

Klein maar Fijn Project

Clëntenparticipatie



Luisteren

naar de

(ex) zwangeren

VSV Zaanstreek en VSV Midden Kennemerland

Januari 2016 – februari 2017

Projectleiding: Ruth Evers en Else Vooijs

Inhoud

1.	Aanleiding	3
2.	Doelstelling	3
3.	Initiatieven in het land.....	4
	Moeder- / cliëntenraad.....	4
	Focusgroep	5
	Spiegelbijeenkomst.....	5
4.	Werkwijze van de projectgroep.....	6
5.	Resultaten.....	7
	Advies voor het VSV.....	7
6.	Welke resultaten zijn voor anderen te gebruiken?.....	15
7.	Welke resultaten liggen nog in het vooruitzicht of volgen na afloop van het project?	15
8.	Welke resultaten zijn niet behaald?.....	15
9.	Conclusie en aanbevelingen	15
	Bijlage 1: Subsidie aanvraag klein maar fijn en tussen evaluatie	16
	Bijlage 2: Artikel Nederland Dagblad	21
	Bijlage 3: Rapport cliënten perspectief op de integrale geboortezorg.....	22
	Bijlage 4: Handreiking oprichten moederraad (VSV Nijmegen)	23
	Bijlage 5: Draaiboek focusgroep (bron: Athena instituut)	24
	Bijlage 6: Projectplan 2.0 – Klein maar Fijn – Cliëntenparticipatie.....	26
	Bijlage 7: Uitkomsten enquête VSV Kennemerland	29
	Bijlage 8: voorbeeld lijst werven cliënten	44
	Bijlage 9: informatie over mediquest	45
	Bijlage 10: Artikel LHV wetgeving privacy.....	48

1. Aanleiding

VSV Zaanstreek en VSV Midden Kennemerland zijn beide hard aan het werk om de integrale geboortezorg vorm te geven. Naast het verbeteren van de samenwerking, het maken van een basiszorgpad en het organiseren van een huisbezoek en gezamenlijke voorlichting, vinden beide VSV's het van het grootste belang dat de cliënt een stem gaat krijgen. Inmiddels hebben de VSV's de nodige 'research' gedaan om deze wens te kunnen omzetten in een praktisch plan. Hier zijn kosten aan verbonden die niet betaald kunnen worden uit de 'Modulegelden'. Als de VSV's een 'Klein-maar-fijn project' toegewezen krijgen, kan de 'cliëntparticipatie' gerealiseerd worden. (Bron: aanvraag klein maar fijn subsidie, bijlage 1)

2. Doelstelling

Het vormgeven van 'cliëntparticipatie' binnen het VSV. Het jaar 2016 zal gebruikt worden voor de besluitvorming en vormgeving, zodanig dat per 1 januari 2017 de gekozen vorm is uitgewerkt en de participatie van start kan gaan. Evaluatie zal steeds jaarlijks plaatsvinden.

- Om de cliëntparticipatie praktisch uitvoerbaar te maken zal het VSV standpunten formuleren en uitwerken aangaande o.a. de volgende items: de zeggenschap van de cliënt(en)raad of het digitale platform)
- de besluitvorming rondom de participatie van de cliënt(en)raad of het digitale platform)
- de positionering van de cliëntenraad of het digitale platform
- hoe bovenstaande onderwerpen goed in te bedden binnen de verschillende belangen en zienswijzen van de verschillende betrokken partijen.
- op welke gebieden vraagt het VSV de cliënt(en)raad of het digitale platform) om advies?
- hoe de cliënten te faciliteren om het adviseren goed te kunnen doen?
- hoe de begeleiding en introductie van de cliënten in de ontwikkelingen in de geboortezorg goed te stroomlijnen

Het VSV zal daarnaast:

- Spiegelgesprekken voeren met cliënten uit de regio
- Persoonlijke interviews met cliënten afnemen die zich hiervoor vrijwillig hebben aangemeld
- Besluiten over de vorm waarin de uiteindelijke cliëntparticipatie zal worden uitgevoerd: middels een 'raad', een interactief digitaal platform of beide

Tenslotte de praktische uitvoering:

- Het inwinnen van juridische adviezen, het maken van een formeel reglement en het opstellen van de nodige formele documenten
- Het maken van een logo, flyer, visitekaartje en een website voor de 'raad' of het 'platform'
- Het werven van de participerende cliënten

Het maken van een plan rondom de continuïteit van de raad of het platform; ouders blijven over het algemeen geen jaren bij een dergelijke raad of op een platform. Het verloop en de continue werving moet goed gemonitord blijven

3. Initiatieven in het land

In december 2009 werd door de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte het advies “een goed begin” gepresenteerd aan VWS. Dit is het begin geweest van veel verandering en transitie in de geboortezorg. De eerste aanbeveling in dit advies is: “moeder en kind in de hoofdrol”. Hier is veel over gesproken en nagedacht. Hoe doe je dit nou? Hoe weet de zorgverlener wat de moeder en het kind willen? Het is tijd dat er ruimte en mogelijkheid komt voor de aanstaande moeder om stem te hebben in de ontwikkelingen binnen de geboortezorg.

In het AD verscheen op 17-03-2014 een artikel met als eerste alinea “Artsen, verloskundigen, politici, verzekeraars, allemaal hebben ze ideeën voor een betere zorg rondom de geboorte. Maar aan de moeders wordt niets gevraagd.” Hierin wordt beschreven dat de zwangere zich niet gehoord voelt, het gevoel heeft in te leveren in keuzevrijheid. Ook is de organisatie “moeders in actie” (later heet dit de geboortebeweging) opgericht, om aandacht te vragen voor de keuzevrijheid van de zwangere vrouw en haar stem. (Zie voor het artikel bijlage 2)

Op 6 november 2014 verscheen een rapport “cliëntenperspectief kwaliteit integrale geboortezorg” gepubliceerd door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie NPCF (zie bijlage 3). De totale respons waarop de NPCF dit cliëntperspectief baseert, bedraagt 307 vrouwen die op het moment van het onderzoek minstens 30 weken zwanger waren of ten hoogste een jaar geleden waren bevallen. Het onderzoek is uitgevoerd in augustus, september en oktober 2014. In het rapport zijn kwaliteitscriteria beschreven per fase van de geboortezorg. Dit rapport kan als handleiding/ inspiratie gebruikt worden in alle ontwikkelingen van de geboorte zorg.

Veel regio's willen de stem van de (aanstaande of ex) zwangere graag ruimte geven in de geboortezorg en de organisatie hiervan. Hierin doen veel regio's hun best om dit in een functionele effectieve vorm in te zetten binnen de geboortezorg organisatie. Er kan geconcludeerd worden dat het onderwerp cliëntenparticipatie hoog op agenda's staat. Uit de praktijk blijkt dat de inrichting ervan niet altijd even gemakkelijk is. Zo is werven van cliënten voor onderzoek, moederraad of focusgroepen veelal niet gemakkelijk. Tevens is het verkrijgen van een afspiegeling van de gehele cliëntenpopulatie een grote moeilijkheid.

Van de initiatieven die er zijn in het land kan geleerd worden. Hieronder wordt beschreven welke initiatieven er zijn en verwezen naar bijlagen voor extra informatie.

Moeder- / cliëntenraad

Een aantal regio's heeft een cliënten- of moederraad opgezet als klankbord voor het VSV.

Voorbeelden van deze regio's zijn:

- Rotterdam
- Nijmegen
- Arnhem
- Amsterdam Oost
- Leeuwarden
- Zwolle

Regio Nijmegen heeft een handreiking gepubliceerd over het opzetten van een moederraad, deze is te vinden in bijlage 4.

Focusgroep

Een aantal regio's is bezig met het houden van focusgroepen. Dit zijn bijeenkomsten waar specifieke delen van de zorg of voorstellen worden voorgelegd aan een groep tussen de 8 en 15 cliënten waarbij gevraagd wordt naar de mening en ideeën van de groep. Aan deze bijeenkomsten doet een kleine groep deelnemers mee om een veilige sfeer te scheppen. Het gesprek wordt opgenomen, waarna het gesprek wordt geanalyseerd en er leerpunten uit worden getrokken. Het Athena instituut organiseert onder andere focusgroepen voor regio's die meedoen met de INCAS studie. In bijlage 5 is het "Draaiboek Focusgroep" van het Athena instituut te vinden.

Spiegelbijeenkomst

De stem van de cliënt kan ook in retrospectief gehoord worden, dit wordt veelal gedaan door middel van een spiegelbijeenkomst. Dit is een bijeenkomst waar een groep van 5 – 15 cliënten gevraagd wordt naar hun ervaring met de zorg. Veelal is dit op een van tevoren afgebakend stuk van de zorg. Het verschil met een focusgroep is dat hier juist een grote groep zorgverleners in de zaal mogen zijn. Deze groep zit achter de cliënten en mogen niks zeggen en of vragen tijdens het gesprek. Zij worden letterlijk gespiegeld tijdens de bijeenkomst. Vaak wordt deze vorm als zeer lerend ervaren. Er kan gekozen worden om aan het eind van het gesprek uit de groep "toehoorders" een vraag per briefje in te brengen. De gespreksleider(s) bepalen welke vragen wel en niet gesteld worden. Regio Amsterdam Oost is bezig met het maken van een draaiboek voor spiegelbijeenkomsten, jammer genoeg is deze nog niet af. Wanneer deze beschikbaar is zal deze verspreid worden binnen de regio. Heldere uitleg over een aanpak van een spiegelgesprek is te lezen op: <http://www.participatiekompas.nl/methoden-en-tools/spiegelgesprekken> (hyperlink eronder?) Een aantal links naar initiatieven en artikelen:

- VSV Leeuwarden:
<https://geboortezorgbijeem.nl/actueel/zwangerenparticipatie.html>
- Cliëntenpanel regio zuid west Nederland
<http://www.regionaalconsortium.nl/nl/clientenparticipatie/>
- http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/1683/file/Rentes%20L_Patient%20wordt%20steed%20meer%20zijn%20eigen%20arts_TvV%202014%3B03%20p07.pdf?download_category=overig
- <http://www.participatiekompas.nl/ervaringen/behoefte-van-zwangere-vrouwen-staan-lang-niet-altijd-en-overal-centraal>
- http://www.participatiekompas.nl/sites/default/files/Cli%C3%ABntenperspectief%20op%20kwaliteit%20Integrale%20geboortezorg_2014-11-07.pdf
- <http://gezondegeboortezorg.nl/tools-tips/client-centraal/>

4. Werkwijze van de projectgroep

De projectgroep heeft enige tijd gezocht naar een vaste groep professionals uit beide regio's. Per mei 2015 heeft de groep een vaste aanstelling gekend;

Regio Zaanstreek:

- Silvia Ramakers (1^e lijns verloskundige, verloskundigen praktijk Poppie)
- Jolene Hartnett (manager moeder/kind, ZMC)
- Corine Molenaar (teamcoördinator verloskunde ZMC)

Regio Noord Kennemerland

- Ellen Maussen (manager kraamzorg RKZ)
- Daphne Bloem (klinisch verloskundige)
- Florin Jelsma (1^e lijns verloskundige)

Voor beide regio's vertegenwoordigde Susan Merkus de kraamzorg (werkzaam bij De Kraamvogel).

De werkgroep heeft in eerste instantie nagedacht over de producten en initiatieven in het land en deze in kaart gebracht (zie hoofdstuk 3). Gaandeweg kwam het idee op dat het zelf vorm gaan geven van spiegel- en focusgesprekken wéér zou betekenen dat de werkgroep voor de cliënten aan het bedenken is op welke wijze zij inspraak willen hebben binnen het VSV. In plaats van dat te bedenken wil de werkgroep ook dát aan de cliënten zelf vragen. Deze koers is ook te lezen in de doelstelling met praktische doelen. Er is besloten de doelstellingen betreffende cliëntenraad, focusgroepen en interviews neer te leggen en eerst de cliënten aan het woord te laten.

In Midden Kennemerland is een focusgroep gehouden onder de cliënten op 12 mei 2016. We hadden gehoopt bovenstaande vragen daar aan de cliënten te kunnen voorleggen. Gezien de hoeveelheid vragen die gesteld moesten worden aan de cliënten is dat niet gelukt. Ook vond de werkgroep een aantal van 10 cliënten om deze vragen aan voor te leggen erg klein.

Daarom is alsnog besloten om een Survey Monkey (enquête) te versturen naar cliënten als nulmeting en hun rechtstreeks te vragen of en op welke wijze ze geïnteresseerd zijn in participatie binnen het VSV. Het maken van de enquête, deze versturen, analyseren en er koers op bepalen heeft veel tijd en inspanning gekost. Naar aanleiding van het maken van een advies rondom het versturen van cliëntenenquêtes voor het VSV kwamen knelpunten naar boven en deze zijn uitgezocht. Bijvoorbeeld vragen over het gebruik van email adressen, welke toestemming is nodig en op welke manier moet dit gedaan worden? Mag een cliëntenenquête wel verzonden worden via Survey Monkey of moet dit in een andere omgeving? Welke regels en wetten zijn er rondom privacy en beveiligde informatie?

Halverwege het project (mei 2016) heeft Ruth Evers de projectleiding overgedragen aan Else Vooijs. Dit is in het stadium geweest dat de projectgroep besloten heeft een enquête onder cliënten te houden voor verdere koers van het project. De reden voor deze overdracht was omdat Ruth Evers de taak niet ingepast kreeg in haar werkweek. Else Vooijs heeft een aangepast projectplan gemaakt met planning (zie bijlage 6) en deze voorgelegd aan het consortium. Er is elke maand een bijeenkomst geweest, wisselend qua locatie per regio zodat de belasting voor groepsleden even groot zou zijn. In de bijeenkomsten is de voortgang besproken en zijn acties nagegaan.

5. Resultaten

Advies voor het VSV

Nulmeting – cliënten vragen naar voorkeur

Wat is er in het project gedaan?

Om inzicht te verkrijgen hoe de cliënten in de regio Zaanstad- Kennemerland denken over cliëntenparticipatie hebben wij een nulmeting gedaan. De vragen zijn opgesteld door de werkgroep “klein maar fijn” en in een Survey Monkey geplaatst. In de beide regio’s zijn deze enquêtes verspreid onder de zwangeren. Er is gesproken over het verspreiden van de enquête in verschillende talen. I.v.m. de tijdsdruk en de kosten die bij het vertalen komen kijken hebben we ervoor gekozen om de enquête alleen in het Nederlands te versturen. (zie bijlage 7 voor de vragenlijst)

In de regio Zaanstad wordt gewerkt met Orfeus en alle verloskundigenpraktijken hebben een brief digitaal onder hun cliëntenbestand verstuurd. Vragend om toestemming in het begin van de zwangerschap om cliënten per mail te benaderen werd hierbij voldoende geacht.

In de regio Kennemerland is eerst specifiek om toestemming gevraagd om de enquête te mogen verspreiden. Alleen aan cliënten die hiervoor toestemming hebben gegeven is de vragenlijst verstuurd .

Wat is er geleerd?

In totaal hebben we 280 enquêtes retour gekregen. (109 in regio Kennemerland en 171 in regio Zaanstad). Het merendeel van de mensen, ruim 90 %, is geboren in Nederland en heeft een opleidingsniveau van HAVO of hoger.

In de regio Kennemerland waren de meeste respondenten al bevallen (64,2%) terwijl in de regio Zaanstad de meeste respondenten nog zwanger waren (90,6%)

In beide groepen werd duidelijk dat de overgrote meerderheid per enquête benaderd wil worden. De betrokkenheid van mensen aangaande dit onderwerp ligt hoog, 70-75 %.

Ook een spiegelbijeenkomst of een ideeën box werden genoemd als goede opties om de cliënten om hun mening te vragen.

In regio MKL hebben 59 vrouwen hun gegevens achtergelaten om nog eens benaderd te worden voor cliëntenparticipatie. In regio Zaanstad waren dit er 88.

Welke obstakels en vragen liggen er nog?

Met name het privacy vraagstuk is in de projectgroep een struikelblok gebleken. Wanneer is toestemming vragen genoeg? Moet er een handtekening van de cliënt zijn? Na het versturen van de enquête via Survey Monkey kwam de projectgroep erachter dat bij het versturen van een enquête waarin enigszins naar medische achtergrond gevraagd wordt dit via een beschermde omgeving moet.

Over het werven van cliënten wordt meer beschreven in het hoofdstukje “werven van cliënten”. Ook over de beschermde omgeving in privacy wetgeving wordt meer beschreven in hoofdstuk “privacy en wetgeving” en “versturen van enquête”

Aanbevelingen voor het VSV

- Ga na op welke wijze cliënten graag hun stem laten horen, dit kan door middel van een digitale enquête
- Cliënten in regio Zaanstad en MKL willen per enquête benaderd worden en hun stem laten horen
- Bouw een database op met te benaderen cliënten door te vragen in de enquête of ze later benaderd mogen worden
- Verstuur ieder jaar een enquête over cliëntenparticipatie om de database en manier van benaderen up to date te houden.

Doelgroep bepalen

Wat is er in het project gedaan?

In eerst instantie wilden we de doelgroep opdelen in autochtoon, allochtoon (Turks, Marokkaanse en andere achtergrond), anderszins kwetsbaar (b.v. laaggeletterd). In verband met tijd/kosten van vertalen voor allochtonen en het opstellen van filmpjes voor de groep 'anderszins kwetsbaar' zijn we hier van afgestapt. Het zou namelijk betekenen dat bij zowel het werven, uitvragen en het beoordelen van resultaten dit probleem telkens weer terug zou komen.

Om cliënten te werven hebben we alle vrouwen vanaf week 30 tot een jaar na de bevalling benaderd. Hier is voor gekozen omdat er aan het begin al veel op de vrouwen af komt en het mogelijk nog moeizaam in te schatten is hoe ze betrokken willen worden bij geboortezorg als ze dat nog niet ervaren hebben. Tot een jaar na geboorte is gekozen omdat deze vrouwen het hele proces van zwangerschap, geboorte, kraamtijd ervaren hebben. Daarna is de kans groot dat de interesse verdwijnt.

Daarnaast hebben we gekozen voor vrouwen die matig tot goed Nederlands of Engels spraken. Deze vrouwen zijn benaderd op het spreekuur in regio MKL. In regio Zaanstreek is er een mail verstuurd.

In de enquête (opgesteld in Survey Monkey) konden vrouwen aangeven wat hun achtergrond is door de vragen 'In welk land ben jij geboren' en 'In welk land zijn jouw ouders geboren'. Ook werd het hoogst behaalde opleidingsniveau gevraagd.

Wat is er geleerd?

- Goed te bereiken doelgroep: matig tot goed Nederlands of Engels sprekend is een vereiste.
- Zwangeren vanaf week 30 tot een jaar na de bevalling vragen of ze deel willen nemen aan de enquête. Hier is geen verdergaand onderzoek naar gedaan dus valt over te twisten.

Welke obstakels en vragen liggen er nog?

Het bereiken van autochtone niet Nederlands of Engels sprekende vrouwen blijkt zeer moeizaam. Als je dit goed wilt aanpakken is hier veel tijd en geld voor nodig.

Aanbevelingen voor het VSV

- Goed te bereiken doelgroep: matig tot goed Nederlands of Engels sprekend is een vereiste.
- Zwangere vanaf week 30 tot een jaar na de bevalling vragen of ze deel willen nemen aan de enquête. Hier is geen verdergaand onderzoek naar gedaan dus valt over te twisten.
- Manier vinden om een afspiegeling van de gehele populatie van het VSV te bereiken en betrekken.

Vraagstelling enquête

Wat is er in het project gedaan?

Omdat we de stem van de (ex) zwangeren willen horen en graag willen weten op welke manier ze betrokken willen worden bij het vormgeven van de geboortezorg is Klein maar Fijn opgezet. In het begin waren we aan het zoeken naar een goede vorm om (ex) zwangeren te benaderen en hoe ze vervolgens zelf benaderd wilden worden. Er is in andere regio's navraag gedaan maar was nog niet veel van de grond gekomen. INCAS is benaderd omdat er al veel zwangeren hun toestemming gegeven hadden om mee te denken. Groot verschil is wel dat er veel evaluaties bestaan waar mensen gevraagd wordt hoe ze op de gegeven zorg terugkijken maar dat Klein maar Fijn specifiek wil weten hoe de (ex) zwangeren betrokken willen worden in het vormgeven en verbeteren van geboortezorg.

Er is een Survey Monkey opgesteld en deze is naar de (ex)zwangeren verstuurd. Om dit in het vervolg makkelijker te laten verlopen is Athena instituut benaderd over hoe je een goede enquête kan opstellen. Athena instituut is een onderzoeksafdeling op de VU waar studenten ons hier mee kunnen helpen. Zij hebben ook aan het begin 2016 met regio MKL een focusgroep (binnen de INCAS studie) bijeenkomst gehouden, alleen kwam daar voor ons als Klein maar Fijn niet veel uit. Omdat de tijd nu te kort was hebben we niet verder kunnen uitzoeken wat zij nog meer voor ons zouden kunnen betekenen.

