

Implementatieplan van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

College Perinatale Zorg



Inhoud

1 Inleiding | 5

2 Doelen en fasering

2.1 Inleiding | 6
2.2 Knelpunten in de randvoorwaarden en bekostiging | 6
2.3 Hoofddoel implementatie | 7
2.4 Fasering implementatie zorgstandaard | 7
2.5 Uitwerking cruciale elementen Zorgstandaard | 9
2.6 Elk VSV maakt een Plan van Aanpak Implementatie | 12

3 Organisatie

3.1 Organogram | 13
3.2 Rol van het CPZ | 14
3.3 Implementatiegroep | 14
3.4 Rol van de branche- en beroeps- en patiëntenverenigingen | 15
3.5 Werkgroep Kwaliteitsindicatoren | 15
3.6 Werkgroep Cliëntversie | 15

4 Ondersteunende activiteiten

4.1 Inleiding | 17
4.2 Type activiteiten | 17
4.3 Ondersteunende activiteiten | 18
4.4 Ondersteuning aan VSV's via communicatie | 19

5. Monitoring en evaluatie

5.1 Inleiding | 21
5.2 Evaluatie van het proces van implementatie | 21
5.3 Evaluatie van de impact van de toepassing van de zorgstandaard | 21



1 Inleiding

Dit implementatieplan[1] beschrijft de wijze waarlangs het CPZ en de cliëntenorganisaties, brancheorganisaties, beroepsgroepen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere relevante veldpartijen de implementatie van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg versie 1.1 gaan bevorderen. Dit implementatieplan versie 2.0 beschrijft de activiteiten op hoofdlijnen en wordt de komende maanden in de implementatiegroep[2] verder besproken en uitgewerkt.

Dit implementatieplan is tot stand gekomen op basis van bijeenkomsten van de implementatiegroep en gesprekken die hebben plaatsgevonden met de aan het CPZ verbonden branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen. Zo hebben in de periode december 2016-maart 2017 inventariserende gesprekken en een enquête plaatsgevonden met:

- Een vertegenwoordiger van de sector kraamzorg (BO-geboortezorg)
- Een vertegenwoordiger van de verloskundigen (KNOV)
- Een vertegenwoordiger van de kinderartsen (NVK)
- Een vertegenwoordiger van algemene ziekenhuizen (NVZ)
- Een vertegenwoordiger van de gynaecologen (NVOG)
- Een vertegenwoordiger van de cliënten (Patiëntenfederatie Nederland)
- Een vertegenwoordiger van de zorgverzekeraars (ZN)

Daarnaast is een enquête uitgezet onder 80 VSV's, die door 32 VSV's is ingevuld en waarop tevens schriftelijke en telefonische reacties van 5 VSV's zijn gekomen. Een tweede enquête is uitgezet bij de beroeps-, branche- en patiëntenorganisaties, waarbij input vanuit de achterban welkom was. Voorts is gesproken met de beroeps-, branche- en patiëntenorganisaties, VSV's, zorgverleners, het Zorginstituut, Perined, NZa en IGZ.

De gespreksronde had tot doel het optimaal benutten van de kennis, expertise en kracht van de branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen en externe organisaties voor het implementatieplan. In de gesprekken zijn de volgende onderwerpen aan de orde gekomen:

- Welk beeld/doel hebben de organisaties van de implementatie en van de haalbare termijn van subdoelen
- Op welke wijze en met welke concrete activiteiten kunnen de organisaties bijdragen aan de implementatie
- Welke rol zij zien zij voor het CPZ
- Waar worden knelpunten gezien, die collectief of door de lidorganisatie zelf moeten worden opgepakt.

Door de mix van mensen en achtergronden in de gesprekken en bijeenkomsten van de implementatiegroep heeft het implementatieplan richting en uitwerking gekregen. Daarnaast is gekomen tot een voorbeeld-prioriteitsstelling voor VSV's. De inventarisatie van knelpunten is echter geen uitputtend overzicht, en wordt de komende periode verder aangevuld en geoptimaliseerd (Zie bijlage 1).

In dit implementatieplan komen achtereenvolgens aan de orde:

Hoofdstuk 2 Doelen en fasering
Hoofdstuk 3 Organisatie
Hoofdstuk 4 Activiteiten
Hoofdstuk 5 Monitoring en evaluatie

1 Onder implementatie wordt verstaan: een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en of veranderingen van bewezen waarde, met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg (Zorg Onderzoek Nederland, 1997).

2 Dit is een speciaal voor de implementatie van de zorgstandaard opgerichte groep, met vertegenwoordiging vanuit de aan het CPZ verbonden branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen.

2 Doelen en fasering

2.1 Inleiding

De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg beschrijft het doel van de integrale geboortezorg als volgt: “Het doel van ‘integrale geboortezorg’ is het verbeteren van de zorg door een integrale, multidisciplinaire aanpak, waarbij door een periodieke evaluatie van de uitkomsten én cliëntervaringen de zorg kwalitatief beter, effectiever en doelmatiger kan worden[3].” Door in de gehele geboortezorg uit te gaan van de zorgvraag en het perspectief van de zwangere en deze te koppelen aan de beschikbare evidence-based kennis wordt aanbodgericht denken voorkomen en kan continue, gecoördineerde en kwalitatief goede zorg geleverd worden. Daarbij wordt speciale aandacht besteed aan vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden[4].”

Over het maken van afwegingen tussen betere, effectievere en doelmatiger zorg geeft de Zorgstandaard in de achterliggende visie op integrale geboortezorg de volgende richting: “Met inachtneming van de professionele standaarden doen tijdens de gehele zwangerschap en kraamperiode zorgverleners een aanbod, waarbij de wensen en behoeften van de (aanstaande) zwangere vrouw, haar partner en hun (ongeboren) kind centraal staan en de vrouw en haar gezin ondersteund worden in het gehele proces van kinderwens, zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Hierbij wordt steeds de vraag gesteld of dit aanbod bijdraagt aan goede zorg vanuit het perspectief van de (zwangere) vrouw en haar (ongeboren) kind. Professionele, organisatorische en financiële belangen van zorgverleners zijn hier aan ondergeschikt[5].”

In de zorgstandaard is omschreven wat optimale geboortezorg is, met als doel om elke zwangere de beste kwaliteit van geboortezorg te kunnen leveren. De zorg moet daarbij niet alleen kwalitatief beter, maar ook effectiever en doelmatiger worden. Om na te kunnen gaan of de Zorgstandaard inderdaad leidt tot deze beoogde doelen is het noodzakelijk dat de zorgstandaard geïmplementeerd wordt, breed wordt toegepast, om vervolgens een impactanalyse uit te voeren naar de effecten van toepassing van deze zorgstandaard, zowel op kwaliteit van zorg, als op doelmatigheid en effectiviteit. (Zie ook hoofdstuk 5: Monitoring en evaluatie).

De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg schetst een toekomstperspectief dat de komende jaren stapsgewijs[6] wordt ingevuld. In dit implementatieplan is aangegeven hoe VSV’s op maat invulling kunnen geven aan deze stapsgewijze invoering van de zorgstandaard en op welke wijze zij hierbij gefaciliteerd worden door CPZ en de branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen.

Cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere relevante veldpartijen werken hierin samen[7]. Niet alle elementen zijn even eenvoudig te implementeren, mede ook afhankelijk van de lokale situatie en knelpunten. Vanuit de implementatiewerkgroep wordt een fasering voorgesteld, waarbij haalbaarheid het uitgangspunt is en die voor elke VSV leidend zou moeten zijn. Per element van de zorgstandaard is dan ook een streefdatum voorgesteld.

2.2 Knelpunten in de randvoorwaarden en bekostiging

Randvoorwaarden als regelgeving, zorgbeleid en vergoedingensystematiek kunnen faciliterend en stimulerend zijn voor goede zorg en kunnen daarmee bijdragen aan een vlotte implementatie van de zorgstandaard. Het is belangrijk om knelpunten bij de toepassing van de zorgstandaard tijdig in kaart te brengen, en te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om deze op te lossen.
De implementatiegroep en de supportgroep VSV hebben een belangrijke signalerende functie in deze en zullen het CPZ informeren over belangrijke knelpunten. Het CPZ zal deze knelpunten bij de daartoe aangewezen instanties als de NZA, ZiN proactief agenderen. Een aantal knelpunten is bij de gespreksronde en vragen aan VSV’s reeds benoemd (zie bijlage 1) en herkend door de implementatiegroep, waaronder de financiële knelpunten.

3 Citaat uit ZIG p.9 Hoofdstuk 2 Integrale geboortezorg.
4 Citaat uit ZIG p.4 samenvatting.
5 Citaat uit ZIG p.10-11.
6 Bron: ZIG p. 4 en 6.
7 Bron: ZIG p. 4.

Aanvullend zal een grondige evaluatie (zowel voor wat betreft proces als impact van de Zorgstandaard, zie hoofdstuk 5) zicht geven op de belangrijkste knelpunten in de toepassing van de zorgstandaard, maar ook duidelijkheid geven over de effecten van toepassing van de zorgstandaard op bijvoorbeeld kwaliteit van zorg en aspecten als doelmatigheid en effectiviteit. Op basis van de resultaten van deze evaluatie komen belangrijke aanknopingspunten voor verdere aanscherping van de zorgstandaard naar voren die die bij een eerstvolgende herziening van de zorgstandaard mee genomen moeten worden.

De implementatiegroep zal in fase 0 (tot 1 juli 2017) prioriteit geven aan een grondige inventarisatie van alle knelpunten die de implementatie belemmeren en komen met voorstellen voor oplossingsrichtingen, met hierbij aandacht voor het tempo waarin oplossingen kunnen worden doorgevoerd (en de invloed op de haalbaarheid van hierna te noemen streefdata). De supportgroep VSV's en het CPZ nemen het voortouw in het uitvoeren van de inventarisatie en het ophalen en opschrijven van oplossingsrichtingen voor de implementatiegroep.

2.3 Hoofddoel implementatie

Als hoofddoel van de implementatie is geformuleerd:

1. zorgprofessionals en VSV's verlenen kwalitatief goede, effectieve en doelmatige geboortezorg zoals beschreven in de Zorgstandaard Integrale geboortezorg.
2. zwangeren weten wat zij mogen verwachten van integrale geboortezorg en welke inzet van henzelf verwacht wordt, om gezamenlijk kwalitatief goede zorg te realiseren.

2.4 Fasering implementatie zorgstandaard

De implementatiegroep heeft als vertegenwoordiging van het veld een indicatie gegeven van een logische en haalbare volgorde in de implementatie. Deze volgt verderop in deze paragraaf. Hierbij heeft implementatiegroep de volgende uitgangspunten toegepast:

- het leidend laten zijn van de kwaliteit van de zorg en
- het primaat bij vraaggericht en integraal werken.

