke aanbevelingen. Het derde deel van de vragenlijst ging over factoren die mogelijk het handelen volgens de aanbevelingen beïnvloeden. Het laatste onderdeel van de vragenlijst bestond uit een beknopte registratie van gegevens van twee casus uit de eigen patiëntenpopulatie van de respondent.

Persoonskenmerken

Door het Nivel werd de leeftijd, het geslacht en de praktijkvorm (solo-, duo-, groepspraktijk, geen eigen praktijk) en de omgevingsadressendichtheid van het praktijkadres aangeleverd. In verband met de huidige dynamiek in de verloskundige beroepsgroep, waardoor met name het aantal solopraktijken snel afneemt ten gunste van het aantal verloskundigen dat in groepsverband werkzaam is²¹, hebben wij naar de praktijkvorm gevraagd, waarbij we onderscheid maakten naar zelfstandigheid (zelfstandig, waarnemend in vaste praktijken of wisselend, in loondienst) en naar de aard van de praktijk (solo-, duo-, groepspraktijk, gezondheidscentrum, anders). Ten behoeve van de analyses voegden we een variabele voor verstedelijking toe die ook door waarnemers en verloskundigen in loondienst kon worden ingevuld, namelijk de urbanisatiegraad van het werkgebied (platteland, verstedelijkt gebied, kleine of middelgrote stad, grote stad). Bij de persoonskenmerken werd verder nog gevraagd naar het land waar de opleiding is afgerond en hoeveel jaren dat geleden is, de manieren van het op de hoogte blijven van ontwikkelingen in de verloskunde en de betrokkenheid bij onderwijs of beleid.

Verspreiding van de standaard werd gemeten met vragen over het op de hoogte zijn van de standaard en het in bezit hebben van de onderdelen, en de manieren waarop men met de standaard in aanraking was gekomen. Bovendien werd gevraagd of de respondent denkt dat gynaecologen en huisartsen op de hoogte zijn van de standaard. Ook het gebruik van de standaard in de spreekkamer werd gemeten. Daarnaast werd de mate van verdieping in de verschillende onderdelen gevraagd m.b.v. een vijfpuntsschaal van 'zeer grondig' tot 'niet'. Ook werd gevraagd met welke zorgverleners in de omgeving de standaard is besproken (vijfpuntsschaal van 'zeer grondig' tot 'niet'). Door middel van twee vragen is kort geïnformeerd naar de eigen effectiviteitsverwachting (dwz de mate waarin iemand zich in staat acht een handeling te verrichten) t.a.v. het opvolgen van de standaard en de intentie om deze te volgen (vierpuntsschaal van 'zeker wel' tot 'zeker niet').

Kennisname, mening en zelfgerapporteerde toepassing

Vervolgens werd er gevraagd naar de kennisname, mening en toepassing van de verschillende aanbevelingen. Daarbij werden de 12 aanbevelingen gebruikt die ook in deelstudie 1 ter beoordeling van de implementeerbaarheid zijn voorgelegd aan een panel. Twee aanbevelingen zijn gesplitst, omdat ze teveel informatie bevatten om aan de hand van één vraag te kunnen voorleggen aan de verloskundigen. De 14 aldus ontstane aanbevelingen zijn onderverdeeld in de volgende onderwerpen: onderzoek naar anemie; preventie; therapie; verwijzing en samenwerking. Bij elke aanbeveling werd

gevraagd of men op de hoogte was (ja; nee), in hoeverre men het eens was (eens; deels eens/deels oneens; oneens) en in hoeverre men de aanbeveling naar eigen zeggen toepaste (meestal; soms; nooit). Na elk onderwerp was er ruimte op de vragenlijst voor het maken van opmerkingen over de aanbevelingen.

Factoren van invloed op toepassing

Factoren die mogelijk van invloed zijn op de toepassing van de aanbevelingen zijn in kaart gebracht. Dit gebeurde door te vragen naar de opvattingen m.b.t. standaarden in het algemeen en de KNOV-standaard Anemie in het bijzonder. Beide lijsten bevatten 12 stellingen met als antwoordcategorieën een vijf puntsschaal, lopend van zeer eens tot zeer oneens. Verder werd gevraagd naar knelpunten m.b.t. het werken met deze standaard. Het betrof 28 stellingen met als antwoordcategorieën een vijf puntsschaal, lopend van zeer eens tot zeer oneens. De stellingen over de opvattingen m.b.t. standaarden in het algemeen en een deel van de stellingen m.b.t. de knelpunten, zijn afkomstig uit een knelpuntenlijst, zoals door de WOK is ontwikkeld en toegepast in onder andere onderzoek naar het uitvoeren van aanbevelingen voor preventie door huisartsen²². De stellingen m.b.t. knelpunten zijn daarnaast deels afkomstig uit gesprekken met praktiserende verloskundigen.

Factoren die van invloed zijn op de toepassing van aanbevelingen van standaarden zijn kunnen betrekking hebben op de verloskundige zelf (zoals persoonskenmerken, attitudes, kennis en vaardigheden), de omgeving (andere zorgverleners, patiënten) of de organisatie (tijd, geld, logistiek) of de standaard zelf^{4,20}. Deze categorieën zijn vervat in bovengenoemde 28 stellingen m.b.t. knelpunten.

Casuïstiek

Aan het eind van de vragenlijst is aan de deelnemende verloskundigen gevraagd om bij twee recente casus uit de eigen praktijk, namelijk een atermere zwangere met ijzermedicatie en een atermere zwangere zonder ijzermedicatie, een aantal gegevens te registreren. Op deze manier kon, naast de algemene vraag naar toepassing van de aanbevelingen, ook enig inzicht in de daadwerkelijke toepassing van een aantal aanbevelingen verkregen worden. Daarbij werd met name onderzocht of de verloskundigen de twee belangrijkste aanbevelingen van de standaard opvolgen: het hanteren van de zwangerschapsspecifieke Hb-waarden van de standaard en het gebruiken van MCV-waarden voor het stellen van de diagnose ijzergebreksanemie. Verder werd geïnterviewd welk prikschema verloskundigen hanteren voor routinematige Hb-bepaling en hoe ze een eventuele MCV-bepaling organiseren.

3.2.3 Non-respons analyse

Middels een telefonische enquête onder een aselechte steekproef van 35 non-responders werd onderzocht in hoeverre zij afwijken van de respondenten m.b.t. een beperkt aantal uitkomsten. Om een positieve selectiebias uit te kunnen sluiten is het met name van belang om te controleren in hoeverre de groep non-responders voornamelijk bestaat uit verloskundigen die onbekend zijn met de standaard of de standaard afwijzen. Telefonisch werd aan deze verloskundigen gevraagd of zij op de hoogte zijn van de KNOV-standaard Anemie (ja/nee), de praktijkkaart in de spreekkamer hebben (ja/nee), in hoeverre zij de twee belangrijkste aanbevelingen (t.a.v. Hb-waarden en MCV-bepaling) toepassen (meestal/soms/bijna nooit) en in hoeverre zij van plan zijn de aanbevelingen te (blijven) volgen (vierpuntsschaal van 'zeer wel' tot 'zeer niet').

3.2.4 Data-analyse

Beschrijving van de resultaten

Van alle gemeten variabelen zijn frequentieverdelingen gemaakt. De gemaakte opmerkingen bij de aanbevelingen zijn geanalyseerd op afwijkingen van de standaard in het handelen en mogelijke knelpunten bij de aanbevelingen.

Om inzicht te krijgen in de mate waarin de factoren die in het onderzoek werden gemeten ook daadwerkelijk van invloed waren op de gerapporteerde toepassing van de standaard, werd een explorerende analyse verricht. Hiertoe werd eerst datareductie toegepast over de verschillende meetinstrumenten die werden gebruikt in dit onderzoek. Voorafgaand aan deze datareductie werd beoordeeld door middel van factoranalyses (principale componenten analyse) of deze meetinstrumenten, die voor dit onderzoek ontwikkeld waren, voldoende validiteit bezitten. Nagegaan werd of b.v. de verschillende items die het 'toepassen van de aanbevelingen' meten, als een samenhangend construct konden worden beschouwd. Soortgelijke factoranalyses werden uitgevoerd voor de items m.b.t. de 'verdieping in de standaard', 'overleg over de standaard', 'mening over de standaard', 'opvattingen over standaarden in het algemeen', 'opvattingen over de KNOV-standaard Anemie' en 'knelpunten bij het van de KNOV-standaard Anemie'.

Bij de factoranalyses werden laagladende items ($< 0,30$) en inhoudelijk niet passende items verwijderd. Vervolgens werd de betrouwbaarheid van de factor bepaald via de interne consistentie maat Cronbach's alpha. Omdat deze maat afhankelijk is van het aantal items is het moeilijk op voorhand aan te geven welke hoogte van alpha acceptabel is: hoe meer items, hoe hoger alpha dient te zijn wil er sprake zijn van een betrouwbare schaal. Tenslotte werden de scores van de respondenten op de schalen vastgesteld. Gekozen werd voor gemiddelde somscores, dat wil zeggen dat van elke respondent de som van de betreffende items op het meetinstrument wordt vastgesteld en dit wordt gedeeld door het aantal betreffende items.

Er bleven negen betrouwbare schalen over (tabel 3). De kenmerken van de omgeving en de organisatie clusterden tot één factor. De kenmerken van de gebruiker en de vernieuwing clusterden eveneens tot één factor. De beschrijving van de verschillende items is te vinden in de vragenlijst (bijlage 3).

Tabel 3: Resultaten van de factoranalyses wat betreft de samenstelling van diverse schalen

Schaal	Alpha	Items
1. Verdieping in standaard Anemie	0,66	21 t/m 23 (3 items)
2. Overleg over standaard Anemie	0,67	24 t/m 27 (4 items)
3. Toepassing standaard Anemie	0,79	aanbeveling 1 t/m 6, 10 t/m 13, 15, 16 (12 items)
4. Mening standaard Anemie	0,76	Aanbeveling 1 t/m 6, 10, 11, 13, 15, 16 (11 items)
5. Opvattingen standaarden algemeen	0,87	Stelling 1 t/m 12 (12 items)
6. Opvattingen standaard Anemie	0,85	Stelling 13 t/m 23 (11 items)
7. Knelpunten m.b.t. de omgeving	0,64	Stelling 32 t/m 35, 50 (5 items)
8. Knelpunten m.b.t. de gebruiker en vernieuwing	0,70	Stelling 27 t/m 30, 39, 40, 43 t/m 49, 51, 52 (15 items)
9. Knelpunten m.b.t. de randvoorwaarden en algemene attitude standaarden	0,79	Stelling 26, 31, 36 t/m 38 (5 items)

Met behulp van Pearson correlaties werd onderzocht of er een samenhang was tussen de verschillende geconstrueerde schalen en zelfgerapporteerde toepassing van de KNOV-standaard Anemie. Daarnaast werd via t-toetsen en Pearson correlaties voor enkele andere variabelen de samenhang met de zelfgerapporteerde toepassing van de standaard onderzocht. Deels werden de variabelen hiervoor gedichotomiseerd. Het betreft de volgende variabelen:

- Leeftijd (jonger versus ouder dan 40 jaar).
- Praktijkvorm (solist versus duo c.q. groepspraktijk).
- Werkzaam als zelfstandige (zelfstandig versus waarnemer).
- Tijdstip afstuderen (minder dan 1 jaar geleden versus meer dan 2 jaar geleden).
- Verstedelijking (platteland versus verstedelijkt, stad en grote stad).
- Deelname aan toetsgroep (ja versus nee).
- Praktijkkartaar binnen handbereik (ja versus nee).
- Eigen effectiviteitsverwachting (vierpuntsschaal lopend van zeker wel tot zeker niet in staat).
- Voornemen tot toepassing standaard (vierpuntsschaal lopend van zeker wel tot zeker niet).

Voor alle bovengenoemde toetsen werden p-waarden van $< 0,05$ beschouwd als statistisch significant. Door middel van lineaire regressieanalyse (forward methode) is onderzocht wat de invloed van de verschillende variabelen c.q. schalen was op de zelfgerapporteerde toepassing van de standaard Anemie. Voor de regressieanalyse werden alleen die variabelen c.q. schalen gebruikt, die een samenhang vertoonden met zelfgerapporteerde toepassing van de standaard.

3.3 Resultaten

3.3.1 Respons

Aanvankelijk stuurden 127 verloskundigen (49%) de vragenlijst ingevuld terug. Na het versturen van twee herinneringen aan niet-respondenten was de uiteindelijke respons 160 (62%). Veertig van deze verloskundigen stuurden geen casusregistraties in, waarvan veertien als reden opgaven dat zij geen spreekuur deden voordat de termijn van inzending was verstreken; vier waren in verband met ziekte of zwangerschapsverlof tijdelijk niet werkzaam. De overige verloskundigen gaven geen reden op voor het niet insturen van de casusregistratie. Achttien verloskundigen stuurden alleen een casusregistratie van een zwangere zonder ijzermedicatie, steeds omdat zij geen atermen zwangere mét ijzermedicatie op haar spreekuur hadden gezien.

In tabel 4 zijn een aantal kenmerken weergegeven van de respondenten, in vergelijking met de kenmerken van de populatie waaruit de steekproef is getrokken. De praktijkvorm, zoals door ons vastgesteld, komt grotendeels overeen met de populatiegegevens op 1 januari 2001 en ook een Chi-kwadraat toets (waarbij de waarnemers als één categorie werden samengenomen) gaf geen significant verschil ($p = 0,65$). De oudere leeftijdscategorie (boven 50 jaar) lijkt enigszins oververtegenwoordigd, even als de niet en weinig verstedelijkte praktijken. Ook hier waren de verschillen volgens een Chi-kwadraattoets niet significant ($p = 0,69$, resp $p = 0,12$).

Tabel 4: Kenmerken populatie en respondenten

	Landelijk* n=1378	Respondenten n=160
Geslacht		
Man		5 (3%)
Vrouw		153 (96%)
Onbekend		2 (1%)
Leeftijd		
< 30 jaar	390 (28%)	44 (28%)
30-39 jaar	474 (34%)	49 (31%)
40-49 jaar	314 (23%)	37 (23%)
≥50 jaar	200 (15%)	28 (18%)
Onbekend	-	2 (1%)
Gemiddelde leeftijd		39.6 ± 10.7
Praktijkvorm**		
Zelfstandig	1148 (83%)	126 (79%)
waarvan:		
Solopraktijk	119 (9%)	13 (8%)
Duopraktijk	237 (17%)	22 (14%)
Groepspraktijk	792 (58 %)	90 (56%)
Onbekend		1 (1%)
Waarnemers	230 (17%)	31 (19%)
waarvan:		
Vast	130 (9%)	5 (3%)
Wisselend	100 (7%)	11 (7%)
Loondienst***	-	15 (9%)
Onbekend	-	3 (2%)
Verstedelijking		
Niet stedelijk	90 (7%)	15 (9%)
Weinig stedelijk	228 (17%)	40 (25%)
Matig stedelijk	276 (20%)	32 (20%)
Sterk stedelijk	324 (24%)	41 (26%)
Zeer sterk stedelijk	230 (17%)	20 (13%)
Onbekend****	230 (17%)	12 (8%)
Urbanisatiegraad werkgebied		
Platteland		42 (26%)
Verstedelijkt gebied		42 (26%)
Kleine/middelgrote stad		31 (19%)
Grote stad		39 (24%)
Onbekend		6 (4%)

* Bron: Nivel peiling 2001

** Onder de respondenten is dit kenmerk weergegeven zoals met onze eigen variabele is vastgesteld

*** Het Nivel heeft geen categorie 'loondienst'; deze verloskundigen zijn ingedeeld bij 'vaste waarnemers'

**** Op basis van de omgevingsadressendichtheid van het praktijkadres, dit is alleen bekend voor de verloskundigen die zelfstandig werkzaam zijn en niet bij waarnemers

3.3.2 De respondenten: persoonskenmerken en verspreiding en gebruik van de standaard

Persoonskenmerken

De ondervraagde verloskundigen waren, zoals te verwachten, voor het grootste deel lid van de KNOV (97%) en in Nederland opgeleid (88%). Meer dan de helft (60%) was minder dan 15 jaar geleden afgestudeerd en 15 verloskundigen (9%) hadden minder dan een jaar geleden het diploma verloskunde gehaald.

De verloskundigen geven verschillende manieren aan waarop zij ontwikkelingen in hun vak volgen. Het Tijdschrift voor Verloskundigen is voor vrijwel alle (98%) verloskundigen een informatiebron, daarnaast bezoekt een groot aantal verloskundigen (69%) meer dan één nascholing of symposium per jaar. Lezen van wetenschappelijke literatuur (43%) en deelname aan een toetsgroep (39%) volgen op gepaste afstand als informatiebron. Verloskundigen kunnen ook op de hoogte blijven door betrokkenheid bij het praktijkonderwijs aan studentverloskundigen (78%), of bij overleg in regio of kring (75%) of andere overlegorganen waarin verloskundig beleid besproken wordt (60%) (zie tabel 5).

Tabel 5: Kenmerken respondenten

		Aantal respondenten (n=160)
Aantal jaren geleden gediplomeerd	1 jaar	15 (9%)
	2-4 jaar	32 (20%)
	5-14 jaar	49 (31%)
	15-24 jaar	26 (16%)
	≥ 25 jaar	35 (22%)
	Onbekend	3 (2%)
Land van opleiding	Nederland	140 (88%)
	Elders	17 (11%)
	Onbekend	3 (2%)
Lidmaatschap KNOV	Ja	155 (97%)
	Nee	3 (2%)
	Onbekend	2 (1%)
Volgen ontwikkelingen in de verloskunde*	Tijdschrift voor Verloskundigen	156 (98%)
	Min. 2x per jaar nascholingscursus/symposium	110 (69%)
	Wetenschappelijke literatuur	69 (43%)
	Deelname aan toetsgroep	63 (39%)
	Anders	19 (12%)
Betrokkenheid opleiding/verloskundig overleg*	tijdens praktijkstages	124 (78%)
	Scriptiebegeleiding studentverloskundigen	5 (3%)
	Deelname kring/regiovergaderingen KNOV	120 (75%)
	Deelname lokaal overleg verloskundig beleid	96 (60%)
	Overige onderwijs/beleidsactiviteiten	10 (6%)

*meerdere antwoorden mogelijk; de percentages tellen op tot meer dan 100

Verspreiding van de standaard

Alle 160 ondervraagde verloskundigen waren op de hoogte van het bestaan van de KNOV-standaard Anemie. Vrijwel alle verloskundigen hadden de korte versie en de praktijkkaart persoonlijk in bezit (96%). Een veel kleiner aantal (46%) had de beschikking over de wetenschappelijke onderbouwing (zie tabel 6). Persoonlijke verspreiding onder de leden van de KNOV (96%), tezamen met aandacht voor deze eerste KNOV-standaard d.m.v. een themanummer in het Tijdschrift voor Verloskundigen (gelezen door 89%) hebben een grote bijdrage aan de bekendheid met de standaard geleverd (zie tabel 6). Ook collega's (14%) en toetsgroepen (8%) hebben een bijdrage geleverd. Daarnaast gaven 13 van de 15 recent afgestudeerde verloskundigen aan dat de standaard in de opleiding is behandeld. Deze 13 waren allen in Nederland opgeleid, van de overige twee was er één in België opgeleid en bij één was geen land aangegeven. Bij de meeste verloskundigen was de praktijkkaart (86%) of de korte versie van de standaard (87%) beschikbaar tijdens de spreekuren, 12 (8%) verloskundigen gaven aan over geen van beide te beschikken tijdens het spreekuur. Een aanzienlijk deel van de verloskundigen wist niet of de andere verloskundige zorgverleners met wie zij samenwerken op de hoogte zijn van de standaard. 60% gaf aan dat de samenwerkende gynaecologen op de hoogte zijn van de standaard, maar 39% wist niet of dit zo is. Over de huisartsen waar zij mee samenwerken, gaf 69% van de verloskundigen aan niet te weten of zij bekend zijn met de standaard. Als de gegevens worden gecombineerd, blijkt dat 28 (18%) verloskundigen dachten dat zowel huisartsen als gynaecologen op de hoogte zijn van de standaard, terwijl 50 (31%) verloskundigen van beide disciplines niet wisten of zij op de hoogte zijn.