De vraagstelling van de enquête is in het klein maar fijn project door de projectleden zelf opgesteld en met feedbackrondes aangepast en aangescherpt.

Wat is er geleerd?

De juiste vraagstelling is erg belangrijk wanneer je input vraagt door middel van een enquête. Hiervoor is het nodig om dit te laten schrijven door mensen met kennis hierover. Wanneer er gebruik gemaakt wordt van een extern bedrijf voor het versturen van enquêtes, is er ook een dienst voor het opstellen van juiste vragen.

In het project is er ook contact geweest met het Athena instituut. Athena institute website: <http://www.falw.vu.nl/en/research/athena-institute/index.aspx>. Zij kunnen ons in het vervolg helpen met het opstellen van een enquête of opzetten van een onderzoek. Ook hebben zij tools en tips ontwikkeld, deze zijn te lezen op www.gezondegeboortezorg.nl.

Het liefst zouden we ieder 1-2 jaar een nieuwe groep (ex)zwangeren willen benaderen om te bepalen of onze vraagstelling nog juist is, het de juiste resultaten oplevert en wat gedaan kan worden met de uitkomsten.

Welke obstakels en vragen liggen er nog?

- Gebrek aan kennis om de juiste vragen te stellen in een enquête, in de toekomst professionals inzetten.
- Er dient een plan op gesteld te worden hoe vragen op een adequate manier te controleren. Hierin kunnen ook cliënten gevraagd worden voor feedback van de vraagstelling

Aanbevelingen voor het VSV

- Athena instituut benaderen voor hulp opstellen enquête eerste benadering (ex) zwangeren. Maar ze ook daarna mee te laten denken over cliëntenparticipatie in de regio.
- Controleer de vraagstelling adequaat. Dit kan door externe hulp van professionals of cliënten.

Werven van cliënten en gebruik van emailadressen

Wat is er in het project gedaan?

Omdat we met twee regio's werken hebben we het werven verschillend aangepakt. In regio Midden Kennemerland (MKL) heeft elke praktijk een mail ontvangen met daarin de vraag cliënten te benaderen op het spreekuur door verloskundige of assistente om met ons mee te denken over het vormgeven en verbeteren van de geboortezorg. Van de vrouwen die toestemming gaven hebben we de emailadressen verzameld waarna zij een enquête toegestuurd kregen (zie enquête verderop in het verslag). Regio Zaanstreek heeft de cliënten benaderd per mail met uitleg over de enquête. Zodra zij doorklikten werd hun email opgeslagen waarna de enquête naar ze verstuurd kon worden.

I.v.m. privacy wetgeving blijkt de benadering per mail niet te mogen. De benadering op de praktijk vergt erg veel inspanning en zou het hele jaar door moeten gebeuren om een focusgroep up to date te houden.

Kraamzorg is vervolgens gaan kijken of vrouwen benaderd konden worden via het kraamzorgbureau. Dit zou de meest ideale locatie zijn om vrouwen die het hele traject van zwangerschap, geboorte en kraambed ervaren hebben te vragen om hun mening en het vanaf 1 punt te organiseren samen met de evaluatie van de kraamzorg. Het samenwerkingsverband kan hier ook positiever door ervaren worden. Daarnaast werken de kraambureaus alleen met een systeem waarin cliënten te filteren zijn op verschillende criteria. Echter het zonder toestemming versturen van enquêtes die vanuit een breder verband (VSV) wordt verzonden, kan niet in verband met de regelgeving van de kraambureaus en gebruik van gegevens. Wellicht is hier wat in te doen door het aanpassen van een disclaimer of het vooraf vragen van toestemming.

Mail naar collega's om cliënten te werven op het spreekuur/wachtkamer:

'Zoals op het VSV besproken zijn we met 'klein maar fijn' (MKL en Zaanstreek) bezig een enquête samen te stellen om de stem van de cliënt te laten horen bij o.a. het vormgeven van de geboortezorg. Daarvoor moeten we eerst een groep (ex)zwangeren bij elkaar krijgen.

In de bijlage een lijst en korte uitleg om email adressen te werven. Klein maar fijn zal ze dan een email sturen met een enquête via survey monkey met daarin vragen hoe en of ze benaderd willen worden om hun mening te geven over cliëntenparticipatie en geboortezorg.

Instructies:

- zwangeren vanaf week 30 tot een jaar na bevalling vragen of ze deel willen nemen aan de enquête*
- matig tot goed Nederlands of Engels sprekend is een vereiste (enquête is er ook in het Engels)*
- minimaal 20 email adressen in kleinere praktijken*
- minimaal 40 email adressen in grotere praktijken*
- werven kan bv in de wachtkamer, spreekkamer of per email*
- start zo snel mogelijk, hoe sneller je de adressen verzameld hebt hoe sneller je klaar bent*
- graag VOOR de lijst met email adressen naar mij mailen, of bij vragen:...*

Zie bijlage 8 voor een voorbeeld lijst werven emailadressen.

Wat is er geleerd?

Onze ervaring is dat (ex)zwangeren graag benaderd willen worden om mee te denken. Bijna iedereen vond het goed om hun emailadres door te geven en er is geen negatieve reactie geweest op het versturen van een mail om hun toestemming te verkrijgen. De respons op de enquêtes was dan ook groter dan we hadden gedacht.

Met het werven is het belangrijk duidelijk te benoemen dat het gaat om cliëntenparticipatie oftewel 'we willen graag de stem van de cliënt horen bij onder andere het vormgeven van de geboortezorg en het aanbrengen van veranderingen/verbeteringen'.

Om zwangeren te kunnen benaderen kan er wel van de volgende praktische oplossingen gebruik gemaakt worden:

- Op de polikliniek en in de praktijken aan zwangeren vragen of ze toestemming geven om benaderd te mogen worden voor een schriftelijke enquête of focusgroep, dit laten ondertekenen en mailadressen verzamelen
- Hetzelfde is mogelijk via de kraamzorg, tijdens het huisbezoek intake kan de vraag gesteld worden en kan de zwangere toestemming schriftelijk vastleggen.

Email adressen mogen verzameld worden maar niet op een openbare lijst, dit is een datalek en dus strafbaar.

Welke obstakels en vragen liggen er nog?

In verband met privacy wetgeving blijkt de benadering per mail niet te mogen. Hoe dit precies zit zou uitgezocht moeten worden door een jurist waar geen geld voor beschikbaar is op dit moment.

De benadering op de praktijk vergt erg veel inspanning en zou het hele jaar door moeten gebeuren om een database met cliënten up to date te houden. In de 2^e lijn kregen we het werven van cliënten niet van de grond door verschillende omstandigheden, zoals interne communicatie, tijdgebrek en drukte op de poli.

Aanbevelingen voor het VSV

- Zet een goede jurist in om uit te laten zoeken op welke manier (ex) zwangeren benaderd mogen worden. Is het opgeven van een emailadres bij de intake ook voldoende om daar o.a. enquêtes, evaluaties e.d. naar te verzenden?
- Uit laten zoeken wat de obstakels zijn voor een kraamzorgbureau om namens het VSV een enquête te versturen naar ex-zwangeren.
- Het is gebleken dat cliënten benaderen via de 2e lijn veel moeizamer gaat dan via de 1e lijn of kraamzorg. Het is namelijk in het digitale systeem van de ziekenhuizen niet mogelijk om een selectie te maken van zwangeren of kraamvrouwen.
- Het verdient de voorkeur om cliëntenparticipatie via de kraamzorg te regelen. Deze groep heeft iedereen onder zorg. In regio Zaanstad zou dit ook kunnen via de verloskundigen omdat alle cliënten de zorg starten in de 1e lijn.

Versturen van enquêtes (privacy en wetgeving)

Wat is er in het project gedaan?

Binnen het klein maar fijn project is er een enquête verstuurd naar cliënten via Survey Monkey. Zoals eerder beschreven is dit in de regio Zaanstreek gedaan door een algemene mail naar alle zwangere cliënten vanaf 30 weken te sturen met een link naar de enquête. In regio MKL zijn zwangeren eerste gevraagd en zijn naar de gegeven email adressen een mail gestuurd met de enquête.

Wat is er geleerd?

E mail adressen van zwangeren die bekend zijn binnen het VSV mogen niet zomaar benaderd worden met vragenlijsten. Er zal naar de meest praktische manier gezocht moeten worden om toch doelgroepen te benaderen voor enquêtes, focusgroepen of spiegelbijeenkomsten.

In alle gevallen is schriftelijke toestemming van de cliënt nodig, elke cliënt van het VSV wordt aan het begin van de zwangerschap een toestemmingsformulier voorgelegd ter ondertekening. Als hier een vraag aan toegevoegd kan worden of de zwangere benaderd mag worden voor enquêtes/focusgroepen enzovoort zou dit afgedekt moeten zijn.

Op dit moment wordt er nog onderzocht of de Repro Q (landelijk instrument om ketenkwaliteit te meten) mogelijkheden biedt. Voor deelname aan de Repro Q wordt aan alle zwangeren binnen het VSV aan het begin van de zwangerschap de vraag voorgelegd of ze voor enquêtedoeleinden benaderd mag worden tijdens de zwangerschap en na het kraambed. De zwangere geeft schriftelijk toestemming en zou dus namens het VSV benaderd mogen worden. Echter, Repro Q is na de pilot wel gekozen als het instrument om ketenkwaliteit te meten maar is op dit moment nog niet beschikbaar en ook is niet bekend wanneer dit wel het geval is.

Enquêtes waar (mogelijk) medische gegevens in vermeld worden moeten via een beveiligde omgeving worden afgenomen. Dit om datalek te voorkomen en privacy te waarborgen. Er zijn een aantal bedrijven die deze dienst verlenen, waaronder mediquest (zie bijlage 9) Cliënten mogen alleen een mail krijgen met een code en link naar beschermde omgeving om enquête in te vullen. Dit omdat het wettelijk niet mag om in onbeschermde omgeving medische gegevens te delen. Ook niet als de zwangere zelf kiest dit in te vullen.

In het RKZ wordt gebruik gemaakt van Mediquest om patiënttevredenheid te meten, hiervoor worden ook e-mail adressen nagevraagd en geeft de patiënt toestemming om de vragenlijst toegestuurd te krijgen. Er wordt op dit moment nog onderzocht of mediquest voor het VSV gebruikt kan worden, dit zit nog in de onderzoeksfase.

ZMC heeft eigen omgeving ontwikkeld om enquêtes vanuit te versturen, maar dit is alleen voor intern gebruik en kan niet voor het VSV gebruikt worden. Dit heet explora tool.

Na het afronden van het project zijn wij gewezen op het bedrijf "Pro Bono" 'De Pro Bono Club is opgericht voor alle maatschappelijk organisaties zonder winstoogmerk. 'Met andere woorden: of het nu gaat om een organisatie die armoede bestrijdt, een muziek- of sportvereniging of een buurtcomité: iedere organisatie met een maatschappelijk doel voor ogen en zonder winstoogmerk is welkom.'

'Maatschappelijke organisaties kunnen vaak nergens terecht voor juridische hulp, althans niet zonder een goed gevulde portemonnee. Want anders dan voor particulieren is er voor deze organisaties geen gefinancierde rechtshulp. Maar ook maatschappelijk organisaties die een maatje kleiner zijn dan Amnesty International hebben juridische problemen die opgelost moeten worden', schrijven de oprichters.

Dit bedrijf geeft voor maatschappelijke organisaties gratis juridisch advies. Dit zou gebruikt kunnen worden bij het verder uitdiepen van alle privacy en datawetgeving binnen de geboortezorg.

In bijlage 10 is een artikel uit LHV (maart 2016) toegevoegd met duidelijke instructies over de Meldplicht datalekken, het gebruik van What's App en de omgang met privacy gevoelige informatie in zijn algemeenheid.

Welke obstakels en vragen liggen er nog?

Binnen het project zijn we achter meerdere obstakels gekomen wanneer het gaat om het inwinnen van de mening van de cliënten per enquête. Om hier een constructief vervolg aan te geven is er allereerst juridisch advies nodig om goed te begrijpen wat kan en niet kan. Daarnaast moet er gekeken worden naar het inschakelen van een bedrijf die faciliteert in een beschermde omgeving voor het versturen van enquêtes, en hoe dit bekostigd gaat worden.

Aanbevelingen voor het VSV

- Juridisch advies inwinnen rondom de privacy en wetgeving bij het versturen van enquêtes, dit kan gratis bij Pro Bono.
- Begroot kosten voor cliëntenparticipatie in de integrale geboortezorg organisatie, hou daar rekening meer met kosten voor het gebruik van een beveiligde omgeving voor het versturen van enquêtes.

6. Welke resultaten zijn voor anderen te gebruiken?

Het advies / overdracht document voor het VSV van Zaandam en Midden Kennemerland kan ook gebruikt worden door andere regio's. Dit kan gezien worden als opstap naar eigen inrichting van cliëntenparticipatie van de regio.

7. Welke resultaten liggen nog in het vooruitzicht of volgen na afloop van het project?

De daadwerkelijke inrichting van cliëntenparticipatie per VSV zal nog in het vooruitzicht liggen. De VSV's zullen dit los van elkaar gaan oppakken, wat ook beter gaat werken. Per regio zijn eigen werkwijzen en voorkeuren van de cliënten. Daarnaast zijn steeds meer regio's in het land bezig met het vormgeven van cliëntenparticipatie, er wordt verwacht dat hier ook van geleerd kan worden en er steeds meer handreikingen en kennis zullen komen.

8. Welke resultaten zijn niet behaald?

Veel doelstellingen in dit project zijn niet behaald en onderweg bijgesteld. Het eerste doel om het onderwerp cliëntenparticipatie op te tuigen in twee VSV's met alles wat hierbij hoort, bleek als snel voor dit klein maar fijn project te hoog gegrepen. Omdat er gekozen is, eerste naar de cliënt te vragen door middel van een enquête, is de doelstelling aangepast en is de uitkomst van de enquête leidend geweest voor de koers. (zie projectplan 2.0 in de bijlage) Ook de aangepaste doelstellingen zijn niet allemaal gehaald. Zo was het doel om breder dan de uitkomst van de enquête de VSV's te ondersteunen met draaiboeken (focusgroep, spiegelbijeenkomst, cliëntenraad), juridisch advies in te winnen en een advies rondom zeggenschap te schrijven. Deze laatste drie doelstellingen zijn niet gehaald door meerdere tegenslagen rondom het vormen van een goed advies rondom het versturen van cliënten enquêtes. Er is gekozen dit zo goed mogelijk uit te zoeken en te beschrijven voor het VSV binnen de tijd die beschikbaar is in de werkgroep. De verhuizing van het gehele ZMC, het realiseren van een integraal tarief in regio MKL en alle inspanningen rondom integrale geboortezorg maakten dat tijd en aandacht verdeeld moesten worden door werkgroepleden en er minder bereikt is dan gehoopt.

9. Conclusie en aanbevelingen

De conclusie van dit project kan zijn, dat er werk aan de winkel is, als het gaat om het implementeren van cliëntenparticipatie binnen het VSV.

Naast alle conclusies en aanbevelingen die beschreven zijn in hoofdstuk 5 willen we afsluiten met het advies om een structurele werkgroep op te richten of om cliëntenparticipatie of om dit onderwerp onder te brengen bij een van de bestaande werkgroepen. Daarbij is het belangrijk om na te gaan bij welke onderwerpen het VSV cliënten wilt laten participeren en hier een jaaragenda voor te maken.

Als projectgroep hadden wij gehoopt op meer concrete en uitgewerkte uitkomsten. Echter hopen we door datgene wat we wél hebben uitgezocht een goede opmars te hebben gemaakt in het opzetten van cliëntenparticipatie in de regio.

Bijlage 1: Subsidie aanvraag klein maar fijn en tussen evaluatie

Aanvraagformulier Klein-maar-Fijn project Netwerk Geboortezorg Noordwest Nederland 2015

Uiterste inleverdatum maandag 12 oktober 2015 12:00 uur

Naam contactpersoon 1	Ruth Evers (projectleider integrale zorg)
Telefoonnummer	06-24742472
E-mailadres	ruthevers-zonh@talmor.nl
Naam contactpersoon 2	Danique Koeman (Zaanstreek) / Carola de Wit (Midden Kennemerland)
Telefoonnummer	06-13683433 / 06-23064523
E-mailadres	daniquekoeman@hotmail.com / olagijs@hotmail.com

Aanleiding en doelstelling (SMART*) van het project:

Projectplan: opzetten, uitwerken en evalueren van 'cliëntparticipatie' in het VSV

Zowel VSV Zaanstreek als VSV Midden Kennemerland zijn voornemens een Klein maar fijn project in te dienen om de 'cliëntparticipatie' binnen het VSV vorm te geven. In overleg met Stacy Dubos is besloten een gezamenlijke aanvraag in te dienen om te voorkomen dat de beoordelingscommissie twee keer dezelfde identieke aanvraag onder ogen krijgt. Ook kunnen de kosten worden verlaagd als beide regio's samenwerken gedurende dit project.

Aanleiding: VSV Zaanstreek en VSV Midden Kennemerland zijn beide hard aan het werk om de integrale geboortezorg vorm te geven. Naast het verbeteren van de samenwerking, het maken van een basiszorgpad en het organiseren van een huisbezoek en gezamenlijke voorlichting, vinden beide VSV's het van het grootste belang dat de cliënt een stem gaat krijgen. Inmiddels hebben de VSV's de nodige 'research' gedaan om deze wens te kunnen omzetten in een praktisch plan. Hier zijn kosten aan verbonden die niet betaald kunnen worden uit de 'Modulegelden'. Als de VSV's een 'Klein-maar-fijn project' toegewezen krijgen, kan de 'cliëntparticipatie' gerealiseerd worden.

Doelstelling: Het vormgeven van 'cliëntparticipatie' binnen het VSV. Het jaar 2016 zal gebruikt worden voor de besluitvorming en vormgeving, zodanig dat per 1 januari 2017 de gekozen vorm is uitgewerkt en de participatie van start kan gaan. Evaluatie zal steeds jaarlijks plaatsvinden.

*Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden

Beschrijving uitvoering van het project:

Om de cliëntparticipatie praktisch uitvoerbaar te maken zal het VSV standpunten formuleren en uitwerken aangaande o.a. de volgende items:

- de zeggenschap van de cliënt(enraad of het digitale platform)
- de besluitvorming rondom de participatie van de cliënt(enraad of het digitale platform)
- de positionering van de cliëntenraad of het digitale platform
- hoe bovenstaande onderwerpen goed in te bedden binnen de verschillende belangen en zienswijzen van de verschillende betrokken partijen.
- op welke gebieden vraagt het VSV de cliënt(enraad of het digitale platform) om advies?
- hoe de cliënten te faciliteren om het adviseren goed te kunnen doen?
- hoe de begeleiding en introductie van de cliënten in de ontwikkelingen in de geboortezorg goed te stroomlijnen

Het VSV zal daarnaast:

- Spiegelgesprekken voeren met cliënten uit de regio
- Persoonlijke interviews met cliënten afnemen die zich hiervoor vrijwillig hebben aangemeld
- Besluiten over de vorm waarin de uiteindelijke cliëntparticipatie zal worden uitgevoerd: middels een 'raad', een interactief digitaal platform of beide

Tenslotte de praktische uitvoering:

- Het inwinnen van juridische adviezen, het maken van een formeel reglement en het opstellen van de nodige formele documenten
- Het maken van een logo, flyer, visitekaartje en een website voor de 'raad' of het 'platform'
- Het werven van de participerende cliënten
- Het maken van een plan rondom de continuïteit van de raad of het platform; ouders blijven over het algemeen geen jaren bij een dergelijke raad of op een platform. Het verloop en de continue werving moet goed gemonitord blijven

Beschrijving evaluatie van het project:

Evaluatie van het project zal in 2016 inhouden dat er continue ruggenspraak is met alle betrokken partijen. De uiteindelijke besluitvorming vindt wat betreft het VSV plaats in 'het Groot VSV'. Als de cliëntparticipatie eenmaal van start is gegaan zal er met het VSV en de betrokken cliënten jaarlijks geëvalueerd worden volgens de 'Creativiteitscirkel' van Steven Covey. Verdere monitoring zal jaarlijks plaatsvinden middels de ReproQ.

Relevantie van het project ten opzichte van de doelstellingen van het Netwerk Geboortezorg:

Het directe en meest relevante raakvlak tussen de doelstellingen en het project is de link met doelstelling nummer 6 van het Netwerk Geboortezorg:

1. Versterken van de positie van de (aanstaande) zwangere en hun partner, in het bijzonder de zwangere in een achterstandssituatie.