Bij de prioritering is verder rekening gehouden met geconstateerde knelpunten (zie bijlage 1) en is rekening gehouden met wat al wel en wat nog niet in de praktijk gebeurt[8], waaraan de meeste behoefte is, waar de meeste gezondheidswinst of winst in kwaliteit van leven te halen is. Ook is rekening gehouden met het gegeven dat voorlopers in integraal werken aangeven dat het elkaar vinden op de inhoud de sleutel is geweest voor het succes. Dus het naar voren halen van juist de integrale componenten kan werken als katalysator voor de implementatie. Tenslotte is rekening gehouden met de complexiteit van de onderdelen. Niet-complexe zaken zijn relatief snel te realiseren en meer complexe zaken vragen meer tijd. Toch kunnen niet complexe onderdelen een positieve impact hebben op het integraler gaan werken.

De implementatiegroep meent dat het haalbaar is dat ieder VSV in juli 2017 beschikt over een eigen Plan van Aanpak, waarin is aangegeven hoe dit VSV de implementatie (gefaseerd) oppakt en gaat meten. Vervolgens kunnen deze plannen worden geïmplementeerd: het VSV past de werkwijze aan en monitort periodiek hoe de zwangeren de zorg, geleverd door het VSV evalueren. Het plan van aanpak wordt jaarlijks bijgesteld tot de implementatie voltooid is. Vanuit de implementatiewerkgroep wordt een fasering voorgesteld, waarbij haalbaarheid het uitgangspunt is en die voor elke VSV leidend zou moeten zijn. Per element van de zorgstandaard is dan ook een streefdatum voorgesteld, waarop het betreffende element gerealiseerd moet zijn. Het spreekt voor zich dat de voorbereidingen daarvoor al in een veel eerder stadium moeten starten. Het hanteren van de kwaliteitscyclus is in dit proces cruciaal. Er moet dus in de eerste fase kwaliteitsbeleid worden gemaakt en dit moet uiterlijk per januari 2018 geïmplementeerd worden. Het registeren van de zorg, conform de indicatorenset is al staande praktijk. Alle elementen dienen uiterlijk per januari 2020 geïmplementeerd te zijn.

8 Zowel brancheorganisaties als alle VSV's zijn in januari via een enquête geraadpleegd over hun implementatieambities, 32 VSV's hebben deelgenomen aan de enquête, vanuit de brancheorganisaties hebben we 4 reacties ontvangen, 5 VSV's hebben telefonisch en per mail input geleverd. Daarnaast hebben gesprekken plaatsgevonden met onder meer beroeps-, branche- en patiëntenverenigingen, zorgverleners, IGZ, Zorginstituut en NZa.

Alle elementen dienen uiterlijk per januari 2020 geïmplementeerd te zijn, voor diverse elementen geldt een eerdere streefdatum.

Overzicht cruciale elementen[9] implementatie door VSV's	Streefdatum implementatie
Plan van aanpak implementatie	juli 2017 (deadline)
Fase 1	
Kwaliteitsbeleid incl. kwaliteitscyclus en indicatoren (p. 52 e.v., 54 ZIG) en met aandacht voor effectiviteit en doelmatigheid	januari 2018 (deadline)
Multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking (p.12 ZIG)	januari 2018
Interprofessioneel geboortezorgteam (p.12 ZIG) incl. MDO (p. 47, 61 ZIG)	januari 2018
Zwangere en (ongeboren) kind centraal (p.10 ZIG)	januari 2018
Eén vast aanspreekpunt (p.11, 45 ZIG)	januari 2018
Gezamenlijke besluitvorming, bejegening en informed consent (p.13 ZIG)	januari 2018
Prenatale zorg (p. 20 ZIG)	januari 2018
Zorg bij bevalling en geboorte (p.29 e.v. ZIG)	januari 2018
Zorg na de bevalling en geboorte (p. 35 e.v. ZIG)	januari 2018
Acute zorg (p.41 e.v. ZIG)	januari 2018
Verloskundig samenwerkingsverband (p. 46 ZIG) m.u.v. zorg aan vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden en cliëntenraad	januari 2018
Fase 2	
Adequate voorlichting en counseling (p.11 ZIG)	januari 2019
Individueel geboortezorgplan (p.11, p.44 ZIG)	januari 2019
Preconceptiezorg	januari 2019
Cliëntenraad	januari 2019
Fase 3: Alle elementen uit de Zorgstandaard	**januari 2020 (deadline)**
Perinataal Webbased Dossier (p. 48 ZIG)	januari 2020 (deadline)
Aandacht voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden (p. 15 ZIG)	januari 2020 (deadline)

9 Opsomming uit ZIG 2.2 Visie op Integrale geboortezorg p.10, Preconceptiezorg (p.17 ZIG), Prenatale zorg (p. 20 ZIG), Bevalling en geboorte (p.29 e.v. ZIG), Bevalling en geboorte (p. 35 e.v. ZIG) samenwerkingselementen uit Hoofdstuk 9 Samenwerkingsstructuur (p. 44 e.v. ZIG).



2.5 Uitwerking cruciale elementen Zorgstandaard

In deze tabel wordt nader uitgewerkt wat onder cruciale elementen verstaan wordt.

Fase	Wat	Wanneer
Fase 0		
Fase 0	**Plan van aanpak**	juli 2017 (harde deadline)
Fase 0	**Gezamenlijke besluitvorming, bejegening en informed consent (p.13 ZIG)[10]** ☐ Manier van uitwisseling van informatie tussen vrouw en zorgverlener die leidt tot gezamenlijk genomen beslissing over de te leveren zorg ☐ De zorgverlener luistert actief en heeft aandacht voor vragen en wensen van de vrouw ☐ De coördinerend zorgverlener en de zwangere stellen samen geboortezorgplan op	
Fase 1		
Fase 1	**Kwaliteitsbeleid incl. kwaliteitscyclus en indicatoren (p. 51 e.v., 54 ZIG)** ☐ Er is een kwaliteitssysteem opgezet, dat tevens rekening houdt met aspecten als effectiviteit en doelmatigheid ☐ Kwaliteitsbevordering en –bewaking is methodisch aangepakt, in een cyclisch proces en is structureel ingebed binnen de zorgorganisatie ☐ Het gezamenlijk continu monitoren van de kwaliteit in de eigen regio en opstellen verbeterplannen. Het analyseren en verbeteren van prestaties vanuit het perspectief van zowel de zorgverlener als zwangere (p.51 ZIG). Aanbevelingen voor verbetering samenwerking, richtlijnontwikkeling/zorgpaden, inventariseren scholingsnoodzaak ☐ Deelname zorgverleners aan perinatale audits en perinatale registratie van Perined ☐ De gemeten resultaten worden besproken, geanalyseerd en leiden tot verbeter- en borgingsplannen	januari 2018 (harde deadline)
Fase 1	**Multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking (p.12 ZIG)** ☐ Zorgsysteem integrale zorg waarbij professionals gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor onderlinge afstemming en het regionaal beleid ☐ Transparant uitleg geven over de kwaliteit van zorg in het hele zorgtraject ☐ Multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking tussen betrokken beroepsgroepen, zorginstellingen en maatschappelijke organisaties en aanstaande ouders op basis van gelijkwaardigheid ☐ Bijzondere aandacht voor communicatie en overdracht	Streefdatum januari 2018
Fase 1	**Interprofessioneel geboortezorgteam (p.12 ZIG) incl. MDO (p. 46, 47, 61 ZIG)** ☐ Minimaal maandelijks Multidisciplinair Overleg (MDO) ☐ Organiseren toestemming zwangeren voor bespreking in MDO ☐ Beleid samenstelling, taak en werkwijze interprofessioneel geboortezorgteam (p.4 ZIG) incl. afspraken over kwaliteit, registratie, afwijken van het beleid, verantwoording en transparantie (p. 20 ZIG) ☐ Instellen geboortezorgteam met vertegenwoordiging van alle bij de geboortezorg betrokken zorgverleners in de regio	Streefdatum januari 2018
Fase 1	**Zwangere en (ongeboren) kind centraal (p.10 ZIG)** ☐ Iedere zwangere heeft zelf de keuze om thuis, in een geboortecentrum of poliklinisch in het ziekenhuis te bevallen (p. 31 ZIG) ☐ Voorkómen over- en onderbehandeling ☐ Met respect en in veiligheid ondersteunen van de vrouw en creëren van beschikbaarheid en kwaliteit, ongeacht de gekozen plaats van bevalling ☐ Vraaggericht zorgaanbod ☐ Beleid over hoe om te gaan met vragen van vrouwen die buiten de richtlijnen vallen ☐ Iedere vrouw wordt aan het begin van de zwangerschap op de hoogte gebracht van haar recht op geïnformeerde keuze (p. 21 ZIG) en over belang van alle controles (p.22 ZIG) ☐ Elke vrouw heeft te allen tijde de mogelijkheid om af te zien danwel af te wijken van zorgaanbod in de ZIG ☐ Zorgverleners ondersteunen iedere vrouw om eigen keuzes te maken (zorg, welk moment, welke plaats) ☐ Informeren vrouw registratie van gegevens in haar elektronisch dossier, in de Landelijke Perinatale Registratie, bevolkingsonderzoeken en dat voor delen haar toestemming nodig is ☐ Vastleggen toestemming zwangere over bespreken in MDO, geboortezorgteam, doen van onderzoeken in haar dossier	Streefdatum januari 2018