Tabel 6: Verspreiding en gebruik van de standaard

		Aantal respondenten (n = 160)
Kennisname en bezit van onderdelen van de standaard*		
Op hoogte van bestaan standaard		160 (100%)
Korte versie standaard in bezit		154 (96%)
Praktijkkaart in bezit		153 (96%)
Wetenschappelijke onderbouwing in bezit/in praktijk aanwezig		73 (46%)
Wijze van in aanraking komen met standaard*		
Persoonlijk ontvangen van KNOV		153 (96%)
Themanummer TvV gelezen		142 (89%)
Door collega's op de hoogte gesteld		23 (14%)
Behandeld tijdens opleiding		13 (8%)
Behandeld in toetsgroep		12 (8%)
Nascholingscursus		1 (1%)
Anders		7 (4%)
Gebruik in spreekkamer*		
Korte versie standaard aanwezig in spreekkamer		139 (87%)
Praktijkkaart binnen handbereik tijdens spreekuren		137 (86%)
Kennisname bij samenwerkende huisartsen en gynaecologen		
Gynaecologen op de hoogte van bestaan standaard	<i>ja</i>	96 (60%)
	<i>nee</i>	2 (1%)
	<i>weet niet</i>	62 (39%)
Huisartsen op de hoogte van bestaan standaard	<i>ja</i>	32 (20%)
	<i>nee</i>	16 (10%)
	<i>weet niet</i>	110 (69%)

*meerdere antwoorden mogelijk

Verdieping in de standaard

In het bestuderen van de verschillende onderdelen van de standaard bleek er sprake te zijn van een zekere hiërarchie, waarbij de praktijkkaart het meest grondig werd bestudeerd, gevolgd door de korte versie en tot slot de wetenschappelijke onderbouwing. Op deze hiërarchie waren maar enkele uitzonderingen: zes verloskundigen hebben zich meer in de korte versie verdiept dan in de praktijkkaart. De praktijkkaart is door 132 (83%) verloskundigen grondig of zeer grondig bestudeerd, terwijl 89 (56%) verloskundigen de korte versie (zeer) grondig hebben gelezen. De wetenschappelijke onderbouwing werd door 15 (9%) verloskundigen (zeer) grondig gelezen, door 19 (12%) verloskundigen redelijk grondig en door 34 (21%) vluchtig, terwijl 90 (56%) verloskundigen de onderbouwing in het geheel niet hebben gelezen (zie tabel 7).

Overleg over de standaard vond vooral plaats met de directe collega's en in mindere mate in de kring (zie tabel 7). Met gynaecologen en huisartsen is de standaard veel minder vaak besproken. 40 (25%) van de verloskundigen had meer dan vluchtig overleg met de gynaecologen, slechts 9 (6%) verloskundigen bespraken de standaard meer dan vluchtig met huisartsen waar zij mee samenwerken. Als de gegevens over het overleg met deze disciplines worden gecombineerd, blijkt dat 113 (71%) verloskundigen met geen van beide disciplines meer dan vluchtig overleg had gehad over de standaard.

Tabel 7: Verdieping in en overleg over de standaard

	(Zeer) grondig	Redelijk grondig	vluchtig/niet
Verdieping in Standaard			
Standaard gelezen	89 (56%)	52 (33%)	19 (12%)
Praktijkkaart bestudeerd	132 (83%)	22 (14%)	6 (4%)
Wetenschappelijke onderbouwing gelezen	15 (9%)	19 (12%)	124 (78%)
Overleg over standaard in de werkomgeving			
Besproken met collega's	84 (53%)	48 (30%)	27 (17%)
Besproken in kring	38 (24%)	36 (23%)	80 (50%)
Besproken met gynaecologen	21 (13%)	19 (12%)	112 (70%)
Besproken met huisartsen	2 (1%)	7 (4%)	150 (94%)

NB: niet ingevulde antwoorden zijn niet weergegeven, cijfers tellen niet op tot 160 (100%)

Eigen effectiviteitsverwachting en intentie tot volgen aanbevelingen

De eigen effectiviteitsverwachting, m.a.w. de mate waarin verloskundigen zich in staat achten om volgens de aanbevelingen te handelen, was hoog. Slechts twee verloskundigen achtten zichzelf (waarschijnlijk) niet hiertoe in staat. Het grootste deel, 65%, achtte zichzelf zeker in staat om de aanbevelingen op te volgen. De intentie om volgens de aanbevelingen te handelen was iets lager, maar nog steeds hoog: 82 (51%) van de verloskundigen waren dit zeker van plan en 66 (41%) waarschijnlijk. Slechts 11 (7%) verloskundigen waren dit (waarschijnlijk) niet van plan (zie tabel 8).

Tabel 8: Eigen effectiviteitsverwachting en intentie tav opvolgen van de aanbevelingen

	Zeker wel	Waarschijnlijk wel	Waarschijnlijk niet	Zeker niet
In staat de aanbevelingen op te volgen	104 (65%)	53 (33%)	1 (1%)	1 (1%)
Van plan de aanbevelingen op te volgen	82 (51%)	66 (41%)	6 (4%)	5 (3%)

NB: niet ingevulde antwoorden zijn niet weergegeven, cijfers tellen niet op tot 160 (100%)

3.3.3 Kennisname van, mening over en zelfgerapporteerde toepassing van de aanbevelingen onder de respondenten

Kennisname

In tabel 9 zijn de resultaten van de vragen naar kennisname van, mening over en mate van toepassing van de afzonderlijke aanbevelingen weergegeven.

De aanbevelingen waren in hoge mate bij de verloskundigen bekend. Van 13 van de 14 aanbevelingen zei meer dan 90% van de verloskundigen op de hoogte te zijn. Alleen de aanbeveling om op therapietrouw te wijzen en het gebruik van alternatieve ijzermedicatie af te raden was slechts bij 70% van de respondenten bekend.

Mening

De respondenten waren het met de meeste aanbevelingen eens of ten minste deels eens. Slechts met 12 van de 14 aanbevelingen was minder dan 10% van de verloskundigen het niet eens: met de aanbeveling voor adviezen bij therapie (belang van therapietrouw én afraden van alternatieve ijzermedicatie als behandeling) was 21% het niet eens en met de aanbeveling om naar de huisarts door te verwijzen bij een Hb < 6,0 mmol/l bij de intake was 11% het niet eens.

Overigens gaven respondenten vaak aan het slechts gedeeltelijk eens (deels eens/deels oneens) te zijn met aanbevelingen. Bij 13 van de 14 aanbevelingen was meer dan 10% van de verloskundigen het slechts deels eens. Met de zwangerschapsspecifieke waarden als ondergrens voor het Hb en met 3 van de 4 aanbevelingen voor het voorschrijven van ijzermedicatie waren zelfs 35% of meer van de verloskundigen het slechts deels eens.

Gerapporteerde toepassing

De mate van toepassing is gemeten door middel van zelfrapportage. Per aanbeveling gaven de respondenten aan of ze deze meestal, soms of vrijwel nooit toepassen. Over 10 van de 14 aanbevelingen rapporteerde meer dan 70% van de respondenten dat ze deze meestal toepassen. Van deze aanbevelingen werden er vijf zelfs door meer dan 80% van de respondenten toegepast, waaronder beide centrale aanbevelingen: 83% gebruikt naar eigen zeggen de zwangerschapsspecifieke Hb-waarden en 81% gebruikt een MCV-bepaling voor het onderscheid tussen een fysiologisch laag Hb en een (ijzergebreks)anemie. Verder gaf 88% van de verloskundigen aan de aanbeveling m.b.t. de routinematige prikmomenten in de zwangerschap te volgen, 88% gaf voedingsvoorlichting met het oog op preventie en 86% deed vervolgonderzoek na het voorschrijven van ijzermedicatie. Het minst toegepast werd de aanbeveling om op het belang van therapietrouw te wijzen en alternatieve ijzermedicatie af te raden (41%).

De aanbevelingen voor Hb-controle lijken post partum minder goed toegepast te worden dan tijdens de zwangerschap. De aanbeveling om bij de nacontrole alleen een Hb te bepalen als er tijdens het kraambed ijzermedicatie was voorgeschreven werd door 56% van de verloskundigen toegepast. Tijdens het kraambed volgde 71% van de verloskundigen het aanbevolen beleid.

Tabel 9: Kennisname van, mening over en toepassing van aanbevelingen (in percentages van het totaal aantal respondenten)

	Kennis	Mening*		Toepassing*		
	Ja	Eens	Deels eens Deels oneens	Oneens	Meestal	Soms Bijna nooit
Onderzoek naar anemie						
Gezonde zwangere: alleen Hb prikken bij 1 ^e controle en 30 wkn	97	74	21	5	88	3
Waarden als ondergrens voor normaal Hb	98	61	35	4	83	11
Negroïden: lagere ondergrens voor normaal Hb	97	68	27	4	73	15
Bij laag Hb: MCV bepalen voor onderscheid fysiologisch laag Hb en ijzergebreksanemie	100	82	16	2	81	9
In kraambed zonder klachten: alleen Hb bepalen als rondom partus Fe-gebreksanemie/pp fluxus	96	73	21	6	71	19
Bij nacontrole 6 wkn pp alleen Hb bepalen wanneer post partum voor Fe-gebreksanemie werd behandeld	94	63	28	9	56	18
Preventie						
Voedingsvoorlichting	98	90	9	0	88	8
Therapie						
Zonder verder onderzoek naar anemie geen Fe-medicatie	93	58	35	6	74	18
Laag Hb: alleen Fe-medicatie voorschrijven bij MCV-waarde 70-80 fL	94	54	37	8	62	21
Belang therapietrouw. Geen alternatieve Fe-medicatie voorschrijven	70	29	48	21	41	32
Na voorschrijven Fe-medicatie: iedere 4-6 weken vervolgonderzoek	98	87	11	1	86	9
Verwijzing en samenwerking						
Bij Hb < 6,0 bij 1 ^e controle: verwijzen naar huisarts	91	68	21	11	68	18
Bij laag Hb in combinatie met MCV < 70, > 100: verwijzen naar huisarts	90	72	18	7	71	11
Tijdens zwangerschap Hb < 5,6: verwijzen naar gynaecoloog	93	68	24	7	72	18

* percentages tellen niet steeds op tot honderd ten gevolge van ontbrekende antwoorden bij enkele respondenten.

3.3.4 Opmerkingen bij de aanbevelingen

De meeste opmerkingen die werden gemaakt bij de aanbevelingen betroffen punten waarop van de standaard wordt afgeweken en knelpunten die worden ervaren. Een aantal respondenten gaf juist aan zeer tevreden te zijn met de standaard, met daarbij de opmerking dat bij het volgen van de standaard nog maar weinig mensen ijzermedicatie krijgen voorgeschreven.

Voor een groot deel sloten de opmerkingen aan bij knelpunten die in de knelpuntenvragenlijst zijn opgenomen (zie paragraaf 3.3.5) Nieuwe thema's die naar voren kwamen, worden hieronder besproken. Tussen haakjes staat het aantal gemaakte opmerkingen vermeld.

- *Vaker ijzermedicatie dan volgens de standaard*

Verschillende verloskundigen gaven aan dat ze vaker ijzermedicatie voorschrijven dan volgens de standaard noodzakelijk is. Een aantal van hen doet geen MCV-bepaling, of geeft ijzer ongeacht de uitslag (5). Soms wordt de ijzermedicatie alvast gestart, in afwachting van de uitslag van de MCV-bepaling (2). Klachten zijn ook een reden zich niet aan de indicatiestelling van de standaard te houden, b.v. als het Hb maar net goed is (7) , of als het MCV (net) goed is bij een laag Hb (4). Ook een sterk dalend Hb, binnen de grenzen van het normale, wordt genoemd als indicatie voor ijzermedicatie (2). Tot slot waren er verloskundigen die eigen, minder strenge ondergrenzen hanteren (2).

- *Alternatieve medicatie*

Veel opmerkingen betroffen het gebruik van alternatieve medicatie. Soms blijkt deze te worden ingezet als er volgens de standaard geen indicatie is voor medicatie, maar de verloskundige toch wil behandelen, b.v. bij een Hb net boven de ondergrens (4), of bij een goed Hb met bijkomende klachten. Andere verloskundigen geven alternatieve medicatie als de cliënte (maag)klachten heeft bij reguliere therapie, of als de cliënte er om vraagt. Een aantal probeert eerst alternatieve medicatie en stapt op regulier over als dit niet voldoende resultaat heeft (4) of combineert alternatieve met reguliere medicatie (1). Tien verloskundigen vinden alternatieve medicatie beter of in ieder geval opvallend goed, of vinden de therapietrouw beter bij alternatieve medicatie.

- *Beleid bij allochtonen*

Verschillende opmerkingen betreffen het werken met de standaard bij allochtone zwangeren. De standaard zou voor hen 'niet werken' en aparte aanbevelingen voor de groepen Turkse, Marokkaanse, Hindoestaanse zwangeren worden door een verloskundige gemist. Andere verloskundigen merken op dat allochtone vrouwen vaker een erg laag Hb hebben bij 30 weken. Sommigen spelen daar op in door bij allochtone zwangeren vaker een Hb te prikken (2) en/of door sneller ijzermedicatie voor te schrijven (2). Er zijn ook verloskundigen die bij deze zwangeren routinematig bloedonderzoek doen naar hemoglobinopathiën. Anderen geven aan dat alleen een MCV-bepaling onvoldoende is om hemoglobinopathiën uit te

sluiten. Verder is er een opmerking over de lagere ondergrens bij negroiden zwangeren die te dicht bij de waarde zou liggen voor verwijzing naar de gynaecoloog.

- *Melkproducten*

Hoewel de aanbeveling m.b.t. voedingsvoorlichting het meest van allen wordt opgevolgd, blijkt uit de opmerkingen dat er op één onderdeel regelmatig afgeweken wordt van deze aanbeveling: verschillende verloskundigen adviseren om geen melkproducten bij de maaltijd te gebruiken (18). Verder merkten verloskundigen op toch ijzerrijke voeding te adviseren (2) en anderen adviseren multivitaminepreparaten als preventie voor anemie (2).

- *Verwijzing en samenwerking*

De gemaakte opmerkingen waren hier zeer divers. Meest in het oog springt dat een aantal verloskundigen zelf aanvullende diagnostiek doet (11), of graag zouden willen doen, voorafgaand aan een verwijzing naar een andere zorgverlener. Verder hadden sommige verloskundigen een voorkeur voor directe verwijzing voor nadere diagnostiek naar de tweede lijn (10), omdat de huisarts de standaard niet kent, niets anders doet dan de verloskundige, zelf altijd doorverwijst, of minder laagdrempelig is dan de gynaecoloog.

Bij een extreem lage Hb-waarde werd door een aantal verloskundigen liefst eerst aanvullende diagnostiek en behandeling gedaan alvorens naar de gynaecoloog te verwijzen. Soms wordt voor deze diagnostiek en behandeling naar de huisarts verwezen (5), soms doen de verloskundigen dit zelf, eventueel in overleg met het lab (12). Meestal werd eraan toegevoegd dat kort voor de partus wel naar de gynaecoloog wordt verwezen bij een dergelijk laag Hb. Overigens werd opgemerkt dat de standaard niet overeenkomt met de huidige Verloskundige Indicatielijst, die een Hb van 6,0 mmol/l aangeeft als indicatie voor een verwijzing naar de tweede lijn (3).

De gemaakte opmerkingen geven de indruk dat de lokale samenwerking met huisartsen en gynaecologen een grotere rol lijkt te spelen in de richting van de verwijzing dan de indicatiestelling. Verloskundigen blijken zich verder bij een zeer laag Hb vooral zorgen te maken over de veiligheid van een (thuis)bevalling in de eerste lijn en niet over het risico op minder gunstige verloskundige resultaten zoals dat in de standaard wordt genoemd. Slechts één verloskundige refereerde aan gevaren voor het kind bij een extreem laag Hb als reden voor verwijzing naar de gynaecoloog, maar noemt daarbij een Hb van 3,0 mmol als voorbeeld.

- *Post partum beleid*

Over Hb-controles in het kraambed werd door drie verloskundigen opgemerkt dat dit minder vaak dan volgens de standaard, of vrijwel nooit wordt gedaan, onder andere omdat men de apparatuur niet mee wil nemen tijdens visites (1). Anderen controleren juist vaker of zelfs altijd het Hb in het kraambed.

Bij de nacontrole na 6 weken werd voornamelijk opgemerkt dat er op meer indicaties, of zelfs (bijna) altijd een Hb-controle wordt gedaan (18). Anderen verloskundigen merkten op

dat zij vrijwel nooit een Hb bepalen bij de nacontrole (2), maar ook dat er vrijwel geen nacontroles worden gedaan in de praktijk waar ze werken (5).

3.3.5 Mogelijke belemmerende en bevorderende factoren

Opvattingen over standaarden in het algemeen

Aan de hand van de 12 stellingen over standaarden in het algemeen die wij hebben voorgelegd aan de verloskundigen, komt naar voren dat de respondenten overwegend positief oordelen over verschillende aspecten van standaarden (zie tabel 10).

Tabel 10: Opvattingen over standaarden in het algemeen

	(zeer) eens
Opstellen standaarden draagt bij aan wetenschappelijke onderbouwing	150 (94%)
Opstellen standaarden draagt bij aan professionalisering	146 (91%)
Opstellen standaarden is verantwoordelijkheid beroepsgroep	143 (89%)
Opstellen standaarden verbetert positie verloskundigen	141 (88%)
Standaarden zijn belangrijk om één lijn te krijgen onder verloskundigen	140 (88%)
Standaarden leveren bijdrage aan doelmatiger werken	139 (87%)
Standaarden geven houvast in dagelijks werk	135 (84%)
Eigen standaarden maken standpunt verloskundigen duidelijker	119 (74%)
Werken volgens standaarden beschermt tegen klachten	101 (63%)
Werken volgens standaarden moet niet verplicht worden	100 (63%)
Zwangeren te verschillend voor uniforme standaarden	33 (21%)
Standaarden dwingen verloskundigen in een keurslijf	19 (12%)

Er werd positief geoordeeld over de mogelijke bijdrage van standaarden aan de kwaliteit van de zorg, door middel van wetenschappelijk onderbouwen van het handelen (94%), het op één lijn brengen van verloskundigen (88%); de doelmatigheid van het handelen verbeteren (87%) en het houvast geven in het dagelijks werk (84%). Ook werd onderschreven dat standaarden bij kunnen dragen aan de verdere ontwikkeling van de beroepsgroep, zoals verdere professionalisering (91%), verbetering van de positie van verloskundigen (88%) en het verduidelijken van eigen standpunten (74%). Standaardontwikkeling werd bovendien door de meeste verloskundigen gezien als een eigen verantwoordelijkheid van de beroepsgroep (89%).

Naast deze positieve houding was er ook enige twijfel: 21% vond dat zwangeren te verschillend zijn voor uniforme standaarden. Een klein deel van de respondenten vond dat standaarden verloskundigen in een keurslijf dwingen (12%).

Overigens vond 63% dat het werken volgens standaarden niet verplicht zouden moeten worden. Ook dacht 63% van de verloskundigen dat werken volgens standaarden beschermt tegen klachten.