Daarnaast is het project ook relevant t.o.v. doelstelling 1: verbetering van de multidisciplinaire samenwerking, daar het VSV het project multidisciplinair aanstuurt en uitvoert, de participatie o.a.

over de 'lijnoverstijgende zorg' zal gaan en het VSV er het grootste belang aan hecht om het geheel goed in te bedden binnen de verschillende belangen en zienswijzen van de verschillende betrokken partijen.

Begroting:

Beschrijving:	Kosten (x 2 voor 2 VSV's):
Heidag 'cliëntparticipatie', brainstorm en besluitvorming bovengenoemde onderwerpen. (man-uren, begeleiding, locatie, catering incl. BTW)	€ 2000,- x 2 = € 4000,-
Voeren spiegelgesprekken en interviews	€ 750,- x 2 = € 1500,-
Attenties voor de cliënten die hun medewerking verlenen	€ 500,- x 2 = € 1000,-
Ontwerp + brainstorm logo voor website, flyer, visitekaartje voorzitter 'cliëntparticipatie-project' incl. BTW	€ 500,- x 2 = € 1000,-
Ontwerp website incl. BTW	€ 1000,- x 2 = € 2000,-
'Overkopen' van de juridische stukken van het DVP in Rijnmond	€ 250,- (kan in één keer voor beide VSV's)
Totaal per VSV incl. BTW / totaal voor 2 VSV's incl. BTW	€ 5000,- / € 9750,-

Voortgang Klein-Maar-Fijn projecten juli 2016 (geschreven door Ruth Evers)

Voor de tussenevaluatie van uw klein-maar-fijn project willen we u vragen om onderstaande punten te beschrijven. Deze schriftelijke tussenevaluatie is in plaats van een presentatie aan de stuurgroep, zoals aangegeven bij de voorwaarden van de klein-maar-fijn projecten. De stuurgroep zal uw tussenevaluatieverslag beoordelen en zo nodig contact met u opnemen voor extra informatie/advies. U dient uiterlijk 8 juli 2016 uw evaluatieverslag in te sturen naar info@nwgz.nl

Beschrijf onderstaande punten in maximaal 2 A4.

1. Kunt u de vooraf opgestelde activiteiten uitvoeren volgens planning?

- JA
 NEE

Geef eventuele wijzigingen aan met een onderbouwing. Voeg een tijdlijn toe (gepland en gerealiseerd)

Ik heb destijds de aanvraag ingediend voor 2 VSV's. Beide VSV's wilden de cliëntparticipatie vormgeven. De werkelijke realisatie kost € 10.000,- per VSV. Ik heb uiteindelijk een begroting ingediend voor € 10.000,- voor beide VSV's omdat we als twee VSV's ook samen zouden kunnen werken en daarmee kosten besparen. We hebben uiteindelijk € 5000,- toegekend gekregen voor 2 VSV's. Dat was niet de bedoeling en daarmee hadden we ook meteen de eerste obstructie te pakken. We hebben besloten het geld te besteden aan het bouwen van een website / uitvoeren van focusgroepen / ontwerpen van een logo etc. Het eigenlijke werk zou dan in eigen tijd moeten.

In de praktijk, met alle drukte die de VSV leden op dit moment ervaren omtrent het vormgeven van integrale zorg, blijkt dat het niet past in mijn uren en dat het voor de VSV leden ook heel lastig is om hier (nog meer) vrije tijd voor vrij te maken.

Uiteindelijk hebben we besloten het over een andere boeg te gooien. Else Vooijs is projectleider geworden voor de beide VSV's (Midden Kennemerland en Zaanstreek), ik heb me uit het project teruggetrokken en de gelden worden nu besteed aan de uren van Else en niet meer aan de eventueel te ontwerpen producten.

Waar het geld daarvoor dan vandaan moet komen, weten we nog niet.

2. Omschrijf concreet behaalde resultaten/producten

De werkgroep heeft in eerste instantie nagedacht over de producten. Gaandeweg echter kwam het idee op dat dat dan wéér betekende dat de werkgroep voor de cliënten aan het bedenken is op welke wijze de cliënten inspraak willen hebben binnen het VSV. In plaats van dat te bedenken wil de werkgroep ook dát aan de cliënten zelf vragen.

In MKL is een focusgroep gehouden onder de cliënten op 12 mei 2016. We hadden gehoopt bovenstaande vragen daar aan de cliënten te kunnen voorleggen. Gezien de hoeveelheid vragen die gesteld moesten worden aan de cliënten is dat niet gelukt. Ook vond de werkgroep een aantal van 10 cliënten om deze vraag aan voor te leggen klein.

Daarom is alsnog besloten om een Survey Monkey uit te doen naar cliënten en hun rechtstreeks te vragen of en op welke wijze ze geïnteresseerd zijn in participatie binnen het VSV.

Die enquête wordt deze week afgemaakt (ligt nu bij de werkgroep) en kan vervolgens worden verstuurd.

3. Beschrijf de activiteiten die tot nu toe zijn ondernomen voor de evaluatie van het project.

Geen, zie boven.

4. Is de ingediende begroting toereikend?

JA

NEE

Indien afwijkend, geef aan hoe dit komt. En bij overschrijding hoe dit opgelost gaat worden.
Zie boven.

5. Beschrijf de samenwerking in het multidisciplinaire projectteam en eventuele wijzigingen in de samenstelling van de projectleden ten opzichte van de aanvraag.

Dit gaat heel goed. De groep is een mix van VSV leden uit MKL en uit Zaanstreek. Vanuit MKL neemt een eerstelijns verloskundige deel, evenals een klinisch verloskundige en de manager van de kraamzorg in het RKZ / manager afdeling moeder/kind van het RKZ, vanuit Zaanstreek neemt ook een eerstelijns verloskundige deel, manager moeder/kind van het ZMC en een afgevaardigde van de Kraamvogel. Daarnaast heeft de groep ook een leerling-verloskundige erbij.

Er zijn wat wisselingen geweest in samenstelling maar de samenwerking gaat heel goed.

6. Zijn er zaken waarmee het Netwerk Geboortezorg u kan ondersteunen of adviseren bij de uitvoering van het project?

JA

NEE

Deze vraag kan ik op dit moment niet beantwoorden. Als we de resultaten van de Survey Monkey binnen hebben en deze hebben geanalyseerd, zal er een concreet (stappen)plan geschreven worden en wellicht is ondersteuning vanuit het Netwerk Geboortezorg dan zeker gewenst. Dank voor het aanbod.

NB voor de volledigheid hieronder de eisen welke bij het indienen zijn gevraagd.

Bijlage 2: Artikel Nederlands Dagblad

Moeders willen meepraten over bevalling**Geplaatst: 17 mei 2014 09:25, laatste wijziging: 17 mei 2014 09:26**

Jolanda Vulder • moeder, bestuurslid GeboorteBeweging, mede-initiatiefnemer 'Moeders in Actie'

Artsen, verloskundigen, politici, verzekeraars, allemaal hebben ze ideeën voor een betere zorg rondom de geboorte. Maar aan de moeders wordt niets gevraagd.



Gynaecologen en verloskundigen bevechten elkaar over wat de beste zorg voor moeder en kind zou moeten zijn. Het College Perinatale Zorg (CPZ) – een kennisinstituut dat alle partijen in de geboortezorg wil laten samenwerken – probeert ondertussen veranderingen in het systeem door te duwen, waarvan het maar de vraag is of die wel zullen leiden tot het gewenste effect: minder babysterfte. Want degene om wie het allemaal draait, de zwangere zelf, wordt nergens aan het woord gelaten. Niet in de media, niet in het CPZ zelf. Haar mening, haar wensen, haar stem wordt niet gehoord.

Zwangeren wordt voortdurend angst aangejaagd; in toenemende mate worden ze overgeleverd aan protocollen en richtlijnen. Gewoon zwanger zijn is vrijwel niet meer mogelijk; alsof overal gevaren op de loer liggen.

In plaats van goed na te denken over de effecten van wijzigingen in het systeem gaat het CPZ mee in de angst voor dode baby's door bokkensprongen richting verdere medicalisering te maken. Of dit niet zal leiden tot meer in plaats van minder babysterfte, en welke effecten dit op de moeders zelf zal hebben, is de vraag.

lijkt een mooi idee

De drastische veranderingen in de geboortezorg die het CPZ voorlegt aan minister Schippers, gaan

onder andere uit van een 'gedeeld zorgmodel'. Daarin moet het behandelteam ook voor gezonde zwangeren bestaan uit minimaal een gynaecoloog en een verloskundige. Zij zouden de gezamenlijke verantwoordelijkheid moeten hebben.

Het lijkt een mooi idee: iedereen op één lijn voor de zwangere. Uit diverse onderzoeken is echter gebleken dat dit zorgmodel niet de beste resultaten geeft voor moeder en kind.

Als bij gezonde zwangeren een specialist meekijkt, zal eerder 'voor de zekerheid' extra onderzoek worden gedaan, een extra echo worden uitgevoerd of sneller worden ingegrepen. Dit geeft geen bewezen 'betere uitkomsten' voor moeders en baby's. Het heeft wél bewezen nadelen, zoals meer onnodige complicaties en ingrepen als inleiden of de bevalling beëindigen met een vacuümpomp. Ook zal dit model de zorg onnodig duur maken.

Daarnaast wordt de keuzevrijheid van vrouwen ingeperkt. Wat als de moeder het niet eens is met haar zorgteam en een andere keus wenst te maken? Op wie kan zij dan terugvallen, als alle zorgverleners in de regio haar eensgezind een voorgekauwd zorgpad op willen hebben? Waar nu de zwangere zelf nog haar geboorteplan maakt, maakt straks het zorgteam dat voor haar.

Maar om wiens bevalling gaat het eigenlijk? Hoe kan in dit model nog gegarandeerd worden dat de zwangere werkelijk iets te kiezen heeft?

Om de overdracht tussen de verschillende zorgverleners te vergemakkelijken, moet er een gezamenlijk dossier komen. Dit dossier zal niet alleen toegankelijk zijn voor de verloskundige of de gynaecoloog, ook andere professionals zoals de kinderarts of anesthesist zullen toegang krijgen.

In vertrouwen iets delen met alleen je verloskundige is niet meer mogelijk; aan het recht op privacy is niet gedacht. Dat lang niet elke vrouw haar volledige dossier met alle zorgverleners wil delen, daar staat het CPZ niet bij stil.

De moeders van Nederland zijn het meer dan zat. Als het erom gaat hoe de zorg voor hen en hun baby eruit moet komen te zien, willen ze daar zelf over meepraten én meebeslissen.

Bij het ontwikkelen van deze plannen zijn de zwangeren zelf vrijwel niet betrokken. Binnen het CPZ zegt de patiëntenfederatie, NPCF, de zwangeren te vertegenwoordigen. Maar zij hebben binnen

hun achterban geen enkele organisatie die de belangen van zwangeren behartigt. Daarnaast kijkt het NPCF vanuit de patiëntenbril, terwijl zwangerschap en bevallen geen ziektes zijn; het zijn volledig natuurlijke processen, die steeds minder de ruimte te krijgen. Organisaties die wel veel zwangeren in hun achterban hebben, worden angstvallig buiten de deur gehouden. Cliëntenparticipatie is vrijwel nergens geregeld en waar het wel bestaat, is het een farce. Het lijkt meer te gaan om 'excuusplekken', leuk voor het oog en op papier, maar in werkelijkheid heeft ook dan de cliënt niks in te brengen.

petitie

Vrouwen willen informatie, zodat zij zélf hun keuzes kunnen maken. Meer en meer vrouwen keren de richtlijnen de rug toe en willen de mogelijkheid om te bevallen op de plek en manier die zij zelf het veiligst achten. Daadwerkelijk de zwangere centraal en zorg op maat, in plaats van de eenheidsworst, die meer en meer beknellend en paternalistisch opgelegd wordt.

Deze vrouwen willen daarnaast niet alleen in de spreek- en verloskamer gehoord worden; ze willen ook goed en daadwerkelijk vertegenwoordigd worden binnen de organisaties die gaan over de veranderingen in de zorg. Een gelijkwaardige partner aan tafel zijn, het lijkt momenteel een utopie.

Maar de zwangeren laten het er niet meer bij zitten; onder de naam 'Moeders in Actie' slaan ze de handen ineen om hun stem en hun zorgen te laten horen. De petitie die gekoppeld is aan de actie heeft inmiddels meer dan zesduizend handtekeningen en dat aantal groeit snel.

Deze petitie zal slechts het startsein zijn van meer acties. Omdat het de hoogste tijd is dat er eens naar de stem van de vrouwen om wie het gaat, geluisterd wordt.

Bijlage 3: Rapport cliënten perspectief op de integrale geboortezorg

Clïentperspectief kwaliteit integrale geboortezorg

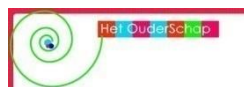
Uitkomsten achterbanraadpleging en
kwaliteitscriteria t.b.v. zorgstandaard

6 november 2014

Opgesteld i.s.m.



VOOR ZELDZAME EN GENETISCHE AANDOENINGEN



INHOUD

1	Brief van de (aanstaande) moeders van Nederland	3
2	Samenvatting De kwaliteitsaspecten van integrale geboortezorg	4
3	Inleiding	6
4	Overzicht kwaliteitscriteria tijdens alle fasen van integrale geboortezorg	10
5	Overzicht kwaliteitscriteria tijdens preconceptiezorg	15
6	Overzicht kwaliteitscriteria tijdens de zwangerschap	18
7	Overzicht kwaliteitscriteria rondom de bevalling	21
8	Overzicht kwaliteitscriteria 1-3 weken na de bevalling	23
9	Overzicht kwaliteitscriteria 4-8 weken na de bevalling	25
	Bijlage Matrix kwaliteitscriteria	27
	Bijlage Samenstelling werkgroep	28

1 BRIEF VAN DE (AANSTAANDE) MOEDERS VAN NEDERLAND

“Regie, regie, regie op maat”

Beste zorgverleners in de Nederlandse geboortezorg,

Wij, (aanstaande) moeders, vinden het meest belangrijk dat we zelf regie kunnen voeren over de zorg rondom zwangerschap en geboorte.

We willen op tijd duidelijke, eerlijke, volledige en eenduidige informatie ontvangen. Die individueel is afgestemd op onze zorgbehoeftes, op ons kennisniveau van de zorg en op onze beheersing van de Nederlandse taal. Met jullie hulp, en voor zo ver we dat zelf willen, kunnen we daarmee eigen keuzes maken over welke zorg op welk moment op welke plaats wordt verleend. Samen met jullie maken we goede zorg rondom zwangerschap en geboorte.

We willen niet steeds door andere zorgverleners worden behandeld, maar we verwachten wél dat alle zorgverleners goed samenwerken: individuele zorgverlening staat op de voorgrond, interprofessionele geboortezorgteams werken op de achtergrond. We verwachten dat jullie als professionals met wederzijds respect werkafspraken kunnen maken met elkaar over wie wanneer welke (aanstaande) moeder en haar kind behandelt. Zodat wij dankzij die werkafspraken een naadloze overgang ervaren aan het begin en het einde van de geboortezorgketen, bij doorverwijzingen binnen de keten en bij wisselingen van zorgverleners (mochten die tussentijds noodzakelijk zijn).

Jullie moeten weliswaar jullie professionele richtlijnen en normen volgen – en dat verwachten wij ook van jullie – maar wij waarderen het erg als jullie je in de dagelijkse praktijk ook inspannen om tegemoet te komen aan onze individuele wensen en voorkeuren. Als dit op verantwoorde wijze mogelijk is, uiteraard. Dit vraagt misschien maar kleine aanpassingen van jullie gebruikelijke werkwijze.

Onze vraag en jullie aanbod komen bij elkaar in een plan dat we samen opstellen. Dit plan gaat het hele geboortezorgteam gebruiken zodat jullie zorg optimaal overeenstemt met onze ideeën daarover.

Per slot van rekening is de geboorte van onze kinderen een ingrijpende levensgebeurtenis waarop wij de rest van ons leven met goede herinneringen hopen te kunnen terugkijken. Wij vertrouwen deze bijzondere periode in ons leven aan jullie goede zorg toe.

Met vriendelijke groet,

De (aanstaande) moeders van Nederland

2 SAMENVATTING DE KWALITEITSASPECTEN VAN INTEGRALE GEBORTEZORG

De Patiëntenfederatie NPCF heeft kwaliteitscriteria voor integrale geboortezorg ontwikkeld namens alle (aanstaande) moeders in Nederland. Wij baseren ons op hun wensen en verwachtingen die wij met een brede achterbanraadpleging in beeld brachten. De kwaliteitscriteria volgen de gebruikelijke indeling in tien aspecten van goede kwaliteit van zorg, volgens de 'Basisset Kwaliteitscriteria' (NPCF 2009). Die algemene kwaliteitsaspecten hebben wij aangepast aan de specifieke kenmerken van zorg rond zwangerschap en geboorte. De volgende tien kwaliteitsaspecten voor integrale geboortezorg vormen de samenvatting van het voor u liggende document: het cliëntperspectief op kwaliteit van integrale geboortezorg.

In de hoofdstukken 4 t/m 9 worden, per fase van zwangerschap en geboorte, de tien kwaliteitsaspecten verder uitgewerkt in specifieke kwaliteitscriteria.

2.1 Regie over de zorg

De cliënt mag zelf keuzes maken t.a.v. de begeleiding en zorg. De verloskundig zorgverlener stimuleert en begeleidt haar daarbij goed, zodat zij de best mogelijke keuzes kan maken passend bij haar en haar situatie. De verloskundig zorgverlener volgt overal waar mogelijk de principes van shared decision making. Opdat de cliënt eigen regie kan voeren en aan shared decision making kan deelnemen, ondersteunt de verloskundig zorgverlener de cliënt met informatie, advies en materialen.

2.2 Effectieve zorg

De cliënt krijgt de meest effectieve behandeling(en) en begeleiding aangeboden. Zorg en ondersteuning, inclusief informatie, voorlichting en educatie, zijn professioneel. Dit houdt in ieder geval in evidence-based en vrij van persoonlijke waarden en normatieve opvattingen van de verloskundig zorgverlener.

2.3 Toegankelijke zorg

De verloskundige zorg is voor de cliënt beschikbaar, goed bereikbaar, goed betaalbaar en goed toegankelijk. Pijnstilling bij de bevalling is toegankelijk voor alle zwangeren in Nederland. De spreiding van acute verloskundige zorg is zodanig dat thuisbevallingen in principe in heel Nederland mogelijk zijn. De eigen betaling bij bevallingen in het ziekenhuis zonder medische indicatie is niet zo hoog dat dit een feitelijke hinderpaal vormt voor de cliënt.

2.4 Continuïteit van zorg

De cliënt weet wie verantwoordelijk is voor haar zorg. De cliënt ervaart naadloze overgangen wanneer zij de geboortezorgketen binnentreedt en verlaat, bij verwijzingen en andere overgangen binnen de keten en bij samenwerking van verloskundig

zorgverleners met zorgverleners buiten de geboortezorgketen.

2.5 Informatie, voorlichting en educatie

De cliënt ervaart begrijpelijke en op haar voorkeuren en mogelijkheden afgestemde informatie, voorlichting en educatie. Alle informatie, voorlichting en educatie is erop gericht om de cliënt voor te bereiden op verantwoord zelfstandig ouderschap.

2.6 Emotionele ondersteuning, empathie en respect

De cliënt voelt zich gehoord en begrepen en krijgt ondersteuning op psychosociaal vlak waar nodig. Verloskundig zorgverleners respecteren geïnformeerde keuzen van de cliënt met betrekking tot het beleven van hun zwangerschap, de wijze en plaats van bevallen, en het verloop van de kraamperiode.

2.7 Cliëntgerichte omgeving

De cliënt ervaart een geschikte en prettige (behandel)omgeving. Met name de omgevingen waarin de bevalling en de kraamtijd plaatsvinden kunnen binnen redelijke grenzen aangepast of ingericht worden naar de wensen van de cliënt.

2.8 Veilige zorg

De cliënt ervaart een veilige (behandel)omgeving. Hoewel zwangerschap en geboorte in principe fysiologische processen zijn, kan er ook plotselinge en/of ernstige pathologie optreden. Alle elementen van de geboortezorgketen zijn hierop voor de cliënt merkbaar voorbereid en ingericht.

2.9 Kwaliteit van zorg transparant

De cliënt weet hoe de regionale geboortezorgketen is ingericht en heeft inzicht in de uitkomsten van de zorg op ketenniveau en op het niveau van de zorgaanbieders/zorginstellingen binnen de keten.