Fase 1	**Eén vast aanspreekpunt: coördinerend zorgverlener (p.11, 20, 45 ZIG)[12]** ☐ Iedere zwangere heeft gedurende de zwangerschap één vast aanspreekpunt, de coördinerend zorgverlener ☐ Coördinerend zorgverlener bewaakt belangen zwangere, ondersteunt zelfmanagement en ziet toe op integrale geboortezorg volgens individueel geboortezorgplan ☐ Vastleggen toestemming zwangere met besluit wie aanspreekpunt is ☐ Ondersteunen en adviseren vrouw bij keuze over locatie van de bevalling (p.31 ZIG)	Streefdatum januari 2018
Fase 1	**Prenatale zorg (p. 20 ZIG)** ☐ Basiszorg zoals beschreven in ZIG wordt geboden. Bij een gecompliceerd verloop zal aanvullende zorg geboden worden ☐ Eerste consult vindt plaats voor 9 weken amenorroeduur Intake anamnese zwangere en partner: risico-inschatting, algemene voorlichting, bespreken van prenatale screening	Streefdatum januari 2018
Fase 1	**Zorg bij bevalling en geboorte (p.29 e.v. ZIG)** ☐ Basiszorg zoals beschreven in ZIG wordt geboden. Bij een gecompliceerd verloop zal aanvullende zorg geboden worden	
Fase 1	**Zorg na de bevalling en geboorte (p. 35 e.v. ZIG)** ☐ Basiszorg zoals beschreven in ZIG wordt geboden. Bij een gecompliceerd verloop zal aanvullende zorg geboden worden	Streefdatum januari 2018
Fase 1	**Acute zorg (p.41,42,46 ZIG)** ☐ Opstellen beleid omgaan met calamiteiten en incidenten ☐ Implementatie beleid omgaan met calamiteiten en incidenten	Streefdatum januari 2018
Fase 1	**Verloskundig samenwerkingsverband (p. 4, 46,47 ZIG) m.u.v. zorg aan kwetsbare vrouwen en cliëntenraad** ☐ Ontwikkelen regionale netwerken, VSV's (beroepsgroepen: verloskundig zorgverleners, kraamzorgorganisaties en andere regionale geboortezorg professionals)[13] ☐ Opstellen Regionaal beleid VSV ☐ Risico-inschatting (medische, psychosociale, zorg- en leefstijlgerelateerde risico's), met primaire input uit VIL ☐ Beschrijven hoe van onderling met klachten wordt omgegaan ☐ Clientvoorlichting pijnbestrijding[14] ☐ Protocol (p.4, 12, 13, 20 ZIG): verdeling verantwoordelijkheden, taken en werkwijze interprofessioneel geboortezorgteam incl. afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording, transparantie, borgen keuzevrijheid zwangere incl. protocol "parallelle actie" over debriefing ☐ Jaarlijkse bespreking jaarcijfers kwaliteit, benchmark, analyse en aanpassing van regionale afspraken ☐ Deelname aan Perinatale audit ☐ Jaarlijks opleveren gezamenlijk kwaliteit jaarverslag incl. benchmark, analyse, beleidsaanpassingen ☐ Ontwikkelen regionale zorgpaden ☐ Implementatie regionale zorgpaden ☐ Beleid instellen Cliëntenraad/ regionale adviesraad zwangeren/(jonge) ouders ☐ Regelen dat geregistreerd wordt tot welk VSV de zwangere behoort ☐ Hanteren informatiestandaard voor vastleggen gegevens ☐ Waarborgen van de privacy van de vrouw mbt patiëntendossier ☐ Voorzien in een volledig en actueel dossier en zorgdragen voor heldere overdracht tussen zorgverleners	Streefdatum januari 2018
Fase 2		
Fase 2	**Adequate voorlichting en counseling (p.11 ZIG)** ☐ Er is beleid en alle zorgverleners binnen het VSV hanteren uniform informatiemateriaal voor het goed informeren van de zwangere over haar zwangerschap, bevalling, kraamperiode en de begeleidings- en zorgmogelijkheden (incl. pre- en neonatale screening) ☐ Elke zwangere krijgt ondersteuning van zelfmanagement	Streefdatum januari 2019
Fase 2	**Individueel geboortezorgplan (p.11, p.44 ZIG) uiterlijk week 16[15]** ☐ Alle behoeften en wensen van de zwangere worden vastgelegd in een individueel geboortezorgplan ☐ Alle afspraken met zorgverleners/Het regionaal zorgpad van de zwangere wordt opgenomen in haar individueel geboortezorgplan.	Streefdatum januari 2019

Fase 2	**Preconceptiezorg (p. 17 e.v. ZIG)** ☐ Gestructureerd (laten) aanbieden van voorlichting en educatie over preconceptieconsulten ☐ Preconceptieconsult wordt aangeboden ☐ Specialistisch preconceptieconsult dat leidt tot precconceptieadvies en plan van aanpak wordt aangeboden Afstemming met o.m. gemeenten, huisartsen over werven en voorlichten vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden	Streefdatum januari 2019
Fase 2	**Doorontwikkeling verloskundig samenwerkingsverband (p. 4, 46, 47 ZIG)** ☐ Uitbreiden regionale netwerken (nieuwe beroepsgroepen in lijn met dan bijgewerkte Zorgstandaard) ☐ Aanpassen MDO (welke frequentie, welke beroepsgroepen in lijn met dan bijgewerkte Zorgstandaard) ☐ Implementatie Cliëntenraad ☐ Jaarlijks aanbieden en bespreken uitkomsten jaarverslag en beleidsplannen met Cliëntenraad ☐ In gesprek gaan met Cliëntenraad over de kwaliteitsnorm van zwangere/gepercipieerde kwaliteit (p. 46,52 ZIG) ☐ Betrekken van Cliëntenraad bij uitwerking verantwoordelijkheden VSV rond preconceptie, zwangerschap, geboorte en postnatale periode (incl. interconceptiezorg) ☐ Regelen van toegang tot multidisciplinair patiëntendossier voor alle zorgverleners en de patiënt ☐ Voorbereiden Perinataal Webbased Dossier: een volledig en actueel multidisciplinair raadpleegbaar en te vullen dossier voor alle zwangeren	Streefdatum januari 2019
Fase 3	**Alle elementen uit de zorgstandaard**	**januari 2020 (harde deadline)**
Fase 3	**Perinataal Webbased Dossier (p. 47, 48 ZIG)** ☐ Voorzien in een volledig, actueel en betrouwbaar multidisciplinair elektronisch dossier dat op ieder moment veilig raadpleegbaar is door alle zorgverleners ☐ Implementatie overgaan op Perinataal Webbased Dossier	januari 2020
Fase 3	**Aandacht voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden (p. 15 ZIG)** ☐ Afstemming zoeken met o.m. gemeenten, huisartsen over gestructureerd (laten) aanbieden van voorlichting en educatie aan vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden ☐ Alle zorgverleners beschikken over informatie voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden ☐ Alle zorgverleners inzicht geven in regionale kanalen/capaciteit voor doorverwijzing vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden	januari 2020

10 Gezamenlijke besluitvorming en informed consent volgen uit de WGBO en moet dus al staande praktijk zijn. In de Zorgstandaard is hier bijzondere aandacht voor gevraagd en nadere uitwerking gegeven.
11 Streefdatum van keuze locatie bevalling is juli 2017
12 In de zorgstandaard is geen moment genoemd, waarop het aanspreekpunt er zou moeten zijn. Het ligt voor de hand dit samen te laten vallen met het eerste bezoek aan een verloskundig zorgverlener, of uiterlijk in week 16 (registratie in individueel geboortezorgplan).
13 Dit onderdeel van de oprichting van VSV's is al staande praktijk.
14 In samenwerking met anesthesisten
15 Dit kan in de meest eenvoudige vorm door alle informatie, wensen, behoeften, besluiten, zorgpad, bevalplan en kraamplan van de zwangere hardcopy te verzamelen en te bundelen bv. in een eenvoudige ringband.

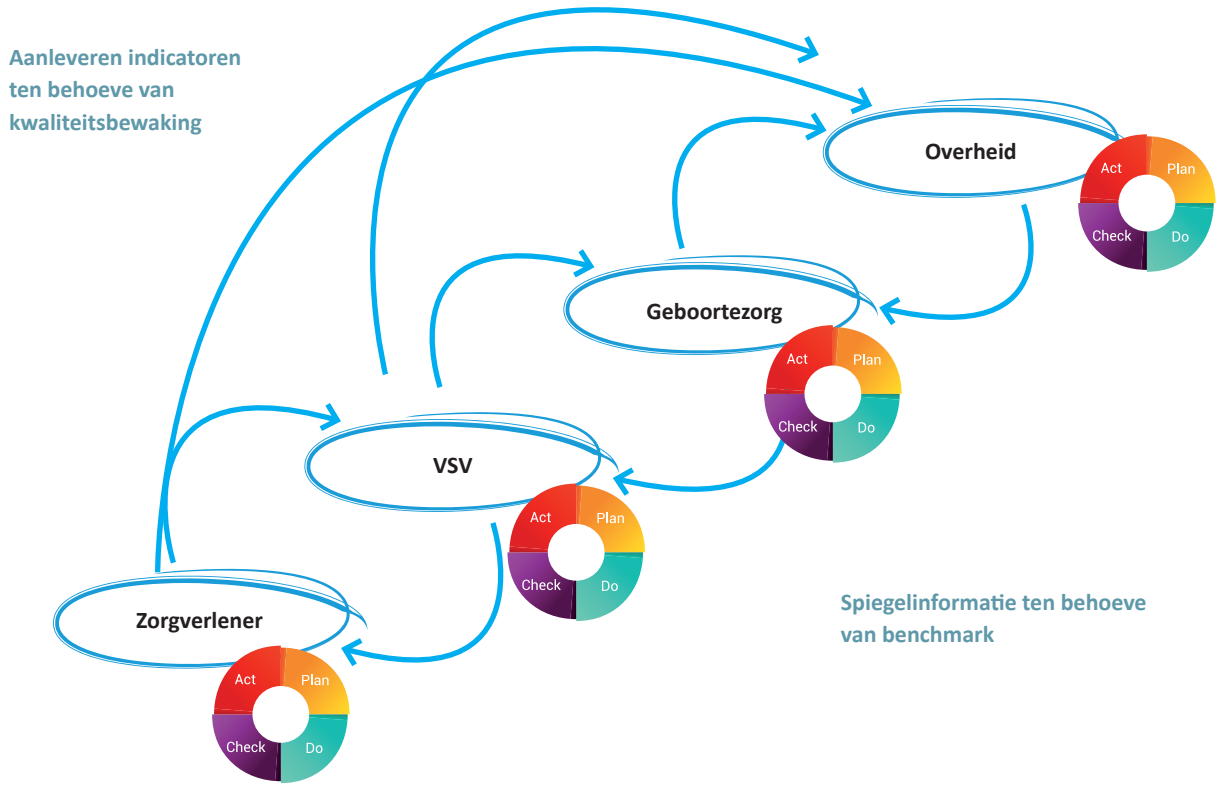
2.6 Elk VSV maakt een Plan van Aanpak Implementatie

De VSV's zijn al aan het werk om de integrale zorg vorm te geven. Er is veel variatie tussen de VSV's. Een paar VSV's zijn al ver op weg met de implementatie van de zorgstandaard, anderen staan nog aan het begin van dit proces. VSV's zullen de voorgestelde prioriteitenlijst als vertrekpunt nemen en kunnen onderbouwd eigen keuzes maken qua inhoud, volgorde en tempo in het implementeren van de verschillende elementen uit de Zorgstandaard.