Overige factoren die van belang zijn voor het toepassen van de standaard staan weergegeven in tabel 11. In deze tabel zijn per onderdeel van de vragenlijst de factoren gesorteerd op de mate waarin zij als knelpunt werden ervaren.

Opvattingen over de standaard Anemie

Een bevorderende factor is dat de standaard als geheel overwegend positief is ontvangen. Een grote meerderheid van de verloskundigen oordeelde positief over belangrijke kenmerken van de standaard zoals de helderheid van de aanbevelingen (90%) en de mogelijkheid deze uit te proberen (87%), de lay-out van de praktijkkaart (84%), de wetenschappelijke onderbouwing (81%) en de zorgvuldigheid waarmee de standaard is ontwikkeld (89%). Daarnaast oordeelde 78% van de respondenten dat de standaard helpt om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren en bruikbaar is bij nascholing en intercollegiale toetsing.

Een mogelijk knelpunt is dat een deel van de verloskundigen vond dat de standaard te weinig flexibel is. 24% vond dat de standaard te weinig ruimte laat voor individuele verschillen (24%) en wensen van zwangeren (23%) en 16% wilde graag meer ruimte voor eigen afwegingen.

Algemene knelpunten met betrekking tot de standaard Anemie

Volgens ruim 30% van de respondenten werken gynaecologen en/of huisartsen niet mee bij het toepassen van de aanbevelingen. Daarmee vormt de samenwerking met beide disciplines een belangrijk potentieel knelpunt voor het toepassen van de standaard, althans op die onderdelen waar samenwerking met beide disciplines van belang is. Verder vond 17% bepaalde onderdelen van de aanbevelingen onjuist. De overige knelpunten op deze lijst werden door minder dan 15% van de verloskundigen herkend.

Positief kan worden genoemd dat de meeste verloskundigen vonden dat zij voldoende vaardigheden in huis hebben (93%). Een iets kleiner aantal vond ook dat haar kennis toereikend is (76%). Werken volgens de standaard kost volgens de meerderheid van de respondenten niet teveel tijd (85%) en vereist geen extra financiële vergoeding (86%). Collega's werkten volgens de respondenten goed mee (83%). Het grootste deel van de verloskundigen vond ook dat patiënten voldoende meewerken (76%).

Specifieke knelpunten bij de aanbevelingen

Met 10 van de 14 mogelijke knelpunten was meer dan 15% van de verloskundigen het eens. Opvallend is het hoge percentage verloskundigen dat aangaf alternatieve ijzerpreparaten en/of voedingssupplementen te willen voorschrijven (59%). Uit de gemaakte opmerkingen bij de aanbevelingen (paragraaf 3.3.4) blijkt dat deze preparaten vooral worden geadviseerd zonder dat er volgens de standaard echt sprake is van een ijzergebreksanemie, maar soms ook i.p.v. reguliere medicatie worden voorgeschreven.

Enkele stellingen wijzen erop dat een deel van de verloskundigen moeite heeft met de lagere zwangerschapsspecifieke Hb-waarden: 49% heeft er moeite mee om geen ijzer voor te schrijven bij een laag of sterk gedaald Hb bij een goed MCV; 31% vindt de ondergrenzen te laag met het oog op mogelijke problemen bij de partus. Dit komt overeen met de opmerkingen bij de aanbevelingen, waaruit blijkt dat er verschillende redenen worden gezien om vaker ijzermedicatie voor te schrijven dan volgens de standaard nodig is.

Tweemaal Hb bepalen is volgens een deel van de verloskundigen niet genoeg: 33% bepaalt liever kort voor de partus een Hb en 21% vindt de tijd tussen de intake en 30 weken te lang.

De keuze voor het MCV als diagnostiek voor ijzergebreksanemie geeft bij een deel van de verloskundigen problemen. 36% zou liever andere aanvullende diagnostiek doen naast MCV (in de opmerkingen worden ferritine en ZPP genoemd), 18% zei niet altijd te weten hoe de combinatie van Hb en MCV geïnterpreteerd moet worden, 16% was bang een hemoglobinopathie te missen. Ook vindt 16% het verrichten van extra bloedonderzoek belastend voor de zwangere. Overigens vond slechts 9% het bepalen van een MCV niet nodig voor het bepalen van het beleid.

Als knelpunten aan de kant van de patiënt meldde 23% dat er patiënten afwijzend reageren op een terughoudend beleid en vindt 16% het aanvullende bloedonderzoek lastig voor de zwangere.

Tabel 11: Stellingen m.b.t. mogelijke knelpunten t.a.v. het opvolgen van de standaard anemie

	Knelpunt	Neutraal	Geen knelpunt
Opvattingen over de standaard Anemie			
Standaard houdt rekening met individuele verschillen zwangeren*	38 (24%)	50 (31%)	70 (44%)
Standaard geeft voldoende ruimte voor wensen zwangere*	36 (23%)	38 (24%)	83 (52%)
Standaard laat voldoende ruimte voor eigen afwegingen*	26 (16%)	28 (18%)	103 (64%)
Standaard kan makkelijk gebruikt worden in medisch tuchtrecht	16 (10%)	73 (46%)	66 (41%)
Standaard is aanknopingspunt voor individuele zelfstudie*	12 (8%)	59 (37%)	87 (54%)
Standaard helpt om kwaliteit zorgverlening te bekijken*	11 (7%)	23 (14%)	124 (78%)
Standaard is goed bruikbaar voor nascholing/ITV*	7 (4%)	25 (16%)	125 (78%)
Lay-out praktijkkaart is handig voor gebruik*	6 (4%)	15 (9%)	135 (84%)
Standaard is wetenschappelijk goed onderbouwd*	5 (3%)	24 (15%)	129 (81%)
Aanbevelingen zijn eenvoudig uit te proberen*	5 (3%)	13 (8%)	139 (87%)
Aanbevelingen zijn inhoudelijk helder en duidelijk*	5 (3%)	10 (6%)	144 (90%)
Opstellen standaard is zorgvuldig gebeurd*	3 (2%)	14 (9%)	142 (89%)
Mogelijke knelpunten m.b.t. de standaard Anemie			
Huisartsen werken niet mee bij toepassen aanbevelingen	51 (32%)	68 (43%)	35 (22%)
Gynaecologen werken niet mee bij toepassen aanbevelingen	51 (32%)	59 (37%)	46 (29%)
Bepaalde onderdelen van aanbevelingen zijn onjuist	27 (17%)	49 (31%)	81 (51%)
Ik heb standaard niet grondig genoeg gelezen/onthouden	21 (13%)	31 (19%)	107 (70%)
Ik heb moeite met verandering oude routines	19 (12%)	15 (9%)	125 (78%)
Ik wil meer kennis over aanbevelingen voor ze toe te passen	15 (9%)	38 (24%)	106 (66%)
Patiënten werken niet mee aan toepassen aanbevelingen	13 (8%)	21 (13%)	121 (76%)
Aanbevelingen passen niet goed bij mijn werkstijl	12 (8%)	6 (4%)	140 (88%)
Ik mis bepaalde kennis voor juiste toepassing aanbevelingen	12 (8%)	26 (16%)	121 (76%)
Werken volgens de standaard kost veel tijd	11 (7%)	12 (8%)	136 (85%)
Collega's werken niet mee aan toepassen aanbevelingen	10 (6%)	13 (8%)	133 (83%)
Ik heb weerstand tegen werken volgens protocollen	10 (6%)	14 (9%)	135 (84%)
Werken volgens standaard vereist financiële vergoeding	6 (4%)	15 (9%)	138 (86%)
Ik mis bepaalde vaardigheden voor juiste toepassing aanbevelingen	4 (3%)	7 (4%)	148 (93%)
Overige knelpunten voor het toepassen van de aanbevelingen			
Wil alternatieve Fe en/of voedingssupplementen met Fe voorschrijven	94 (59%)	26 (16%)	39 (24%)
Moeite om geen Fe voor te schrijven bij laag Hb en goed MCV	78 (49%)	27 (17%)	53 (33%)
Bij laag Hb liever andere diagnostiek dan alleen MCV	58 (36%)	32 (20%)	68 (43%)
Bepaal liever korter voor partus (> 30wk) Hb	52 (33%)	16 (10%)	90 (56%)
Ondergrenzen zijn te laag, bang voor problemen bij partus	49 (31%)	19 (12%)	90 (56%)
Patiënten reageren afwijzend op terughoudend beleid	36 (23%)	25 (16%)	98 (61%)
Tijd tussen 1 ^e controle en 30 wk is te lang	33 (21%)	14 (9%)	111 (69%)
Weet niet altijd hoe Hb in combinatie met MCV te interpreteren	28 (18%)	19 (12%)	111 (69%)
Bang een hemoglobinopathie te missen	26 (16%)	19 (12%)	113 (71%)
Extra bloedonderzoek is lastig voor zwangere	25 (16%)	12 (8%)	121 (76%)
Verrichten MCV niet nodig voor bepalen beleid	14 (9%)	29 (18%)	116 (73%)
Met standaard is tijdig overleg met huisarts/2 ^e lijn mogelijk*	14 (9%)	17 (11%)	128 (80%)
Standaard sluit goed aan bij mijn bestaande kennis*	6 (4%)	16 (10%)	136 (85%)
Diagnostiek en behandelen anemie behoort tot takenpakket*	1 (1%)	7 (4%)	151 (94%)

*Bij positief geformuleerde items is het antwoord (zeer) oneens als knelpunt gecodeerd

3.3.6 Casusregistraties

Aan de hand van beknopte casusregistraties werd onderzocht in hoeverre de respondenten de standaard opvolgden bij het al dan niet voorschrijven van ijzermedicatie. Deze registraties zijn niet gericht op het geven van een representatief beeld over het gevolgde beleid bij zwangeren. Wel geven de resultaten een indruk over de mate waarin en de manier waarop er wordt afgeweken van de standaard, met name wat betreft het al dan niet voorschrijven van ijzermedicatie (zie tabel 12).

Tabel 12: Casus met en zonder ijzermedicatie getoetst aan aanbevelingen

	aantal casus	toelichting
Aterme zwangeren* zonder ijzermedicatie (n=119)		
Terecht geen ijzertherapie (conform aanbevelingen)	111 (93%)	<i>Hb ≥ zwangerschapsspecifieke waarde</i>
Onterecht geen ijzertherapie (niet conform aanbevelingen)	3 (3%)	<i>Hb < zwangerschapsspecifieke waarde, 1x geen MCV bepaald, 2x MCV 70-80fL (2x werd alternatieve medicatie geadviseerd)</i>
Niet te beoordelen	5 (4%)	<i>de benodigde gegevens zijn niet ingevuld</i>
Aterme zwangeren* met ijzermedicatie (n= 99)		
Indicatie ijzertherapie conform aanbevelingen	25 (25%)	<i>21x: Hb < zwangerschapsspecifieke waarde, MCV 70-80fL 4x: Hb < zwangerschapsspecifieke waarde, MCV < 70fL (verdere beleid niet nagevraagd door ons)</i>
Indicatie ijzertherapie niet conform aanbevelingen	68 (69%)	<i>44x: Hb ≥ zwangerschapsspecifieke waarde 24x: Hb < zwangerschapsspecifieke waarde, geen MCV bepaald</i>
Indicatie niet te beoordelen	6 (6%)	<i>de benodigde gegevens zijn niet ingevuld</i>

**alleen casus van niet-negroïde zwangeren zijn geanalyseerd; in de groep zonder ijzermedicatie zit 1 negroïde zwangere, in de groep met ijzermedicatie zitten 2 negroïde zwangeren*

Er werden gegevens geregistreerd van 119 niet-negroïde zwangeren aan wie geen ijzermedicatie was voorgeschreven. Bij vrijwel al deze zwangeren was het laagste Hb in de zwangerschap boven de aanbevolen zwangerschapsspecifieke waarden en was ijzermedicatie niet geïndiceerd. Bij drie zwangeren was het niet-voorschrijven van ijzermedicatie niet conform beide centrale aanbevelingen van de standaard. Het laagste Hb in de zwangerschap was lager dan de zwangerschapsspecifieke waarde en er was geen MCV bepaald (1x) of de MCV-waarde was afwijkend (2x). Twee van deze

zwangeren hadden wel alternatieve medicatie (ijzerhoudende siroop aangevuld met vitamine C of ijzerrijke voeding) voorgeschreven gekregen.

Van 99 niet-negroïde zwangeren aan wie ijzermedicatie was voorgeschreven werden gegevens geregistreerd. Bij 68 van hen was de indicatie voor ijzermedicatie niet in overeenstemming met de beide centrale aanbevelingen van de standaard. Bij 44 van deze zwangeren was het gemeten Hb niet lager dan de zwangerschapsspecifieke waarde. Bij 49 zwangeren die wel een laag Hb hadden, was in 24 gevallen geen MCV bepaald.

Overigens werd bij 19 (16%) van de 119 zwangeren zonder ijzermedicatie waarover gegevens zijn verzameld, advies gegeven over alternatieve ijzerpreparaten, meestal een ijzerhoudende siroop, een multivitaminepreparaat of een combinatie van beiden. Bij nadere analyse bleek dat dit vaker geadviseerd werd aan zwangeren met een Hb < 6,8 mmol/l, de oude ondergrens voor anemie, namelijk in 6 (43%) van de 14 gevallen. Een voedingsadvies werd bij ruim de helft (54%) van de zwangeren zonder ijzermedicatie gegeven. Ook dit gebeurde vaker bij zwangeren met een Hb < 6,8 mmol/l, namelijk in 10 (71%) van de 14 gevallen. Het meest geadviseerd werd gevarieerde voeding, maar ook ijzerrijke voeding of een combinatie van gevarieerde en ijzerrijke voeding werd geadviseerd. Uit de casusregistraties bleek verder dat 86 (72%) van de 120 respondenten in de zwangerschap het prikschema voor Hb-bepaling van de standaard aanhoudt. Van degenen die afweken van dit prikschema, bepaalden 31 (26%) een Hb na de 33^e week, al dan niet in combinatie met het prikschema van de standaard. (zie tabel 13)

Bloedafname voor een MCV-bepaling deden de meeste verloskundigen niet zelf: 76 (78%) van de 98 respondenten liet de bloedafname in het laboratorium verrichten, 9 (9%) respondenten stuurde de zwangere naar de huisarts voor bloedafname en 5 (5%) neemt zelf bloed af (zie tabel 14).

Tabel 13: Casusregistraties; prikschema's voor Hb

	Aantal (n = 120)	
prikschema volgens de standaard	86 (72%)	
(ook) atermo bepaling Hb	31 (26%)	
<i>prikschema volgens de standaard en bij > 33 wk</i>		15
2x: bij intake en bij > 33 wk		1
3x: bij intake, 23-27 wk en > 33 wk		13
4x: bij intake, 18-27 wk, 28-32 wk en > 33 wk		2
anders	3 (3%)	
1x: bij intake		1
1x: bij 28-32 wk		1
2x: bij intake en bij 23-27 wk		1

Tabel 14: Casusregistraties; organisatie van de MCV-bepaling

	Aantal (n = 101)
zelf venapunctie, bloed naar lab	5 (5%)
stuurt zwangere naar huisarts	9 (9%)
stuurt zwangere naar lab	76 (75%)
anders	8 (8%)
<i>Bloedafname soms zelf en soms door lab</i>	3
<i>MCV wordt slechts incidenteel bepaald</i>	3
<i>MCV wordt alleen bij de intake bepaald</i>	1
<i>MCV wordt niet bepaald</i>	1
niet ingevuld	3 (3%)

3.3.7 Resultaten van de telefonische enquête onder non-responders

Bij de telefonische enquête onder non-responders werden 13 van de 35 geselecteerde verloskundigen bereid gevonden om mee te werken. Drie verloskundigen wilden niet meewerken. Vijf verloskundigen wilden op een ander moment teruggebeld worden, maar werden niet opnieuw bereikt. De overige 14 verloskundigen zijn niet bereikt: drie van hen bleken niet meer op het praktijkadres te werken, vier waren met vakantie en zeven zijn in het geheel niet bereikt.

Alle verloskundigen die werden bereikt waren op de hoogte van de standaard, net als in de groep respondenten. Zij hadden ook allemaal de praktijkkaart in bezit, net als 96% van de respondenten. Tien verloskundigen (77%) zeiden zich meestal te houden aan de aanbevolen zwangerschapsspecifieke waarden en ook tien verloskundigen (77%) zeiden zich meestal te houden aan de aanbeveling om een MCV-bepaling te verrichten bij een laag Hb. Onder de respondenten was dit 83% respectievelijk 81%. Op de vraag naar de intentie om volgens de aanbevelingen te (blijven) werken, antwoordden twaalf verloskundigen dit wel te willen (waarvan vier zeker wel en acht waarschijnlijk wel), één verloskundige gaf aan dit waarschijnlijk niet te doen. Bij de respondenten gaf 92% aan de aanbevelingen te willen (blijven) volgen (51% zeker wel en 41% waarschijnlijk wel).

3.3.8 Samenhang tussen verschillende variabelen

De invloed van verschillende factoren op de zelfgerapporteerde toepassing van de aanbevelingen werd in een explorerende analyse onderzocht. Eerst werd de samenhang tussen afzonderlijke variabelen en de toepassing geanalyseerd. In tabel 15 zijn de gevonden Pearson correlaties weergegeven tussen de verschillende variabelen en de zelfgerapporteerde toepassing van de KNOV-standaard Anemie. Alle geteste variabelen vertonen samenhang met de gerapporteerde toepassing van de standaard. De sterkste samenhang heeft het hebben van een positieve mening over de aanbevelingen. Het ervaren van knelpunten in de randvoorwaarden (tijd, geld, algemene weerstand tegen protocollen) en het ervaren van knelpunten bij de vernieuwing of bij zichzelf (oneens zijn met aanbevelingen, onvoldoende kennis, moeite met veranderen) geven de sterkste negatieve samenhang met toepassing.

Bij de nominale variabelen die werden getoetst was alleen het onder handbereik van de praktijkkaart hebben positief gecorreleerd aan toepassing (t-toets, $t = 6,23$, $df = 139$, $p < 0,000$).

Tabel 15: Pearson correlaties tussen schalen m.b.t. het opvolgen van de standaard

	Toepassing Anemie	Eigen effect.	Van plan	Mening Anemie	Opvatting alg.	Opvatting Anemie	Omgeving	Gebruiker	Verdieping	Overleg
Eigen effectiviteit	+0,35									
Toepassing van plan	+0,49	+0,59								
Mening Anemie	+0,78	+0,35	+0,53							
Opvatting alg.	+0,49	+0,35	+0,56	+0,48						
Opvatting Anemie	+0,43	+0,28	+0,54	+0,42	+0,63					
Knelpunten omgeving	- 0,40	- 0,33	- 0,48	- 0,47	- 0,29	- 0,43				
Knelpunten gebruiker/ Vernieuwing	- 0,58	- 0,29	- 0,50	- 0,64	- 0,33	- 0,35	+0,40			
Knelpunten randvoorw.	- 0,60	ns	- 0,53	- 0,56	- 0,51	- 0,48	+0,41	+0,48		
Verdieping standaard	+0,24	ns	ns	ns	ns	+0,23	ns	- 0,24	- 0,19	
Overleg standaard	+0,33	+0,19	+0,19	+0,23	ns	ns	ns	- 0,21	ns	+0,40

ns = niet significant

* Voor alle correlaties geldt dat $p < 0,01$. Voor de cursief gedrukte correlaties geldt dat $p < 0,05$.