2.10 Kosten transparant

De cliënt weet wat de zelf te betalen kosten zijn van de aan hen verleende geboortezorg. Als uit keuzemogelijkheden (naast andere verschillen) ook kostenverschillen volgen, dan zijn deze volledig bekend aan de cliënt op het moment van haar keuze.

3 INLEIDING

Een werkgroep bestaande uit Patiëntenfederatie NPCF, Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP)¹, Stichting Kind en Ziekenhuis², Het Ouderschap³ en Pharos⁴ heeft het voor u liggende cliëntperspectief op kwaliteit van integrale geboortezorg opgesteld. Hiermee beschrijven wij welke kwaliteitseisen (aanstaande) moeders stellen aan de zorg die verleend wordt rondom hun zwangerschap en de geboorte van hun kind. Dit document vormt onze bijdrage aan de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Patiëntenfederatie NPCF werkt momenteel samen met de vertegenwoordigende organen van alle betrokken zorgverleners en de zorgverzekeraars aan deze zorgstandaard in een werkgroep onder de vlag van het College Perinatale Zorg.

3.1 Doel kwaliteitscriteria

De kwaliteitscriteria volgen uit de wensen en verwachtingen van (aanstaande) moeders, en schetsen daarmee het beeld waaraan goede geboortezorg vanuit het perspectief van (aanstaande) moeders voldoet. Deze kwaliteitscriteria worden opgenomen in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg.

De kwaliteitscriteria zijn echter geen gedetailleerde inhoudelijke voorschriften en of indicatoren. De verloskundig zorgverleners geven (al dan niet in regionale samenwerking) zelf invulling aan geboortezorg, mede op basis van hun (multidisciplinaire) zorginhoudelijke richtlijnen. Het is de bedoeling dat beroepsorganisaties de kwaliteitscriteria tevens gebruiken om hun richtlijnen nader in te vullen of bij te werken. We hopen ook dat individuele zorgverleners onze kwaliteitscriteria gebruiken om hun dagelijkse werkwijzen te toetsen en aan te passen.

Adressering kwaliteitscriteria

Kwaliteitscriteria in dit document worden 'opgelegd' aan de gehele geboortezorgketen, zonder onderscheid naar specifieke zorgverleners binnen de geboortezorgketen. Dit is in lijn met de uitgangspunten van de Zorgstandaard Integrale geboortezorg. Die verlangt dat zorgverleners op regionaal niveau vorm geven aan één keten van zorgverleners van waaruit zij integrale geboortezorg organiseren en verlenen. Alle verloskundig zorgverleners zijn daarom samen verantwoordelijk voor het waarmaken van onze kwaliteitscriteria. Wij verwachten dat de professionals binnen de zorgketens zelf onderling

¹ VSOP is een samenwerkingsverband van patiëntenorganisaties voor zeldzame en genetische aandoeningen. VSOP is aangesloten bij de patiëntenfederatie NPCF. www.vsop.nl

² Stichting Kind en Ziekenhuis is de patiënten- en consumentenorganisatie voor kinderen in de zorg. Kind en ziekenhuis is aangesloten bij de patiëntenfederatie NPCF. www.kindenziekenhuis.nl

³ Het Ouderschap is een vereniging voor alle zwangeren en jonge ouders in Nederland. www.hetouderschap.nl

⁴ Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen zet zich in om gezondheidsverschillen terug te dringen; de kwaliteit, effectiviteit en toegankelijkheid van de (gezondheids)zorg voor laagopgeleiden en migranten te verbeteren; en preventie en zelfmanagement bij deze groepen te versterken. www.pharos.nl

afspraken wie welke taak heeft, en normen of criteria definiëren om te meten of ieder zijn taken waarmaakt.

3.2 Methode

Wij hebben de werkwijze gevolgd zoals die is omschreven in de 'Handleiding behorend bij Basisset Kwaliteitscriteria' versie 2.0 (NPCF, Programma Kwaliteit in Zicht, 2011). De kwaliteitscriteria zijn gebaseerd op een literatuurstudie van (inter)nationale wetenschappelijke en toegepaste literatuur. De gevonden kwaliteitscriteria zijn vervolgens gewogen en geprioriteerd aan de hand van een cliëntenraadpleging. De raadpleging was deels kwantitatief en deels kwalitatief van aard, bestaande uit online enquêtes, focusgroepen, telefonische interviews, schriftelijke vragenlijsten en face-to-face interviews.

Het cliëntperspectief op kwaliteit in integrale geboortezorg hebben we gepreciseerd naar drie doelgroepen, namelijk de algemene doelgroep (aanstaande) moeders, (aanstaande) moeders van niet-westerse afkomst en (aanstaande) moeders met een medisch risico (een chronische aandoening, erfelijke belasting of medicijngebruik).

Dit zijn echter niet de enige groepen waarvoor extra of andere aandacht nodig is binnen de geboortezorg. De Stuurgroep Zwangerschap en geboorte onderkende bijvoorbeeld ook tienermoeders, autochtone moeders met een laag sociaal economische status en asielzoekers als risicogroepen. Met de middelen die voor onze achterbanraadpleging beschikbaar waren, hebben we moeten kiezen voor de genoemde doelgroepen 'algemeen', 'medisch risico' en 'niet-westerse afkomst'. De andere groepen krijgen uiteraard aandacht in de Zorgstandaard Integrale geboortezorg die momenteel in ontwikkeling is. Wij vinden het wenselijk om bij de eerste actualisatie van de zorgstandaard een nieuwe achterbanraadpleging te doen waarin andere of meer doelgroepen kunnen worden geadresseerd.

Tabel 1 Aantal respondenten per doelgroep en onderzoeksvorm

Doelgroep	respons
Algemeen	241
focusgroepen	11
online enquête	230
Niet-westers	33
face-to-face interview	17
focusgroepen	9
schriftelijke enquête	2
telefonisch interview	5
Medisch risico	33
online enquête	29
telefonisch interview	4
Totaal	307

De totale respons waarop Patiëntenfederatie NPCF dit cliëntperspectief baseert, bedraagt 307 vrouwen die op het moment van het onderzoek minstens 30 weken zwanger waren of

ten hoogste een jaar geleden waren bevallen. Het onderzoek is uitgevoerd in augustus, september en oktober 2014.

3.3 Leeswijzer

Terminologie

Binnen dit document wordt zo consequent mogelijk de term 'cliënt' gebruikt. Met het gebruik van deze term willen we benadrukken dat er sprake is van een bijzondere relatie tussen zorggebruiker en zorgverlener, maar dat de zorggebruiker niet (altijd) een patiënt is. Omwille van de leesbaarheid gebruiken we in plaats van cliënt soms de term '(aanstaande) moeder'. De betekenis van deze termen binnen dit document is identiek: we bedoelen altijd de zwangere of pas bevallen vrouw. Waar dit van toepassing is, dient de lezer onder 'cliënt' of '(aanstaande) moeder' ook te verstaan het ongeborn of pas geboren kind, de vader of (aanstaande) verzorger van het kind, andere gezinsleden en naasten.

Binnen dit document hanteren wij één overkoepelend begrip voor alle betrokken zorgverleners in de zorg rondom zwangerschap en geboorte: 'verloskundig zorgverlener'. Hieronder verstaan wij de volgende zorgverleners: eerstelijns verloskundige, klinisch verloskundige, (aios) gynaecoloog, (aios) kinderarts, (aios) anesthesioloog, (aios) verloskundig actieve huisarts, (aios) huisarts⁵, co-assistent, kraamverzorgende, verzorgende, verpleegkundige, echoscopist, lactatiekundige.

In hoofdstuk 5 (Preconceptiezorg) wordt aanvullende terminologie gebruikt die aldaar wordt toegelicht.

Doelgroepen algemeen, medisch risico en 'niet-westers'

Naast de 'algemene doelgroep' voor geboortezorg onderscheiden we twee specifieke doelgroepen. In de hoofdstukken 4 t/m 9 zijn bij verschillende kwaliteitsaspecten aanvullende criteria opgenomen met betrekking tot deze doelgroepen. Alle criteria gelden (soms mutatis mutandi) voor alle (aanstaande) moeders, en de aanvullende criteria gelden daarenboven voor de twee specifieke doelgroepen.

De eerste doelgroep hebben wij omwille van de leesbaarheid van dit rapport 'niet-westers' genoemd. In het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte wordt specifieke en intensieve zorg geadviseerd voor 'zwangere vrouwen in achterstandsituaties': vrouwen woonachtig in achterstandswijken, van niet-westerse afkomst en/of met een lage sociaaleconomische status. In dit onderzoek hebben we dit geoperationaliseerd naar eerste- of tweede-generatie immigranten met een niet-westerse achtergrond. Door de taalbarrière hebben zij vaak moeite hun zorgbehoefte duidelijk te maken en de ontvangen informatie en adviezen te begrijpen. Door andere culturele uitgangspunten sluit het zorgaanbod doorgaans minder goed aan op hun behoeften. Door onbekendheid met (onderdelen van) het geboortezorgstelsel vinden velen moeilijker en later hun weg in de

⁵ Voor zo ver deze preconceptiezorg verleent. Algemeen huisartsgeneeskundige zorg die niet gericht is op voortplanting, valt buiten de definitie van integrale geboortezorg. Ook als de ontvanger van deze zorg een kindwens heeft, zwanger is of onlangs is bevallen.

zorg. Zestien procent van alle zwangere in Nederland hebben een niet-westerse afkomst. In Amsterdam en Rotterdam loopt dit percentage zelfs tot een kleine vijftig procent (Phaxx nr.2 – 2010). In dit onderzoek hebben wij zwangere asielzoekers buiten beschouwing gelaten. Over de zorg voor deze bijzondere migrantengroep heeft IGZ het rapport 'Inzet professionele tolken en overdracht bij overplaatsing moeten beter voor verantwoorde geboortezorg aan asielzoekers' (2014) uitgebracht.

De tweede doelgroep duiden wij aan als 'medisch risico'. Het betreft vrouwen met bijvoorbeeld een chronische aandoening, problemen in een eerdere zwangerschap, een genetisch risico of medicijngebruik. Deze factoren kunnen een verhoogde kans geven op complicaties tijdens de zwangerschap en de geboorte. Andersom geldt ook dat de zwangerschap en/of de bevalling een complicatie kan betekenen voor (de behandeling van) hun chronische aandoening – wat vervolgens weer consequenties kan hebben voor het verloop van de zwangerschap en de bevalling. In termen van de Zorgstandaard Integrale geboortezorg betekent dit dat de verloskundig zorgverleners vooral ook goed met zorgverleners buiten de geboortezorgketen moeten samenwerken, naast de samenwerking binnen de geboortezorgketen.

3.4 Hoofdstukindeling

In het samenvattende hoofdstuk 2 beschrijven we welke vertaling wij hebben gegeven aan de (algemene) kwaliteitseisen vanuit het cliëntperspectief (Basisset Kwaliteitscriteria, NPCF 2009) naar de specifieke situatie van geboortezorg. Hoofdstuk 0 bevat een overzichtstabel van de manier waarop de overkoepelende kwaliteitsaspecten van toepassing zijn in de verschillende fasen van zwangerschap en geboorte voor de verschillende doelgroepen. Deze fasen zijn: preconceptie, zwangerschap, bevalling, 1 tot 3 weken na de bevalling en 4 tot 8 weken na de bevalling. Hoofdstuk 4 bevat de kwaliteitscriteria die in alle fasen gelden; de hoofdstukken 5 t/m 9 gaan in op de specifieke criteria in de afzonderlijke fasen.

4 OVERZICHT KWALITEITSCRITERIA TIJDENS ALLE FASEN VAN INTEGRALE GEBORTEZORG

4.1 Regie over de zorg

- De verloskundig zorgverlener is op de hoogte van en houdt pro-actief rekening met de wensen van de cliënt.
- De verloskundig zorgverlener stimuleert de cliënt tot voeren van regie en begeleidt haar daarin volgens de principes van shared decision making.
- De verloskundig zorgverlener informeert en ondersteunt de cliënt zodanig met informatie, advies en materialen dat zij zoveel mogelijk zelf de regisseur van haar zwangerschap en bevalling kan zijn, haar verantwoordelijkheid kan nemen en keuzes kan maken die voor haar en haar kind het beste zijn, zolang het de veiligheid van moeder en kind niet in de weg staat.
- De verloskundig zorgverlener geeft uitleg aan de cliënt als van haar keuzen afgeweken moet worden. Als de cliënt hiermee ondanks de uitleg niet kan instemmen, kan zij verzoeken om doorverwijzing naar een andere verloskundig zorgverlener.
- De verloskundig zorgverlener honoreert een dergelijk verzoek tot doorverwijzing en faciliteert een naadloze overgang tussen verloskundig zorgverleners.
- De verloskundig zorgverlener betreft de naasten bij het gehele zorgproces, indien gewenst.
- De verloskundig zorgverlener maakt duidelijk hoe de verantwoordelijkheden verdeeld zijn tussen de verschillende verloskundig zorgverleners en de cliënt.

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep niet-westers

- *De verloskundig zorgverlener bespreekt de culturele en traditionele verwachtingen en wensen van de cliënt.*
- *De verloskundig zorgverlener past het gebruik van informatiemateriaal aan aan de culturele en traditionele verwachtingen en wensen van de cliënt.*
- *De verloskundig zorgverlener is er van op de hoogte dat de cliënt minder zelfredzaam kan zijn.*

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep medisch risico

- *De verloskundig zorgverlener bespreekt met de cliënt en zo nodig met haar andere zorgverleners hoe haar behandelkeuzes binnen de geboortezorg en behandelkeuzes voor bestaande aandoeningen (buiten de geboortezorg) met elkaar in overeenstemming gebracht kunnen worden.*

4.2 Effectieve zorg

- De verloskundig zorgverlener is deskundig en werkt volgens de laatste stand van wetenschap en praktijk.
- De verloskundig zorgverleners zetten zich gezamenlijk in voor het bewaken van de gezondheid van moeder en kind.
- De risicoselectie wordt tijdig toegepast door de verloskundig zorgverlener, zodat eventuele problemen of complicaties tijdig herkend worden en indien nodig actie

- kan worden ondernomen.
- De verloskundig zorgverlener zorgt voor een tijdige doorverwijzing, waarbij relevante cliëntgegevens worden gedeeld met andere verloskundig zorgverleners. Van te voren is toestemming gevraagd aan de cliënt voor het delen van haar medische gegevens.
- De verloskundig zorgverleners zorgen voor een goede samenwerking door de begeleiding en behandeling met elkaar af te stemmen en op tijd door te verwijzen.

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep niet-westers

- *De verloskundig zorgverlener beschikt over culturele competenties.*
- *De verloskundig zorgverlener heeft een proactieve benadering en neemt initiatief bij het betrekken van de cliënt.*

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep medisch risico

- *Verloskundig zorgverlener is bedacht op situaties waarin geboortezorg strijdig kan zijn met andere zorg in verband met bestaande aandoeningen, en werkt samen met de andere zorgverleners van de cliënt om de zorgverlening binnen en buiten de geboortezorgketen op elkaar af te stemmen.*

4.3 Toegankelijke zorg

- Het is duidelijk hoe alle verschillende verloskundig zorgverleners bereikbaar zijn voor vragen.
- De verloskundig zorgverlener is benaderbaar via moderne communicatiemiddelen. Hierbij gelden de zorgvuldigheidseisen van beroepsgroepen zoals voor het gebruik van telecommunicatie, digitale media en/of social media.
- De openingstijden van de zorg zijn berekend op de doelgroep, die anders dan bij de meeste andere zorgvormen uit jonge mensen bestaat, die het zorgbezoek vaak moeten combineren met gezin en werk, en bovendien doorgaans niet ziek zijn (het leven staat niet on hold en de geboortezorg gaat niet altijd voor op andere verplichtingen).

4.4 Continuïteit van zorg

- De verloskundig zorgverleners zorgen voor een goede samenwerking door de begeleiding en behandeling met elkaar af te stemmen en de cliënt op tijd onder de verantwoordelijkheid te brengen van de verloskundig zorgverlener die aangewezen is voor de behandeling van (het risico op) de complicaties van de cliënt.
- Het risicoprofiel van de cliënt wordt (zo nodig herhaaldelijk of continu) bepaald door middel van risicoselectie. De risicoselectie wordt tijdig uitgevoerd conform beleid dat binnen het interprofessionele geboortezorgteam gezamenlijk is afgesproken. Dit beleid gaat uit van de relevante professionele richtlijnen van in ieder geval de verloskundigen, de gynaecologen en de kinderartsen in het interprofessionele geboortezorgteam. Het beleid voorziet in de mogelijkheid dat verloskundig zorgverleners een risicoselectie gezamenlijk uitvoeren of over de uitkomst van een risicoselectie overleggen, indien de wensen van de cliënt en/of de inhoud van de

- professionele richtlijnen daartoe aanleiding geven.
- De verloskundig zorgverlener zorgt voor een tijdige doorverwijzing, waarbij alle relevante gegevens (waaronder meetgegevens, preferenties, behandelafspraken, zorg- en medisch beleid) worden gedeeld met andere verloskundig zorgverleners. Van te voren is toestemming gevraagd aan de cliënt voor het delen van haar medische gegevens.
- De cliënt heeft zo min mogelijk verschillende verloskundig zorgverleners en één vast aanspreekpunt.
- De verloskundig zorgverlener maakt duidelijk hoe de verantwoordelijkheden verdeeld zijn tussen de verschillende verloskundig zorgverleners en de cliënt.

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep medisch risico

- *De risicoselectie wordt tijdig toegepast door de verloskundig zorgverlener, zodat eventuele problemen of complicaties tijdig herkend worden en indien nodig actie kan worden ondernomen.*
- *De cliënt heeft zo min mogelijk verschillende verloskundig zorgverleners en één vast aanspreekpunt.*

4.5 Informatie, voorlichting en educatie

- De informatie is duidelijk, volledig, eerlijk en eenduidig.
- De informatie wordt tijdig gegeven door de verloskundig zorgverlener.
- De verloskundig zorgverlener biedt informatie aan passend bij de informatiebehoefte en kennisniveau van de cliënt.
- De verloskundig zorgverlener controleert of de cliënt de informatie heeft begrepen.
- De verloskundig zorgverlener betreft de naasten bij de informatieverstrekking indien gewenst.
- De verloskundig zorgverlener geeft informatie aan de cliënt over kosten en vergoedingen.
- De verloskundig zorgverlener biedt de ruimte voor het stellen van extra vragen. De verloskundig zorgverlener geeft bij het antwoord aan of dit gebaseerd is op evidence, of het al dan niet gestoeld is op bepaalde normatieve opvattingen en of er al dan niet afgeweken wordt⁶ van een professionele norm.

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep niet-westers

- *De verloskundig zorgverlener geeft proactief informatie aan de cliënt.*
- *De verloskundig zorgverlener informeert de cliënt over het bestaan, het doel en de werkwijze van kraamzorg en het regionaal actieve Centrum voor Jeugd en Gezin.*
- *De verloskundig zorgverlener beschikt over beeldmateriaal en vertaalde folders ter ondersteuning van de informatie, voorlichting en educatie. De verloskundig zorgverlener is op de hoogte van de mogelijkheden voor de inzet van tolken.*

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep medisch risico

- *De verloskundig zorgverlener geeft informatie over wat de cliënt kan verwachten*

⁶ Hetgeen in specifieke situaties pragmatisch kan zijn of door normen voor verantwoorde zorg vereist kan worden.

van de zwangerschap en bevalling.

4.6 Emotionele ondersteuning, empathie en respect

- De verloskundig zorgverlener heeft aandacht voor de specifieke situatie van de cliënt
- Emotionele ondersteuning is een integraal onderdeel van geboortezorg, niet alleen vanuit het oogpunt van medemenselijkheid maar ook met als doel de ouder(s) op weg te helpen in hun nieuwe of gewijzigde ouderschap.
- De verloskundig zorgverlener wijst op het beroepsgeheim, zodat de cliënt vrijuit kan praten.
- De verloskundig zorgverlener is vriendelijk, toont belangstelling, is meelevend, heeft een luisterend oor, toont respect, geeft vertrouwen, stelt gerust, neemt klachten en signalen serieus en neemt voldoende tijd voor zorgen van de cliënt.
- De verloskundig zorgverlener heeft respect voor de keuzes en wensen van de cliënt
- De verloskundig zorgverlener betreft de naasten bij het gehele zorgproces, indien gewenst.
- Ook wanneer de moeder en/of het kind veel en ingrijpende zorg nodig hebben, houdt de verloskundig zorgverlener oog voor het feit dat een geboorte een grote levensgebeurtenis is. De verloskundig zorgverlener stelt de ouder(s) in staat zo veel mogelijk van deze gebeurtenis zelf/samen te ervaren en zelf/samen de verzorging van het kind uit te voeren.