Gezien de hoofdgedachten achter de zorgstandaard van
- het centraal zetten van de wensen en behoeften van de zwangere en
- de multidisciplinaire naadloze samenwerking

ligt het voor de hand bij het implementeren te starten met het opstellen van een visie per VSV en daarna vanuit deze visie als eerste die onderdelen te implementeren die de gezamenlijkheid van de vraaggerichte zorg onderstrepen. Elke VSV maakt een Plan van aanpak, dat in juli 2017 gereed is. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een format voor het Plan van Aanpak, zoals opvraagbaar bij de supportorganisatie VSV's[16]. Onderdeel van dit plan van aanpak is het inrichten van een kwaliteitscyclus, waarbij aspecten als effectiviteit en doelmatigheid worden meegenomen. Voor het managen van verbetertrajecten bestaan diverse modellen. In alle gevallen bestaan deze modellen uit een aantal te herhalen stappen. De PDCA-cirkel is wellicht de bekendste checklist als het gaat om continu verbeteren. De cirkel bestaat uit vier fasen: plan, do, check en act.

Trapsgewijs wordt op verschillende niveaus geëvalueerd, onder meer aan de hand van indicatoren



16 Mits VWS hiervoor een subsidie beschikbaar stelt.

3 Organisatie

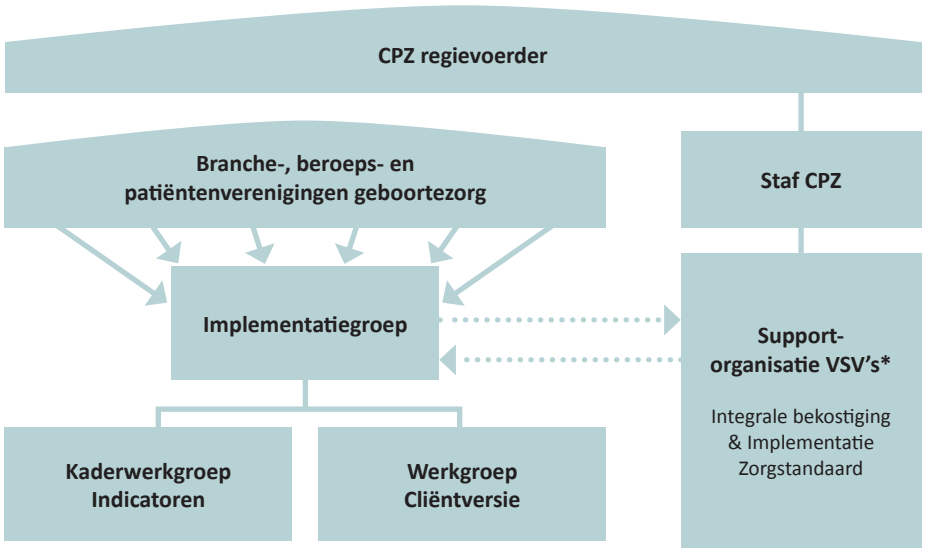
3.1 Organogram

Vanuit haar missie voert het CPZ als landelijk college de regie over landelijke implementatie van de zorgstandaard en faciliteert zij de lokale invoering van de zorgstandaard in samenwerking met partners in het veld. Het CPZ neemt landelijke implementatieactiviteiten op zich, voert de regie op doorontwikkeling van de standaard en het onderhoud van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Daarnaast zal het CPZ samen met de aan het CPZ verbonden branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen een goede implementatie bevorderen en de VSV's bij de transitie ondersteunen en gesignaleerde knelpunten agenderen en blijven adresseren totdat ze door partijen zijn opgelost inclusief het informeren van toezichthoudende instanties als ZiN, IGZ en NZa over de knelpunten en voortgang. Tenslotte draagt het CPZ zorg voor communicatie en kennismanagement.

Het CPZ-bestuur heeft de implementatiegroep geformeerd en gevraagd om in 2017, in de opstartfase met focus en in afstemming met het veld de implementatie van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg te stimuleren door informeren, motiveren, faciliteren en monitoren en de VSV's bij de transitie te ondersteunen en implementatieproducten vast te stellen.

Door de implementatiewerkgroep worden twee gremia inhoudelijk aangestuurd:
1. Werkgroep Kwaliteitsindicatoren
2. Werkgroep Cliëntversie

De planning en doorlooptijd zijn krap, daarnaast is het belangrijk dat de implementatie met draagvlak van het veld wordt uitgevoerd. Om binnen deze randvoorwaarden effectief te kunnen werken heeft het bestuur ingestemd met de kaders van het implementatieplan. De verdere uitwerking en detaillering wordt opgepakt door de implementatiegroep.



*Indien VWS subsidie beschikbaar stelt.

3.2 Rol van het CPZ

Bestuur CPZ

Het CPZ bestuur benut de kennis, expertise en krachten van de branche- en beroeps- en patiëntenverenigingen maximaal voor een goede implementatie van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Het CPZ spoort lacunes in de Zorgstandaard op en stimuleert de totstandkoming van multidisciplinaire richtlijnen. Zij adresseert door de implementatiegroep gesignaleerde knelpunten bij de stakeholders. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan knelpunten in de bekostiging en overige randvoorwaardelijke issues.

Stafbureau CPZ

Het stafbureau CPZ bestaat in 2017 uit een directeur, algemeen secretaris, adviseur preventie, sr. beleidsadviseur, een communicatieadviseur en secretariële ondersteuning. Zij leveren denkkracht, daadkracht, organisatiekracht en handen bij de ondersteuning van de implementatiegroep. Een belangrijk werkterrein van het stafbureau is communicatie met het veld en het faciliteren van een kennisbank. De communicatie bestrijkt een breed palet: van een overzicht van manieren om te komen tot integrale dienstverlening tot het regisseren van de communicatie in het gehele veld door bouwstenen te leveren waarmee zorginstellingen, beroeps- branche- en patiëntenverenigingen één boodschap uitdragen en het (digitaal) ontsluiten van de zorgstandaard en/of de cliëntenversie. Zie ook 4.4.

Supportorganisatie Ondersteuning VSV's

De supportorganisatie biedt aan VSV's algemene, specifieke en generieke ondersteuning bij de implementatie van de zorgstandaard. Hierbij worden kennis, expertise en krachten van partijen maximaal benut, via het verzamelen, bundelen en ontsluiten van best practices via een kennisbank en bieden van concrete handvatten. Tevens stimuleert de supportorganisatie samenwerking o.m. door het zoeken en laten zien van mogelijkheden voor synergie in de implementatie plannen van de afzonderlijke VSV's.

Taken supportorganisatie:

) Faciliteren van lerende netwerken
b) Organiseren van bijeenkomsten voor uitwisselen van informatie voor en door VSV's
c) Ophalen en verspreiden van best practices ter inspiratie
d) Bekendheid en implicaties van zorgstandaard bij zorgverleners en zwangeren vergroten door beschikbaar stellen van voorlichtings- en trainingsmaterialen.
e) Toolbox (aan de hand van best practices) met ondersteuningsaanbod ter beschikking stellen, incl. verwijzingen naar wetenschappelijk onderzoek, om de zorgstandaard in de praktijk te kunnen toepassen, waaronder voorbeelddocumenten Plan van Aanpak VSV's, Stappenplan visievorming, afvinklijst implementatie Zorgstandaard
f) Opstellen heldere zorgverlenersversie (samenvatting) van de zorgstandaard of digitaal ontsluiten zorgstandaard
g) Ondersteunen van VSV's bij de keuzes bij het gezamenlijk werken in een gedeeld elektronisch dossier.
h) Het signaleren van eventuele knelpunten in de (financiële) randvoorwaarden die nodig zijn voor een goede implementatie en escalatie hiervan richting de implementatiegroep
i) Het signaleren van het ontbreken van onderliggende richtlijnen die niet passen bij de strekking van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg en escaleren richting de implementatiegroep

3.3 Implementatiegroep

Deze groep is tijdelijk ingesteld[17] door het bestuur van het CPZ en faciliteert de implementatie van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg door

- het opstellen van dit implementatieplan
- het monitoren en zo mogelijk bieden van ondersteuning bij implementatieactiviteiten zoals het opstellen van een cliëntversie van de zorgstandaard en de (door)ontwikkeling van kwaliteits- en procesindicatoren
- het signaleren van eventuele knelpunten in de (financiële) randvoorwaarden die nodig zijn voor een goede implementatie en escalatie hiervan richting het CPZ-bestuur
- het signaleren van het ontbreken van onderliggende richtlijnen die niet passen bij de strekking van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg en escaleren richting het CPZ-bestuur
- zorgdragen voor het opstellen van een onderhoudsplan incl. bemensing Commissie Onderhoud
- evaluatie van de implementatie

De Implementatiegroep heeft een centrale rol bij de transitie. De implementatiegroep komt aanvankelijk maandelijks bij elkaar. Zij zorgt voor maximale benutting van kennis, expertise en krachten van de leden van het brancheoverleg, door een vertegenwoordiging met mandaat (met ruimte voor afstemming rondom autorisatie met het bestuur), zodat op een effectieve wijze wordt samengewerkt aan implementatie en verdere doorontwikkeling van de integrale geboortezorg. De implementatiegroep zal in fase 0 (tot 1 juli 2017) prioriteit geven aan een grondige inventarisatie van alle knelpunten die de implementatie belemmeren en komen met voorstellen voor oplossingsrichtingen met hier-

17 Vooralsnog per 1 januari 2017 voor de periode van 1 jaar met de mogelijkheid van verlenging.

bij aandacht voor het tempo waarin oplossingen kunnen worden doorgevoerd (ook met het oog op de in hoofdstuk 2 genoemde streefdata). De supportgroep VSV's en het CPZ nemen het voortouw in het uitvoeren van de inventarisatie en het ophalen en opschrijven van oplossingsrichtingen voor de implementatiegroep.

Voor het uiteindelijk blijvend realiseren van optimale geboortezorg is het essentieel dat de oplossingen aansluiten op de belangen en behoeften van partijen. Een knelpuntanalyse is uitgezet bij een zo breed mogelijke afvaardiging van alle belanghebbenden: beroeps- en brancheorganisaties, Patiëntenfederatie, zorgverzekeraars Nederland en VSV's. In hoeverre wordt de geboortezorg op dit moment geleverd conform de standaard? Waar liggen de belangrijkste afwijkingen? En wat zijn belemmerende en bevorderende factoren die zorgverleners en patiënten hierbij ervaren? Een overzicht van de opgehaalde knelpunten en oplossingsrichtingen is als bijlage 1 opgenomen.