Via lineaire regressieanalyse werd vervolgens nagegaan wat de bijdrage was van de diverse schalen en de variabelen 'eigen effectiviteitsverwachting', 'toepassing van plan' en 'praktijkaart binnen handbereik' aan het verklaren van verschillen in de zelfgerapporteerde toepassing van de aanbevelingen van de standaard Anemie. In het uiteindelijke model bleken drie factoren significant bij te dragen aan het verklaren van de verschillen in toepassing. Een positieve mening leverde de belangrijkste bijdrage aan een hogere mate van (zelf gerapporteerde) toepassing. In mindere mate, maar wel significant, droegen het binnen handbereik hebben van de praktijkkaart en het ervaren van weinig knelpunten m.b.t. de randvoorwaarden bij aan een hogere mate van toepassing. In dit model was de totale verklaarde variantie in toepassing van de standaard, gecorrigeerd voor overschatting 70%. De resultaten van de regressieanalyse zijn weergegeven in tabel 16.

Tabel 16: Resultaten van de regressieanalyse op toepassing van standaard Anemie
(n=119: listwise deletion)

	B	Betrouwbaarheids-Interval	p-waarde	Beta (gestandaardiseerd)	verklaarde variantie (adjusted R)
Constante	0,86	0,40 – 1,32	0,000		
Mening	0,67	0,52 – 0,81	0,000	0,57	61%
Praktijkaart binnen bereik	0,30	0,18 – 0,43	0,000	0,28	69%
Knelpunten randvoorwaarden	-0,15	-0,27 – -0,03	0,013	-0,16	70%

3.3.9 De belangrijkste bevindingen van deelstudie 2

Bekendheid met de standaard en kennis van de aanbevelingen

- De disseminatie van de standaard is succesvol verlopen. Alle respondenten waren op de hoogte van het uitbrengen van de KNOV-standaard Anemie en 96% had de korte versie van de standaard in bezit. Het themanummer van het Tijdschrift voor Verloskundigen was door 89% van de respondenten gelezen.
- De praktijkkaart was het best bestudeerde onderdeel van de standaard voor kennisname van de afzonderlijke aanbevelingen (83%).
- Vrijwel alle afzonderlijke aanbevelingen waren bekend bij tenminste 90% van de respondenten. De enige uitzondering betrof de aanbeveling om bij ijzergebreksanemie op therapietrouw te wijzen en geen alternatieve medicatie voor te schrijven. Deze aanbeveling staat niet op de praktijkkaart vermeld.

Mening over de aanbevelingen

- De respondenten waren het met de meeste aanbevelingen eens of tenminste deels eens. Het minst eens was men het met de aanbeveling om op therapietrouw te wijzen en geen alternatieve ijzerpreparaten voor te schrijven bij ijzergebreksanemie (21% oneens). Ook het

verwijzen naar de huisarts bij een extreem laag Hb bij de eerste controle scoorde minder goed (11% oneens).

- De twee aanbevelingen die in deelstudie 1 als 'centrale aanbevelingen' werden aangewezen, zijn niet onverdeeld positief ontvangen. Met het aanhouden van de zwangerschapsspecifieke Hb-waarden was 61% het eens en 35% het deels eens. Een deel van de verloskundigen vond (een deel van) deze waarden te laag. Met het verrichten van een MCV-bepaling bij een laag Hb was 82% het eens. Enigszins in tegenspraak met deze positieve attitude t.a.v. de MCV-bepaling was dat slechts 54% het eens was (en 37% deels eens) met de daarmee samenhangende aanbeveling om alleen ijzermedicatie voor te schrijven als aan de hand van deze centrale aanbevelingen ijzergebreksanemie was vastgesteld.

Toepassing van de aanbevelingen

- De zelfgerapporteerde toepassing van de aanbevelingen was betrekkelijk hoog. Van de 14 aanbevelingen werden er 10 toegepast door meer dan 70% van de respondenten. Het minst toegepast werden de aanbeveling om op therapietrouw te wijzen (41%) en de aanbeveling om bij nacontrole 6 weken post partum slechts dan een Hb te bepalen als er tijdens het kraambed behandeling voor ijzergebreksanemie had plaatsgevonden (56%). Verloskundigen bleken zowel vaker (of altijd) als minder vaak (of nooit) een Hb te controleren bij deze nacontrole.
- De twee centrale aanbevelingen, betreffende de zwangerschapsspecifieke Hb-waarden en een MCV-bepaling als aanvullende diagnostiek werden naar eigen zeggen door ruim 80% van de respondenten meestal toegepast. De ermee samenhangende aanbeveling om alleen ijzermedicatie voor te schrijven als er aan de hand van deze diagnostiek een ijzergebreksanemie wordt vastgesteld werd echter minder vaak toegepast (62%).
- De casusregistraties die respondenten invulden over het gevoerde beleid bij twee zwangeren uit de eigen praktijk geven aan dat de werkelijke toepassing van de aanbevelingen mogelijk lager is dan de zelfgerapporteerde toepassing in de vragenlijst. Bij 68 van de 99 geregistreerde casus waarbij ijzermedicatie was voorgeschreven, gebeurde dat niet volgens de aanbevelingen van de standaard. Bij 44 van deze casus was er sprake van een Hb-waarde boven de zwangerschapsspecifieke afkappunten en bij 24 casus was er een laag Hb, maar was er geen MCV-bepaling verricht.

Deze cijfers zijn niet representatief. De opzet van dit deel van het onderzoek was daarvoor te beperkt en bovendien was er mogelijk sprake van selectiebias doordat een belangrijk deel van de respondenten geen casuïstiek instuurde omdat zij geen zwangere met ijzermedicatie hadden gezien tijdens de spreekuren. Toch geeft dit resultaat aan dat een substantieel deel van de verloskundigen zich niet houdt aan de aanbevolen indicatiestelling voor behandeling met ijzermedicatie.

Bevorderende factoren voor toepassing van de standaard

Kenmerken van de verloskundigen

- Verloskundigen hadden een positieve attitude ten opzichte van standaardenontwikkeling door de eigen beroepsgroep. Verloskundigen vonden standaarden van belang voor kwaliteitsverbetering en voor verdere ontwikkeling van de beroepsgroep.
- Het grootste deel van de verloskundigen had tenminste de praktijkkaart grondig bestudeerd en heeft deze binnen handbereik tijdens de spreekuren.
- De eigen effectiviteitsverwachting t.a.v. het opvolgen van de aanbevelingen was hoog, evenals de intentie om volgens de aanbevelingen te werken.

Kenmerken van de standaard

- Verloskundigen oordeelden positief over de kwaliteit van de standaard, zowel wat betreft uitvoering (helderheid, lay-out) als ontwikkeling (zorgvuldigheid, wetenschappelijke onderbouwing).

Belemmerende factoren voor toepassing van de standaard

Kenmerken van de standaard:

- Een deel van de verloskundigen vond de standaard onvoldoende flexibel m.b.t. verschillen van zwangeren en eigen afwegingen van de verloskundige.
- Een belangrijk deel van de verloskundigen was het niet eens met onderdelen van de standaard, met name de lagere Hb-waarden en de aanvullende MCV-bepaling. Ook was er twijfel over het tijdig opsporen van hemoglobinopathie.

Kenmerken van de omgeving

- Huisartsen en gynaecologen werkten volgens een belangrijk deel van de verloskundigen niet mee in die gevallen waar samenwerking op het gebied van anemie aan de orde is. Er is weinig lokaal overleg geweest met deze beroepsgroepen over de standaard. Bij zwangeren met extreem afwijkende uitslagen leek de samenwerking met huisartsen en gynaecologen niet geheel te verlopen zoals in de standaard is bedoeld. Er is niet onderzocht of dit leidt tot inadequate diagnostiek of behandeling bij deze zwangeren.
- Patiënten reageren volgens een deel van de verloskundigen afwijzend op het terughoudende voorschrijfbeleid. Overigens komt uit de kwalitatieve studie naar voren dat veel patiënten juist positief reageren op de standaard (hoofdstuk 4).

Kenmerken van de verloskundige

- Verloskundigen hebben moeite met een juiste interpretatie van de combinatie van uitslagen van het Hb en MCV.
- Er is weerstand tegen de strikte indicaties voor het voorschrijven van ijzermedicatie en tegen het voorgestelde prikschema zonder een Hb-bepaling aan het eind van de zwangerschap.

- De aanbevelingen t.a.v. Hb-bepaling post partum worden minder goed opgevolgd. Men lijkt in het kraambed en bij de 6-weekse nacontrole aan het oude beleid vast te houden, waarbij zowel vaker als minder vaak Hb-controle wordt verricht dan volgens de standaard wordt aanbevolen.
- Een groot deel van de verloskundigen wil graag voedingssupplementen en/of alternatieve ijzermedicatie voorschrijven. Niet helemaal duidelijk is echter of dit in strijd is met de aanbevelingen van de standaard, omdat deze preparaten wellicht als preventie van ijzergebreksanemie worden voorgeschreven en niet als therapie.

Verklaring van verschillen in toepassing

- Een positieve mening t.a.v. de aanbevelingen, het binnen handbereik hebben van de praktijkkaart en het ervaren van weinig knelpunten in de randvoorwaarden bleken in een regressieanalyse significant bij te dragen aan een hogere mate van toepassing van de aanbevelingen.

4 DEELSTUDIE 3: INVENTARISATIE VAN KNELPUNTEN IN DE PRAKTIJK

4.1 Inleiding

Deelstudie 3 was gericht op een nadere inventarisatie van knelpunten voor implementatie die in het dagelijks handelen van de verloskundigen een rol spelen. Daarbij waren we geïnteresseerd in specifieke omstandigheden, routines en andere achterliggende redenen die een rol spelen voor verloskundigen bij de patiëntenzorg. Ook de invloed van de patiënt op het handelen van de verloskundige werd in het onderzoek betrokken.

De vraagstelling van deelstudie 3 luidde:

Welke knelpunten ervaren verloskundigen en zwangere vrouwen in de directe patiëntenzorg voor implementatie van de KNOV-standaard Anemie?

Om onderzoek te kunnen doen naar achterliggende redenen voor het handelen van verloskundigen, was het nodig een onderzoekspopulatie samen te stellen van verloskundigen die daadwerkelijk proberen de standaard Anemie toe te passen. Daarom is er voor gekozen om het onderzoek plaats te laten vinden bij één of meer toetsgroepen die zich door middel van Intercollegiale Toetsing voor Verloskundigen (ITV) in de standaard verdiepen, aan de hand van een toetsprogramma dat de KNOV in 2002 uit zou brengen. Op deze manier zou, voor zover mogelijk, ook enig inzicht worden verworven in de mogelijke effectiviteit van het uitbrengen van een toetsprogramma als implementatieactiviteit. In tekstbox 2 wordt enige achtergrondinformatie gegeven over ITV en de stand van zaken op het tijdstip dat de deelstudie plaatsvond.

Tekstbox 2: Intercollegiale toetsing voor verloskundigen

Intercollegiale Toetsing door Verloskundigen (ITV) wordt door de KNOV omschreven als 'een systematische en gezamenlijke evaluatie van elkaars en ieders eigen wijze van verloskundige zorgverlening door een aantal collegae/beroepsgenoten, met de bedoeling de zorg te verbeteren'²⁸. ITV vindt plaats in toetsgroepen, onder begeleiding van een toetsgroepbegeleider. Dit is een verloskundige die een speciale training hiervoor heeft gevolgd. In een aantal bijeenkomsten wordt een, door de toetsgroep gekozen, onderwerp behandeld, eventueel aan de hand van een, door de KNOV ontwikkeld, toetsprogramma. Het volledige toetsingsproces bestaat uit verschillende stappen, waarin het eigen handelen onderling wordt vergeleken en wordt vergeleken met beschikbare gegevens uit wetenschappelijk onderzoek. Er worden gezamenlijke afspraken gemaakt en tot slot wordt het navolgen van deze afspraken geëvalueerd. Deze toetscyclus wordt meestal in 2 of 3 bijeenkomsten doorlopen, waarbij er een tijdspanne is van een maand of meer tussen twee opeenvolgende bijeenkomsten. De totale cyclus kan meer dan drie maanden in beslag nemen, afhankelijk van het aantal bijeenkomsten en de tijdspanne tussen de bijeenkomsten. Uit eerder onderzoek is bekend dat ITV een positief effect heeft op de kennis van verloskundigen. Tevens is er sprake van een positief effect gemeld op het handelen bij onderwerpen waarbij geen nieuwe vaardigheden of financiële inspanningen vereist waren voor verandering in het handelen²⁹. In november 2002 is het toetsprogramma 'opsporen en behandelen van (ijzergebreks)anemie' uitgebracht³⁰. Dit toetsprogramma kan op twee manieren worden gebruikt. De eerste variant is gericht op verdieping in de inhoud van de standaard, de tweede variant is gericht op het opsporen van knelpunten bij verloskundigen die al vertrouwd zijn met de inhoud van de standaard. Het toetsprogramma is 23 maal aangevraagd (mondelinge mededeling KNOV).

4.2 Methode

Om een goed inzicht te verkrijgen in achterliggende redenen voor het handelen van verloskundigen (al dan niet volgens de standaard), is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Centraal daarin stonden semi-gestructureerde interviews met verloskundigen en focusgroep interviews met zwangeren. In eerder onderzoek bleek deze methode waardevolle informatie op te leveren over het handelen van huisartsen²³.

4.3 Gegevensverzameling

Het onderzoek werd verricht in de twee toetsgroepen, die bereid waren gevonden tijdens het volgen van het toetsprogramma over de standaard Anemie deel te nemen aan het onderzoek. Gegevensverzameling vond plaats t.a.v. het handelen rondom anemie, het verloop van de ITV in beide groepen, ervaringen en overwegingen bij het handelen van individuele verloskundigen en ervaringen en verwachtingen van zwangeren t.a.v. het beleid rondom bloedarmoede. De opzet en het verloop van de gegevensverzameling wordt in deze paragraaf beschreven.

Registratie van het handelen

Voorafgaand aan de eerste toetsgroepbijeenkomst werd het gevoerde beleid t.a.v. anemie in beide toetsgroepen vastgelegd. De deelnemende verloskundigen kregen daartoe registratie-formulieren toegestuurd. Ieder van hen registreerde het beleid bij 6 recente casus uit de eigen praktijk. Dit betrof de twee cliënten waarbij het meest recent een eerste controle was verricht (intake); de twee cliënten waarbij de verloskundige het meest recent zelf de partus had begeleid (al dan niet met eventuele overdracht naar tweede lijn) en de twee cliënten waarbij de verloskundige het meest recent een nacontrole had verricht. Bij de zwangeren en bij de recent bevallen casus werd al het bloedonderzoek naar anemie tijdens de zwangerschap geregistreerd, inclusief uitslagen. Daarnaast werd de medicatie in verband met eventuele bloedarmoede en andere bijzonderheden in het beleid geregistreerd. Bij de nacontrole casus werden bijzonderheden van belang voor het beleid in het kraambed geregistreerd (bloedverlies, ijzermedicatie tijdens zwangerschap en kraambed, eventueel post partum bepaald Hb). De registratieformulieren werden door 18 verloskundigen ingevuld, 12 uit de eerste toetsgroep en 6 uit de tweede toetsgroep.

In de oorspronkelijke opzet was een tweede registratieronde gepland na afloop van het toetsprogramma over de standaard, met als belangrijkste doel enig inzicht te verkrijgen in het effect van de ITV-bijeenkomsten op het handelen. Vanwege het laat ter beschikking komen van het toetsprogramma was echter in beide toetsgroepen nog niet het hele proces doorlopen aan het einde van de onderzoeksperiode, zodat een effectmeting niet mogelijk was. Een tweede registratieronde vond wel plaats, maar werd alleen gebruikt als ondersteuning bij de af te nemen interviews. Elke te interviewen verloskundige registreerde voorafgaand aan het interview recente casus aan de hand van dezelfde formulieren als tijdens de eerste registratieronde.

Observatie van het toetsproces

In beide toetsgroepen woonde de onderzoeker de eerste toetsgroepbijeenkomst bij, om informatie te verkrijgen over het door de verloskundigen zelf gemelde eigen handelen en over de wijze waarop het verdere toetsproces doorlopen zou worden. Informatie over het verdere verloop van de ITV werd in één toetsgroep verkregen door aanwezig te zijn bij de vervolgbijeenkomst en in de andere toetsgroep door schriftelijke en mondelinge verslaglegging te ontvangen van de toetsgroepbegeleider. Ten tijde van de afronding van de gegevensverzameling had in beide toetsgroepen nog geen afsluitende bijeenkomst plaatsgevonden.

Semi-gestructureerde interviews met verloskundigen

Er werden negen semi-gestructureerde interviews afgenomen bij verloskundigen uit de twee toetsgroepen, onder andere de beide toetsgroepbegeleiders. De interviews vonden plaats voordat een afsluitende bijeenkomst in het kader van het toetsprogramma had plaatsgevonden. De interviews waren allen op dezelfde manier opgebouwd. Als eerste werden vragen gesteld over implementatie-activiteiten naar aanleiding van het uitkomen van de standaard anemie. Vervolgens werd gevraagd naar het al dan niet handelen volgens de standaard en de overwegingen daarbij. Daarbij werd ingegaan op de diagnostiek (afkappunten Hb, MCV-bepaling, prikmomenten, organisatie van bloedafname), therapie (voorschrijfbeleid, vervolgen van ijzermedicatie, eventueel advies over alternatieve medicatie of multivitaminen), samenwerking en verwijzing. Steeds werd gevraagd naar het huidige beleid, eventuele veranderingen ten opzichte van het beleid voor het uitkomen van de standaard en ervaringen of problemen bij de overgang naar het huidige beleid. Door de interviewer werd gecheckt of de gegeven antwoorden over het huidige beleid overeenkwamen met de ingevulde casusregistraties. Indien de gegeven antwoorden over het huidige beleid afweken van de casusregistratie werd daarover toelichting gevraagd.

Focusgroepinterviews met zwangeren

Er werden twee focusgroepinterviews gehouden met zwangeren, afkomstig uit enkele praktijken van verloskundigen uit de twee toetsgroepen. Zwangeren, die tussen de 32 en 36 weken zwanger waren en goed Nederlands spraken, werden door haar verloskundige tijdens het spreekuur benaderd en kregen schriftelijke informatie mee over werkwijze en doel van de interviews. In totaal meldden 13 zwangeren zich aan. Bij één van hen zette de bevalling voortijdig in, daags voor het interview en 3 anderen waren onverwachts verhinderd of kwamen niet opdagen. De interviews werden gehouden in een groep met drie en een groep met zes zwangeren.

Beide interviews werden op dezelfde manier opgebouwd. Na een korte kennismakingsronde werden vragen gesteld over ervaringen en verwachtingen t.a.v. het behandelen van anemie en anemische klachten en diagnostiek. Bovendien werd aandacht besteed aan de voorlichting en advies.

4.4 Analyse

De casusregistraties uit de eerste ronde werden geanalyseerd op het volgen dan wel afwijken van de standaard m.b.t. diagnostiek en indicaties tot ijzermedicatie. De interviews werden uitgeschreven en m.b.v. Atlas.ti werden stukken tekst gecodeerd waarin factoren van invloed op het handelen herkenbaar waren. Er werd onderscheid gemaakt tussen factoren gerelateerd aan de standaard, de organisatie van de zorg, de omgeving (samenwerkende professionals en cliënten) en de verloskundige zelf (routines, kennis/verdieping; overig). Ter controle werd de codering behalve door de onderzoeker ook door een andere medewerker verricht. Bij verschil in codering bepaalde de onderzoeker de definitieve codering. Vervolgens werd bepaald welke gecodeerde stukken tekst van belang waren voor het opvolgen van aanbeveling t.a.v. diagnostiek, therapie, of samenwerking en verwijzing, of voor implementatie in het algemeen.