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep niet-westers

- *De verloskundig zorgverlener toont respect, begrip en interesse voor de culturele opvattingen van de cliënt.*
- *De verloskundig zorgverlener maakt ook contact met de cliënten niet alleen met de 'tolk', ook al verstaat zij de taal niet.*

4.7 Cliëntgerichte omgeving

- De privacy van de cliënt is gewaarborgd.
- De locatie is hygiënisch.
- Opdat de cliënt in een zo vertrouwd mogelijk omgeving zorg krijgt, kan zij binnen redelijke grenzen de zorgomgeving naar eigen wensen en gewoonten aanpassen of inrichten.

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep niet-westers

- *De verloskundig zorgverlener houdt er rekening mee dat de cliënt het minder prettig kan vinden om door mannelijke zorgverleners aangeraakt te worden.*

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep medisch risico

- *De gebruikte apparatuur bij controles, onderzoeken en ingrepen is up-to-date.*

4.8 Veilige zorg

- De verloskundig zorgverlener is deskundig en werkt volgens de laatste stand van

- wetenschap en praktijk.
- De risicoselectie wordt tijdig toegepast door de verloskundig zorgverlener, zodat eventuele problemen of complicaties tijdig herkend worden en indien nodig actie kan worden ondernomen.
 - De verloskundig zorgverleners binnen de regionale geboortezorgketen werken met onderling compatibele digitale cliëntendossiers die het verschaffen van inzage in gegevens of het uitwisselen van gegevens mogelijk maken.
 - De verloskundig zorgverlener zorgt voor een tijdige doorverwijzing, waarbij relevante cliëntgegevens worden gedeeld met andere verloskundig zorgverleners. Van te voren is toestemming gevraagd aan de cliënt voor het delen van haar medische gegevens.
 - De verloskundig zorgverlener gaat vertrouwelijk om met de gegevens van de cliënt.
 - De verloskundig zorgverlener straalt vertrouwen in de cliënt uit.
 - De verloskundig zorgverlener straalt betrouwbaarheid voor de cliënt uit.

4.9 Kwaliteit van zorg transparant

- De verloskundig zorgverlener voorziet in een klachtenprocedure en cliënten worden geïnformeerd over het bestaan van een klachtenregeling.
- Cliëntervaringen worden structureel geëvalueerd.

4.10 Kosten transparant

- De verloskundig zorgverlener geeft informatie aan de cliënt over kosten en vergoedingen.

5 OVERZICHT KWALITEITSCRITERIA TIJDENS PRECONCEPTIEZORG

Omdat het aanbod van **gestructureerde** preconceptiezorg (PCZ) in Nederland nog in de kinderschoenen staat en verbetering behoeft, start dit hoofdstuk met een korte beschrijving en afbakening van PCZ.

PCZ is zorg die begint vóór de zwangerschap en die doorgaat tot de zwangerschapscontroles bij een zorgverlener beginnen. De zorg betreft het geheel aan maatregelen ter bevordering van de gezondheid van de aanstaande moeder en haar kind die, willen zij effectief zijn, bij voorkeur vóór de conceptie moeten worden genomen. Door vooraf risicofactoren zoveel mogelijk te beperken en daarmee de omstandigheden rondom de conceptie, zwangerschap en geboorte te optimaliseren, wordt een zo goed mogelijke uitkomst van de zwangerschap bevorderd.

De Zorgstandaard Integrale geboortezorg rekent *individuele* PCZ tot integrale geboortezorg.

- Individuele PCZ bestaat uit een algemeen consult en soms een of meer opvolgende gespecialiseerde consulten. Deze consulten leiden tot een of meer adviezen bijvoorbeeld over leefstijl of medicatiegebruik, geïnformeerde keuzes, en behandelingen.
- *Algemene* individuele PCZ wordt doorgaans verleend door de eigen huisarts of een verloskundige.
- *Gespecialiseerde* individuele PCZ wordt meestal gegeven door een gynaecoloog, zo nodig in samenwerking met andere zorgverleners.
- Bij vrouwen en mannen met bestaande aandoeningen, kan die aandoening of de behandeling daarvan een complicerende factor zijn voor voortplanting (en omgekeerd). Behandelaren behoren zich te realiseren dat een patiënt in de reproductieve leeftijd een (aanstaande) ouder kan worden, en dienen daarnaar te (be)handelen. Meestal zullen deze behandelaren voor algemene en/of gespecialiseerde PCZ doorverwijzen.
- De aanpassingen die behandelaren in hun behandeling maken omdat een patiënt een kinderwens heeft of zwanger is, valt buiten de definitie van PCZ en ook buiten de definitie van integrale geboortezorg.

Collectieve PCZ bestaat uit voorlichting gericht op het algemene publiek. Collectieve PCZ valt buiten de definitie van integrale geboortezorg.

De kwaliteitscriteria in dit hoofdstuk hebben betrekking op individuele PCZ. De zorgverlener die individuele PCZ verleent, is soms een andere dan zij die in de overige hoofdstukken met 'verloskundig zorgverlener' aangeduid worden. Daarom gebruiken wij in dit hoofdstuk de term 'PCZ-zorgverlener' voor alle zorgverleners die algemene of gespecialiseerde individuele PCZ verlenen. Daarnaast spreken wij in dit hoofdstuk ook van 'relevante zorgverlener'; daarmee bedoelen wij in dit hoofdstuk zorgverleners die zelf geen verloskundig zorgverlener zijn maar wel met zwangerschap en geboorte te maken hebben doordat hun patiënten (vrouwen én mannen) een kinderwens (kunnen) hebben.

5.1 Regie over de zorg

- De huisarts verifieert dat de cliënt ontvankelijk is voor algemene individuele PCZ alvorens daartoe over te gaan. De huisarts respecteert de geïnformeerde keuze van de cliënt om geen gebruik te maken van individuele PCZ.
- De PCZ-zorgverlener stimuleert dat de cliënt zelf gezonde keuzes maakt t.a.v. leefstijl en behandelingen en geeft daartoe tijdig eerlijke, eenduidige, complete en duidelijke informatie.

5.2 Effectieve zorg

- Individuele PCZ wordt verleend conform professionele evidence-based richtlijnen.
- Ontbrekende richtlijnen voor individuele PCZ worden geïdentificeerd, ontwikkeld en opgenomen in de Preconceptie Indicatie Lijst (PIL).
- De afspraken die met de cliënt gemaakt worden en het behaalde resultaat worden vastgelegd in het zorg- en geboorteplan en is beschikbaar voor de verloskundig zorgverleners rondom de bevruchting, zwangerschap, bevalling en kraamtijd. De cliënt ontvangt een kopie van de afspraken en/of heeft inzage in het zorg- en geboorteplan.

5.3 Toegankelijkheid van zorg

- Alle huisartsen bieden zelf of via samenwerking met een verloskundige algemene individuele PCZ aan conform de geldende richtlijn.
- Alle relevante zorgverleners kunnen op de betreffende patiënt afgestemde gespecialiseerde individuele PCZ bieden of weten door te verwijzen naar een PCZ-zorgverlener die dat kan.
- Alle relevante zorgverleners passen de inhoud van hun behandeling aan indien effectieve PCZ dit vereist
- Alle relevante zorgverleners informeren hun patiënten over de mogelijkheid om via de eigen huisarts, verloskundige of gynaecoloog individuele PCZ te krijgen.

5.4 Informatie, voorlichting en educatie

- De PCZ-zorgverlener geeft informatie en advies over leefstijl, medicatie, foliumzuurgebruik en de invloed van werk; verricht een tijdige risicoselectie; biedt geïnformeerde keuzes; verricht eventueel verder onderzoek en behandeling.
- De PCZ-zorgverlener wijst de cliënt op online laagdrempelige informatie.
- Er worden groepsvoorlichtingen over gezond zwanger worden georganiseerd waarin het groepsproces wordt gestimuleerd.

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep medisch risico

- *De relevante zorgverlener licht de patiënt voor over mogelijke effecten op haar zwangerschapskans, haar individuele risico's voor een zwangerschap en voor het kind, en over de mogelijke effecten van een zwangerschap op haar aandoening.*

5.5 Kosten transparant

- De huisarts en relevante zorgverleners informeren de cliënt desgevraagd over de kosten van algemene of specialistische individuele PCZ.

6 OVERZICHT KWALITEITSCRITERIA TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

6.1 Regie over de zorg

- De verloskundig zorgverlener stimuleert de cliënt om na te denken over haar wensen en verwachtingen omtrent de zwangerschap en helpt haar om dit vast te leggen in een document, en neemt dit op in het dossier.
- De verloskundig zorgverlener is op de hoogte van en houdt zoveel mogelijk rekening met het geboorteplan van de cliënt.

6.2 Effectieve zorg

- De verloskundig zorgverlener stelt volgens de principes van shared decision making een individueel zwangerschaps- en geboorteplan op, legt dit vast in het dossier en overhandigt dit aan de cliënt.
- Als afwijkingen van de wensen en verwachtingen noodzakelijk zijn dan gebeurt dit in overleg met de cliënt.
- Tot aanpassingen van het zorgplan (bijvoorbeeld wegens een gewijzigd risicoprofiel of wegens het niet beschikbaar zijn van zorg) wordt altijd besloten volgens de principes van shared decision making.

6.3 Toegankelijke zorg

- De openingstijden van de zorg zijn berekend op de doelgroep, die anders dan bij de meeste andere zorgvormen uit jonge mensen bestaat, die het zorgbezoek vaak moeten combineren met gezin en werk, en bovendien doorgaans niet ziek zijn (het leven staat niet on hold en de geboortezorg gaat niet altijd voor op andere verplichtingen).
- De verloskundige praktijk is gemakkelijk te bereiken met de auto, fiets of het openbaar vervoer.
- De verloskundig zorgverlener is snel bereikbaar voor vragen via de telefoon of mail. Indien de verloskundig zorgverlener niet aanwezig is informeert hij de cliënt hoe de achterwacht kan worden bereikt. En welk nummer gebeld moet worden in geval van spoed. Zodat de cliënt altijd binnen 24 uur terecht kan.
- Het aantal en de lengte van de contactmomenten voldoet aan de vraag van de ouder(s).
- De verloskundig zorgverlener biedt zorg aan huis aan.
- De verloskundig zorgverlener biedt de mogelijkheid tot extra controles en onderzoeken aan.

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep niet-westers

- *De verloskundig zorgverlener legt huisbezoeken af en geeft voorlichting op plekken die laagdrempelig zijn voor de cliënt.*

6.4 Informatie, voorlichting en educatie

- De verloskundig zorgverlener bereidt de cliënt voor op de bevalling door uitleg te geven over verwachtingen en mogelijkheden.
- De verloskundig zorgverlener biedt beeldmateriaal aan indien gewenst.
- De verloskundig zorgverlener informeert de cliënt over lichamelijke veranderingen van haar en haar ongeboren kind, eventuele mentale veranderingen en praktische zaken als screenings, controles en kosten.
- De verloskundig zorgverlener informeert de cliënt over het geven van borstvoeding.
- De verloskundig zorgverlener informeert de cliënt indien gewenst over alternatieven voor de gangbare invulling van de zorg gedurende de zwangerschap.
- Er worden cursussen aangeboden die aansluiten bij de behoefte van de cliënt waarbij zowel lichamelijke beweging als inhoudelijke informatie een belangrijk onderdeel vormen.
- De verloskundig zorgverlener stelt de cliënt op de hoogte van de mogelijkheid tot het volgen van groepsgesprekken/groepsvoorlichting. Verloskundig zorgverleners helpen zo nodig dergelijke groepen te vormen door potentiële deelnemers te benaderen.

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep niet-westers

- *De verloskundig zorgverlener informeert de cliënt wat de gevolgen zijn van culturele of traditionele opvattingen en biedt alternatieven indien deze opvattingen niet overeenkomstig zijn met de richtlijnen.*
- *De verloskundig zorgverlener ondersteunt de cliënt zo nodig in het maken van een keuze tussen aan te schaffen spullen voor het kind.*

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep medisch risico

- *De verloskundig zorgverlener geeft informatie aan de cliënt over mogelijke effecten op gezondheid, extra onderzoeken, aanpassingen in levensstijl, mogelijkheden van bevallen, risico's en bijkomende kosten.*

6.5 Emotionele ondersteuning, empathie en respect

- De verloskundig zorgverlener heeft niet alleen aandacht voor de klinische aspecten van de zwangerschap maar zorgt ook voor empathie en voelt en denkt mee met de cliënt.
- De verloskundig zorgverlener biedt ruimte aan de cliënt om vragen te stellen over psychische of lichamelijke veranderingen.
- De verloskundig zorgverlener verwijst de cliënt door naar relevante hulp bij vragen die buiten het eigen werkterrein liggen, zoals vragen over het met de partner delen van de zorg voor het kind, woninginrichting, financiën en formele verantwoordelijkheden bij het ouderschap.

6.6 Cliëntgerichte omgeving

- De locatie beschikt over up-to-date apparatuur.

6.7 Kwaliteit van zorg transparant

- Er is informatie beschikbaar over de werkwijze en kwaliteit van verloskundig zorgverleners, zodat de cliënt haar eigen verloskundig zorgverlener kan kiezen.
- Verloskundig zorgverleners werken mee aan het verzamelen en het ontsluiten van deze informatie.

6.8 Kosten transparant

- De verloskundig zorgverlener informeert over de kosten van extra onderzoeken.

7 OVERZICHT KWALITEITSCRITERIA RONDOM DE BEVALLING

7.1 Regie over de zorg

- De verloskundig zorgverlener is op de hoogte van de verwachtingen en wensen van de cliënt over pijnbestrijding, medische interventies, voorkeurshouding bevalling en de rol van de verloskundig zorgverleners zoals aangegeven in het geboorteplan en houdt hier rekening mee voor zo ver dat kan.

7.2 Toegankelijke zorg

- De bevallocatie (buitenshuis) is gemakkelijk te bereiken.
- De bevallocatie (buitenshuis) biedt de mogelijkheid tot 24-uurs begeleiding en bereikbaarheid van de verloskundig zorgverlener.

7.3 Informatie, voorlichting en educatie

- De verloskundig zorgverlener bereidt de cliënt voor op de bevalling, bevallocatie, pijnbestrijding, eventuele negatieve ervaringen en doorverwijzingen.
- De verloskundig zorgverlener informeert de cliënt over de bereikbaarheid van de verloskundig zorgverleners.
- De verloskundig zorgverlener informeert de cliënt indien gewenst over alternatieven voor de gangbare invulling van de zorg rondom de bevalling.

7.4 Emotionele ondersteuning, empathie en respect

- De verloskundig zorgverlener ondersteunt de cliënt psychisch tijdens het gehele bevallingsproces.

7.5 Cliëntgerichte omgeving

- De bevallocatie (buitenshuis) heeft de mogelijkheid tot eenpersoonskamer, rooming-in van de partner, pijnbestrijdingsmiddelen, babybadje, aankleedtafel, 24uurs aanwezigheid van een verloskundig zorgverlener en continue begeleiding.
- De bevallocatie (buitenshuis) beschikt over moderne apparatuur.

7.6 Veilige zorg

- De verloskundig zorgverlener en de inrichting van de ruimte waar de zorg wordt verleend, dragen bij aan het gevoel van veiligheid.

7.7 Kwaliteit van zorg transparant

- De bevallingslocatie (buitenshuis) geeft aan hoeveel bevalplekken aanwezig zijn en hoe groot de kans is dat de cliënt doorgestuurd wordt.
- De bevallingslocatie (buitenshuis) geeft aan hoe de kraamkamer eruit ziet en welke

faciliteiten aanwezig zijn.

7.8 Kosten transparant

- Het interprofessionele geboortezorgteam laat een informatiepakket samenstellen (bijvoorbeeld een brochure) opdat iedere cliënt in de geboortezorgketen een overzicht heeft van de aanwezige bevallocaties binnen de regio, hun contactgegevens en van elke locatie de kosten die voor rekening komen van de cliënt.

8 OVERZICHT KWALITEITSCRITERIA 1-3 WEKEN NA DE BEVALLING

8.1 Regie over de zorg

- De verloskundig zorgverlener stemt de werktijden, inzetten extra hulp en wisselende zorgverleners af met de ouder(s).
- De verloskundig zorgverlener stemt de zorg en taken voor moeder en kind af met de ouder(s).

8.2 Effectieve zorg

- De zorg richt zich op het herstel van de moeder, de gezondheid van moeder en kind, de integratie van het kind in het gezin en het voorkomen van ziekte en ongelukken.
- Het Centrum voor Jeugd en Gezin ontvangt vanuit het ziekenhuis of de verloskundepraktijk over het verloop van de zwangerschap en de bevalling een complete overdracht van dossiergegevens die voor de verdere begeleiding van moeder, kind en gezin (ook na afloop van de kraamtijd) van belang zijn.

8.3 Toegankelijke zorg

- De verloskundig zorgverlener is flexibel inzetbaar qua tijd, dag en taken.

8.4 Informatie, voorlichting en educatie

- De verloskundig zorgverlener begeleidt de ouder(s) in de omgang met het kind en in het geven van (borst)voeding.

Aanvullende kwaliteitscriteria voor de doelgroep niet-westers

- *De verloskundig zorgverlener biedt informatie aan aan de ouder(s) over het zorgsysteem en nut van kraamzorg, en de signalerende en voorlichtende rol van de kraamverzorgende. Hierbij wordt ingegaan op de rol van mantelzorg, privacy, omgaan met cultuur en gewoontes.*

8.5 Emotionele ondersteuning, empathie en respect

- De verloskundig zorgverlener heeft aandacht voor de moeder, het kind, andere gezinsleden of naasten en betreft hen bij het zorgproces.
- De verloskundig zorgverlener houdt rekening met de (traditionele) gewoontes van de ouder(s) en geeft ruimte om deze uit te oefenen, zo lang dit veilig gebeurt.

8.6 Veilige zorg

- Om de veiligheid en gezondheid van moeder en kind te bevorderen heeft de verloskundig zorgverlener oog voor (de eerste signalen van) verwaarlozing en

- mishandeling en meer algemeen voor de mate waarin de ouder(s) de ouderlijke verantwoordelijkheden oppakken.
- De verloskundig zorgverlener adviseert of begeleidt de nieuwe ouder(s) hierin op professionele wijze.

9 OVERZICHT KWALITEITSCRITERIA 4-8 WEKEN NA DE BEVALLING

9.1 Regie over de zorg

- De verloskundig zorgverlener biedt ruimte aan de ouders(s) om mee te denken en stemt de inhoud van de zorg met hen samen af.
- Het zwangerschaps- en geboorteplan wordt beëindigd. Het gezondheidsdossier wordt als de ouder(s) dit wensen met hen besproken en overgedragen naar 'ontvangende zorgvormen' buiten de geboortezorgketen.

9.2 Effectieve zorg

- De verloskundig zorgverlener richt zich niet alleen op standaarden en richtlijnen die gebaseerd zijn op het 'gemiddelde' kind. Maar houdt hierbij ook rekening met het individuele kind.
- De zorg in deze fase heeft aandacht voor een naadloze uitstroom uit de geboortezorgketen naar 'ontvangende zorgvormen', specifiek de huisartsgeneeskundige zorg en de jeugdgezondheidszorg.

9.3 Continuïteit van zorg

- Op basis van het overgedragen gezondheidsdossier start de 'ontvangende zorgverlener' vervolgonderzoek of controles voor gezondheidsproblemen die tijdens de zwangerschap en/of de bevalling bestonden.

9.4 Toegankelijke zorg

- De openingstijden van de zorg zijn berekend op de doelgroep, die anders dan bij de meeste andere zorgvormen uit jonge mensen bestaat, die het zorgbezoek vaak moeten combineren met gezin en werk, en bovendien doorgaans niet ziek zijn (het leven staat niet on hold en de geboortezorg gaat niet altijd voor op andere verplichtingen).
- Het aantal en de lengte van de contactmomenten (huisbezoek, telefonisch en in het Centrum voor Jeugd en Gezin) voldoen aan de vraag van de ouder(s).

9.5 Informatie, voorlichting en educatie

- De verloskundig zorgverlener informeert over de medische aspecten zoals vaccineren, het volgen van de ontwikkeling van het kind en het vroegtijdig signaleren van gezondheidsproblemen.
- De verloskundig zorgverlener biedt informatie aan over mogelijke handelwijzen bij (borst)voedingsproblemen, slaapproblemen, huilgedrag van het kind en het omgaan met de nieuwe gezinssituatie. De verloskundig zorgverlener biedt alternatieven en licht voor- en nadelen toe. De verloskundig zorgverlener promoot niet één bepaalde handelwijze maar helpt de ouder(s) bepalen welke handelwijze

- bij hen past.
- De verloskundig zorgverlener heeft voldoende kennis van alternatieve benaderingen en leefwijzen, en denkt met de ouder(s) mee buiten de gebaande paden.
- De verloskundig zorgverlener adviseert indien dit gewenst is.
- De verloskundig zorgverlener heeft oog voor de mate waarin de ouder(s) zelfstandig hun ouderschap kunnen invullen en begeleidt de ouder(s) zo nodig naar passende hulp.