3.4 Rol van de branche- en beroeps- en patiëntenverenigingen

Om tot een echte integratie te komen moeten voor alle subgroepen op maat implementatieplannen en communicatieplannen worden gemaakt. CPZ biedt handvatten hiervoor en zorgt zowel voor afstemming/focussen van de aandacht als bouwstenen. Verder voeren de branche- en beroeps- en patiëntenverenigingen eigen activiteiten uit die de toepassing van integrale zorg conform de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg bevorderen. De branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen communiceren naar de eigen achterban over relevante aspecten en ontvangen hiervoor bouwstenen vanuit het CPZ (zie paragraaf 4.4). Zij informeren de supportorganisatie van het CPZ en de andere branche- en beroeps- en patiëntenverenigingen over eigen activiteiten rondom de implementatie van de Zorgstandaard en gaan op zoek naar samenwerking en synergie tussen de eigen activiteiten en de activiteiten van anderen. Tenslotte zetten zij de kennis, expertise en krachten van de organisatie in voor het oplossen van knelpunten binnen de eigen doelgroep en bij andere doelgroepen.

In bijlagen 2 en 3 staan overzichten van activiteiten die branche- en beroepsverenigingen respectievelijk patiëntenverenigingen op kunnen pakken om Integrale Geboortezorg te bevorderen om daarmee de professionals maximaal te faciliteren. Het is aan de branche- en beroepsverenigingen om aan te geven welke activiteiten zij al opgepakt hebben en op gaan pakken.
Een overzicht van de gekozen activiteiten is beschikbaar via www.kennisnetgeboortezorg.nl.

3.5 Werkgroep Kwaliteitsindicatoren

De Kaderwerkgroep bestaat uit een voorzitter vanuit de geboortezorg en vertegenwoordiging vanuit relevante branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen en heeft een autonome status. Om bestaande initiatieven zo veel mogelijk te gebruiken zal de implementatiegroep de Kaderwerkgroep Kwaliteitsindicatoren benutten als werkgroep Kwaliteitsindicatoren. Waar het de ontwikkeling van producten in het kader van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg betreft krijgt de Kaderwerkgroep aansturing vanuit het CPZ[18], welke bevoegdheid gedelegeerd is aan de implementatiegroep en de producten worden tripartite vastgesteld door betrokken partijen zoals vertegenwoordigd in de implementatiegroep, onder de regie en verantwoordelijkheid van de leden van de implementatiegroep.

De Kaderwerkgroep heeft de afgelopen jaren een set kwaliteitsindicatoren voor de totstandkoming van nieuwe kwaliteits-indicatoren opgesteld. De kaderwerkgroep houdt zich daarnaast bezig met de doorontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en procesindicatoren, en met de afstemming en finetuning van de standaard met al ontwikkelde producten en/of methoden. Verder kan de kaderwerkgroep de handhaafbaarheid van de zorgstandaard vergroten met suggesties aan de implementatiegroep voor addenda.

3.6 Werkgroep Cliëntversie

In reguliere totstandkomingen van zorgstandaarden wordt het schrijven van een cliëntversie meegenomen en fungeert de patiëntenvereniging hierin als trekker en autorisator. De implementatiegroep hanteert dezelfde procedure; bij de totstandkoming van de cliëntversie zijn alle relevante partijen in de werkgroep met mandaat vertegenwoordigd (of in de klankbordgroep betrokken onder regie van de Patiëntenfederatie). Vanzelfsprekend worden cliënten actief betrokken in alle fasen van de totstandkoming.

De Patiëntenfederatie is trekker en stelt het eindresultaat vast en biedt deze – volgens planning – aan op 1 april aan het Zorginstituut. Daarna wordt deze digitaal beschikbaar gesteld aan zwangeren via www.kennisnetgeboortezorg.nl

14 De basis hiervoor is opgenomen in de Zorgstandaard op p. 54.



4 Ondersteunende activiteiten

4.1 Inleiding

Cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere relevante veldpartijen werken samen in het implementeren van de zorgstandaard. Ook op het niveau van branche-, beroeps- en patiëntenorganisaties en ZN wordt samengewerkt aan ondersteuning voor VSV's bij de implementatie van de zorgstandaard. Het CPZ heeft de regie in de communicatie en de CPZ-supportorganisatie VSV's faciliteert de VSV's: informatie, bijeenkomsten, best practices, formats en voorbeelddocumenten. Het CPZ agendeert en adresseert knelpunten in de randvoorwaardelijke sfeer bij de betrokken organisaties en instanties waaronder de overheid en zorgverzekeraars, die de oplossing ervan kunnen bewerkstelligen. De branche-, beroeps- en patiëntenorganisaties, hebben zelf een actieve rol in het motiveren van hun achterban: communiceren, organiseren of in kaart brengen van scholingsmogelijkheden en het geven van gerichte adviezen. In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe de ondersteuning aan VSV's is ingericht.

De implementatie van de in de verschillende fasen genoemde zaken vergt voorbereiding afstemming en planning, op verschillende niveaus: landelijk, binnen het eigen VSV en binnen bepaalde beroepsgroepen. In elke subgroep kunnen knelpunten en behoeften worden ervaren. Deze worden geïnventariseerd door CPZ onder meer via de branche- en beroeps- en patiëntenverenigingen en maandelijks doorgenomen in de implementatiegroep – een speciaal voor de implementatie van de zorgstandaard opgerichte groep, met vertegenwoordiging vanuit de aan het CPZ verbonden branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen. De implementatiegroep signaleert de knelpunten en oplossingsrichtingen en kaart deze aan bij het CPZ-bestuur. Het CPZ-bestuur agendeert ze bij de gremia die een doorbraak kunnen bewerkstelligen. In iedere fase kunnen zich andere problemen voordoen. Om tot een echte integratie te komen moeten voor alle subgroepen de volgende implementatie strategieën op maat worden gemaakt. Hierbij spelen de branche- en beroeps- en patiëntenverenigingen een belangrijke rol. De VSV's krijgen bij de implementatie praktische ondersteuning van de supportorganisatie VSV's[19] met het faciliteren van lerende netwerken, organiseren van bijeenkomsten voor en door VSV's, ophalen en delen van best practices en een kennisbank met voorbeelddocumenten en stappenplannen.

19 De ondersteuning zal geleverd worden indien VWS hiervoor aan het CPZ subsidie toekent. Besluitvorming hierover vindt naar verwachting plaats in april 2017.

4.2 Type activiteiten

Soorten activiteiten:

1. Informeren: vergroten bekendheid, kennis in veld over de zorgstandaard en wat dat betekent voor de dagelijkse praktijk
2. Motiveren: meerwaarde onderstrepen van toepassing van zorgstandaard voor zichzelf maar ook voor kwaliteit van zorg.
3. Faciliteren: wegnemen van knelpunten, opleiden en trainen, kennisuitwisseling, implementatie begeleiding. Financiële ondersteuning of prikkels.
4. Borgen: wettelijke eisen, inkoopcriteria, controleren
5. Monitoren en evalueren

Informeren

Zorgverleners hebben de kennis en vaardigheden nodig om de wensen en behoefte van de zwangere centraal te zetten bij het verlenen van goede zorg. En zwangeren hebben kennis en vaardigheden nodig om de regie te voeren en aan zelfmanagement te doen over de zwangerschap en goede start van moeder en kind. Hierbij is ook heel belangrijk dat de zwangere goed geïnformeerd wordt over wetenschappelijke inzichten, voor- en nadelen van keuzes.

Zoveel mogelijk zorgverleners moeten op de hoogte en zich bewust zijn dat integraal gewerkt moet worden volgens de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. De nieuwsgierigheid en de interesse moeten geprikkeld worden voor de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Zorgverleners moeten zich betrokken voelen en het gevoel krijgen dat de nieuwe werkwijze belangrijk is voor het eigen werk. Zorgverleners moeten vervolgens precies weten wat de nieuwe werkwijze inhoudt en wat er van hen verwacht wordt. De informatie moet zodanig zijn dat alle betrokkenen voldoende kennis en begrip van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg hebben. Iedereen dient een goed inzicht in de huidige zorgverlening te hebben en van de afwijkingen met het nieuwe Zorgstandaard.

Het CPZ neemt de regie in het informeren en voedt de branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen, die het als hun taak zien om draagvlak te creëren onder hun eigen achterban en betrokkenheid te stimuleren bij de daadwerkelijke implementatie van de zorgstandaard. De verenigingen beschikken over de kanalen om hun achterban te informeren over de nieuwe inzichten uit de zorgstandaard op een dusdanige manier dat de achterban het gevoel krijgt dat de vernieuwingen cruciaal zijn voor hun eigen beroepsgroep. Het moet hen inzicht verschaffen over de

eigen werkwijze, welke veranderingen daarin van belang zijn en de meerwaarde van de veranderingen.

Motiveren

Informeren alleen is echter niet voldoende, in de praktijk is een omslag nodig. De doelgroepen moeten een afweging maken over de voor- en nadelen van het werken met Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Zij moeten overtuigd raken dat de nieuwe werkwijze waardevol en efficiënt is en besparingen in tijd of kosten met zich meebrengt. Dit is belangrijk voor een positieve houding en motivatie. Doel is dat de doelgroepen besluiten om Zorgstandaard Integrale Geboortezorg toe te passen. Om dit te kunnen waarmaken, moet duidelijk zijn hoe de nieuwe werkwijze in de eigen werksituatie kan worden toegepast en hoe eventuele problemen opgelost kunnen worden. Het integraal werken kan klein beginnen en dan worden uitgebreid. Hier is in de fasering rekening mee gehouden. Hierdoor gaat het meer integraal werken ongemerkt en kunnen de benodigde vaardigheden aangeleerd en de praktische en organisatorische aanpassingen gerealiseerd worden. De beroepsgroepen concluderen op basis van toepassing dat de nieuwe werkwijze voldoet en bevestigen het nut ervan.
Uit de gesprekken met de patiëntenvereniging is naar voren gekomen dat zij veel belang hecht aan het centraal stellen van de (aanstaand) zwangere vrouw. Meerdere activiteiten zijn erop gericht om de positie van de (aanstaand) zwangere vrouw te versterken, zowel door goede informatie en voorlichting als door het inzichtelijk maken van de ervaren kwaliteit van zorg.

Faciliteren

Het wegnemen van knelpunten, opleiden en trainen, kennisuitwisseling en implementatiebegeleiding. Best practices, handreikingen en stappenplannen verstrekken en kaders stellen. Deze activiteiten zullen voor een groot deel opgepakt worden door de Supportgroep VSV's. Diverse beroeps- en brancheverenigingen geven aan een rol te zien in het in kaart brengen of bieden van scholingen aan de zorgverleners.

Het verspreiden van voorbeelddocumenten en de formats zoals opgesteld door de supportorganisatie. Best practices en voorbeelddocumenten zijn te vinden op www.kennisnetgeboortezorg.nl

Borgen

De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg wordt vervolgens structureel geïntegreerd in de bestaande routines. Deze nieuwe werkwijze moet zodanig verankerd en ondersteund worden binnen de zorg dat blijvende toepassing mogelijk is. Organisatorische, financiële en structurele voorwaarden moeten vervuld worden.