Beide focusinterviews werden op vergelijkbare wijze geanalyseerd, waarbij werd gelet op belemmerende en bevorderende factoren die het verloskundige beleid t.a.v. anemie kunnen beïnvloeden.

4.5 Resultaten

4.5.1 Beschrijving beide toetsgroepen

Kring en toetsgroep

De toetsgroepen die deelnamen aan het onderzoek bestonden beiden uit (vertegenwoordigers van) alle praktijken die bij een verloskundige kring waren aangesloten. De kring van groep 1 bestond uit zes praktijken, waaronder één solopraktijk, die samenwerkten met één groot regionaal ziekenhuis. Het werkgebied lag deels in landelijk en deels in verstedelijkt gebied. De kring van groep 2 omvatte zeven praktijken in landelijk en stedelijk gebied, waaronder twee grote groepspraktijken in de beide steden. Deze kring werkt met twee perifere ziekenhuizen in de beide steden samen.

Beide toetsgroepen deden al meerdere jaren ITV, maar er was verschil in de uitwerking daarvan. In groep 2 maakte de toetsgroep een gestructureerde indruk. De toetsbijeenkomsten stonden hier los van de kringvergaderingen. Elke praktijk was vertegenwoordigd en nam actief deel aan het proces. Van elk behandeld onderwerp werd een schriftelijk verslag gemaakt voor alle deelnemende praktijken. ITV had in deze kring een belangrijke plaats in het komen tot gezamenlijke afspraken over verloskundig beleid. In groep 1 leek het toetsproces minder een gezamenlijk, gestructureerd proces. ITV werd gezien als een kringactiviteit, waardoor het onderscheid tussen ITV-bijeenkomsten en kringvergaderingen minder duidelijk leek dan in groep 2. Het toetsproces leek meer dan in groep 2 afhankelijk te zijn van de toetsgroepbegeleider. Zij bereidde de gekozen onderwerpen zelf voor en presenteerde deze zelf of nodigde eventueel een gastspreker uit. ITV leek in groep 1 vooral in het teken te staan van deskundigheidsbevordering. Er werden tot nu toe vanuit de ITV geen duidelijke afspraken gemaakt over het in de praktijken gevoerde beleid.

ITV over de standaard Anemie

In beide toetsgroepen was de standaard Anemie nooit behandeld en was het uitkomen van het toetsprogramma de belangrijkste aanleiding om er een toetscyclus aan te wijden. De uitgangssituatie m.b.t. het handelen volgens de standaard was echter verschillend.

Tijdens de eerste bijeenkomst in groep 1 bleek de standaard door één praktijk volledig gevolgd te worden. De overige praktijken volgden de standaard niet of slechts gedeeltelijk. Naar aanleiding hiervan werd besloten het toetsprogramma te gebruiken voor verdieping in de standaard. Na de tweede bijeenkomst, waarin kennisvragen werden behandeld en de achtergronden van de aanbevelingen werden besproken, werd in algemene zin afgesproken om een half jaar te volgens de standaard te werken en in het najaar van 2003 te evalueren hoe dat was verlopen tijdens een afsluitende toetsgroepbijeenkomst.

In groep 2 meldden alle praktijken tijdens de eerste bijeenkomst grotendeels de standaard te volgen. Eén praktijk meldde een afwijkend schema voor bloedafname (namelijk bij intake, 24 weken en atermen). De deelnemende praktijken spraken af gedurende een aantal weken de casus waarbij werd afgeweken van de standaard te registreren. In de tweede en afsluitende bijeenkomst werden de resultaten besproken. Niet alle praktijken hadden afwijkende casuïstiek ingebracht. Twee praktijken meldden een beperkt aantal casus waarin ijzermedicatie was voorgeschreven buiten de indicaties van de standaard. Hierover werden geen nieuwe afspraken gemaakt. Het gebruik van het afwijkende prikschema werd aan de hand van de geregistreerde casus besproken. Hierop werd afgesproken dat alsnog het prikschema van de standaard in deze praktijk gevolgd zou gaan worden. (Deze bijeenkomst vond plaats na de gegevensverzameling, tijdens de interviews was dit resultaat van de ITV nog niet bekend)

De verloskundigen uit beide toetsgroepen gaven tijdens de interviews aan dat ze het nuttig en plezierig hadden gevonden om door middel van ITV aandacht te schenken aan de standaard. Door verschillende verloskundigen uit groep 1 werd opgemerkt dat het misschien beter was geweest als dit direct na het uitkomen van de standaard was gebeurd. In groep 2 merkte één verloskundige op dat ze juist evaluatie door middel van ITV, na een tijdje werken volgens de standaard, zeer nuttig vond. In beide groepen verwachtten de verloskundigen een volgende standaard tijdens ITV te zullen behandelen.

Casusregistratie

De casusregistraties in de eerste ronde kwamen grotendeels overeen met de mate van toepassing van de standaard Anemie die de deelnemers van de beide toetsgroepen meldden tijdens de eerste toetsgroepbijeenkomst. In tabel 17 staan de belangrijkste resultaten van deze casusregistraties beschreven.

In groep 1 bleek dat bij alle casus waarbij ijzer werd voorgeschreven bij de intake of tijdens de zwangerschap was afgeweken van de aanbevelingen. In de helft van de gevallen was ijzermedicatie voorgeschreven bij een Hb boven het afkappunt, in de andere helft was geen MCV-bepaling verricht. Hb-bepaling tijdens de zwangerschap werd bij 14 van de 24 casus vaker verricht dan de standaard aanbeveelt. Tijdens het kraambed werd juist minder vaak een Hb-bepaling verricht. Hierbij ging het

vooral om zwangeren die tijdens de zwangerschap ijzermedicatie hadden gebruikt. In deze registratie werd niet gecontroleerd of dit ijzervoorschrift terecht was geweest. Ook meldden enkele verloskundigen uit groep 1 nooit een Hb te bepalen tijdens het kraambed. Het correct voorschrijven van ijzermedicatie in het kraambed was niet goed te beoordelen aan de hand van de casus-registraties.

In groep 2 werden alleen afwijkingen van de standaard geconstateerd in het gevolgde schema voor Hb-bepaling. Net als in groep 1 waren bij deze casus vaker Hb-bepalingen verricht dan de standaard aanbeveelt.

Tabel 17: Geregistreerd handelen vlgs. de standaard per toetsgroep, voorafgaand aan ITV

	Groep 1		Groep 2	
	Aantal geregistreerde casus: 24		Aantal geregistreerde casus: 12	
	conform standaard	afwijkend	conform standaard	afwijkend
Casus geregistreerd na intake				
IJzervoorschrift na intake ?				
IJzer	0	1	1	0
Geen ijzer	22	0	10	0
Onvoldoende gegevens:	1		Onvoldoende gegevens: 1	
Casus geregistreerd na zwangerschap				
Aantal geregistreerde casus: 24				
Aantal geregistreerde casus: 12				
IJzervoorschrift gedurende de zwangerschap ?				
IJzer	0	7	0	0
Geen ijzer	16	0	12	0
Onvoldoende gegevens:	1			
Schema bloedafname gedurende zwangerschap	8	14	8	4
Onvoldoende gegevens:	2			
Casus geregistreerd na kraambed				
Aantal geregistreerde casus: 24				
Aantal geregistreerde casus: 12				
Hb bepaling in kraambed?				
Ja	0	0	0	0
nee	8	6	9	0
Hb bekend uit tweede lijn:	2		Hb bekend uit tweede lijn: 3	
Hb wordt nooit bepaald:	8			

Aantallen in de tabel geven het aantal casus weer waarbij al dan niet conform de standaard werd gehandeld

4.5.2 Bevorderende en belemmerende factoren bij verloskundigen

In deze paragraaf worden de factoren besproken die door verloskundigen werden genoemd tijdens de interviews. Deze factoren zijn ingedeeld naar kenmerken van de standaard, van de omgeving, van de

organisatie van de zorg en van de verloskundige zelf. In de tabellen worden steeds de genoemde factoren weergegeven, waarbij ook het aantal verloskundigen wordt vermeld dat deze factor noemde.

De verloskundigen

Kenmerken van de standaard

Verschillende belemmerende en bevorderende factoren werden genoemd, die vooral de nieuwe methode voor diagnostiek betroffen. De praktijkkaart werd als een belangrijk hulpmiddel gezien, maar enkelen vonden de schema's onduidelijk en begrepen daardoor de schema's niet altijd:

(6:53) '.....en een paar keer heb je, als je het schema volgt; 'is hemodilutie'... ja moeten ze dan ijzer of geen ijzer? Dat hebben we al 2x gehad.'

De enige praktijk met een grote groep allochtonen gaf als knelpunt bij de diagnostiek aan dat bij het volgen van de standaard toch vaak aan het eind van de zwangerschap een laag Hb wordt gevonden. Als meer algemene factor werd genoemd dat de wetenschappelijke onderbouwing voor het beleid van groot belang is voor de acceptatie. Verder werd het van belang gevonden dat de KNOV, als landelijke voortrekker voor beleidsafspraken, de standaard uitbrengt.

Tabel 18: Belemmerende en bevorderende factoren bij de standaard

	D	Th	S	O	toelichting
Belemmerend	2				Schema's niet overzichtelijk, praktijkkaart te groot
	1			1	Verdieping kost veel moeite
		1			Allochtonen vaak laag Hb aan eind zwangerschap 'Vaker ijzer voorschrijven kan geen kwaad'
Bevorderend	1				Minder vaak prikken door standaard
	2				Praktijkkaart hulpmiddel bij spreekuur
				2	KNOV als landelijke voortrekker
				3	Wetenschappelijke onderbouwing

Aantallen in tabel geven het aantal verloskundigen weer die een factor noemde

*D, Th, S en O: genoemde factoren betreffen Diagnostiek; Therapie; Samenwerking; Overig

Kenmerken van de organisatie

Het opvolgen van de standaard vraagt om aanpassingen in de organisatie, vooral in verband met de andere diagnostiek. Hierin werd niet altijd de systematiek van de standaard gevolgd. Meerdere verloskundigen gaven aan het gemakkelijker te vinden om bij intake bloedafname naar Hb en MCV te (laten) doen en bij de 30 weken-controle een vingerprik voor het Hb. Bij 30 weken werd door hen op basis van alleen het Hb besloten tot ijzermedicatie. Verdere diagnostiek volgde dan alleen als ijzermedicatie niet het gewenste effect had op het Hb, wat overigens vrijwel nooit voorkwam volgens

Kenmerken van de verloskundigen

Verschillende verloskundigen handhaafden het oude beleid of vielen daar gemakkelijk op terug. Met name de lagere Hb-waarden bleken moeilijk om aan te wennen en bij het voorschrijven van ijzermedicatie werd dan ook soms teruggevallen op de oude indicaties.

(3:11) 'Ik denk; als het nou echt op het randje zit, b.v. iemand met 6,3; dat vind ik dus moeilijk hè, 6,3 is in mijn ogen ontzettend laag. En dan vraag ik; 'hoe voel je je?' En als dan daarbij komt: 'ja, wel moe' dan ben ik nog wel geneigd om toch maar iets voor te schrijven.'

Overigens meldden de verloskundigen in groep 2, die al langer volgens de standaard werken, dat ze hieraan snel gewend waren geraakt en dat ze bij het hanteren van deze waarden aanzienlijk minder ijzer voorschreven dan voorheen. Ook aan het zogenaamde 'uitgangs Hb' – het atermen controleren van het Hb met het oog op de aanstaande partus – werd door vier verloskundigen vastgehouden, in één praktijk systematisch. Verder werd het prikbeleid na de bevalling door verschillende praktijken ongewijzigd voortgezet, waardoor hetzij minder vaak, hetzij vaker Hb werd gecontroleerd dan aanbevolen. Gebrek aan verdieping, waardoor de achtergronden van de aanbevelingen niet duidelijk waren, werd alleen als belemmerende factor genoemd in de groep 1, waar voorafgaand aan de ITV de standaard niet werd gevolgd. Door één verloskundige uit deze groep werd de diagnostiek ingewikkeld gevonden, waardoor een juiste interpretatie moeilijk bleek. Deze verloskundige vond dat ITV met name om die reden heel nuttig was geweest. Twee keer werd genoemd dat kennis van de wetenschappelijke achtergrond heel nuttig was in het contact met cliënten. Meer in het algemeen werd opgemerkt dat actief op de hoogte blijven van ontwikkelingen het veranderen van beleid vergemakkelijkte en dat ook recent afgestudeerde collega's als vanzelf nieuwe kennis inbrachten in het beleid. Een aantal factoren was moeilijk in een gezamenlijke categorie onder te brengen. De belangrijkste belemmerende factor in deze restcategorie is dat verschillende verloskundigen aangaven 'graag iets te willen doen' als de zwangere klachten heeft, door gemakkelijker ijzer voor te schrijven of zelfmedicatie te adviseren.

Tabel 21: Belemmerende en bevorderende factoren bij verloskundigen

Routines					
	D	Th	S	O	toelichting
belemmerend	3				Moeilijk wennen aan lage Hb-waarden
	4				Aterme Hb-controle: 'uitgangs-Hb'
	1				Gebruikt uit gewoonte Ht ipv MCV
	3	3			Vaker ijzer (bij klachten, bij laag-normaal; gemakkelijker) Post partum prikbeleid ongewijzigd
Kennisverdieping					
belemmerend	1				Ingewikkeld
	1			2	Vegetariërs risicozwangeren? Vóór ITV niet veel aan gedaan, inhoud bleef te vaag
bevorderend				1	ITV helpt bij problemen met toepassing
				2	De wetenschappelijke onderbouwing helpt bij uitleg naar cliënten
				1	Steeds op hoogte blijven maakt veranderen makkelijker
				1	Jongere generatie brengt nieuwe kennis in
Overig					
belemmerend	1				Geen extra diagnostiek bij slechte voeding; vanwege algemeen advies voor multivitamines
		3			'Iets willen doen' aan klachten
		2			Vervolgcontroles: 'goed is goed'/bij klachten geen of homeopathische medicatie
	2				Post partum: Hb altijd als afsluiting/geen Hb, klachten als indicatie voor therapie
			1		Verwijzen ivm laag Hb 'jammer', na 2 goede bevallingen
bevorderend				2	Op één lijn met collega's
				1	Toetsprogramma geeft houvast en scheelt veel voorbereidingstijd voor ITV
				1	Kringen/toetsgroepen stimuleren bij nieuwe standaarden

Aantallen in tabel geven het aantal verloskundigen weer die een factor noemde

*D, Th, S en O: genoemde factoren betreffen Diagnostiek; Therapie; Samenwerking; Overig

Verschillen tussen groep 1 en 2

Bij het vergelijken van de interviews per toetsgroep werd het beeld bevestigd dat er een verschil was in de vordering van het implementatieproces tussen beide groepen. De verloskundigen uit groep 1 noemden verhoudingsgewijs vaker belemmerende factoren dan de verloskundigen uit groep 2.

Ook m.b.t. de standaard zelf werden door de verloskundigen uit groep 1 vaker een belemmerend factor genoemd, voornamelijk de complexiteit van de schema's. Verloskundigen uit groep 2 noemden juist meer bevorderende factoren bij de standaard, met name de wetenschappelijke onderbouwing en het uitbrengen van de standaard door de KNOV.

De verloskundige praktijken uit groep 2 hadden zich op eigen initiatief verdiept in de achtergronden van de aanbevelingen op de praktijkkaart en vervolgens deze aanbevelingen grotendeels in praktijk

gebracht. In groep 1 had slechts één praktijk dit gedaan. Er was in geen van beide groepen overleg geweest in de toetsgroep of in de kring naar aanleiding van het uitbrengen van de standaard.

4.5.3 Belemmerende en bevorderende factoren bij zwangeren

In beide focusgroepen waren zwangeren uit verschillende praktijken vertegenwoordigd. Focusgroep 1 bestond uit een primigravida en 5 multigravida, focusgroep 2 bestond uit 2 primigravida en 1 multigravida.

Bloedafname

Alle zwangeren hadden ervaring met bloedafname uit de arm, meestal in een streeklaboratorium of ziekenhuis. Geen enkele zwangere had daar bezwaar tegen, hoewel één vrouw meldde dat het maken van een afspraak op een geschikt moment lastig was gebleken. Voor niemand was de afstand naar het laboratorium een probleem, omdat er gebruik kon worden gemaakt van lokale voorzieningen dichtbij huis zoals een wijkpost. Niet iedereen had ervaring met een vingerprik. Degenen die de vingerprik kenden vonden de snelle uitslag van de vingerprik een voordeel. Ook vonden zij het minder belastend dan een venapunctie en vonden ze het gemakkelijk om niet voor bloedafname op pad te hoeven. De zwangeren vernamen ook na een venapunctie graag het resultaat van het onderzoek. Daarbij vonden ze het belangrijker om te horen of 'alles goed' was, dan om de precieze uitslag te kennen.

Behandeling van anemie en anemische klachten

De meeste zwangeren hadden ervaring met anemische klachten zoals vermoeidheid. Vrijwel alle multigravida waren in een eerdere zwangerschap daarvoor behandeld met ijzermedicatie, overigens met wisselend succes. In de huidige zwangerschap gebruikte slechts één zwangere ijzermedicatie. Vermoeidheidsklachten werden verschillend ervaren door degenen die er last van hadden. Sommigen vonden dat dit bij de zwangerschap hoort en vonden het een signaal om rustiger aan te doen, of kregen dit als advies. Eén multigravida, die positief was over het effect van ijzermedicatie in de vorige zwangerschap, had meer moeite met haar klachten. Zij kon zich niet vinden in het advies om wat rustiger aan te doen, gezien de zorg voor haar jonge eerste kind en voelde zich niet erg serieus genomen daardoor. Ze vroeg zich af of er toch niet een biologische oorzaak was en vond extra bloedonderzoek, om te beginnen met een vingerprik, in ieder geval op zijn plaats bij haar klachten. Ook wilde ze graag, ook als er geen bloedarmoede was, uitproberen of medicatie toch zou helpen bij haar klachten.

(2; 290-294) 'zo'n bloedprikje tussentijds, dat is toch wel een geruststelling, dan kun je iets uitsluiten. Anders ga je toch vaak zelf dokteren hoor. B.v. zo'n Roosvicee met staal erin. Dan denk je van: ik ben toch moe.'

De andere zwangeren waren juist blij als ijzermedicatie niet nodig was, vanwege de kans op klachten als misselijkheid of obstipatie.

Informatie en advies

Informatie over voeding vonden alle zwangeren belangrijk, met name bij een eerste zwangerschap. Ze hadden vooral behoefte aan informatie over de veiligheid van voedingsmiddelen met het oog op het kind. Bij voeding van belang voor de eigen gezondheid dachten ze meer in het algemeen aan 'gezond eten' en niet specifiek aan ijzeropname of preventie van anemie. Informatie over voeding en voedingssupplementen haalden ze deels uit folders en tijdschriften voor zwangeren, maar allen vonden informatieverstrekking door de verloskundigen erg belangrijk. De hoeveelheid informatie die de verloskundigen verstrekten was verschillend. Niet iedereen was daarover tevreden. Het werd gewaardeerd als informatie werd gegeven zonder dat ze die hoefden te vragen. Enkel verbaasden zich over tegenstrijdigheden in informatie of advies van de verschillende zorgverleners waar ze mee in aanraking kwamen.