9.6 Emotionele ondersteuning, empathie en respect

- De verloskundig zorgverlener houdt rekening met de individuele kenmerken van het kind. En streeft hierbij niet alleen naar het bereiken van het 'normale'.
- De verloskundig zorgverlener toont begrip en een luisterend oor, maar is niet betuttelend.

9.7 Cliëntgerichte omgeving

- Het Centrum voor Jeugd en Gezin heeft een moderne en kindvriendelijke uitstraling.
- Het Centrum voor Jeugd en Gezin biedt faciliteiten voor kleine kinderen.

9.8 Veilige zorg

- Om de veiligheid en gezondheid van kraamvrouw en kind te bevorderen heeft de verloskundig zorgverlener oog voor (de eerste signalen van) verwaarlozing en mishandeling en meer algemeen voor de mate waarin de ouder(s) hun ouderlijke verantwoordelijkheden oppakken.
- De verloskundig zorgverlener adviseert of begeleidt de nieuwe ouder(s) hierin op professionele wijze.

BIJLAGE MATRIX KWALITEITSCRITERIA

Kwaliteitsaspect	Doelgroep	Gehele periode (hoofdstuk 4)	Preconceptie (hoofdstuk 5)	Zwangerschap (hoofdstuk 6)	Bevalling (hoofdstuk 7)	1-3 weken bevallen (hoofdstuk 8)	4-8 weken bevallen (hoofdstuk 9)
Regie over de zorg	Algemeen						
	Niet-westers						
	Medisch risico						
Effectieve zorg	Algemeen						
	Niet-westers						
	Medisch risico						
Toegankelijke zorg	Algemeen						
	Niet-westers						
	Medisch risico						
Continuïteit van zorg	Algemeen						
	Niet-westers						
	Medisch risico						
Informatie, voorlichting en educatie	Algemeen						
	Niet-westers						
	Medisch risico						
Emotionele ondersteuning, empathie en respect	Algemeen						
	Niet-westers						
	Medisch risico						
Cliëntgerichte omgeving	Algemeen						
	Niet-westers						
	Medisch risico						
Veilige zorg	Algemeen						
	Niet-westers						
	Medisch risico						
Kwaliteit van zorg transparant	Algemeen						
	Niet-westers						
	Medisch risico						
Kosten transparant	Algemeen						
	Niet-westers						
	Medisch risico						

BIJLAGE SAMENSTELLING WERKGROEP

Patiëntenfederatie NPCF

- Mathijs Romme, projectleider a.i. (vanaf 15 september 2014)
- Rosaida Broeren, projectleider (tot 15 september 2014)
- Tessa van der Leij, beleidsmedewerker
- Melissa Klever, beleidsmedewerker
- Heleen Post, verantwoordelijk teammanager

VSOP

- Elsbeth van Vliet

Stichting Kind en ziekenhuis

- Denise Joseph
- Hester Rippen

Het Ouderschap

- Wendela van Rhee
- Rachel Verweij

Pharos

- Helena Kosec

Contact

Mathijs Romme

- *gezondheidswetenschapper en zorgeconoom*

- *voor onderzoek, advies en projecten*


Tel. +31 625 392 969

Email mathijsromme@gmail.com

LinkedIn bit.ly/linkedinmathijsromme

Bijlage 4: Handreiking oprichten moederraad (VSV Nijmegen)

Start een vitale moederraad



Leden moederraad
Consortium of VSV

*Deze notitie is tot stand gekomen in het kader van het programma
Zwangerschap & Geboorte, gesubsidieerd door ZonMW*

Een handleiding
1-6-2014.

Inhoudsopgave

Start een vitale moederraad	2
2. Inleiding	3
3. Waarom kan uw bestuur een moederraad inzetten in uw samenwerkingsverband?	4
3.a De toegevoegde waarde.....	4
3.b De voorwaarden	4
4 Hoe werkt het?	5
4.a De werving (samenwerken) in 5 stappen.....	5
4.b. Het werken met de moederraad door het bestuur van het samenwerkingsverband	7
4.c. Wat zijn voorbeelden van onderwerpen die je met een moederraad kunt bespreken?.....	8
4.d. Op welke wijze betrek je de moeder bij deze onderwerpen?	8
4.e. Communicatie en afspraken.....	9
Bijlagen	
Bijlage 2.1 Het beslisdocument moederraad	11
Bijlage 2.2 Werving door professionals	13
Bijlage 2.3 Concept-tekst brochure (i.o.m. Linda de Heer GGD Gelderland-Zuid)	14
Bijlage 2.4 Samenwerkingsafspraken	15
Bijlage 2.5 Vrijwilligerscontract moederraad	16
Bijlage 2.6 Voorblad voor voorbereiding vergaderingen	17
Bijlage 2.7 Alternatieve manieren om met ee moederraad werken.....	18
Bijlage 2.8 Bezetting moederraad & aanspreekpunt	20

Gebruik van dit document:

Het is, met bronvermelding Consortium Nijmegen Bevalt Goed, toegestaan om informatie van deze notitie over te nemen en in te zetten voor eigen regionaal gebruik.

Start een vitale moederraad

1. Aanleiding

Na het uitkomen van het stuurgroeperapport “Een nieuw begin’ is in 2011 in de regio Nijmegen het Consortium Nijmegen Bevalt Goed opgericht.

Hierin zijn vertegenwoordigd; de verenigde verloskundigen praktijken (Coöperatieve Verloskundigen Nijmegen e.o), de kraamzorg ZZG, GGD, de afdelingen verloskunde van het CWZ en van het RadboudUMC.

Eén van doelen van het bestuur van dit Consortium is om aanbevelingen te implementeren in de regio.

Vanaf de start heeft de patiënt/cliënt een plaats in dit Consortium gehad, genoemd de moederraad. Na 3 jaar actieve participatie van de moederraad is er de behoefte om de positie van de moederraad op meerdere onderdelen vast te leggen.

Daarbij heeft een moederraad als onderdeel van een verloskundig samenwerkingsverband (VSV) regionaal en landelijk veel belangstelling en willen we met deze notitie delen hoe ook de andere samenwerkingsverbanden (VSV's of Consortia) een moederraad kunnen oprichten en vitaal houden.

2. Inleiding

Deze informatie is voor de besturen van VSV's van de Regionale Samenwerkingsverband Oost Nederland 'Bevalt Goed', de besturen van alle andere consortia in Nederland en de besturen van VSV's.

In dit document wordt uitleg gegeven over de wijze waarop uw samenwerkingsverband kan werken met een vitale moederraad. Dit document is samengesteld met de (leer)ervaringen van de moederraad in het Consortium Nijmegen 'Bevalt Goed' en het beslisdocument is getoetst met enkele professionals in Doetinchem en Boxmeer (onderdeel van het Consortium Oost Nederland Bevalt Goed).

Allereerst wordt stilgestaan bij de toegevoegde waarde en voorwaarden van het werken met een moederraad, daarna volgt een uitleg over hoe u kunt starten met een moederraad waarna het vitaal houden van de moederraad wordt toegelicht. In de bijlagen treft u documenten aan voor de praktijk van het werken met een moederraad.

Voor een effectieve besluitvorming in de besturen van de samenwerkingsverbanden wordt de volgende werkwijze voorgesteld; de voorzitter van het bestuur (of de vergadering) neemt dit document door als achtergrond informatie en reikt het beslisdocument in bijlage 2.1 tijdens de vergadering aan de deelnemers uit en bespreekt dit. De tekst van de brochure (bijlage 2.3) kan vooraf aan het agendapunt worden toegevoegd zodat de deelnemers in de vergadering al enige informatie ontvangen. Eventueel kan het beslisdocument ook vooraf worden verzonden.

Deze werkwijze heeft tot doel dat de deelnemers maximaal betrokken zijn tijdens de vergadering bij de besluitvorming over het starten van een moederraad en het hen weinig voorbereidingstijd vraagt met uitzondering van de voorzitter (van de vergadering).

3. Waarom een moederraad inzetten in uw samenwerkingsverband?

3.a De toegevoegde waarde

Het doel van de moederraad is de stem van de moeder bij te laten dragen aan de verbetering van de zorg bij zwangerschap en geboorte in de regio van het samenwerkingsverband. Op die manier kan het patiëntperspectief structureel en effectief worden betrokken in besluitvorming in het bestuur. Zo kan de zorg beter aansluiten op de wensen en behoeften van patiënten en de zorginstellingen en doen zij voordeel met de kritische blik die de moederraad vanuit het patiëntenperspectief werpt op de zorg.

De inbreng van de leden van de moederraad houdt de zorgontwikkelaars en zorgverleners scherp. Zo stelt Hannelore Hoogeveen (lid bestuur consortium Nijmegen) 'door de moederraad geven we de moeder ook echt een stem en invloed in wat wordt bedacht rond zwangerschap en geboorte, we praten met in plaats van over de moeder. De kracht schuilt in de dialoog; het plaatsen van vraagstukken in verschillende perspectieven - die van patiënten en van zorgverleners- werkt verhelderend en laat beide groepen leren van de discussies. Daarnaast ontstaat er ook een gelijkwaardige verhouding tussen belangenorganisaties van zorgvragers en zorgverleners'. Erwin Sponselee (lid bestuur consortium Nijmegen) 'de moederraad geeft ons extra inzicht naast dat van de professionals om samen de zorg voor zwangeren en kraamvrouwen te verbeteren. Het werken met een moederraad heeft dus een aantal voordelen en levert een samenwerkingsverband ook een aantal dingen op, namelijk:

- De betrokkenheid van moeders past in de ontwikkeling van vraaggericht werken waarmee een kwalitatief betere, efficiëntere en kosteneffectieve zorg bereikt wordt.
- De inbreng van de moeder leidt tot een betere organisatie van de zorgverlening.
- Zorgverleners erkennen in toenemende mate het belang van de inbreng van moeders; ze ervaren de kloof tussen wetenschappelijke literatuur en praktijk dagelijks. De groeiende diversiteit aan moeders vereist verschillende communicatiestijlen en verschillend beleid.
- Het integreren van het 'moeder'-perspectief draagt bij aan een breder draagvlak voor het werken vanuit het patiëntperspectief.

De samenwerkingsverbanden worden versterkt door het werken met een moederraad.

De vele veranderingen en vernieuwingen in de geboortezorg vragen om betrokkenheid van de moeders bij de verschillende projecten in de huidige geboortezorg. Samen met de ervaringen van moeders kunnen nieuwe werkwijzen en ontwikkelingen beter worden doorgevoerd.

3.b De voorwaarden

Een gezamenlijk positief antwoord vanuit een afvaardiging van een samenwerkingsverband op de vraag 'waarom een moederraad?' is cruciaal voor het vitaal houden van de moederraad.

Alle leden van deze groep zullen de toegevoegde waarde van een moederraad en de werkwijze met de moederraad volledig dienen te onderschrijven.

Begrippen als ‘moeder en kind staan in iedere benadering centraal’ (met andere woorden vanuit het patiëntperspectief redeneren en handelen) moeten niet alleen begrippen blijven. Dit kan door u worden vertaald in een vitale moederraad.

Met deze moederraad bestaat een unieke kans om de stem van de patiënt/cliënt optimaal mee te nemen in uw beslissingen. Het gaat er dan ook ten eerste om wat de moeder ervan vindt (vertegenwoordigd in deze moederraad) om samen met uw inbreng tot een goede oplossing te komen voor een vraag of probleem. Het gaat hierbij om een werkbare oplossing voor zorgverlener én moeder. Het gezamenlijk samenstellen van een gedragscode en samenwerkingsafspraken bij de start zorgt voor een effectieve samenwerking.

4 Hoe werkt het?

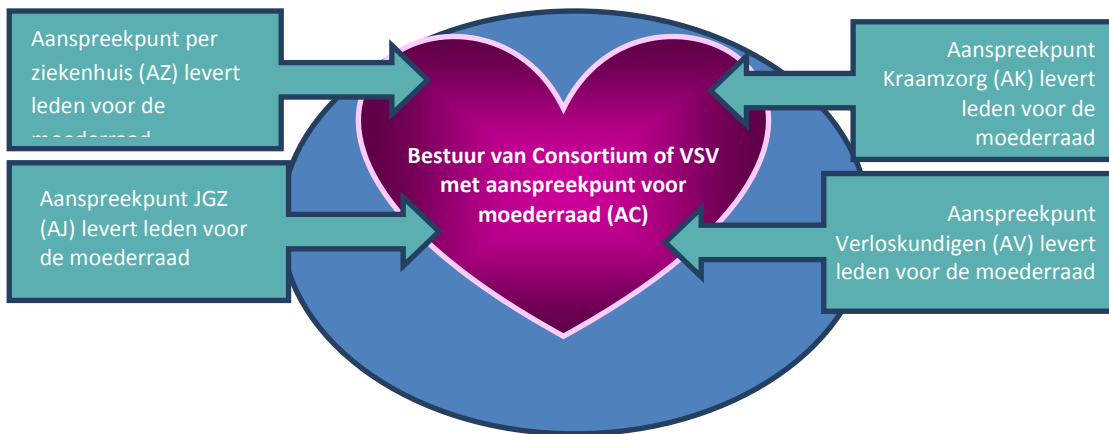
Om een moederraad te starten en vitaal te houden zijn er een aantal onderdelen van belang:

- a. De werving (samenwerken) (zie ook bijlage 1)
- b. Het werken met de moederraad door het bestuur van het samenwerkingsverband
- c. Communicatie en afspraken (duidelijkheid)

4.a De werving (samenwerken) in 5 stappen

De 5 stappen

1. Bespreek dit document in de stuurgroep of werkgroep (zie in bijlage 2 voorbeelden samenwerkingsafspraken). Dit is uitgewerkt in een beslisdocument (zie bijlage 2.1)
2. Beslis wie namens de stuurgroep of werkgroep het eerste aanspreekpunt is voor de moederraad (AC).
3. De AC verstrekt de informatie voor de werving van de moeders aan de overige aanspreekpunten in de organisaties.
4. Bij de aanspreekpunten in de organisaties is de basisinformatie over de moederraad beschikbaar, de professionals zien erop toe dat iedere moeder deze informatie ontvangt.
5. In gesprekken met de moeder wordt duidelijk of zij interesse heeft.
Bestaat er een klankbordpanel dan kan de keuze gemaakt worden om daar in eerste instantie de moeders te werven.



Toelichting:

Het bestuur van het samenwerkingsverband heeft een aantal leden met de taak van voorzitter. Hiervan is één lid aanspreekpunt voor de leden van de moederraad.

De aanspreekpunten uit de organisaties, die vertegenwoordigd zijn in het bestuur van het samenwerkingsverband, leveren ieder leden voor de moederraad en hebben verschillende taken:

AC (aanspreekpunt voor de moederraad binnen het bestuur van het consortium of VSV):

- a. organiseert ieder jaar met de leden van de moederraad een startbijeenkomst waarin de planning van vergaderingen, vertegenwoordiging in stuurgroep samenwerkingsverband(en), etc. worden vastgelegd.
- b. heeft overzicht van huidige leden in de moederraad en het verloop van hun zittingstermijn;
- c. houdt 'feeling' met de motivatie van de huidige leden (om voortijdig uitval te voorkomen);
- d. houdt een wachtlijst bij van moeders die interesse hebben en een gesprekje hebben gehad over hun profiel en de verwachtingen met AP Moederraad;
- e. informeert de overige aanspreekpunten voor de Moederraad minimaal 2-4 maanden vooraf of er nieuwe leden nodig zijn .

Zie bijlage 2.7 voor een overzicht om de bezetting bij te houden.

AK, AZ, AJ en AV (dit zijn de aanspreekpunten binnen respectievelijk de kraamzorg, ziekenhuizen, jeugdzorg en de verloskundigen) :

- a. verstrekt de informatie voor de werving van de moeders aan de verschillende professionals in de eigen organisatie (zie verderop in document bijlage werving door professionals).
- b. Wanneer een moeder interesse heeft wordt door een professional het aanspreekpunt ingeschakeld. Er volgt een gesprek en de informatie wordt overhandigd. Eventuele vragen kunnen dan nog worden behandeld.

Zo vormt zich een netwerk van aanspreekpunten die voor continue werving kunnen zorgen en hierover afstemmen.

Toelichting

Op deze wijze zijn er ongeveer 5 personen in een samenwerkingsverband betrokken bij het starten en in stand houden van de vitale moederraad. Zo verdeel je de taken en maak je er kleine taken van. Hoe meer moeders in de moederraad zitten hoe beter ook zij hun rol in kleine taken kunnen verdelen. Het is dus van belang om minimaal 4 leden te hebben. Uitgangspunt daarbij is dat professionals en moeders elkaar vanuit respect en gelijkwaardigheid benaderen.

4.b. Het werken met de moederraad door het bestuur van het samenwerkingsverband (faciliteren)

De leden zijn geworven en het aanspreekpunt binnen het bestuur van het consortium of VSV (AC) bewaakt de samenstelling van de moederraad en neemt de nodige initiatieven hiervoor.

De eerste bijeenkomst met de moederraad zorgt voor draagvlak en betrokkenheid indien er voldoende aandacht en tijd wordt besteed aan de **gezamenlijke** gewenste werkwijze. Maak hier dus ruimte voor. Advies is dan ook om deze eerste bijeenkomst altijd met deelname van alle leden van de moederraad te doen.

In deze bijeenkomst worden ook de soort vragen en onderwerpen benoemd die altijd worden besproken met de leden van de moederraad. Zie ook voorblad vergaderingen in bijlage 2.5.

Een evaluatie van de gekozen werkwijze maakt onderdeel uit van de samenwerking met de moederraad. Hieronder 3 voorbeelden van werkwijzen, die richting kunnen geven aan de keuze van de gezamenlijke werkwijze:

Voor alle werkwijzen geldt:

- Overlegschemata met data en tijden per jaar vooraf bekend bij moederraad en bestuur.
- Agenda en besprekonderwerpen worden tijdig (1-3 weken voorafgaand aan overleg met de moederraad) naar alle leden van de moederraad gemaild/verzonden door het aanspreekpunt van het bestuur. Ook de moeders kunnen zo hun bespreekpunten inbrengen.
- De moederraad benoemt per jaar een moeder die contactpersoon is voor incidentele vragen
- Na een jaar evalueren van de werkwijze

1	<ul style="list-style-type: none"> - De moederraad overlegt zelfstandig met het aanspreekpunt uit het bestuur (voor moeders een 'veilige' manier van overleg zonder professionals) - Het aanspreekpunt neemt besprokene mee in overleg van het bestuur van het samenwerkingsverband en zorgt voor terugkoppeling naar moeders
2	<ul style="list-style-type: none"> - De moederraad overlegt zelfstandig 2 weken voorafgaand aan overleg met het bestuur en neemt ook deel aan overleg bestuur: - Leden van demoederraad bepalen wie deelneemt (en hoeveel leden) aan het overleg met het bestuur. Dit kan 1-2 leden van de moederraad (bijvoorbeeld een vertegenwoordiger met een toehoorder)
3	<ul style="list-style-type: none"> - Alle leden van de moederraad nemen deel aan een aantal bijeenkomsten van het bestuur

In bijlage 2.6 worden alternatieve manieren beschreven om met een moederraad te werken (anders dan overleg/vergaderen)

Naast deze mogelijkheden kunnen ook (een combinatie van) individuele organisaties de moederraad raadplegen. Zo zijn in de regio Nijmegen de wijzigingen rondom de organisatie van de hiepruk met de moederraad besproken.

4.c. Wat zijn voorbeelden van onderwerpen die je met een moederraad kunt bespreken?

Tijdens een bijeenkomst met de moederraad kunnen diverse onderwerpen worden besproken, dit is onder andere afhankelijk van wat er op dat moment bij de moeders en zorgverleners speelt. Onderstaand een aantal voorbeelden van onderwerpen die met de moederraad kunnen worden besproken:

- Hoe de moeders de zorg rondom de zwangerschap hebben ervaren. Waarom de moeders dit op deze manier hebben ervaren en tips voor de voorlichtingsbijeenkomst aan moeders.
- De wijze van communiceren met de moeders tijdens intake en overdracht.
- Waar de moeders verbeteringen zien wat betreft de zorg rondom de zwangerschap.
- Hoe dit kan worden gerealiseerd zodat het voldoet aan de wensen en mogelijkheden van de zorgverleners en moeders.
- Project zoals 'gezond zwanger' of 'pre conceptiezorg'.