Monitoring en evaluatie

Het frequent monitoren van de voortgang van de implementatie zal in elk geval binnen elke VSV's moeten gebeuren. Daarnaast vindt per 2019 een evaluatie plaats naar de resultaten in termen van kwaliteit en doelmatigheid (zie ook hoofdstuk 5).

4.3 Ondersteunende activiteiten

Hieronder een kort overzicht van de ondersteunende activiteiten die worden uitgevoerd door CPZ, branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen:

Wat	Wie is trekker	Aard activiteit
Knelpuntenanalyse en oplossingsrichtingen	CPZ	Faciliteren
Communicatie (zie ook 4.4.)	CPZ	Informeren en motiveren
Uitrol en opbouw opleidingen voor zorgverleners en empowerment cliënten	Branche-, beroeps, en patiëntenverenigingen	Faciliteren
Lerende netwerken[20]	Supportgroep VSV's	Motiveren en faciliteren
Toolbox ondersteuningsaanbod:		
Delen best practices en verstrekken voorbeelddocumenten	Supportgroep VSV's	Motiveren en faciliteren
Bevorderen regionale implementatie	Supportgroep VSV's	Informeren, motiveren en faciliteren
Meten van het proces van implementatie	CPZ	Monitoring en evaluatie
Meten van de impact van de toepassing van de zorgstandaard	CPZ	Monitoring en evaluatie

20 Deze supportorganisatie faciliteert lerende netwerken, met 3 bijeenkomsten in 2017 en 2 bijeenkomsten in 2018. In mei 2017 zal door de supportorganisatie VSV's een kick-off bijeenkomst voor VSV's worden georganiseerd waarin workshops met goede voorbeelden worden gegeven door VSV's die koploper zijn. VSV's presenteren over de verschillende onderwerpen onderling aan elkaar.

4.4 Ondersteuning aan VSV's via communicatie

Een groot deel van het informeren en motiveren zal via de communicatie verlopen. Door aan het veld te laten zien dat we samen optrekken geven we het goede voorbeeld en ondersteunen we de implementatiestrategie optimaal. Een goede balans tussen deelcommunicatie via de organisaties en de gezamenlijke communicatie is hierbij het uitgangspunt. Zo kan iedereen de eigen achterban, met eigen behoeften, het beste ondersteunen.

Organisatie en proces samenwerking

Het CPZ heeft het initiatief genomen voor het opstarten van de samenwerking in een Communicatieoverleg. Het CPZ neemt samen met de supportgroep VSV's de lead om de gezamenlijke wensen en doelstellingen in het Communicatieoverleg om te zetten in een raamcommunicatieplan en een gezamenlijk plan van aanpak dat de deelcommunicatie van de organisaties ondersteunt en samenbrengt. Hierin formuleren de leden van het Communicatieoverleg een gezamenlijke boodschap en eventuele toevoegingen voor iedere deelnemende organisatie. De gezamenlijke boodschap wordt gevat in een pay off en visuele uitstraling die toepasbaar is door iedere deelnemende organisatie.
Het raamcommunicatieplan zal daarna als basis dienen voor actieplannen per organisatie. Waarbij het CPZ het voortouw neemt in de communicatie naar het veld, en tevens communiceert naar stakeholders en toezichthouders. De deelcommunicatie via de organisaties en de gezamenlijke communicatie moet elkaar versterken.
Bij de uitvoering van de communicatieactiviteiten neemt het CPZ het voortouw, doet inhoudelijke voorstellen voor communicatie en legt bouwstenen (interviewleidraden, onderwerpspecifieke informatieblokken, formats) voor communicatie voor en vraagt de coXmmunicatieadviseurs (en/of vertegenwoordigers) van de betrokken partijen en een vertegenwoordiging van de VSV's om input, nadere uitwerking hiervan voor de eigen achterban en verspreiding. De wensen en doelstellingen voor communicatie van de betrokken partijen worden hier nadrukkelijk in meegenomen. CPZ brengt tevens de huidige communicatie van de aangesloten organisaties en het CPZ en hun samenhang in kaart.

Aanzet doelstellingen communicatieoverleg

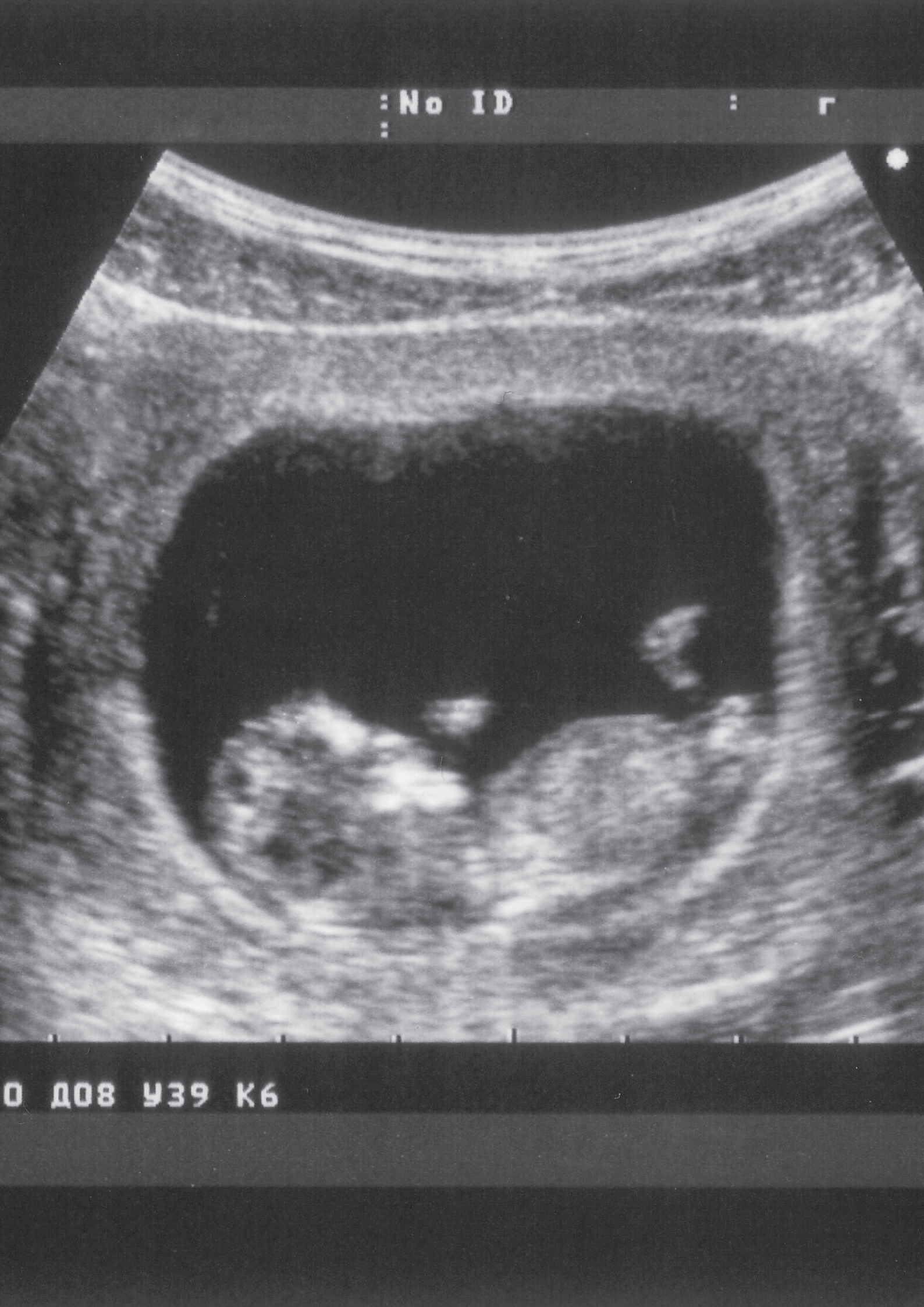
Bij de formulering van de doelstellingen sluiten we aan op de implementatiestrategieën voor de zorgstandaard. Ter bespreking in het in te richten Communicatieoverleg volgen de subdoelstellingen voor communicatie rond de Zorgstandaard. Hierbij wordt qua planning de voorbeeldfasering voor implementatie aangehouden.

1. Informeren: vergroten bekendheid, kennis in veld over de zorgstandaard en wat dat betekent voor de dagelijkse praktijk
   - creëren awareness
   - delen best practices & kennisdeling
   - digitaal ontsluiten zorgstandaard/cliëntversie
2. Motiveren: meerwaarde onderstrepen van toepassing van zorgstandaard voor zichzelf maar ook voor kwaliteit van zorg, uitwisseling 'good practices' en het bevorderen van onderlinge discussies.
   - Voorbeelden van werken aan integraliteit
   - Uitlichten waar het goed gaat en benoemen van heikele kwesties
   - Verbinding leggen tussen landelijk en lokaal.
3. Faciliteren: wegnemen van knelpunten, opleiden en trainen, kennisuitwisseling, het ontwikkelen van gezamenlijke communicatiemiddelen
   - Regisseren van communicatie in het gehele veld door bouwstenen te leveren waarmee zorginstellingen, beroeps- en patiëntenverenigingen 1 boodschap uitdragen

Overzicht mogelijke middelen en activiteiten

- Organisatie leer- en inspiratiebijeenkomsten in nauwe samenwerking met de supportorganisatie VSV's
- Leveren bouwstenen communicatie: boodschap, visuele vertaling
- Oprichting klankbordgroep/inspiratiegroep voor toetsing aan de praktijk
- Digitale versie Zorgstandaard & Clientversie Zorgstandaard
- Tool voor inzicht in de vorderingen van implementatie voor VSV's
- Online samenwerken voor VSV's in werkgroepen op kennisnetgeboortezorg.nl
- Community op kennisnetgeboortezorg van ruim 1800 professionals
- Kennisbank op www.kennisnetgeboortezorg.nl met voorbeelden, handleidingen, hulpmiddelen, stappenplannen, modellen, Q&A's etc.
- Website www.kennisnetgeboortezorg.nl
- Nieuwsbrief
- Ontwikkeling CRM/sociale kaart geboortezorg inclusief overzicht VSV's

Met input vanuit het communicatieoverleg komt het CPZ tot een gezamenlijk plan waarin deelnemende partijen met hun kanalen een optimale ondersteuning kunnen realiseren voor implementatie van de zorgstandaard.