Iedereen was bekend met multivitaminepreparaten voor zwangeren en hadden deze in het begin van de zwangerschap gebruikt voor foliumzuurinname. Sommigen waren daar weer mee gestopt, steeds op eigen initiatief, omdat ze vertrouwden op hun eetpatroon. Anderen waren er mee doorgegaan, steeds in overleg met de verloskundige. Deze zwangeren vonden het een prettig idee om iets extra's te kunnen doen voor hun gezondheid en voelden zich er goed bij. Ze vermoedden bovendien dat ze op deze manier minder snel ijzermedicatie nodig zouden hebben, of klachten zoals vermoeidheid konden bestrijden. Soms was expliciet om die reden het gebruik van multivitamines geadviseerd door de verloskundige.

4.6 Belangrijkste bevindingen

Afwijken van de standaard

- De lage Hb-waarden van de standaard werden niet door alle verloskundigen consequent aangehouden, wat leidde tot overbehandeling met ijzermedicatie.
- Er werd afgeweken van de aanbevolen prikmomenten voor een Hb-bepaling. Risicozwangeren werden niet steeds extra gecontroleerd bij 20 weken. Er werd door verschillende verloskundigen een Hb bepaald aan het eind van de zwangerschap.
- In het kraambed werd door verschillende verloskundigen minder vaak (of nooit) en bij de nacontrole vaker (of altijd) dan volgens de standaard een Hb bepaald.
- Hb en MCV werden door veel praktijken tegelijkertijd bepaald, met name bij de intake. Hierdoor kan een situatie ontstaan waarin de standaard niet voorziet: een normaal Hb met een afwijkend MCV.
- Bij de 30 weken controle volgde niet bij alle verloskundigen een MCV-bepaling als een laag Hb werd gevonden.
- Er was onvoldoende aandacht voor het extra onderzoek bij risicozwangeren bij 20 weken.

Knelpunten

- Sommige verloskundigen hadden moeite om de aanbevolen Hb-waarden te accepteren. Deels is dat te verklaren, omdat men aan veel hogere waarden gewend is en nog

onvoldoende vertrouwen lijkt te hebben in het adequaat opsporen en behandelen van anemie. Ook het aan het eind van de zwangerschap nogmaals een Hb bepalen, hangt hiermee samen.

- Soms werd van de indicaties voor ijzermedicatie afgeweken omdat verloskundigen 'iets wilden doen' aan vermoeidheidsklachten die zwangeren melden.
- Het gelijktijdig prikken van het Hb en MCV werd gemakkelijker gevonden dan het volgen van de systematiek van de standaard, omdat er minder handelingen voor nodig zijn. Daarnaast speelde voor enkele verloskundigen een rol dat de Hb-meter onvoldoende betrouwbaar werd gevonden in vergelijking met de labuitslag. Ook het niet direct verrichten van een MCV-bepaling bij een lage Hb-waarde bij 30 weken werd door sommige verloskundigen gemakkelijker gevonden.
- Het handhaven van het prikbeleid in het kraambed werd door verschillende verloskundigen genoemd als een routine waaraan werd vastgehouden. De standaard lijkt weinig invloed te hebben gehad op dit onderdeel van de zorg.
- In de professionele omgeving werd het beleid van de tweede lijn door de meeste praktijken genoemd als knelpunt. Dit betrof voornamelijk het beleid tijdens het kraambed. Kraamvrouwen die in de tweede lijn bevallen waren, kregen ijzermedicatie in het ziekenhuis voorgeschreven, terwijl daar volgens de standaard geen indicatie voor was.
- Sommige zwangeren dringen aan op behandeling bij klachten, of tenminste voldoende aandacht (o.a. door een extra vingerprikje) voor klachten.

Bevorderende factoren

- Het uitbrengen van de standaard door de KNOV en de wetenschappelijke onderbouwing waren beiden bevorderend voor het vertrouwen in de kwaliteit van de standaard.
- Zwangeren werkten over het algemeen goed mee aan het opvolgen van de standaard. Extra bloedafname elders leverde geen problemen op, hoewel de zwangeren duidelijk praktische voordelen zagen in de vingerprik als test voor het Hb. De meeste zwangeren kunnen zich vinden in een terughoudend beleid t.a.v. ijzermedicatie. Het toegenomen gebruik van multivitaminepreparaten lijkt daaraan bij te dragen, omdat sommige zwangeren zich daarmee beter toegerust voelen voor de extra belasting van de zwangerschap en bevalling.
- Verdieping in de onderbouwing werd belangrijk gevonden voor een goed begrip van de aanbevelingen. Voldoende kennis van de achtergronden voor de aanbevelingen was een belangrijke ondersteuning in de uitleg aan patiënten.
- Verloskundigen die de standaard al enige tijd volgden, merkten dat dit leidde tot een sterke afname van het voorschrijven van ijzermedicatie.
- Bij verschillende verloskundigen was ITV de belangrijkste aanleiding geweest om zich goed in de standaard te verdiepen. Bij degenen die de schema's op de praktijkkaart complex vonden, was de gezamenlijke verdieping tijdens ITV van belang voor een goed begrip van de aanbevelingen.
- In beide toetsgroepen werd het toetsproces afgesloten met het maken van afspraken over het te voeren beleid. In hoeverre ITV daadwerkelijk geleid heeft tot veranderingen in het handelen

kon echter niet met zekerheid worden vastgesteld in het onderzoek, doordat een goede nameting niet mogelijk was.

Verskil in implementatie

- In één van de toetsgroepen werd door de deelnemende praktijken de standaard grotendeels gevolgd. Aan deze succesvolle implementatie was geen gezamenlijke activiteit zoals ITV voorafgegaan. Het beter toepassen van de aanbevelingen door de verloskundige praktijken in deze groep lijkt het gevolg te zijn van een betere verdieping in de achtergronden door de individuele verloskundige praktijken. Dit verschil met de andere groep verloskundigen is wellicht verklaarbaar vanwege de grotere ervaring met het invoeren van wetenschappelijk onderbouwde veranderingen in de praktijkvoering naar aanleiding van ITV. De uitgevoerde studie is echter te beperkt van omvang om daar een definitieve uitspraak over te doen.

5.1.2 Impact van uitbrengen standaard op verloskundigen

De impact op kennis, mening en toepassing van de standaard 'Anemie' werd onderzocht in een schriftelijke enquête onder een aselechte steekproef van 260 eerstelijnsverloskundigen in Nederland. De respons bedroeg 62% (160 verloskundigen).

Alle respondenten waren op de hoogte van het uitbrengen van de standaard. Ook de bekendheid met de afzonderlijke aanbevelingen was groot, uitgezonderd één aanbeveling die niet op de praktijkkaart vermeld staat. De praktijkkaart was de belangrijkste informatiebron voor kennisname van de aanbevelingen.

De mening over de afzonderlijke aanbevelingen was overwegend positief. De mening over de aanbeveling over zwangerschapsspecifieke Hb-waarden was echter niet eenduidig positief; een deel van de respondenten vond (een deel van) de waarden te laag. Ook de mening over de aanbeveling om slechts dan ijzermedicatie voor te schrijven als ijzergebreksanemie is aangetoond, was gemengd positief. Een grote minderheid van de verloskundigen vond de aanbevolen indicatiestelling te strikt.

De zelfgerapporteerde toepassing van de aanbevelingen was betrekkelijk hoog. Naar eigen zeggen werden 10 van de 14 aanbevelingen door meer dan 70% van de verloskundigen meestal toegepast. Ook de twee centrale aanbevelingen voor diagnostiek werden naar eigen zeggen meestal toegepast. Echter, een kleiner deel van de respondenten rapporteerde de aanbeveling op te volgen om alleen op basis van deze diagnostiek ijzermedicatie voor te schrijven. Minder goed toegepast werden de aanbeveling om op therapietrouw te wijzen en geen alternatieve ijzermedicatie voor te schrijven bij ijzergebrek. Ook de aanbevelingen voor Hb-controles tijdens kraambed en nacontrole 6 weken post partum werden minder vaak toegepast. De registraties die respondenten invulden over casuïstiek uit de eigen praktijk geven aan dat de werkelijke toepassing van de aanbevelingen over het verrichten van een MCV-bepaling en het op indicatie voorschrijven van ijzermedicatie waarschijnlijk minder vaak conform de aanbevelingen was dan uit de zelfrapportage naar voren kwam.

Uit de enquête kwamen verschillende knelpunten voor toepassing van de standaard naar voren. *De standaard* werd door een deel van de verloskundigen te weinig flexibel gevonden met het oog op verschillen tussen zwangeren en individuele afwegingen van de verloskundige. Ook was een aantal verloskundigen het niet eens met bepaalde onderdelen van de standaard. Dit betreft met name de lagere Hb-waarden en de aanvullende MCV-bepaling. Daarnaast twijfelde een deel van de verloskundigen of met de gevolgde systematiek een hemoglobinoopathie wordt opgespoord. Ook werd opgemerkt dat de standaard niet altijd toereikend lijkt voor de grote groepen allochtonen in Nederland.

In de *omgeving* van de verloskundige waren het de huisartsen en gynaecologen die volgens de respondenten niet altijd meewerken. Dit leek vooral van belang in die gevallen waarbij daadwerkelijk wordt samengewerkt, zoals bij consultatie in verband met extreem afwijkende uitslagen. Daarnaast zouden patiënten afwijzend reageren op het terughoudende voorschrijfbeleid. Echter, ook een aanzienlijk deel van de verloskundigen gaf aan dat patiënten juist goed meewerken aan het toepassen van de aanbevelingen.

Bij sommige *verloskundigen* bleek er enig tekort aan kennis te bestaan m.b.t. de juiste interpretatie van de gecombineerde Hb- en MCV-uitslagen. Verder leek er sprake van vasthouden aan oude

routines, wat leidde tot het minder strikt voorschrijven van ijzermedicatie en vasthouden aan de vertrouwde momenten voor Hb-controle, met name vlak voor de partus (een 'uitgangs-Hb') en tijdens de zorgverlening na de partus.

Bevorderende factoren voor toepassing van de standaard waren de positieve houding t.a.v. standaardontwikkeling in het algemeen en het positieve oordeel over de kwaliteit van de standaard Anemie.

Door middel van een regressieanalyse werd onderzocht welke factoren het meest bijdroegen aan verschillen in toepassing van de aanbevelingen tussen de respondenten. Hieruit kwam naar voren dat zoals op voorhand werd verwacht, een positieve mening over de aanbevelingen het meest bijdroeg aan zelfgerapporteerde toepassing. Daarnaast droegen het binnen bereik hebben van de praktijkkaart en het weinig ervaren van enkele knelpunten zoals tijd, geld en algemene weerstand tegen protocollen significant bij aan zelfgerapporteerde toepassing.

5.1.3 Ervaren knelpunten in de patiëntenzorg

Een kleine kwalitatieve studie werd uitgevoerd onder verloskundigen uit twee toetsgroepen en enkele van hun cliënten. Hierbij werd geïnventariseerd welke knelpunten de verloskundigen ervaren indien zij daadwerkelijk de standaard (gaan) gebruiken.

In deze kwalitatieve studie kwam, net als in de enquête, een matige acceptatie van de aanbevolen systematiek om anemie op te sporen naar voren als belangrijk knelpunt. Voor een aantal verloskundigen kostte het moeite om te wennen aan de aanbevolen Hb-waarden, die veel lager zijn dan ze gewend waren. Dit leidde tot het vaker voorschrijven van ijzermedicatie dan in de standaard wordt aanbevolen en het atermen nogmaals controleren van het Hb. Het handhaven van oude routines was het belangrijkste knelpunt voor het ongewijzigde prikbeleid tijdens kraambed en bij de nacontrole. Als nieuw knelpunt kwam de organisatie van de diagnostiek naar voren. De meeste verloskundigen bepaalden uit praktische overwegingen bij de intake Hb en MCV gelijktijdig, waardoor een situatie kon ontstaan waarin de standaard niet voorziet: een normaal Hb en een afwijkende MCV-uitslag. Daarnaast liet een deel van de verloskundige vervolgdagnostiek bij afwijkende Hb-uitslagen later in de zwangerschap juist achterwege uit dezelfde praktische overwegingen. Tot slot bleek dat de meeste verloskundigen die deelnamen aan dit deelonderzoek onvoldoende aandacht hadden voor de aanbevolen extra Hb-bepaling bij risicozwangeren.

Het in de enquête opgemerkte knelpunt in de samenwerking met de gynaecologen bleek in het kwalitatieve onderzoek met name het kraambed te betreffen. In de ziekenhuizen waarmee werd samengewerkt, werd systematisch vaker ijzermedicatie voorgeschreven aan de onder hun hoede bevallen vrouwen dan volgens de KNOV-standaard wordt aanbevolen.

Vrijwel alle ondervraagde verloskundigen hadden ervaring met cliënten die graag behandeling wilden van klachten. Tegelijkertijd werd opgemerkt dat over het algemeen cliënten juist goed meewerkten aan het toepassen van de aanbevelingen. Uit de cliënteninterviews kwam eenzelfde beeld naar voren: over het algemeen hadden zij geen moeite met de extra diagnostiek en wilden zij geen ijzermedicatie als het niet nodig is. Wel vonden ze dat klachten serieus genomen moeten worden, onder andere door zonodig een extra vingerprik te verrichten ter controle van het Hb.

5.2 Beperkingen van de deelstudies

De beoordeling van de KNOV-standaard werd door een klein panel uitgevoerd, zodat de resultaten slechts als indicatief moeten worden beschouwd. De respons in het enquêteonderzoek bedroeg 62%. Hoewel de groep respondenten op een aantal kenmerken vergelijkbaar was met de hele populatie, is het mogelijk dat er door de non-repons selectie bias is opgetreden, b.v. doordat verloskundigen die niet op de hoogte waren van de standaard de vragenlijst niet hebben ingevuld. Het beperkte non-respons onderzoek dat is verricht, gaf echter geen aanwijzing voor een dergelijke selectiebias. De non-respondenten die werden bereikt, waren in dezelfde mate op de hoogte van de standaard en pasten de belangrijkste aanbevelingen in vergelijkbare mate toe. Wij gaan er dan ook van uit dat de resultaten van deze deelstudie in voldoende mate representatief zijn voor de eerstelijns-verloskunde in heel Nederland.

In het enquêteonderzoek was zelfrapportage de belangrijkste methode om toepassing van de aanbevelingen te meten. Zelfrapportage kan echter een geflatteerd beeld geven ten opzichte van het werkelijke handelen ²⁴. Ook in dit onderzoek is daar sprake van, hoewel niet duidelijk is in welke mate de belangrijkste aanbevelingen precies worden opgevolgd. Om dit exact vast te stellen zou uitgebreidere casusregistratie nodig zijn dan in dit onderzoek mogelijk was. Onder huisartsen werd aan de hand van dergelijke registraties vastgesteld dat zij gemiddeld ongeveer 70% van de aanbevelingen van NHG-standaarden opvolgden ²⁵. Hoewel op basis van de zelfrapportage een vergelijkbaar percentage werd gevonden in dit onderzoek, is het onzeker of dit niveau daadwerkelijk wordt gehaald door de eerstelijnsverloskundigen in Nederland.

Tijdens het enquêteonderzoek bleek het niet eenvoudig om de mening en het opvolgen van de aanbevelingen goed te evalueren. Het interpreteren van de gegeven antwoorden werd bemoeilijkt doordat in de aanbevelingen veel informatie is opgenomen. Verloskundigen gaven vaak aan het slechts deels eens te zijn met de te evalueren aanbevelingen. Daarbij was niet steeds direct duidelijk op welk deel van de aanbeveling het antwoord was gericht. De bij de aanbevelingen gemaakte opmerkingen brachten hierin soms uitkomst, maar van de mogelijkheid om het antwoord toe te lichten werd slechts door een klein deel van de respondenten gebruik gemaakt.

Door de noodzakelijkerwijs kleinschalige opzet van de kwalitatieve deelstudie is er geen garantie dat ook deze resultaten voor heel verloskundig Nederland geldig zijn. Tijdens deze deelstudie kwamen vergelijkbare resultaten wat betreft afwijken en toepassen van de standaard naar voren als in het enquêteonderzoek en werden vergelijkbare knelpunten genoemd. Op basis daarvan denken we dat de aanvullende informatie die uit deze deelstudie naar voren kwam, ook in een bredere context geldig is. Wel zijn door de beperkte setting mogelijk specifieke knelpunten gemist. Denkbaar is b.v. dat in een grote stad met achterstandswijken andere knelpunten zouden zijn gevonden.

In de kwalitatieve studie is het slechts in beperkte mate gelukt om naast een voormeting ook een nameting te verrichten, met name doordat het toetsprogramma later werd uitgebracht dan voorzien. Het kan worden betwijfeld of in een dergelijk kleine setting ook met een nameting voldoende bewijskracht aanwezig zou zijn om effectiviteit van het toetsprogramma te kunnen onderzoeken.

5.3 Interpretatie

De resultaten van de drie deelstudies sluiten goed op elkaar aan. De hoge kwaliteitsscore van het AGREE instrument kwam overeen met het oordeel van de verloskundigen over de standaard in de enquête en in het kwalitatieve onderzoek. Ook de implementeerbaarheid van de aanbevelingen lijkt door het panel vrij accuraat ingeschat te zijn m.b.v. de gebruikte implementatiechecklist. Het positieve oordeel van het panel over implementeerbaarheid komt overeen met de betrekkelijk hoge toepassing van de aanbevelingen, zoals in het enquêteonderzoek door de verloskundigen werd gerapporteerd.

De implementatie van de standaard mag redelijk succesvol worden genoemd, zeker gezien het feit dat de KNOV tot aan het begin van het onderzoek voornamelijk disseminatieactiviteiten heeft verricht. De bekendheid met de inhoud van de standaard is onder verloskundigen zeer hoog. De zelf-gerapporteerde toepassing van de aanbevelingen is hoog en is vergelijkbaar met de door huisartsen gerapporteerde toepassing van aanbevelingen uit de eerste NHG-standaarden, ruim anderhalf jaar na het uitbrengen ervan²⁶. De daadwerkelijke toepassing ligt mogelijk lager.

De resultaten van dit onderzoek naar de eerste eigen KNOV-standaard maken duidelijk dat er een groot draagvlak is onder eerstelijnsverloskundigen voor het ontwikkelen van eigen standaarden. Daarmee wordt een nieuwe stap gezet in de verdergaande professionalisering van de beroepsgroep van verloskundigen. Richtlijnen zoals de KNOV-standaard Anemie zijn van groot belang voor dit proces. Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is professionalisering het voortdurend streven van individuele beroepsbeoefenaren en beroepsorganisaties in de gezondheidszorg naar verdere (kennis)ontwikkeling. Richtlijnen zoals de KNOV-standaard dragen daar aan bij omdat ze de patiëntenzorg wetenschappelijk onderbouwen. Daarnaast maken richtlijnen transparant aan welke normen en waarden de patiëntenzorg van individuele beroepsbeoefenaren moet voldoen. Dit is van belang voor het vertrouwen van de samenleving in de individuele, autonome beroepsbeoefenaar. Door deze richtlijnen zelf te ontwikkelen, kan een beroepsgroep de inhoud van de te leveren zorg zelf reguleren en controleren. Daardoor wordt de professionele autonomie van een beroepsgroep bevestigd en versterkt².

5.4 Implicaties voor beleid

De implementatie van de KNOV-standaard Anemie is nog niet afgerond. Verdere verbetering in het toepassen van de aanbevelingen is mogelijk. De KNOV kan op basis van de resultaten van dit onderzoek een plan opstellen voor verdere implementatieactiviteiten, rekening houdend met de gevonden knelpunten en behoeften van verloskundigen. Aandachtspunten daarbij zijn nog eens op een rij gezet in tekstbox 3.