Er is op dit moment sprake van vele veranderingen in de geboortezorg. Dit vraagt van de moeders in de moederraad een open blik om samen met het samenwerkingsverband 'vernieuwende wijzen van werken' te vinden op basis van hun ervaringen.

Hiermee worden de samenwerkingsverbanden versterkt.

4.d. Op welke wijze betrek je de moeder bij deze onderwerpen?

Tijdens de eerste bijeenkomst kan worden besloten hoe de moeders worden betrokken bij deze onderwerpen. Hierbij kunnen een aantal punten worden besloten, namelijk:

- *Hoe bepaal je de onderwerpen van de agenda?*

Besprek in het overleg van jouw samenwerkingsverband de onderwerpen die je 4 keer per jaar

met de moederraad wilt bespreken. Deze onderwerpen mail je naar de moederraad. Daarnaast vraag je aan de moederraad of zij nog onderwerpen willen bespreken.

- *Hoeveel moeders nodig je uit tijdens een vergadering?*
Je kunt beslissen om alle moeders uit te nodigen in deze vergaderingen of je beslist om een aantal vertegenwoordigers uit te nodigen.
- *In hoeverre betrek je de moeders in het bepalen van de agendapunten?*
Je kunt ook met de moeders bespreken wat het beste bij hen past, dit kan dan gebeuren in de eerste bijeenkomst met het aanspreekpunt erbij.
- *Hoe is het contact buiten de vergaderingen om?*
Misschien is er een moeder die benaderd wil/kan worden voor incidentele vragen. Daarnaast kunnen er ook afspraken worden gemaakt over onderwerpen die niet tot een vergadering kunnen wachten. Er kan eventueel ook een 'groepswhatsapp' worden aangemaakt met de moeders en het aanspreekpunt. Kijk hierbij goed naar wat bij jouw situatie past om te communiceren, leg het niet op maar bespreek het met de moeders.
- *Welke vergoeding krijgen de moeders die onderdeel worden van de moederraad?*
Beslis welke vergoeding de moeders zullen ontvangen voor de deelname aan de moederraad. Voorbeelden van een vergoeding kunnen zijn; een cadeaubon, uitrijkaart in combinatie met reiskostenvergoeding, een kerstpakket of een vrijwilligersvergoeding (De vrijwilliger kan een onkostenvergoeding ontvangen. Voor een voorbeeldcontract zie bijlage 2.4).

Zorg altijd voor een duidelijke en tijdige terugkoppeling aan de moeders over wat er met hun inbreng is gedaan.

4.e. Communicatie en afspraken (duidelijkheid)

Wil een moederraad vitaal blijven dan is het voor de leden van belang:

- I om terug te horen wat er met hun mening is gedaan (spreek dus af wie dit doet en hoe je dit doet...), dit kan onderdeel zijn van de vergadering met het bestuur
- II dat de voorzitter van de vergadering in staat is om de mening van de leden van de moederraad te laten horen.
Sluit iedere vergadering af met de vraag of alles aan bod is gekomen vanuit de moederraad.
- III duidelijkheid in de begin- en eindtijd van de vergaderingen en de aanwezigheid van de moederraad.
- IV om tijdens de vergaderingen betrokken te zijn bij alle ontwikkelingen en onderwerpen die er spelen. Zo kunnen zij zelf beoordelen of zij later nog inbreng in bepaalde onderwerpen willen hebben



Bijlagen

Bijlage 2.1 Het beslisdocument moederraad

1. Hoe beslis je over een moederraad in je bestuur?

- a) Plan in een vergadering minimaal 1 uur voor deze beslissing.
- b) Één bestuurslid leest de stukken door over de Moederraad en bereidt de bespreking voor.
- c) Ter informatie gaat de brochure 'Wat is een moederraad' (zie punt 2) bij het agendapunt erbij.
- d) Tijdens de vergadering kunnen onderstaande 9 punten worden besproken en uitgedeeld worden aan de deelnemers van de vergadering. Onderstaande punten zijn mogelijkheden, besluit als bestuur over een manier van werken met een Moederraad die bij jullie situatie past.
Of neem een weloverwogen besluit om het niet te doen.

2. Wat is een moederraad?

Het doel van de moederraad is om de mening van moeders te laten bijdragen aan de verbetering van de zorg bij zwangerschap en geboorte in jouw regio. Voor meer toelichting zie de brochure.

3. Wie zitten er in een moederraad?

Bijvoorbeeld moeders die enige tijd geleden zijn bevallen en hun ervaringen willen overdragen aan de professionals. Beslis met het bestuur welk profiel moeders jullie in de moederraad willen.

Houdt bij de samenstelling rekening met:

- Benader moeders uit alle lagen van de bevolking
- De fase waar de moeders zich in bevinden tijdens hun zwangerschap (8 weken voor de bevalling, t/m 2-3 jaar na de geboorte of vanaf de intake tot 0,5-1 jaar of een andere termijn door jullie af te spreken)

4. Wat levert een moederraad ons samenwerkingsverband op?

- ◇ De betrokkenheid van moeders past in de ontwikkeling van vraaggericht werken waarmee een kwalitatief betere, efficiëntere en kosteneffectieve zorg bereikt wordt.
- ◇ De inbreng van de moeder leidt tot een betere organisatie van de zorgverlening.
- ◇ Door participatie van moeders ontstaat een gelijkwaardige verhouding tussen belangenorganisaties van zorgvragers en zorgverleners.
- ◇ Zorgverleners erkennen in toenemende mate het belang van de inbreng van moeders; ze ervaren de kloof tussen wetenschappelijke literatuur en praktijk dagelijks. De groeiende diversiteit aan moeders vereist verschillende communicatiestijlen en verschillend beleid.
- ◇ Het integreren van het 'moeder'-perspectief draagt bij aan een breder draagvlak voor de het betrekken van het cliëntperspectief.
- ◇ De samenwerkingsverbanden worden versterkt door het werken met een moederraad. De vele veranderingen en vernieuwingen in de geboortezorg vragen om betrokkenheid van de moeders bij de verschillende projecten in de huidige geboortezorg. Samen met de ervaringen van moeders kunnen nieuwe werkwijzen en ontwikkelingen beter worden doorgevoerd.

5. Hoe organiseren we het?

Ten eerste; stel binnen het bestuur een aanspreekpunt aan voor de moederraad (dit aanspreekpunt kan rouleren na een bepaalde periode).

Beslis daarna over de manier waarop jullie het gaan organiseren, hiervoor zijn drie opties:

- 1) De moeders plannen met elkaar aparte bijeenkomsten en hun punten worden doorgegeven aan het aanspreekpunt. Het aanspreekpunt kan ook worden uitgenodigd voor deze bijeenkomsten.
- 2) De moeder(s) sluiten aan bij bestaande bijeenkomsten nadat zij de agendapunten hebben ontvangen en zich hebben kunnen voorbereiden.
- 3) Er vinden vier aparte bijeenkomsten plaats met 3-4 moeders met verschillende disciplines die betrokken zijn bij de geboortezorg

6. Wat betekent een moederraad voor onze werkzaamheden?

Hoeveel tijd stoppen we in de moederraad? Welke professionals gaan zich hiermee bezig houden?

7. Waardering (o.a. vergoeding)

Beslis welke vergoeding de moeders zullen ontvangen voor de deelname aan de moederraad. Voorbeelden van een vergoeding kunnen zijn; een cadeaubon, uitrijkaart in combinatie met reiskostenvergoeding, een kerstpakket of een vrijwilligersvergoeding (De vrijwilliger kan een onkostenvergoeding ontvangen van maximaal €150 per maand/ €1500 per jaar, peildatum 2013).

8. Hoe houden we het vitaal?

Wil een moederraad vitaal blijven dan is het voor de moeders van belang dat:

- 1) zij een duidelijke agenda en notulen ontvangen,
- 2) zij terughoren wat er met hun mening is gedaan (spreek dus af wie en hoe je dit doet)
- 3) de voorzitter van de vergadering in staat is om de mening van de leden van de moederraad te laten horen. Sluit iedere vergadering af met de vraag of alles aan bod is gekomen vanuit de moederraad,
- 4) er duidelijkheid in de begin- en eindtijd van de vergaderingen en de aanwezigheid van de moederraad is,
- 5) zij betrokken zijn bij alle ontwikkelingen en onderwerpen die er spelen tijdens een vergadering. Zo kunnen zij zelf beoordelen of zij later nog inbreng in bepaalde onderwerpen willen hebben.

9. Hoe werven we de moeders

Het aanspreekpunt nodigt de betrokken professionals uit om ieder moeders te werven (hiervoor kan de brochure/posters worden gebruikt). Als een professional een enthousiaste moeder heeft gesproken wordt dit gemeld bij het aanspreekpunt die het verder oppakt.

Het aanspreekpunt bewaakt de termijnen en vraagt tijdig om nieuwe moeders. Ook zorgt het aanspreekpunt ervoor dat de moeders betrokken blijven in het proces.

10. Moederraad ja / nee

Na het doornemen van al deze punten kan worden besloten of jullie samenwerkingsverband definitief wil gaan werken met een moederraad. Wanneer iedereen instemt om met een moederraad te starten kan worden besloten wanneer er wordt geëvalueerd.

Bijlage 2.2 Werving door professionals

De leden van de moederraad komen uit de volgende groepen. Iedere groep werft een lid en heeft hiervoor een aanspreekpunt.	
<p>Ziekenhuis (of meerderen) Welke professionals? Werkzaam op afdeling Verloskunde en Kindergeneeskunde: Verloskundigen, Gynaecologen, Verpleegkundigen, Kinderartsen, Kraamverzorgers, Assistenten in opleiding tot Specialist, Zaalartsen.</p>	<p>Kraamzorg Afdeling Kraamzorg: Welke professionals? Kraamverzorgers</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: fit-content;"> <p>De moeder</p> <p>Potentieel lid moederraad</p> </div>	
<p>Afdeling Jeugdgezondheidszorg GGD (m.n. zuigelingen, 0-4 jaar): Welke professionals? Consultatiearts, verpleegkundigen</p>	<p>Verloskundigen-praktijken in de regio Welke professionals Verloskundigen, directeur coöperatie</p>

Bijlage 2.3 Concept-tekst brochure (i.o.m. Linda de Heer GGD Gelderland-Zuid)

Gezocht moeders voor de moederraad

Jij bent pas bevallen. Hoe verliep de zorg van de verloskundige toen je zwanger was? Hoe ging de bevalling? Was je tevreden over de kraamzorg? En hoe verlopen de contacten met de Jeugdgezondheidszorg van de GGD? Wij zijn benieuwd naar jouw ervaringen om onze zorg te verbeteren. Vind jij dit ook belangrijk? Misschien wil je dan wel meedenken in de moederraad?

Wat is de moederraad?

De moederraad is een groep van ongeveer vier moeders waarmee wij ongeveer 4 keer per jaar overleggen. Wij zijn vertegenwoordigers vanuit de:

- verloskundigenpraktijken
- ziekenhuizen
- kraamzorg
- Jeugdgezondheidszorg van de GGD.

Wij als professionals leren graag van jou. Jij bent immers net bevallen. We willen weten wat jouw ervaringen waren voor, tijdens en na de geboorte van je kind. Dit is voor ons belangrijk. Want dan kunnen wij onze zorg voor jou en andere moeders verbeteren. De moederraad is een leuk team van moeders in dezelfde fase waarin jij zit. Moederraadsleden zijn meestal 1 tot 2 jaar lid.

Moederraad iets voor jou?

Ben jij een 'jonge' moeder? En hou je er van om actief betrokken te zijn? Geef je graag je mening? En wil je meedenken met verloskundigen en andere professionals om dingen te vernieuwen en verbeteren? Ben je geïnteresseerd in ontwikkelingen in de geboortezorg? Dan is de moederraad misschien wel iets voor jou!

"Ik ben hier niet om over mijn eigen problemen te praten, maar om vanuit mijn eigen ervaringen samen met zorgverleners te kijken naar wat beter kan. Dat werkt tot nu toe heel goed".

Cindy, lid moederraad

Wat kan je verwachten als lid van de moederraad?

Als lid van de moederraad kan je verwachten dat wij:

- met aandacht naar je inbreng en mening luisteren
- samen met jou zoeken naar oplossingen om andere moeders nog beter te helpen.
- je op de hoogte houden over veranderingen en oplossingen.
- je de agenda op tijd sturen en dat er voldoende ruimte is voor je eigen inbreng van besprekonderwerpen.
- je tegemoet komen met een kleine onkostenvergoeding

Heb je vragen of interesse?

Heb je nog vragen of heb je interesse? Neem dan contact op met, telefoonnummer, e-mail
Wij gaan graag met je in gesprek.

"We hebben het hier niet over de kleur van de wanden, maar over de inhoud! Ik voel mij elke vergadering serieus genomen. Het krijgen en hebben van een kind vind ik het belangrijkste in mijn leven. Dat moet voor iedere moeder goed verlopen. Ik voel dat ik hierin echt wat kan bijdragen "

Margot, lid moederraad

Bijlage 2.4 Samenwerkingsafspraken

Je kunt op verschillende manieren samenwerkingsafspraken maken. Hieronder een uitgewerkt voorbeeld:

Leden (hieronder een overzicht met naam in bestuur):

- zijn lid van de onderstaande organisaties, maar hebben zonder last of ruggespraak zitting in de moederraad en het bestuur van een samenwerkingsverband
- helpen, denken en discussiëren mee vanuit het perspectief van de patiënt over relevante veranderingen in de zorg m.b.t. zorgverlening, voorlichting en communicatie.

Missie en Visie:

Samenwerkingsverband X heeft **datum** gekozen voor het oprichten van een moederraad om de zorg blijvend te laten aansluiten op de wensen en behoeften van patiënten bij veranderingen de geboortezorg. In het bestuur van het samenwerkingsverband gaan bestuursleden en leden van de moederraad in dialoog over bepaalde onderwerpen. De moeders brengen hun patiëntenperspectief in ten behoeve van de diverse vraagstukken. De moederraad is geen doel op zich maar een van de (vele) middelen om patiëntgericht te werken.

Doelen van de moederraad:

- Inzicht geven/ krijgen in specifieke wensen en behoeften van patiënten
- Advies genereren
- Inzetten van kennis en ervaring van de patiënten.
- Beter afstemmen van vraag en aanbod.
- Verbeteren en vernieuwen van de zorgverlening.
- Bewustwording creëren bij de professionals t.a.v. patiëntgerichte zorg.

Taken & Bevoegdheden:

De moederraad discussieert en brengt (gevraagd en ongevraagd) advies uit aan het bestuur van het samenwerkingsverband om de geboortezorg te vernieuwen en te verbeteren.

Werkwijze:

Agendabepaling:

- Het bestuur stelt de agenda op.
- Relevante veranderingen in de zorg/onderwerpen/ initiatieven aangedragen ter bespreking.
- Vanuit de moederraad worden relevante onderwerpen vanuit het patiëntenperspectief aangedragen.
- Onderwerpen (incl. vraagstelling, informatie, beoogd resultaat) worden tijdig aangeleverd zodat het lid haar achterban kan consulteren en relevante informatie uit eigen achterban kan inbrengen
- Er wordt duidelijk aangegeven wat van leden van de moederraad wordt verwacht (discussie, advies, informatie) zodat men zich gedegen en tijdig kan voorbereiden op de vraag.
- Een vast agendapunt van de moederraad en het bestuur van het samenwerkingsverband zal zijn: 'het volgen van de besproken onderwerpen'.

Vergaderfrequentie: Afhankelijk van gekozen werkwijze .. keer per jaar bij elkaar. De verspreiding van notulen en agenda wordt verzorgd door de

Onkostenvergoeding: Reis- en parkeerkosten worden vergoed, de leden van de moederraad ontvangen een bedrag per uur nader vast te stellen en vastgelegd in een contract voor een vrijwilligersvergoeding. Vooraf kan dit bedrag op jaarbasis worden bepaald en uitbetaald in bijvoorbeeld 2 termijnen. Dit bedrag wordt betaald uit de begroting van het consortium of VSV en is niet belast omdat sprake is van een vrijwilligersvergoeding.

Bijlage 2.5 Vrijwilligerscontract moederraad

VRIJWILLIGERSCONTRACT MOEDERRAAD Samenwerkingsverband **X**, gevestigd **straatnaam** te **naamplaats**, hierna te noemen "de organisatie" en

Mevrouw

Geboren op

Adres/Woonplaats

Telefoon

Bank/gironummer

Hierna te noemen "de vrijwilliger", komen het volgende overeen:

Artikel 1. Aard van het vrijwilligerswerk.

- 1.1 De vrijwilliger zal de volgende werkzaamheden verrichten ten behoeve van de moederraad: een positief kritische inbreng geven voor de verbetering van de geboortezorg in jouw regio.
- 1.2 De werkzaamheden vinden plaats gedurende gemiddeld uren per
- 1.3 De AC dient als aanspreekpunt voor de moederraad. De moeders kunnen hier terecht voor vragen/opmerkingen.
- 1.4 De vrijwilliger richt zich tot de AC voor alle zaken die de uitoefening van de overeengekomen werkzaamheden betreffen, waaronder mede begrepen de vastgestelde vergaderingen.
- 1.5 De AC draagt er zorg voor dat de vrijwilliger over de benodigde informatie en faciliteiten beschikt, die nodig zijn voor het verrichten van de overeengekomen werkzaamheden.
- 1.6 De vrijwilliger zal zich bij de uitvoering van de overeengekomen werkzaamheden houden aan de daaromtrent gegeven aanwijzingen en dienstvoorschriften.

Artikel 2. Onkostenvergoeding

- 2.1 De vrijwilliger ontvangt geen beloning voor de door haar verrichte werkzaamheden.
- 2.2 (De vrijwilliger kan een onkostenvergoeding ontvangen van maximaal €150 per maand/€1500 per jaar, peildatum 2013).

Artikel 4. Verhinderung.

- 4.1 In geval van verhindering wegens ziekte, vakantie of anderszins, zal de vrijwilliger de AC hiervan tijdig op de hoogte stellen.

Artikel 5. Aard van de overeenkomst.

- 5.1 Deze overeenkomst is geen arbeidsovereenkomst in de zin van het Burgerlijk Wetboek.
- 5.2 Deze overeenkomst is geen dienstbetrekking in de zin van de Ziektewet. De vrijwilliger is bekend met het feit dat hij/zij op basis van deze overeenkomst niet verzekerd is voor de gevolgen van ziekte, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid.
- 5.3 De relatie tussen de organisatie en de vrijwilliger is geen arbeidsverhouding in de zin van het Buitengewoon Belust Arbeidsverhoudingen.

Artikel 6. Duur en einde van de overeenkomst.

- 6.1 De overeenkomst vangt aan open wordt voor bepaalde tijd totaangegaan
- 6.2 Zowel de vrijwilliger als AC kunnen de overeenkomst door schriftelijke opzegging beëindigen, met een opzegtermijn van 2 weken.

Artikel 7. Geheimhouding

- 7.1 De vrijwilliger is tegenover derden verplicht tot geheimhouding van hetgeen hem/haar in of in verband met het vrijwilligerswerk bij de moederraad ter kennis komt. Dit impliceert dat alle informatie die de vrijwilliger ter kennis komt, niet door hem/haarzelf buiten de organisatie van de moederraad gebracht mag worden.

Deze overeenkomst is in tweevoud opgemaakt te op20...

De vrijwilliger heeft kosteloos een exemplaar van de overeenkomst ontvangen.

(handtekeningen AC moederraad)

(handtekening vrijwilliger)

Bijlage 2.6 Voorblad voor voorbereiding vergaderingen

ONDERWERP	
t.b.v. Stuurgroep-vergadering d.d.	
Ingediend door	
Aard	<input type="checkbox"/> Inventarisatie behoeften/ervaringen <input type="checkbox"/> Toetsen/beoordelen <input type="checkbox"/> Besluitvorming <input type="checkbox"/> Ter kennisgeving
Wat zijn de vragen aan de Moederraad? Welke onderwerpen met de Moederraad bespreken:	
Bijlagen	
Omschrijving/toelichting onderwerp	
Voorstel (indien aanwezig)	
Routing na Stuurgroep	<input type="checkbox"/> Moederraad <input type="checkbox"/> Ziekenhuizen <input type="checkbox"/> Kraamzorg <input type="checkbox"/> JGZ <input type="checkbox"/> Verloskundigen <input type="checkbox"/> Overig:..... <input type="checkbox"/> N.v.t.
Communicatie	
Evaluatie d.d.	