:No ID
:
r
0 Д08 У39 К6

5 Monitoring en evaluatie

5.1 Inleiding

Bij monitoring en evaluatie worden twee belangrijke onderdelen te onderscheiden:

a. Evaluatie van het proces van implementatie.
b. Evaluatie van de impact van de toepassing van de zorgstandaard.

5.2 Evaluatie van het proces van implementatie

Vragen die hierbij centraal staan zijn:

- Worden alle onderdelen van de zorgstandaard geïmplementeerd zoals bedoeld?
- Hoe verhoudt de snelheid van implementatie van de verschillende onderdelen van de zorgstandaard zich tot de tijdsfasering gebeurd zoals opgesteld door de implementatiegroep?
- Tegen welke knelpunten loopt men bij de implementatie van de verschillende onderdelen aan? Heeft men deze op kunnen lossen en zo ja hoe?
- Hoe worden huidige implementatieactiviteiten gewaardeerd? Wat loopt goed, wat kan beter?
- Welke consequenties heeft dit voor de inrichting en organisatie van de implementatieactiviteiten?
- Wat is de door zwangeren en zorgverleners gepercipieerde effectiviteit van toepassing van de zorgstandaard op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg
- Wat betekenen de resultaten voor een volgende herziening van de zorgstandaard?

Gedurende een periode van twee jaar wordt het implementatieproces bij de VSV's gevolgd en wordt door de implementatiegroep en het CPZ-bestuur elk half jaar en aan het eind van de implementatieperiode gekeken naar de (deel)resultaten, op basis waarvan indien nodig het implementatieplan wordt bijgesteld. Tevens vindt regelmatig afstemming plaats over zowel de opzet als de resultaten van het onderzoek met de IGZ en het ZIN. Bij het monitoren wordt aangesloten bij de doelen en doelgroepen, zoals opgenomen in hoofdstuk 2.

5.2 Evaluatie van de impact van de toepassing van de zorgstandaard

Hierbij staat de volgende hoofdvraagstelling centraal: Wat is de impact van toepassing van de (verschillende onderdelen van de) zorgstandaard op de kwaliteit, doelmatigheid en effectiviteit van zorg?

De vragen die centraal staan bij de impactanalyse kunnen niet los gezien worden van de vragen die centraal staan bij de evaluatie van het proces van implementatie. De effecten van toepassing van de zorgstandaard worden immers in belangrijke mate bepaald door de mate waarin de verschillende onderdelen van de zorgstandaard goed geïmplementeerd zijn, en tevens uitvoerbaar en haalbaar zijn. Daarnaast is het van belang om goed uit te werken op welke eindpunten wordt geëvalueerd, welke definitie van kwaliteit wordt gehanteerd en bij welke resultaten wordt gesproken worden van een positief of negatief resultaat, zodat helder is wanneer en op welke punten wijzigingen in de zorgstandaard nodig zijn. Vanzelfsprekend is hierbij een belangrijke rol voor de klanttevredenheid.

Om dit goed uit te werken neemt CPZ in fase 0 (tot 1 juli 2017) het initiatief om hierover in gesprek te gaan met partijen als VWS, Zorginstituut, ZONmw, RIVM, NZa en IGZ om de mogelijkheden hiervoor te bespreken en de monitoring goed te laten aansluiten. Het spreekt voor zich dat de leden van de implementatiewerkgroep hier nauw bij zijn betrokken. Streven is om de impactanalyse zo spoedig mogelijk (uiterlijk najaar 2017) van start te laten gaan. Voor beide type evaluaties geldt dat een uitgewerkt onderzoeksplan moet worden opgesteld, dat draagvlak heeft bij alle betrokken organisaties. Beperking van de registratielast vormt een belangrijke randvoorwaarde bij de te kiezen aanpak.

Voor beide evaluaties geldt voorts, dat dit bij voorkeur opgepakt moet worden door een onafhankelijke onderzoeksinstelling. Het CPZ zal het initiatief nemen om beide trajecten in gang te gaan zetten.

Bijlage 1
Knelpunten en oplossingsrichtingen

De in dit overzicht genoemde knelpunten zijn niet systematisch uitgevraagd, maar waren bijvangst uit de gesprekkenronde met de aan het CPZ verbonden branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen en de enquêtes onder VSV's. De uitkomst hiervan nemen we ter informatie op en is niet perse richtinggevend voor mogelijke oplossingsrichtingen in de komende jaren. Vooralsnog is het rijp en groen door elkaar. Het maken en actualiseren van een knelpuntenanalyse wordt vanaf april 2017 opgepakt door de implementatiegroep.

Knelpunten financiën en capaciteit

1. **Zorgstandaard geeft weinig richting voor afweging tussen goede zorg, effectiviteit en doelmatigheid**

Zoals eerder aangegeven: de zorgstandaard is geschreven vanuit de wens de optimale geboortezorg voor vrouwen en (ongeboren) kinderen te beschrijven. Kwaliteit van zorg is dus leidend geweest voor de invulling van de zorgstandaard. Aspecten als effectiviteit en doelmatigheid hebben daar nog geen prominente rol in gespeeld, maar zijn wel aandachtspunten die bij de inrichting van de geboortezorg op lokaal niveau een rol moeten spelen

2. **Kostenverhoging**

Er zijn zorgen geuit over de mogelijk hogere zorgkosten bij invoering van de zorgstandaard. Nagegaan dient te worden of de monodisciplinaire bekostigingssystematiek aansluit bij integrale zorg en het risico op dubbele declaraties.

3. Rond integrale bekostiging is met de minister afgesproken dat er een experimenteerperiode van 5 jaar is vanaf 1 januari 2017[21]. Daarna evaluatie en besluitvorming. In de tussentijd bestaan verschillende financieringssystemen naast elkaar. De extra handelingen die regio's hebben geïdentificeerd die mogelijk leiden tot hogere kosten zijn:
   - Een coördinerend zorgverlener
   - Multidisciplinair overleg
   - Gezamenlijke intake door gynaecoloog en verloskundige
   - Altijd huisbezoek door verloskundige en/of kraamzorg
   - Meer inzet op kwetsbare zwangeren
   - Preconceptiezorg

4. **Onduidelijkheid verzekerde zorg**

Het is niet duidelijk welke elementen uit de zorgstandaard verzekerde zorg zijn en welke niet.

5. **Beperkte implementatiecapaciteit**

De organisatie van het netwerk wordt niet gefinancierd terwijl tijdsinvestering, en dus de kosten, hoog zijn. Dit geldt zowel binnen de VSV's als binnen de branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen: binnen veel organisaties is een beperkte capaciteit voor het implementeren van de zorgstandaard. Er zijn grenzen aan de hoeveelheid activiteiten die kunnen worden opgepakt, tenzij aanvullende middelen beschikbaar komen.

Oplossingsrichting financiën en capaciteit

a) Completeren en actualiseren van de zorgstandaard en/of opnemen van inhoudelijke punten (voor nadere uitwerking) in (onderhoudsplan) Zorgstandaard of in landelijke kaders. . Landelijke kaders voor het maken van afwegingen tussen het centraal zetten van wensen en behoeften van de zwangere en afwegingen t.a.v. effectiviteit en doelmatigheid kunnen daarbij helpen. Bij de uitwerking hiervan meenemen de financiële prikkels voor zorgverleners en zwangeren. Zwangere mogen geen financiële drempels hebben voor het maken van keuzes[22]

b) Om dit goed uit te werken neemt CPZ in fase 0 (tot 1 juli 2017) het initiatief om hierover in gesprek te gaan met partijen als VWS, Zorginstituut, ZONmw, NZa en IGZ om de mogelijkheden hiervoor te bespreken. Het spreekt voor zich dat de leden van de implementatiewerkgroep hier nauw bij zijn betrokken.

21 www.nza.nl/regelgeving/circulaires/CI_16_27c__Vaststelling_beleidsregel_Integrale_geboortezorg_2017

22 ZIG p. 31: "Iedere zwangere heeft zelf de keuze om onder begeleiding van een verloskundig zorgverlener thuis, in een geboortecentrum of poliklinisch in het ziekenhuis te bevallen. Deze keuze zou niet moeten worden beïnvloed door dat een bepaalde keuze extra kosten met zich meebrengt."

Knelpunten inhoud van de zorgstandaard

a) Centraal zetten wensen en behoeften van de zwangere is niet altijd in lijn met de doelmatigheid (zie ook financiering). Hoe maken van afwegingen? Wat prevaleert?
b) Centraal zetten van wensen en behoeften van de zwangere betekent dat zij keuzes kunnen maken die niet in lijn zijn met wetenschappelijke inzichten. Hoe ga je daarmee om?
a) Sommige beroepsgroepen en patiëntenverenigingen ervaren dat hun positie en of standpunten niet stevig genoeg zijn opgenomen in de zorgstandaard.

Oplossingsrichting algemeen

a) Completeren en actualiseren van de zorgstandaard, inclusief (multidisciplinair maken van) onderliggende richtlijnen door het beleggen richtlijnontwikkeling en/of opnemen van inhoudelijke punten (voor nadere uitwerking) in (onderhoudsplan) Zorgstandaard
b) Ontwikkelen aanbod voor zwangeren om hen te stimuleren tot een proactieve houding en om hun positie als cliënt te versterken. Een belangrijk instrument hierbij is de cliëntversie van de zorgstandaard.

Knelpunt zwangere en (ongeboren) kind centraal

Dit aspect is voor de Patiëntenfederatie het allerbelangrijkste punt. Ook los van de zorgstandaard zou dit de norm moeten zijn, vandaar de invoering op de kortst mogelijke termijn.
De mate waarin de wensen en behoeften van zwangeren centraal staan zou geëvalueerd moeten worden. Het spreekt - vanuit oogpunt van doelmatigheid en goede zorg - voor zich dat het hier gaat om het centraal stellen van wensen met een medische noodzaak.

a) Het centraal zetten van de wensen en behoeften van de zwangere is nog geen gemeengoed.