Uit de evaluatie komen geen onoverkomelijke belemmeringen naar voren die het opvolgen van de aanbevelingen m.b.t. de zwangerschap in de weg staan. Met andere woorden, de verloskundige beroepsgroep heeft het verbeteren van het werken volgens de aanbevelingen voor het grootste deel in eigen hand. De belangrijkste voorwaarde daarvoor is betere acceptatie van de

aanbevelingen van deze standaard, vooral m.b.t. de te hanteren Hb-waarden. Verdere implementatieactiviteiten zullen dan ook vooral gericht moeten worden op het verhogen van deze acceptatie. Betere verdieping in de standaard dan alleen aan de hand van de praktijkkaart zal daar naar verwachting belangrijk aan bijdragen. Onder andere het inmiddels door de KNOV uitgebrachte toetsprogramma lijkt daarvoor een geschikt instrument. Ook enkele aanpassingen in de gehanteerde schema's voor diagnostiek en therapie kunnen wellicht bijdragen aan betere navolging. Deze schema's blijken niet geheel toereikend te zijn voor de situatie waarin het MCV tegelijkertijd met het Hb wordt bepaald. Bovendien worden deze schema's door sommige verloskundigen en ook door het panel van deskundigen, complex gevonden, wat correcte toepassing waarschijnlijk niet bevordert. Verder gaven enkele verloskundigen tijdens het onderzoek aan dat de standaard niet altijd toereikend lijkt voor de grootste groepen allochtonen in Nederland, waarbij bedoeld werd op het vóórkomen van zeer lage Hb-waarden als de systematiek van de standaard wordt gevolgd en het wellicht niet tijdig onderkennen van hemoglobinopathiën. Ook vanuit klinisch-chemische hoek werd erop gewezen dat de standaard geen toereikend instrument is om hemoglobinopathiën op te sporen²⁷. Bij herziening van de standaard lijkt het noodzakelijk om extra aandacht aan deze problematiek te besteden.

Navolging van de KNOV-standaard Anemie is in belangrijke mate in handen van de verloskundigen zelf. Voor verbetering van de toepassing van de aanbevelingen die betrekking hebben op het kraambed is echter medewerking van de tweede lijn noodzakelijk. Een eerste aanzet daartoe op landelijk niveau is gezet door de KNOV-standaard deels op te nemen in de recent herziene versie van het Verloskundig Vademecum, dat inmiddels door de drie betrokken beroepsgroepen (LHV, KNOV en NVOG) is geaccepteerd. Ongetwijfeld zijn echter ook implementatieactiviteiten op lokaal niveau van belang. Verloskundigen zouden gestimuleerd kunnen worden dit punt in te brengen in een lokaal multidisciplinair overleg. Wellicht is ondersteuning daarbij vanuit de KNOV gewenst.

Tekstbox 3: Aandachtspunten voor verdere implementatie van de KNOV-standaard Anemie

- De praktijkkaart is de belangrijkste bron voor kennisname van de aanbevelingen. De huidige schema's op de praktijkkaart worden door sommigen echter 'ingewikkeld' gevonden. Zowel betere verdieping in de achtergronden van de aanbevelingen als vereenvoudiging van de schema's kunnen bijdragen aan een beter begrip.
- Er wordt door verloskundigen vaker ijzermedicatie voorgeschreven dan door de standaard wordt aanbevolen, voornamelijk door matige acceptatie van de aanbevolen Hb-waarden die veel lager zijn dan men gewend was.
- Er wordt afgeweken van de aanbevolen prikschema's in de zwangerschap. Extra controles bij risicozwangeren worden vergeten, en er wordt nog vaak een extra Hb-bepaling aan het eind van de zwangerschap verricht.
- Tijdens het kraambed en bij de nacontrole is er veel verschil tussen het door verloskundigen gevoerde beleid m.b.t. het verrichten van Hb-controles.
- Een MCV-bepaling wordt uit praktische overwegingen vaak direct samen met Hb-bepaling verricht, waardoor de kans bestaat op uitslagencombinaties die niet zijn opgenomen in de standaard.
- Een MCV-bepaling wordt bij de latere controles in de zwangerschap niet door iedereen verricht, uit praktische overwegingen.
- Er is onvoldoende aandacht in de standaard voor specifieke problematiek bij allochtonen.
- Betere afstemming met huisartsen en gynaecologen is nodig m.b.t. het beleid bij extreem afwijkende uitslagen in de zwangerschap, en het voorschrijven van ijzermedicatie in het kraambed.

5.5 Aanbevelingen

Het verdient aanbeveling om herziening van de huidige standaard op twee punten te overwegen:

- Extra aandacht voor het beleid bij allochtone zwangeren, gericht op het voorkomen van zeer lage Hb-waarden én op het opsporen van nog niet herkende hemoglobinopathiën.
- Vereenvoudiging van de gehanteerde schema's op de praktijkkaart. Omdat het Hb en MCV vaak in combinatie worden bepaald, zou overwogen kunnen worden om in deze schema's alle mogelijke combinaties van MCV- en Hb-uitslagen op te nemen.

Aanbevolen wordt om implementatieactiviteiten aan de beroepsgroep aan te bieden, gericht op acceptatie van de lagere Hb-waarden en op het verbeteren van het inzicht in de te hanteren systematiek van opsporen van anemie. Deels is dit al in gang gezet door het uitbrengen van een toetsprogramma over de standaard Anemie en het opnieuw stimuleren van ITV. Ook het aanbieden van andere vormen van deskundigheidsbevordering op landelijk en/of regionaal niveau kan overwogen worden. Daarnaast zou onderzoek naar gezondheidseffecten bij zwangeren (zoals het aantal opgespoorde en gemiste anemieën, al dan niet optreden van problemen tengevolge van bloedverlies tijdens de partus) bij kunnen dragen aan verdere acceptatie van de standaard, ook buiten de Nederlandse eerstelijnsverloskunde.

Het maken van lokale multidisciplinaire afspraken over het anemiebeleid zou gestimuleerd moeten worden. Verloskundige samenwerkingsverbanden en andere lokale overlegorganen bieden daarvoor een goed platform. De KNOV kan de verloskundige kringen ondersteuning aanbieden bij dergelijk overleg.

Er is een groot draagvlak voor standaardenontwikkeling in de beroepsgroep en de KNOV is in staat gebleken om de ontwikkeling van goede standaarden te realiseren. Met het verspreiden van KNOV-standaarden onder de leden worden vrijwel alle praktiserende eerstelijnsverloskundigen bereikt. Bovendien leidde het uitbrengen van de eerste standaard daadwerkelijk tot veranderingen in het handelen bij verloskundigen. Er lijken daarmee goede voorwaarden aanwezig voor verdere standaardenontwikkeling ten behoeve van de eerstelijnsverloskunde in Nederland.

REFERENTIES

1. Burgers J, Grol R. Appendix: Richtlijnontwikkeling in Nederland en het buitenland. In: Grol R, Wensing M, editors. Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2001: 435-453.
2. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Professionals in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000.
3. Grol R, Wensing M. Effectieve implementatie: een model. In: Grol R, Wensing M, editors. Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2001: 67-88.
4. Fleuren MAH, Wiefferink C, Paulussen T. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. TNO-rapport PG/VGZ 2002.203 ed. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, Divisie Volksgezondheid, 2002.
5. KNOV. Beleidsplan 2001-2003. 2000. Bilthoven, KNOV.
6. Daemers D, Amelink-Verburg MP, van Leerdam FJM. Methodiek voor de ontwikkeling van KNOV-standaarden. 1-35. 1999. Bilthoven; Leiden, KNOV; TNO-PG.
7. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD001135.
8. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep 1998; 47(RR-3):1-29.
9. Graves BW, Barger MK. A 'conservative' approach to iron supplementation during pregnancy. J Midwifery Womens Health 2001; 46(3):159-166.
10. de Jong-van den Berg LTW, Waardenburg C. Geneesmiddelengebruik tijdens de zwangerschap. Groningen: STYX publications, 1991.
11. Wildschut HI, Hoop-Bender P, Borkent-Polet M, Traas H, van Agt HM, de Kroon ML e.a.. Practice variation of test procedures reportedly used in routine antenatal care in The Netherlands. Acta Obstet Gynecol Scand 1999; 78(1):27-32.
12. Heringa M. Computer-ondersteunde screening in de prenatale zorg. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1998.
13. Waelpuut A, Wildschut HI. Prenatale zorg in de steigers. Tijdschrift voor Verloskundigen 1998; 23(11):771-773.
14. Amelink-Verburg MP, Daemers DOA, Rijnders MEB. Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk: wetenschappelijke onderbouwing. Bilthoven; Leiden: KNOV; TNO-PG, 2000.
15. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, In 't Veld C, Rutten G, Mookink H. Welke kenmerken van richtlijnen zijn van invloed op toepassing in de praktijk? Huisarts en Wetenschap 1999; 42(7):303-306.
16. Burgers J. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care 2003; 12(1):18-23.
17. AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. 2001. Londen, Nijmegen, Maastricht, Utrecht, www.agreecollaboration.org.
18. Burgers J, Grol R, Zaat J, Spies T, van der Bij A, Mookink H. Characteristics of effective clinical guidelines for clinical practice. Br J Gen Pract 2003; 53(486):15-19.

19. Amelink-Verburg MP, Daemers DOA, Rijnders MEB. Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk. 2000. Bilthoven; Leiden, KNOV;TNO-PG.
20. Wensing M, Grol R. Factoren van invloed op implementatie van veranderingen. In: Wensing M, Grol R, editors. Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001: 154-174.
21. Kenens R, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van verloskundigen: Peiling 2001. NIVEL, editor. 1-30. 2001. Utrecht.
22. Wensing M, Laurant M, Grol R. Knelpunten voor implementatie: vragenlijst. Nijmegen 1999, WOK, UMC St Radboud.
23. Schers H, Wensing M, Huijsmans Z, van Tulder M, Grol R. Implementation barriers for general practice guidelines on low back pain a qualitative study. Spine 2001; 26(15):E348-E353.
24. Adams AS, Soumerai SB, Lomas J, Ross-Degnan D. Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. Int J Qual Health Care 1999; 11(3):187-192.
25. Spies T, Mokkink H. Toetsen aan standaarden: het medisch handelen van huisartsen in de praktijk getoetst. Eindrapportage. 1999. Nijmegen/Utrecht, Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit/Nederlands Huisartsen Genootschap.
26. Grol R, Heerdink H. De bekendheid met en acceptatie van standaarden onder huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1992; 35(3):101-104.
27. Elion-Gerritzen WE, Giordano PC, Haak HL. De standaard 'Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk' van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV): risico voor het niet onderkennen van ijzergebrek en hemoglobinoopathie. Ned Tijdschr Geneeskunde 2002; 146(10):457-459.
28. Röselaers YCM, Waelput AJM. Handleiding deskundigheidsbevordering middels intercollegiale toetsing. Bilthoven. 1997: NOV.
29. Engels Y, Fleuren M, Grol R, Verheijen N, Mokkink H, Waelput A. De invoering van intercollegiale toetsing bij verloskundigen. Nijmegen 2001. WOK, UMC St Radboud.
30. Dettingmeijer M; Ponds E, Daemers D. Toetsprogramma opsporen en behandelen van (ijzergebreks)anemie. Bilthoven, 2002: KNOV.

BIJLAGE 1: DE ONDERWERPEN EN ITEMS VAN HET AGREE INSTRUMENT

ONDERWERP EN DOEL

1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.
2. De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.
3. De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.

BETROKKENHEID VAN BELANGHEBBENDEN

4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.
5. Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan.
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.
7. De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers.

METHODOLOGIE

8. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.
9. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven.
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven.
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen.
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal.
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.

HELDERHEID EN PRESENTATIE

15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig.
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.
18. De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen.

TOEPASSING

19. De mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken.
20. De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen.
21. De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.
22. De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie.
23. Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd.

ALGEMEEN OORDEEL

Zou u deze richtlijn aanbevelen voor gebruik in de praktijk?

BIJLAGE 2: RESULTATEN IMPLEMENTATIE CHECKLIST PER AANBEVELING

Aantal malen 'eens' met een item van de implementeerbaarheids vragenlijst, gescoord door twee beoordelaars

	wetensch. onderb		bevorderende factoren					belemmerende factoren				
	wetenschappelijk onderzoek	voordelen besproken	geen complexe beslisboom	eenvoudige uitvoering	strookt met normen en waarden	concrete formulering	effect zichtbaar	nieuwe kennis	nieuwe vaardigheden	aanpassing organisatie	verandering routines	negatieve reacties patiënt
aanb 1: tijdstippen van routinematig onderzoek	0	1	1	2	1	2	1	1	0	0	2	2
aanb 2: indicaties voor onderzoek in het kraambed	0	2	1	2	2	2	1	1	0	1	2	1
aanb 3: zwangerschaps-specifieke Hb waarden hanteren	2	2	2	2	1	2	1	1	0	1	2	1
aanb 4: aangepaste waarden voor negroïde vrouwen	2	1	2	2	1	2	1	1	0	1	2	1
aanb 5: verwijzing / diagnostiek bij Hb < 6 mmol/l bij intake	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0
aanb 6: aanvullende MCV-bepaling bij laag Hb	1*	2	1	2	1	2	1	1	0	1	2	1
aanb 7: alleen ijzermedicatie als een anemie is vastgesteld	1	2	0	2	2	2	2	1	0	0	2	0
aanb 8: indicaties voor ijzermedicatie	1	2	0	1	1	2	1	2	0	1	2	0
aanb 9: vervolgccontroles bij ijzermedicatie	1	1	0	1	2	2	1	1	0	1	2	0
aanb 10: therapietrouw, geen alternatieve medicatie adviseren	0	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	0
aanb 11: voedingsadvies ter preventie anemie	2	2	1	0	2	1	0	2	1	1	2	0
aanb 12: verwijzing naar gynaecoloog bij Hb <5,6 mmol/l	1	2	1	2	2	2	1	0	0	0	0	0

* dit item is door een beoordelaar niet gescoord.

BIJLAGE 3: VRAGENLIJST MET BETREKKING TOT DE KNOV-STANDAARD ANEMIE

1. Mijn geboortejaar is: 19....
2. Geslacht: ☐ vrouw
☐ man
3. Ik heb mijn opleiding tot verloskundige gevolgd in:
☐ Nederland
☐ België
☐ Engeland
☐ Elders, namelijk
4. Hoe lang geleden bent u afgestudeerd als verloskundige?
..... jaar geleden
5. Ik ben werkzaam als ☐ zelfstandige verloskundige
☐ waarnemend verloskundige, in een of meer vaste praktijken
☐ waarnemend verloskundige, wisselende waarnemingen
☐ verloskundige in loondienst
6. Ik ben werkzaam in een ☐ solopraktijk
☐ praktijk met 2 verloskundigen
☐ praktijk met 3 of meer verloskundigen
☐ gezondheidscentrum (.....fte verloskundigen)
☐ anders, namelijk:
7. Het werkgebied van de praktijk waar ik werk bestaat voornamelijk uit:
☐ platteland (dorpskernen van < 5000 inwoners)
☐ verstedelijkt gebied (5.000-30.000 inwoners)
☐ een kleine of middelgrote stad (30.000 – 100.000 inwoners)
☐ een grote stad (> 100.000 inwoners)
8. Bent u lid van de KNOV? ☐ ja
☐ nee
9. Hoe blijft u op de hoogte over ontwikkelingen in de verloskunde?
(u kunt meerdere antwoorden aankruisen)
☐ ik ga minstens 2 keer per jaar naar een nascholingscursus of symposium
☐ ik neem deel aan een toetsgroep voor intercollegiale toetsing voor verloskundigen
☐ ik lees het Tijdschrift voor Verloskundigen
☐ ik lees wetenschappelijke literatuur over verloskunde
☐ anders, namelijk
10. Bent u betrokken bij opleiding en/of overleg over de eerstelijns verloskunde
(u kunt meerdere antwoorden aankruisen)
☐ ik begeleid student-verloskundigen tijdens praktijk-stages
☐ ik geef scriptiebegeleiding aan student-verloskundigen
☐ ik ga regelmatig naar kring en/of regiovergaderingen van de KNOV
☐ ik neem deel aan het overleg over verloskundig beleid tussen verloskundigen en andere zorgverleners in mijn werkgebied
☐ anders, namelijk....

De KNOV heeft in december 2000 drie samenhangende documenten uitgebracht, die samen de KNOV-standaard 'Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk' vormen:

- de standaard (24 pagina's) die in het Handboek Kwaliteit kan worden opgeborgen
- een geplastificeerde praktijkkarta met de belangrijkste schema's en aanbevelingen
- een boek (134 pagina's) met de wetenschappelijke onderbouwing van de standaard.

De standaard en de praktijkkaart zijn onder alle leden van de KNOV verspreid.

De volgende vragen betreffen de bekendheid met de KNOV-standaard 'Anemie'.

11. Bent u op de hoogte van het bestaan van de KNOV-standaard 'Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk'? ☐ ja ☐ nee
(als u 'nee' hebt geantwoord, kunt u verder gaan op pagina 5)
12. Hebt u zelf de standaard in bezit? ☐ ja ☐ nee
13. Hebt u zelf de praktijkkaart in bezit? ☐ ja ☐ nee
14. Hebt u zelf of de praktijk waar u werkt het boek met de wetenschappelijke onderbouwing van de standaard in bezit? ☐ ja ☐ nee
15. Hebt u het themanummer (januari 2001) van het Tijdschrift voor Verloskundigen over de standaard gelezen? ☐ ja ☐ nee
16. Op welke manieren bent u met de KNOV-standaard 'Anemie' in aanraking gekomen?
(U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)
- ☐ persoonlijk ontvangen van de KNOV
 - ☐ door collega's op de hoogte gesteld
 - ☐ nascholingscursus, georganiseerd door
 - ☐ de standaard is behandeld in mijn Toetsgroep (ITV)
 - ☐ de standaard is behandeld tijdens mijn opleiding
 - ☐ anders, namelijk
17. Is de standaard aanwezig in de spreekkamer van de praktijk waar u werkt? ☐ ja ☐ nee
18. Is de praktijkkaart binnen handbereik tijdens uw spreekuren? ☐ ja ☐ nee
19. Zijn de gynaecologen waar u mee samenwerkt op de hoogte van het bestaan van de KNOV-standaard 'Anemie'? ☐ ja ☐ nee ☐ weet ik niet
20. Zijn de huisartsen waar u mee samenwerkt op de hoogte van het bestaan van de KNOV-standaard 'Anemie'? ☐ ja ☐ nee ☐ weet ik niet

Aan de hand van onderstaande stellingen kunt u aangeven in welke mate u zich in de KNOV-standaard heeft verdiept, en in welke mate deze is besproken in uw werkomgeving.

		zeer grondig	grondig	redelijk grondig	vluchtig	niet
21.	Ik heb de standaard gelezen	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Ik heb de praktijkkaart bestudeerd	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Ik heb het boek met de wetenschappelijke onderbouwing gelezen	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Ik heb de standaard besproken met de collega's waar ik mee samenwerk	☐	☐	☐	☐	☐
25.	De standaard is besproken in mijn kring	☐	☐	☐	☐	☐
26.	De standaard is besproken met de gynaecologen waar ik mee samenwerk	☐	☐	☐	☐	☐
27.	De standaard is besproken met de huisartsen waar ik mee samenwerk	☐	☐	☐	☐	☐

Hieronder worden de belangrijkste aanbevelingen genoemd uit de standaard over het onderzoek naar anemie, therapie, preventie, en verwijzing en samenwerking.

Bij elke aanbeveling kunt u aangeven in hoeverre u op de hoogte bent van de betreffende aanbeveling, in welke mate u het eens bent met de aanbeveling, en in welke mate u de aanbeveling toepast in uw dagelijks werk. Wilt u deze vragen svp ook beantwoorden als u zich niet in de standaard hebt verdiept?

