

ENQUÊTE COLLEGE MOEDER/PASGEBORENE
Materniteit & neonatologie
Deel voor gynaecologen

LUIK 1. Algemene vragen (kwantitatief luik)

IN TE VULLEN DOOR GYNAECOLOOG

Hoeveel bevallingen hadden plaats in uw dienst in de loop van **2004**?

- Aantal bevallingen verricht door de gynaecoloog?
- Aantal bevallingen verricht door de huisarts?

Hoeveel gynaecologen zijn obstetrisch actief in uw dienst?

Aantal intra-uteriene doorverwijzingen in **2004**?

Aantal postnatale doorverwijzingen in **2004**?

Aantal maternele terugverwijzingen in **2004**?

LUIK 2. Uw beleid, mening en suggesties (kwalitatief luik)

IN TE VULLEN DOOR GYNAECOLOOG

1. Beschikt uw dienst over een schriftelijk doorverwijzingsovereenkomst naar een MIC-centrum?

Ja Neen ?

Indien ja:

- a. *Gelieve ons hiervan een kopie te bezorgen*
b. *Wordt het bestaande beleid meestal nageleefd door de gynaecologen van uw dienst?*

Ja Neen ?

Indien neen:

Welke redenen kunnen hiervoor aangehaald worden?:

- | | |
|--|--|
| Terughoudendheid van de gynaecoloog | Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| Terughoudendheid van de pediater | Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| Terughoudendheid van de patiënte zelf | Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| Terughoudendheid van de familie van de patiënt | Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| Vanuit financieel oogpunt (voor patiënte, gynaecoloog, ziekenhuis) | Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| Terughoudendheid van de ziekenhuisdirectie | Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |

Andere hinderpalen:

2. Bevat deze overeenkomst ook terugverwijscriteria?

Niet van toepassing

Ja Neen ?

Indien ja:

- a. *Gelieve ons hiervan een kopie te bezorgen.*
b. *Werden aanwijzingen geformuleerd voor:*

- | | |
|--|--|
| 1. Terugverwijzing van de patiënte gedurende de zwangerschap | Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| 2. Terugverwijzing van de patiënte na partus | Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |

- c. *Worden deze afspraken meestal nageleefd door het MIC-centrum?* Ja Neen ?

Indien neen:

Welke redenen kunnen hiervoor aangehaald worden?

IN TE VULLEN DOOR GYNAECOLOOG

3. Voorziet uw instelling een tussenkomst in de kosten voor het transport?

a. Kosten voor doorverwijzing Ja Neen ?

b. Kosten voor terugverwijzing Ja Neen ?

c. Heeft u een idee van de grootte-orde van dit bedrag? Ja Neen ?

Indien ja, hoeveel bedraagt dit bedrag? Bedrag:
 ?

4. Werden er ooit aanvragen tot doorverwijzing geweigerd door de MIC waarmee u samenwerkt? Ja Neen ?

a. Zo ja, hoeveel doorverwijzingen werden geweigerd? Aantal:

Indien ja:

1. Was dit wegens een "probleem" in de MIC-dienst? Ja Neen ?

2. Was dit wegens een "probleem" in de NIC-dienst? Ja Neen ?

Indien ja, gelieve toe te lichten:

5. Welke redenen bepalen de keuze van de P*-functie (MIC en NIC).
Gelieve te nummeren van 1 tot 7 of van 1 tot 8 (Indien optie "Andere" wordt ingevuld).

afstand	<input type="checkbox"/>
voorkeur patiënt	<input type="checkbox"/>
beleid en organisatie van de P*-functie	<input type="checkbox"/>
taal	<input type="checkbox"/>
samenwerkingsovereenkomst met P*-functie	<input type="checkbox"/>
specifieke faciliteiten en capaciteiten van de P*-functie	<input type="checkbox"/>
plaats waar uzelf bent opgeleid	<input type="checkbox"/>
andere, specificeer:	<input type="checkbox"/>

IN TE VULLEN DOOR GYNAECOLOOG

6. We willen graag uw mening kennen over volgende uitspraken over perinataal doorverwijs- en terugverwijsbeleid.

Beoordeel volgende uitspraken volgens een 5-puntenschaal: 1=helemaal akkoord, 2=akkoord, 3=neutraal, geen mening, 4=niet akkoord, 5=helemaal niet akkoord. Omcirkel uw antwoord.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Nationale richtlijnen en criteria zijn noodzakelijk voor een optimaal perinataal doorverwijs- en terugverwijsbeleid | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Standaardisatie in het perinataal beleid zal op <u>medisch gebied</u> voordelen opleveren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Standaardisatie in het perinataal beleid zal op <u>sociaal gebied</u> voordelen opleveren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Standaardisatie in het perinataal beleid zal op <u>financieel gebied</u> voordelen opleveren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Neonati <32 weken en/of <1500 g worden best intra-uterien getransfereerd naar een P*-centrum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Het wegvallen van de hoogrisicotoestand van de moeder/foetus en/of een zwangerschapsduur \geq 34 weken, zijn goede criteria voor terugverwijzing naar het verwijzend ziekenhuis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Het doorverwijzen van een hoogrisico zwangere is een multidisciplinaire aangelegenheid waarbij pediater en gynaecoloog van het perifeer ziekenhuis en P*-functie betrokken zijn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Intra-uterien transport is te verkiezen boven postnataal transport tenzij een bevalling niet kan uitgesteld worden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. De wijze waarop perinatale voorzieningen en diensten georganiseerd zijn, beïnvloeden in belangrijke mate de neonatale morbiditeit en mortaliteit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Welke suggesties heeft u voor een optimaal perinataal doorverwijzings- en terugverwijzingsbeleid in België?

LUIK 3: Prospectief onderzoek naar het verwijspatroon in België

IN TE VULLEN DOOR GYNAECOLOGOOG

<p>Inclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwangerschapsduur tussen 22-32 weken • Geschat geboortegewicht <1500 gram <p>Exclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwangerschapsduur <22 weken • Zwangerschapsinterruptie in het derde trimester

Maternele transfer	
Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/>	
Patiëntnummer	
Zwangerschapsleeftijd (wk-d)	
Datum van transfer (dd-mm-yyyy)	
Naar welke instelling?	
Reden van transfer	<input type="checkbox"/> Pre-eclampsie <input type="checkbox"/> Eclampsie <input type="checkbox"/> PROM <input type="checkbox"/> Chorio-amnionitis <input type="checkbox"/> Premature arbeid <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> geboortegewicht < 1500g <input type="checkbox"/> IUGR <input type="checkbox"/> Placentaire anomalieën <input type="checkbox"/> Laag geïnserieerde placenta <input type="checkbox"/> Placenta accreta <input type="checkbox"/> Andere, specificeer :

Maternele Non-transfer	
Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/>	
Patiëntnummer	
Partusnummer	
Zwangerschapsleeftijd (wk-d)	
Datum van bevalling (dd-mm-yyyy)	
Geboortegewicht (gram)	
Overlijden neonat in verloskamer	Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/>
Indien ja, specificeer:	<input type="checkbox"/> Mors in utero <input type="checkbox"/> Perpartum <input type="checkbox"/> Postpartum
Reden van non-transfer	