Oplossingsrichting/verbetermogelijkheden zwangere en (ongeboren) kind centraal

a) De zorgprofessional en zwangere equiperen om gezamenlijke besluitvorming vorm te geven
b) Tools om zelfmanagement van zwangere te ondersteunen

Knelpunten naadloze multidisciplinaire samenwerking

a) Ontoereikende samenwerking tussen:
a. Verschillende disciplines
b. 0e,1e , 2e , en 3e lijn
c. hulpverleners, overheid, zorgverzekeraars
b) Partijen richten zich te veel op eigen doelen en belangen. Partijen moeten samenwerken terwijl ze elkaars concurrenten zijn.
c) De (financiële) belangen, afhankelijkheid van inkomsten en mogelijkheden tot investeren (in tijd en geld) verschillen tussen de beroepsgroepen
d) Praktijken en kraamzorgorganisaties die in meerdere VSV's zitten en spanning bij samenwerking tussen concurrenten van dezelfde beroepsgroep.
e) Sommige kraamzorgpraktijken zijn nog niet verenigd
f) Een interprofessioneel team vergt een heleboel organisatie, tijd en middelen. Dus zowel organisatorisch economisch en pragmatisch een uitdaging
g) Er is veel te weinig tijd, geld en capaciteit om alle veranderingen op korte termijn door te voeren

Randvoorwaarden
Het leveren van integrale zorg aan zwangeren en kind kost tijd en moeite. Een verdeling van taken met heldere afspraken is noodzakelijk om goede geboortezorg te kunnen geven. Door het in verschillende mate ter beschikking staan van middelen en menskracht zullen keuzen over de taakverdeling verschillen per regio en per instelling. Zonder een adequate structuur lukt het meestal niet het beoogde niveau van zorg te halen. Dit lijkt alleen haalbaar bij duidelijke afspraken en een goede organisatie.
Zorgverleners hebben verder voldoende tijd en personeel nodig om de vereiste handelingen uit te voeren en de vereiste aandacht aan de zwangere en kind te geven. Er moeten voldoende faciliteiten (ruimte, instrumenten en middelen) zijn voor intake, consulten en behandeling.

Oplossingsrichting/verbetermogelijkheden

a) Gezamenlijk monitoren van risico-inschatting (vergelijken monodisciplinaire inschatting vooraf en multidisciplinaire inschatting achteraf) in de eigen regio en bijstellen van proces
b) Ontwikkelen van aanbod voor zorgprofessionals op het gebied van multidisciplinaire samenwerking, organisatie, kwaliteitsverbetering binnen de VSV's en kennis. Binnen dit thema wordt onder andere gewerkt aan het verbeteren van de afstemming en samenwerking tussen 1e, 2e en 3e lijns
c) Borgen keuzevrijheid voor een bepaalde zorgverlenende organisatie

Knelpunt interprofessioneel geboortezorgteam

Interprofessioneel geboorteteam met verloskundige en gynaecoloog wordt vaak wel ingeregeld. Het wordt door sommigen als niet doelmatig ervaren om hier standaard ook de huisarts, klinisch verloskundige en kraamzorg in mee te nemen[23].

Knelpunt coördinerend zorgverlener

a) Meerwaarde/haalbaarheid coördinerend zorgverlener wordt niet door alle zorgverleners gezien
b) Financieel risico vanwege dubbel declareren wanneer zwangere start bij verloskundige en dan overgaat naar de gynaecoloog.

Toelichting
Dit lijkt een makkelijk te behalen resultaat. Er moeten echter wel kanttekeningen bij geplaatst worden. Het is relatief gemakkelijk om een naam van een verantwoordelijk zorgverlener op het geboortezorgplan te noteren. Echter de uitvoering is problematisch. Door sommigen wordt de betekenis in de praktijk van het hebben van een "coördinerend zorgverlener" op papier beperkt geacht, als het gaat om niet geplande zorg. Het is een illusie dat dan te allen tijde de vaste coördinerend zorgverlener de coördinatie op zich neemt. Misschien is het ook voldoende dat helder is per VSV wie dienstdoend is. De meerwaarde van de coördinerend zorgverlener (zowel in de ogen van de zorgprofessionals als van de zwangere) zal in de praktijk moeten worden geëvalueerd.
De bekostiging is nog niet rond: mogelijk lopen de kosten op vanwege dat voor een fors percentage van de vrouwen er een wijziging plaatsvindt van coördinerend zorgverlener en beide het volle pond declareren.

Knelpunten elektronisch raadpleegbaar dossier

(Elektronische) registratiesystemen waarin de minimaal vereiste data kan worden vastgelegd en worden ingezien door alle betrokken zorgverleners in de VSV (met uitzondering van de Kraamzorg[24]), waarmee het dossier van elke zwangere elektronisch raadpleegbaar is op ieder moment door iedere zorgverlener uit de VSV, indien zij hiervoor toestemming heeft gegeven. Registratie van indicatoren ten behoeve van kwaliteitsbeleid en monitoring.
Juist het realiseren van een gemeenschappelijk raadpleegbaar elektronisch dossier zou een enorme impuls kunnen geven aan integraal werken en terugdringen van missers. Hier is dus veel te winnen. De zwangere zou (op langere termijn) deze informatie ook zelf online moeten kunnen inzien, in de tussentijd kan worden volstaan met een papieren versie van het zorgpad.
Een gezamenlijk Webdossier is organisatorisch, juridisch en financieel niet voor elke VSV haalbaar op de korte termijn, want de investeringen voor het koppelen van systemen of aanschaffen van nieuwe systemen zijn hoog. Organisaties moeten diverse aanpassingen doen aan de eigen systemen voor het goed kunnen aanleveren van de indicatoren terwijl hier geen vergoeding tegenover staat.

Oplossingsrichting/verbetermogelijkheden

a) Ministerie van VWS onderzoekt mogelijkheden tot subsidiëren van een oplossing met een hub, waarbij de elektronische dossiers gekoppeld kunnen worden en partijen over en weer kunnen raadplegen en aanvullen.

23 Het bespreken van iedere zwangere in multidisciplinair overleg wordt door veel VSV's als niet doelmatig ervaren. Sommigen geven aan ondanks scepsis hiermee te zijn begonnen en dat de ervaringen positief zijn, omdat er veel van elkaar wordt geleerd. Anders dan verwacht kan gezamenlijke risico-inschatting en overleg juist ook leiden tot vaker begeleiding door een verloskundige, omdat zij zich gesteund voelt door het sparren met de gynaecoloog.

24 De kraamzorg geeft aan een knelpunt te hebben in de financiering en meer tijd nodig te hebben.

Knelpunt omgaan met vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden

De zorg voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden die zich melden is nog niet overal structureel ingeregeld. Knelpunt ligt zowel in het identificeren als het bereiken van deze doelgroep en hen vervolgens in beweging krijgen. Mogelijk kan de ambitie hier nog verder reiken, door gezamenlijk minimumcriteria af te spreken, waar aan voldaan moet worden. Aandacht voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden is meteen al belangrijk, echter dit punt kun je pas goed inregelen als de standaarddienstverlening goed ingeregeld is.

Oplossingsrichting/verbetermogelijkheden

a) Delen good practices voor identificeren vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden
b) Delen voorbeelddocumenten van handvatten voor zwangeren om laagdrempelig tot gedragsverandering over te gaan.

Knelpunt Preconceptie

De inventarisatie leert dat sommige VSV's zich nadrukkelijk distantiëren van het standpunt dat zij inzetten op het bereiken van 100% van de vrouwen met een kinderwens voor preconceptie advies.

Het staat niet ter discussie dat preconceptiezorg en interconceptiezorg preventieve werking kan hebben. Het is de verantwoordelijkheid van het VSV om beleid rond preconceptiezorg te formuleren; afhankelijk van de lokale situatie kan dat op verschillende manieren gebeuren en met verschillende samenwerkingspartners, zoals huisartsen en JGZ. Daarnaast is de doelgroep moeilijk te bereiken. Bovendien wordt gesteld dat de regels van het NZA en de zorgverzekeringswet in de weg staan aan het actief werven van vrouwen met een kinderwens; om voor vergoeding in aanmerking te komen geïnitieerd moet de zorgwens vanuit de cliënt zelf komen. Dit staat in de weg van het proactief op zoek gaan naar en benaderen van de doelgroep.

Bijlage 2
Mogelijke activiteiten branche- en beroepsverenigingen

Eenmalige activiteiten

- Voorlichting/scholing organiseren/inkopen
- Communicatie naar de eigen werknemers c.q. leden over relevante aspecten van de zorgstandaard in nieuwsbrieven, magazines, via eigen website, informatiepakketten.
- Eigen activiteiten uitvoeren die de toepassing van de integrale geboortezorg conform de standaard bevorderen, zoals congressen, mini-symposiums, cursussen, presentaties in werkoverleggen, werknemersbijeenkomsten en studiedagen.
- Informeren van de eigen werknemers c.q. leden en het CPZ over de eigen activiteiten en mogelijkheden voor scholing zowel eigen scholingsaanbod als extern aanbod.
- Op zoek gaan naar samenwerking en synergie tussen eigen activiteiten en de activiteiten van (andere) zorgprofessionals en (andere) beroepsverenigingen.
- De beroepsverenigingen vaardigen vertegenwoordigers af aan CPZ om bij te dragen aan totstandkoming van cliëntenversie van de zorgstandaard.

Doorlopende activiteiten

- Het doorontwikkelen van monodisciplinaire richtlijnen tot multidisciplinaire richtlijnen, standaarden en afspraken
- Communicatie naar de eigen werknemers c.q. leden over actualisaties van de zorgstandaard in nieuwsbrieven, magazines, via eigen website, folders.
- Het inbrengen van knelpunten rondom de invoering van integrale geboortezorg bij het CPZ (waarbij de supportgroep als aanspreekpunt van CPZ fungeert).
- Eigen oplossingen actief delen met andere regio's door oplossingen, modellen en documenten te delen via het CPZ.
- Zorgdragen c.q. stimuleren dat werknemers c.q. leden deelnemen aan Multidisciplinaire overleggen voor gezamenlijke risico-inschatting.

Bijlage 3
Mogelijke activiteiten patiëntenverenigingen

Eenmalige activiteiten

- Eigen activiteiten uitvoeren die de toepassing van de integrale geboortezorg conform de standaard bevorderen.
- Informeren van de achterban en het CPZ over de eigen activiteiten.
- Vertegenwoordiger afvaardigen aan CPZ om bij te dragen aan totstandkoming van cliëntenversie van de zorgstandaard.
- Op zoek gaan naar samenwerking en synergie tussen eigen activiteiten en de activiteiten van zorgprofessionals en beroepsverenigingen.
- Eigen oplossingen actief delen met anderen door oplossingen, modellen en documenten te delen via het CPZ.
- Doorontwikkeling van de indicatoren van klantpreferenties.

Doorlopende activiteiten

- Communicatie over relevante aspecten van de zorgstandaard incl. oproepen van zwangeren/ouders tot deelname aan adviesraden van VSV's.
- Stimuleren van zelfmanagement door zwangeren door verstrekken van informatie.
- Het inbrengen van knelpunten rondom de invoering van integrale geboortezorg bij het CPZ (waarbij de supportgroep als aanspreekpunt van CPZ fungeert).
- Faciliteren van waarderingen: waarderingen voor zorgorganisaties beschikbaar en vergelijkbaar maken voor andere patiënten/cliënten via ZorgkaartNederland.



College Perinatale Zorg

Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht
030 27 39 758
info@collegepz.nl

www.kennisnetgeboortezorg.nl