Na de stellingen over een onderwerp is er ruimte voor toelichting op uw antwoord. Dit is met name van belang als u het niet eens bent met de aanbeveling of deze niet toepast in uw dagelijks werk.

ONDERZOEK NAAR ANEMIE

1. **Bij een gezonde zwangere (zonder anemie of een verhoogd risico op anemie) wordt alleen bij de 1^e controle en bij 30 weken een Hb bepaald.**

1a Kent u de aanbeveling? ☐ ja ☐ nee	1b Wat is uw mening ? ☐ eens ☐ deels eens, deels oneens ☐ oneens	1c Past u deze aanbeveling toe? ☐ meestal ☐ soms ☐ bijna nooit
--	--	--

2. **In de zwangerschap en kraambed worden als ondergrens voor een normaal Hb de volgende waarden gehanteerd:**

10 -13 weken	7,1 mmol/l
14 -17 weken	6,8 mmol/l
18 -21 weken	6,5 mmol/l
22 -37 weken	6,3 mmol/l
vanaf 38 weken	6,5 mmol/l
1 week pp	6,5 mmol/l
6 weken pp	6,8 mmol/l

2a Kent u de aanbeveling? ☐ ja ☐ nee	2b Wat is uw mening? ☐ eens ☐ deels eens, deels oneens ☐ oneens	2c Past u deze aanbeveling toe? ☐ meestal ☐ soms ☐ bijna nooit
--	---	--

3. **Bij negroïde vrouwen worden als ondergrens voor een normaal Hb waarden gehanteerd die 0,5 mmol/l lager zijn dan bij blanke vrouwen.**

3a Kent u de aanbeveling? ☐ ja ☐ nee	3b Wat is uw mening? ☐ eens ☐ deels eens, deels oneens ☐ oneens	3c Past u deze aanbeveling toe? ☐ meestal ☐ soms ☐ bijna nooit
--	---	--

4. **Bij een laag Hb in de zwangerschap wordt een MCV-bepaling verricht om onderscheid te kunnen maken tussen een fysiologisch laag Hb of een laag Hb tgv een (ijzergebreks)anemie.**

4a Kent u de aanbeveling? ☐ ja ☐ nee	4b Wat is uw mening? ☐ eens ☐ deels eens, deels oneens ☐ oneens	4c Past u deze aanbeveling toe? ☐ meestal ☐ soms ☐ bijna nooit
--	---	--

5. **In het kraambed wordt bij een kraamvrouw zonder klachten alleen een Hb bepaald als zij rondom de partus een ijzergebreksanemie had, of als zij na de partus een fluxus (>1000cc) had.**

5a Kent u de aanbeveling? ☐ ja ☐ nee	5b Wat is uw mening? ☐ eens ☐ deels eens, deels oneens ☐ oneens	5c Past u deze aanbeveling toe? ☐ meestal ☐ soms ☐ bijna nooit
--	---	--

6. **Bij de nacontrole 6 weken post partum wordt alleen een Hb bepaald bij de vrouwen die na de partus voor een ijzergebreksanemie werden behandeld.**

6a Kent u de aanbeveling? ☐ ja ☐ nee	6b Wat is uw mening? ☐ eens ☐ deels eens, deels oneens ☐ oneens	6c Past u deze aanbeveling toe? ☐ meestal ☐ soms ☐ bijna nooit
--	---	--

7. Eventuele opmerkingen over de aanbevelingen over het onderzoek naar anemie

--

PREVENTIE

8. **Voedingsvoorlichting ter preventie van ijzergebreksanemie dient gericht te zijn op een gezonde en gevarieerde voeding, het gebruik van een Vitamine-C bron bij elke maaltijd, en het afraden van koffie en thee bij de maaltijd.**

8a Kent u de aanbeveling? ☐ ja ☐ nee	8b Wat is uw mening? ☐ eens ☐ deels eens, deels oneens ☐ oneens	8c Past u deze aanbeveling toe? ☐ meestal ☐ soms ☐ bijna nooit
--	---	--

9. Eventuele opmerkingen over de aanbeveling over preventie

--

THERAPIE

10. **Zonder verder onderzoek naar anemie dient ijzermedicatie niet te worden voorgeschreven, ook niet op basis van klachten, of om een goed 'uitgangs-Hb' te bewerkstelligen.**

10a Kent u de aanbeveling? ☐ ja ☐ nee	10b Wat is uw mening? ☐ eens ☐ deels eens, deels oneens ☐ oneens	10c Past u deze aanbeveling toe? ☐ meestal ☐ soms ☐ bijna nooit
---	--	---

11. **Als er een laag Hb is vastgesteld tijdens de zwangerschap wordt ijzermedicatie alleen voorgeschreven bij een MCV waarde tussen 70 en 80 fL.**

11a Kent u de aanbeveling? ☐ ja ☐ nee	11b Wat is uw mening? ☐ eens ☐ deels eens, deels oneens ☐ oneens	11c Past u deze aanbeveling toe? ☐ meestal ☐ soms ☐ bijna nooit
---	--	---

12. De verloskundige wijst de zwangere op het belang van therapietrouw.

Gebruik van alternatieve ijzermedicatie als behandeling voor een anemie dient te worden afgeraden.

12a Kent u de aanbeveling?	12b Wat is uw mening?	12c Past u deze aanbeveling toe?
☐ ja	☐ eens	☐ meestal
☐ nee	☐ deels eens, deels oneens	☐ soms
	☐ oneens	☐ bijna nooit

13. Als er ijzermedicatie is voorgeschreven, dient er iedere 4-6 weken vervolgonderzoek plaats te vinden, totdat het Hb is hersteld en de ijzervoorraden zijn aangevuld. Als het Hb ondanks ijzersuppletie niet herstelt, dient nadere diagnostiek plaats te vinden in overleg met de huisarts.

13a Kent u de aanbeveling?	13b Wat is uw mening?	13c Past u deze aanbeveling toe?
☐ ja	☐ eens	☐ meestal
☐ nee	☐ deels eens, deels oneens	☐ soms
	☐ oneens	☐ bijna nooit

14. Eventuele opmerkingen over de aanbevelingen over therapie

--

VERWIJZING EN SAMENWERKING

15. Bij een Hb van < 6,0 mmol/l bij de eerste controle wordt de zwangere verwezen naar de huisarts voor nadere diagnostiek.

15a Kent u de aanbeveling?	15b Wat is uw mening?	15c Past u deze aanbeveling toe?
☐ ja	☐ eens	☐ meestal
☐ nee	☐ deels eens, deels oneens	☐ soms
	☐ oneens	☐ bijna nooit

16. Bij een laag Hb in combinatie met een MCV waarde onder 70 fL of boven 100 fL wordt de zwangere verwezen naar de huisarts voor nadere diagnostiek.

16a Kent u de aanbeveling?	16b Wat is uw mening?	16c Past u deze aanbeveling toe?
☐ ja	☐ eens	☐ meestal
☐ nee	☐ deels eens, deels oneens	☐ soms
	☐ oneens	☐ bijna nooit

17. Als tijdens de zwangerschap een Hb van < 5,6 mmol/l wordt gevonden, wordt de zwangere naar de gynaecoloog verwezen voor overleg.

17a Kent u de aanbeveling?	17b Wat is uw mening?	17c Past u deze aanbeveling toe?
☐ ja	☐ eens	☐ meestal
☐ nee	☐ deels eens, deels oneens	☐ soms
	☐ oneens	☐ bijna nooit

18. Eventuele opmerkingen over de aanbevelingen over verwijzing en samenwerking

--

19. Denkt u dat u in staat bent om de aanbevelingen op te volgen t.a.v. het voorschrijven van ijzermedicatie (ongeacht of u dit werkelijk doet of niet)?
- ☐ zeker wel
 ☐ waarschijnlijk wel
 ☐ waarschijnlijk niet
 ☐ zeker niet
20. Bent u van plan om de aanbevelingen van de standaard op te (blijven) volgen t.a.v. het voorschrijven van ijzermedicatie?
- ☐ zeker wel
 ☐ waarschijnlijk wel
 ☐ waarschijnlijk niet
 ☐ zeker niet

Hieronder volgen een aantal stellingen over opvattingen over standaarden in het algemeen, over de standaard 'Anemie', en over verschillende knelpunten die van belang kunnen zijn voor het toepassen van de aanbevelingen.

U kunt bij elke stelling aangeven in hoeverre u het er mee eens.

	<i>Opvattingen over standaarden in het algemeen</i>	zeer eens	eens	eens noch oneens	oneens	zeer oneens
1.	Het opstellen van eigen standaarden door de KNOV draagt bij aan de professionalisering van de beroepsgroep	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Het opstellen van eigen standaarden verbetert de positie van verloskundigen in het overleg met andere beroepsgroepen	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Het opstellen van standaarden is een goede manier om het verloskundig handelen in de eerste lijn wetenschappelijk te onderbouwen	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Het werken volgens standaarden moet niet verplicht worden	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Standaarden zijn van belang om één lijn te krijgen onder verloskundigen	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Standaarden dwingen verloskundigen in een keurslijf	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Zwangeren zijn te verschillend voor uniforme standaarden	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Werken volgens standaarden biedt bescherming tegen klachten van patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Standaarden geven houvast in het dagelijks werk	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Door gebruik te maken van eigen standaarden wordt duidelijk waar verloskundigen voor staan	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Het opstellen van standaarden is een professionele verantwoordelijkheid van de beroepsgroep	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Standaarden leveren een bijdrage aan doelmatiger werken	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Opvattingen over de standaard 'Anemie'</i>	zeer eens	eens	eens noch oneens	oneens	zeer oneens
13.	Voor zover ik dat kan beoordelen is de standaard wetenschappelijk goed onderbouwd	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Voor zover ik dat kan bepalen is het opstellen van de standaard zorgvuldig gebeurd	☐	☐	☐	☐	☐
15.	De standaard helpt me om de kwaliteit van mijn zorgverlening onder de loep te nemen	☐	☐	☐	☐	☐
16.	De standaard houdt op een goede manier rekening met individuele verschillen tussen zwangeren	☐	☐	☐	☐	☐
17.	De standaard laat genoeg ruimte voor mij om zelf afwegingen te maken	☐	☐	☐	☐	☐
18.	De standaard geeft me genoeg ruimte om de wensen van de zwangere mee te laten wegen	☐	☐	☐	☐	☐
19.	De aanbevelingen vind ik inhoudelijk helder en begrijpelijk	☐	☐	☐	☐	☐
20.	De standaard is een goed aanknopingspunt voor individuele zelfstudie	☐	☐	☐	☐	☐
21.	De standaard zou ik goed kunnen gebruiken voor nascholing of intercollegiale toetsing	☐	☐	☐	☐	☐
22.	De lay-out van de praktijkkaart maakt deze handig voor het gebruik in de spreekkamer	☐	☐	☐	☐	☐
23.	De aanbevelingen kan ik uitproberen zonder grote veranderingen in de praktijkorganisatie door te voeren of investeringen te doen	☐	☐	☐	☐	☐
24.	De standaard kan volgens mij gemakkelijk misbruikt worden in het medisch tuchtrecht	☐	☐	☐	☐	☐

	<i>Mogelijke knelpunten met betrekking tot de standaard 'Anemie'</i>	zeer eens	eens	eens noch oneens	oneens	zeer oneens
25.	Ik heb de standaard niet grondig genoeg gelezen of onthouden	☐	☐	☐	☐	☐
26.	Ik wil graag meer over de aanbevelingen weten voordat ik eventueel besluit om ze toe te passen	☐	☐	☐	☐	☐
27.	Ik mis bepaalde kennis om de aanbevelingen goed toe te kunnen passen	☐	☐	☐	☐	☐
28.	Ik mis bepaalde vaardigheden om de aanbevelingen goed toe te kunnen passen	☐	☐	☐	☐	☐
29.	Ik heb moeite met verandering van mijn oude routines	☐	☐	☐	☐	☐
30.	Ik denk dat bepaalde onderdelen van de aanbevelingen onjuist zijn	☐	☐	☐	☐	☐
31.	Ik heb in het algemeen weerstand tegen het werken volgens protocollen	☐	☐	☐	☐	☐
32.	Mijn collega's werken niet mee aan het toepassen van de aanbevelingen	☐	☐	☐	☐	☐
33.	Huisartsen werken niet mee aan het toepassen van de aanbevelingen	☐	☐	☐	☐	☐
34.	Gynaecologen werken niet mee aan het toepassen van de aanbevelingen	☐	☐	☐	☐	☐
35.	Patiënten werken niet mee aan de toepassing van de aanbevelingen	☐	☐	☐	☐	☐
36.	Het werken volgens de standaard kost veel tijd	☐	☐	☐	☐	☐
37.	De aanbevelingen passen niet goed bij de manier van werken in mijn praktijk, bij mijn werkstijl	☐	☐	☐	☐	☐
38.	Het werken volgens de standaard vereist een financiële vergoeding	☐	☐	☐	☐	☐

	<i>Overige factoren die van invloed kunnen zijn op het werken volgens de standaard</i>	zeer eens	eens	eens noch oneens	oneens	zeer oneens
39.	Diagnostiek en behandeling van anemie hoort tot mijn takenpakket	☐	☐	☐	☐	☐
40.	De standaard sluit goed aan bij mijn bestaande kennis	☐	☐	☐	☐	☐
41.	De standaard geeft voldoende waarborg voor tijdig overleg met de huisarts of de 2 ^e lijn bij problemen mbt anemie	☐	☐	☐	☐	☐
42.	Ik vind het lastig voor de zwangere om extra bloedonderzoek te (laten) verrichten	☐	☐	☐	☐	☐
43.	Ik vind het verrichten van een MCV-bepaling niet nodig om mijn beleid te kunnen bepalen	☐	☐	☐	☐	☐
44.	Ik heb er moeite mee om bij een laag Hb of een sterk gedaald Hb geen ijzer voor te schrijven als de MCV waarde goed is	☐	☐	☐	☐	☐
45.	Bij een laag Hb doe ik liever andere aanvullende diagnostiek dan alleen een MCV-bepaling	☐	☐	☐	☐	☐
46.	Ik bepaal liever korter voor de partus (dus later dan de geadviseerde 30 weken) een Hb-waarde	☐	☐	☐	☐	☐
47.	Ik vind de geadviseerde ondergrenzen te laag, en ben bij deze waarden bang voor een anemie rondom de partus en/of problemen bij een fluxus	☐	☐	☐	☐	☐
48.	Ik vind de tijd tussen 1 ^e controle en 30 weken te lang	☐	☐	☐	☐	☐
49.	Ik ben bang een hemoglobinopathie te missen	☐	☐	☐	☐	☐
50.	Patiënten reageren afwijzend op een terughoudend beleid mbt ijzermedicatie	☐	☐	☐	☐	☐
51.	Ik wil alternatieve ijzermedicatie en/of voedings-supplementen met ijzer kunnen voorschrijven	☐	☐	☐	☐	☐
52.	Ik weet niet altijd hoe ik de uitslagen van het Hb in combinatie met het MCV moet interpreteren	☐	☐	☐	☐	☐

Als u knelpunten ervaart die niet genoemd zijn, kunt u dat hieronder aangeven

Voor het laatste deel van dit onderzoek volgen een aantal vragen over het gevolgde beleid t.a.v. anemie bij twee zwangeren in de praktijk waar u werkt. Deze vragen zijn uitdrukkelijk niet bedoeld om dit beleid als juist of onjuist te beoordelen. Wel willen we door deze vragen een idee krijgen over hoe er over het algemeen wordt omgegaan met diagnostiek t.a.v. anemie.

Het invullen van deze gegevens kunt u het beste tijdens of direct na uw spreekuur doen. Dit kost u slechts enkele minuten.

Voor dit deel van het onderzoek vragen we u om tijdens uw eerstvolgende spreekuur een paar gegevens in te vullen over twee zwangeren, namelijk:

1e. **Een aterre zwangere die geen ijzermedicatie gebruikt.**

Voor deze zwangere vragen we u om **lijst A** in te vullen. Onder ijzermedicatie verstaan we ferrofumaraat, ferrogradumet, losferron of een ander preparaat op recept. Dus ook voor een zwangere die roosvicee ferro, multivitaminepreparaten of andere zelfmedicatie gebruikt kunt u lijst A invullen.

2e. **Een aterre zwangere die ijzermedicatie** (ferrofumaraat, ferrogradumet, losferron of een ander preparaat op recept) **gebruikt.**

Voor deze zwangere vragen we u om **lijst B** in te vullen

Voor het onderzoek is het van belang dat u niet een bepaalde zwangere uitkiest, maar de eerste aterre zwangere zonder ijzermedicatie die u ziet op uw spreekuur, en de eerste aterre zwangere met ijzermedicatie die u ziet op uw spreekuur.

Nb: als u dit deel van de vragenlijst niet invult, wilt u de reden daarvan hier aangeven, en lijst A en B oningevuld terugsturen?

Ik heb lijst A en/of B niet ingevuld omdat:

- ☐ ik geen spreekuur doe voor 1 juli
- ☐ anders, namelijk.....

1.	Zwangerschapsduur op het moment van invullen	 weken + ... dagen	
2.		Graviditeit:	Pariteit:
3.		Leeftijd ☐ ≤ 19 ☐ 20-29 ☐ 30-39 ☐ ≥ 40	
4.		Etniciteit ☐ europees ☐ mediterraan ☐ negroïde ☐ aziatisch ☐ anders	
5.	Wat is het laagste Hb geweest tijdens deze zwangerschap, en bij welke zwangerschapsduur?	 mmol/l	... wk
6.	Is er bij deze zwangerschapsduur ook een MCV bepaald?	☐ ja ☐ nee	Zo ja: Uitslag FL
7.	Is er aan deze zwangere het gebruik van een ijzerhoudend preparaat geadviseerd?	☐ ja, ijzerhoudende siroop (zoals roosvicee ferro) ☐ ja, multivitamine-preparaat met ijzer ☐ ja, een ander preparaat, namelijk..... ☐ nee	
8.	Is aan deze zwangere een voedingsadvies gegeven ter preventie van anemie?	☐ ja, namelijk gevarieerde voeding ☐ ja, namelijk ijzerrijke voeding ☐ ja, een ander advies, namelijk..... ☐ nee	
9.	Op welke tijdstippen bepaalt u normaal gesproken een Hb-gehalte bij een gezonde zwangere zonder anemie of zonder bijzondere risicofactoren?	☐ bij de intake ☐ tussen 18- 22 weken ☐ tussen 23- 27 weken ☐ tussen 28- 32 weken ☐ tussen 33- 36 weken ☐ aterme	

1.	Zwangerschapsduur op het moment van invullen	 weken + ... dagen	
2.		Graviditeit:	Pariteit:
3.	Leeftijd	☐ ≤ 19 ☐ 20-29 ☐ 30-39 ☐ ≥ 40	
4.	Etniciteit	☐ europees ☐ mediterraan ☐ negroïde ☐ aziatisch ☐ anders	
5.	Welke medicatie is voorgeschreven?	☐ Ferrofumaraat ☐ Ferrogradumet ☐ Losferron ☐ Anders, namelijk....	
6.	Bij welke zwangerschapsduur is dit voorgeschreven?	... wk	
7.	Is er een Hb bepaald voordat er ijzer is voorgeschreven	☐ ja ☐ nee	Zo ja: Uitslag Mmol/l
8.	Is het MCV bepaald voordat er ijzer is voorgeschreven?	☐ ja ☐ nee	Zo ja: Uitslag FL
9.	Op welke manier organiseert u een MCV bepaling in de praktijk waar u werkt?	☐ ik doe zelf een venapunctie, en stuur het bloed naar een laboratorium ☐ ik stuur de zwangere naar de huisarts ☐ ik stuur de zwangere naar een laboratorium ☐ anders, namelijk.....	