Bijlage 2.7 Alternatieve manieren om met een moederraad werken

Naast vergaderingen om onderwerpen te bespreken of om hierover te discussiëren bestaan er nog heel veel andere manieren om onderwerpen te bespreken. Hieronder volgen 2 voorbeelden.

A. Open Space bijeenkomst (b.v. 2x per jaar)

Tijdens een Open Space bijeenkomst komen professionals en cliënten samen om hun ervaringen met (een specifiek thema in) de zorg te bediscussiëren. Een Open Space bijeenkomst is eigenlijk een geperfectioneerde koffiepauze. Het geheim van een koffiepauze is namelijk dat de gespreksonderwerpen niet georganiseerd zijn en dat de gespreksleden precies datgene bespreken wat hun interesse heeft.

In een Open Space bijeenkomsten worden, tijdens een interactief proces, ervaringen, wensen, behoeften, knelpunten en verbeterpunten van cliënten en professionals in kaart gebracht.

Opzet:

De deelnemers discussiëren in twee groepen (een groep cliënten en een groep professionals) in ruime kring en stellen zelf de agenda met gespreksonderwerpen vast. De deelnemers vormen groepjes van mensen die hetzelfde agendapunt willen bespreken en bepalen zelf wanneer zij een ander onderwerp willen bespreken. Uiteindelijk komen de deelnemers onderling tot een gezamenlijke formulering van bevindingen. Na ongeveer een half uur (of al eerder), als de deelnemers bekend zijn met het verloop van de Open Space methode, kunnen de groepen cliënten en professionals ook bij elkaar aansluiten en participeren in de gesprekken van de andere groep.

Op deze manier bespreken de professionals de onderwerpen waarvan zij verwachten dat er verbetering kan komen in de kwaliteit van moederschap. Daarnaast delen de moeders hun ervaringen waarna beide partijen hun onderwerpen en ervaringen met elkaar kunnen delen en 'mengen'.

Tijdens de Open Space bijeenkomst gelden vier principes:

- ◇ De deelnemers zijn de juiste personen,
- ◇ Wat er gebeurt, is het enige dat kan gebeuren,
- ◇ Het begint wanneer het begint
- ◇ Als het voorbij is, is het voorbij

Bovendien geldt één wet: "De wet van de 2 voeten". Als een deelnemer zich in een situatie bevindt waarin hij niets leert, niet geïnspireerd wordt, en evenmin het gesprek een betere richting kan geven, is hij verplicht zijn 2 voeten te gebruiken om naar een productiever gesprek te gaan. Letterlijk in beweging komen dus. Deze wet heeft onder meer tot gevolg, dat deelnemers die zichzelf graag horen praten, na 10 minuten alleen zijn (de anderen zijn vertrokken). Minder productieve discussies eindigen bovendien snel.

Voorwaarde: Laat de bijeenkomst leiden door een deskundige op dit terrein.

B.Spiegelgesprekken + gesprek met patiëntenvereniging

Met spiegelgesprekken wordt feedback en informatie van deelnemers verkregen in directe confrontatie. Dit in een groepsbijeenkomst waarbij zorgverleners aanwezig zijn. Door aanwezig te zijn bij het gesprek, raken de zorgverleners meer bewust van het cliëntenperspectief. Onderwerpen zijn: de belevingswereld van patiënten/cliënten en de verleende en ervaren zorg.

Zorgverleners worden rechtstreeks geconfronteerd met positieve maar ook met negatieve ervaringen van patiënten. Ook leveren spiegelgesprekken concrete aanknopingspunten voor verbeteringen op. Onder leiding van een onafhankelijke gespreksleider vindt een groepsgesprek plaats van circa 1,5uur. De moeders zitten in een kring en delen hun ervaringen over een concreet zorgproces, behandeling of ander specifiek thema. Betrokken zorgverleners (4 personen?) zitten er omheen en fungeren uitsluitend als toehoorder. Naderhand kan men vragen stellen en napraten.

Op basis van de vragen en antwoorden brengen de zorgverleners in kaart wat kan worden verbeterd met betrekking tot de zorgverlening aan moeders.

Samen met de moeders kunnen de mogelijkheden en verbeterpunten worden besproken.

In een vervolggroep worden de praktische knelpunten besproken, waaruit uiteindelijk een verbeterplan zal worden opgesteld door de zorgverleners. In dit verbeterplan kunnen de moeders hun bijdrage in de moederraad 'terug lezen' en/of herkennen.

Deze methode is minder geschikt voor het bespreken van gevoelige onderwerpen. Randvoorwaarde in de directe confrontatie is een goede gespreksleider die onafhankelijk en bekwaam is.

Tip: Benoem enkele "quick wins" bij het afsluitende praatje na afloop van het spiegelgesprek. (1-2 beloftes over zaken die direct aangepakt kunnen worden)

Bijlage 2.8 Bezetting moederraad & aanspreekpunt

		Moederraad	
Periode	Naam aanspreekpunt	Moeders	
		1.	
		2.	
		3.	
		4.	
Periode	Naam aanspreekpunt	Moeders	
		1.	
		2.	
		3.	
		4.	
Periode	Naam aanspreekpunt	Moeders	
		1.	
		2.	
		3.	
		4.	
Periode	Naam aanspreekpunt	Moeders	
		1.	
		2.	
		3.	
		4.	

Geïnteresseerde moeders			
	Naam moeder	Telefoonnummer	Via contactpersoon/professional
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Bijlage 5: Draaiboek focusgroep (bron: Athena instituut)

Opzet focusgroep cliënten -

Ervaringen voor invoering integrale geboortezorg

Doel

Inventarisatie van perspectieven van onlangs bevallen vrouwen op de kwaliteit en continuïteit van de geleverde zorg rondom de zwangerschap en bevalling.

Facilitator:

Assistent/notulist:

Duur: 1,5 uur

Benodigheden

- A4'tjes voor naambordjes en aantekeningen
- Verschillende kleuren post-its (groen, oranje en roze)
- Verschillende kleuren stiften (+ 8 zwarte voor deelnemers)
- Kleinere stickers/post-its
- Opname apparatuur
- Laptop
- Bedankjes
- Flip-over vellen
- Pennen
- Plakband
- Schaar

Deelnemers:

- Circa 10 deelnemers
- Maximaal 1 jaar geleden bevallen op moment van werving

....u Binnenkomst deelnemers

- Materialen worden vooraf door de facilitator en assistent klaargelegd. (*Vanaf hoe laat kunnen we er terecht?*)
- Willen om ... u starten dus bij voorkeur vragen of mensen om u aanwezig zijn
- (*Mogelijk iets te drinken aan te bieden?*)

.....u Aanvang en introductie (ca. 15 minuten)

1. De facilitator ontvangt de mensen en vraagt aan alle deelnemers om hun naam op een naambordje te schrijven.
2. De facilitator:
 - Opent de bijeenkomst en heet iedereen welkom.
 - Stelt zichzelf en de anderen voor.

- Vraagt alle deelnemers zich kort voor te stellen (leeftijd, wanneer en waar bevallen, werk)
3. De facilitator:
- Schetst kort het doel van de focusgroep en de werkwijze (twee onderdelen).
 - Legt uit dat er gewerkt zal worden met post-its en flip-overs, zodat iedereen expliciet zijn of haar eigen inbreng kan geven en de groepsresultaten zichtbaar zijn,
 - Vraagt toestemming voor maken van audio-opname tbv analyse en verslag. Resultaten worden anoniem verwerkt.

... – ... Inventarisatie positieve en verbeterpunten m.b.t. de geleverde zorg (ca. 20 minuten)

1. De facilitator vraagt de deelnemers na te denken over een punt dat goed gegaan is en een punt dat minder goed gegaan is met betrekking tot de geleverde zorg tijdens de zwangerschap en bevalling (dat hen het meest is bijgebleven). De deelnemers mogen de punten in enkele woorden met stift opschrijven op twee post-its, groene post-its voor positieve punten en roze post-its voor verbeterpunten.
2. De facilitator vraagt een deelnemer om haar punten te benoemen en toe te lichten.
Bijvoorbeeld:
 - a. Waarom wel/niet goed gegaan?
 - b. Heeft de deelnemer de ervaring toentertijd teruggekoppeld aan de zorgprofessional?
 - c. Wat zou in de toekomst verbeterd kunnen worden?
3. Vervolgens inventariseert de facilitator of er dezelfde of vergelijkbare punten zijn bij andere deelnemers. Ook hierbij zal om een toelichting worden gevraagd.
4. Daarna vraagt de facilitator om een willekeurig ander punt van een andere deelnemers. Dezelfde procedure wordt gevolgd als hiervoor beschreven.
5. Als alle post-its zijn ingenomen vraagt de facilitator de deelnemers of er nu nog belangrijke punten missen. Deze worden met een andere kleur (geel of oranje) post-it bijgeplakt.
6. Tijdens voorgaande stappen worden de post-its ingenomen en geclusterd. Na stap 5, vat de facilitator de bevindingen samen.

... –... Perspectief continuïteit van zorg (ca. 30 minuten)

1. Facilitator en assistent leggen op ... plaatsen opnameapparatuur neer.
2. Op 3 flip over vellen staan drie concepten m.b.t. continuïteit van zorg beschreven: 1) continuïteit van informatie, 2) continuïteit van beleid en management en 3) relationele continuïteit. Facilitator legt de drie concepten uit.
3. De facilitator vraagt aan de deelnemers over welk concept ze graag iets zouden willen zeggen. De deelnemers zullen op basis hiervan worden ingedeeld in drie groepjes.
4. Per groepje zullen deelnemers eerst op 2 post-its hun belangrijkste ervaringen opschrijven. Deze post-its worden op de flip over vellen geplakt. Vervolgens worden de post its binnen de subgroepen besproken. De facilitator en assistent lopen rond ter ondersteuning.
5. Elke subgroep presenteert binnen de hele groep hun bevindingen.

... – ...Afsluiting (ca. 5 minuten)

1. De facilitator geeft kort weer hoe resultaten zullen worden gebruikt en vraagt of er vanuit de deelnemers nog vragen zijn.
2. De facilitator en assistent bedanken de deelnemers voor hun bijdrage en delen dankjes uit.

... – ... Opruimen (ca. 5 minuten)

Bijlage 6: Projectplan 2.0 – Klein maar Fijn – Cliëntenparticipatie

Regio's: Noord Kennemerland en Zaanstreek

Datum: 13-06-2016

Geschreven door: Else Vooijs

Doelstelling

Het vormgeven van 'cliëntparticipatie' binnen het VSV. Het jaar 2016 zal gebruikt worden voor de besluitvorming en vormgeving, zodanig dat per 1 januari 2017 de gekozen vorm is uitgewerkt en de participatie van start kan gaan. Evaluatie zal steeds jaarlijks plaatsvinden.

Fasen en planning

I. Voorbereidingsfase:

- Aanstelling projectleider
- Inrichting multidisciplinaire werkgroep
- Brainstorm over cliëntenparticipatie
- Maken van projectplanning

II. Analysefase

- Analyse huidige situatie: bestaande initiatieven voor cliëntenparticipatie in de VSV's
- Bestaande initiatieven in andere regio's inventariseren, contact leggen en informatie opvragen
- Werven van cliënten voor in de database cliëntenparticipatie
 - 200 cliënten per VSV (1^e en 2^e lijn; zwanger of bevallen maximaal 1 jaar geleden en zorg genoten uit desbetreffende VSV) die benaderd willen worden bij participatie initiatieven
- Opstellen en uitvoeren van digitale cliënten enquête – hoe willen zij betrokken worden?
- Analyseren en beoordelen van de cliënten enquête
- Analyseren op welke manier de gehele populatie (in zijn diversiteit) stem krijgt en betrokken wordt binnen de VSV's, specifiek de allochtone- en kwetsbare populatie
- Inventariseren van de behoefte en wensen binnen de VSV's op welk termijn, en op welke inhoud behoefte is aan advies / inspraak van de cliënt
- Beoordelen welke manier van cliëntenparticipatie in beide regio's past en aansluit aan de wensen van de cliënten

III. Ontwerpfase

- Ontwerpen van advies voor VSV's rondom cliëntenparticipatie

- Planning maken (focusgroepen / spiegelbijeenkomsten / cliëntenraad activiteiten, naar het eerder opgestelde advies)
- Draaiboeken schrijven (afhankelijk van uitkomst van analyse fase)
 - Spiegelbijeenkomst
 - Focusgroep
 - Eventueel cliëntenraad / digitaal platform
- Inwinnen van juridisch advies
- Voorstellen maken rondom te vormen besluitvorming (in groot VSV)
 - Zeggenschap
 - Besluitvorming
 - Positionering
 - Faciliteren en begeleiden van cliënten
 - Inbedding
- Formeel reglement opstellen

IV. Realisatiefase

- Uitvoeren van planning uit de ontwerpfase
- Aanpassingen websites
- Eventueel ontwerpen van website / logo / flyer

V. Evaluatiefase

- Evalueren van de werkwijze van cliënteparticipatie binnen het groot VSV
- Toetsen gestelde doelstellingen

Tijdsfasering project

	Jan. – Juni 2016	Juli 2016	Augustu s 2016	Septembe r 2016	Oktober 2016	Novembe r 2016	Decembe r 2016
I. Voorbereidingsfase							
II. Analysefase							
III. Ontwerpfase							
IV. Realisatiefase							
V. Evaluatiefase							

Evaluatie

Evaluatie van het project zal in 2016 inhouden dat er continue ruggenspraak is met alle betrokken partijen. De uiteindelijke besluitvorming vindt wat betreft het VSV plaats in 'het Groot VSV'. Als de cliëntparticipatie eenmaal van start is gegaan zal er met het VSV en de betrokken cliënten jaarlijks geëvalueerd worden volgens de 'Creativiteitscirkel' van Steven Covey. Verdere monitoring zal jaarlijks plaatsvinden middels de ReproQ.

Raakvlak visie Netwerk Geboortezorg

Het directe en meest relevante raakvlak tussen de doelstellingen en het project is de link met doelstelling nummer 6 van het Netwerk Geboortezorg:

2. Versterken van de positie van de (aanstaande) zwangere en hun partner, in het bijzonder de zwangere in een achterstandssituatie.

Daarnaast is het project ook relevant t.o.v. doelstelling 1: verbetering van de multidisciplinaire samenwerking, daar het VSV het project multidisciplinair aanstuurt en uitvoert, de participatie o.a. over de 'lijnoverstijgende zorg' zal gaan en het VSV er het grootste belang aan hecht om het geheel goed in te bedden binnen de verschillende belangen en zienswijzen van de verschillende betrokken partijen.

Bijlage 7: Uitkomsten enquête

VSV Kennemerland

Klik aan wat van toepassing is:		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Ik wil zwanger worden	0,0%	0
Ik ben zwanger	23,9%	26
Ik ben afgelopen 6 weken bevallen	10,1%	11
Ik ben afgelopen jaar bevallen	64,2%	70
Overige (geef nadere toelichting)	1,8%	2
answered question		109

Opmerkingen:

- 41 weken en 2
- Vorig jaar bevallen

Mijn hoogst behaalde opleidingsniveau is:		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Basisschool	0,0%	0
VMBO of MBO niveau 1	9,2%	10
HAVO of VWO of MBO	33,9%	37
HBO of WO bachelor	35,8%	39
WO Master	20,2%	22
Overige (geef nadere toelichting)	0,9%	1
answered question		109

Opmerkingen:

- Mbo niveau 3

In welk land ben jij geboren?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Nederland	93,6%	102
Polen	0,9%	1
Marokko	0,9%	1
Turkije	0,0%	0
Ander land, namelijk:	4,6%	5
answered question		109

Opmerkingen:

- Oekraïne
- Spanje
- Duitsland
- Armenie
- Bosnië

In welk land zijn jouw ouders geboren?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Nederland	93,5%	101
Polen	0,9%	1
Marokko	0,9%	1
Turkije	0,0%	0
Ander land, namelijk:	4,6%	5
answered question		108

Opmerkingen:

- Oekraïne
- Spanje
- Azerbaidjan
- Duitsland, Oostenrijk
- Bosnië

In welke mate vind jij betrokkenheid in het vormgeven van de geboortezorg in jouw regio belangrijk?							
Answer Options	Helemaal niet belangrijk		Enorm belangrijk		Rating Average	Response Count	
	1	2	24	45	37	4,06	
Eventuele toelichting:							109
answered question						109	

Opmerkingen:

- Ik snap de vraag niet, betrokkenheid van/door wie?
- Ik werk zelf in de zorg en weet hoe belangrijk het is dingen te blijven verbeteren.
- Als zorgverlener is het soms moeilijk te bepalen wat belangrijk is voor een client daarom vind ik het goed dat naar de meningen van cliënten en patiënten gevraagd wordt.
- vooral bij de eerste zwangerschap komt er veel op je af. erg belangrijk is dan goede info verstrekking en zorg.

Zou jij graag inspraak willen hebben in de manier waarop de geboortezorg vorm krijgt?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Ja, dat wil ik graag	70,6%	77
Nee, geef naderende toelichting	29,4%	32
Toelichting		19
answered question		109

Opmerkingen:

- Het ligt eraan wat er dan van mij verwacht wordt
- ik vind dat de geboortezorg goed geregeld is zoals die is
- Daartoe vind ik mezelf niet bevoegd.
- Ik heb nu 2 kinderen en verder geen kinderwens meer dus voor mij geldt dit niet meer, maar ik als ik nu zwanger zou zijn of nog willen worden dan zou ik wel graag inspraak willen hebben.
- Ons gezin is nu compleet
- Ik ben over het algemeen tevreden over de geleverde zorg. Bovendien is er altijd de mogelijkheid zelf aan te geven bij de kraamzorg wat je precies wenst/verwacht.
- Ik denk dat het goed is om vanuit ervaringen te kijken naar de wens binnen de geboortezorg
- je hebt altijd wel inspraak als het om jezelf gaat maar ik werk er niet dagelijks mee dus ik weet niet wat het beste werkt.
- Als ik het goed begrijp gaat meer zorg naar ziekenhuizen e.d ik laat dit graag aan de verloskundigen over die mij de hele zwangerschap al begeleiden.
- Ik denk dat dit is weggelegd voor vrouwen die nog kinderen willen krijgen
- Momenteel geen tijd voor
- Taak voor professionals
- Geen behoefte aan inspraak
- Geen
- Ik weet niet of ik een zinnige bijdrage zou hebben.
- Heb waarschijnlijk in de toekomst geen belang bij
- Het zou eigenlijk maatwerk moeten zijn. Persoonlijk geen bijzonderheden
- Geen behoefte aan

Answer Options	Response Percent	Response Count
Voor de zwangerschap	17,7%	11
Tijdens de zwangerschap	87,1%	54
In de kraamtijd (6 weken na de bevalling)	54,8%	34
Tijdens het eerste jaar na de geboorte van de baby	37,1%	23
Tijdens de eerste vier jaar na de geboorte van de baby	11,3%	7
answered question		62
skipped question		47

In welke mate vind jij het belangrijk om over de volgende onderwerpen jouw mening te kunnen geven?

Answer Options	Helemaal niet belangrijk om inspraak in te hebben als cliënt					Enorm belangrijk, kan niet goed zonder inspraak van cliënten	Average rate	Response Count
	1	2	3	4	5			
Manier van informatie ontvangen en voorlichting	3	7	21	36	23	3,8	90	
Invulling van de controles tijdens de zwangerschap	2	4	17	40	25	3,9	88	
De begeleiding van verschillende zorgverleners tijdens de bevalling	0	2	15	34	38	4,2	89	
De begeleiding van verschillende zorgverleners tijdens het kraambed	1	1	11	46	30	4,2	89	
De plek, zorgverlener en wijze van de echo's	2	7	20	39	21	3,8	89	
De plek en manier van bloedonderzoek	3	20	29	24	14	3,3	90	

De faciliteiten en uitstraling van verloskamers	6	10	26	28	20	3,5	90	
De faciliteiten en uitstraling van verloskunde praktijken	9	11	36	23	10	3,2	89	
Het huisbezoek rond 30 weken zwangerschap (inhoud en door wie)	1	8	32	32	17	3,6	90	
Het elektronisch dossier (voor alle zorgverleners één dossier)	4	8	25	30	23	3,7	90	
De taken en rolverdeling van verschillende zorgprofessionals	3	11	35	26	15	3,4	90	
De samenwerking tussen zorgverleners	3	12	26	30	19	3,6	90	
Eventuele toelichting:							3	
							answered question	90
							skipped question	19

Opmerkingen:

- Een huisbezoek rond 30 weken door wie? heb ik bij beide zwangerschappen nooit gehad
- Terugkijkende op mijn bevalling (die niet helemaal verliep volgens plan, zacht uitgedrukt) heb ik het gevoel dat er tijdens en na mijn bevalling te weinig gecommuniceerd is tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en ons als ouders. Dat heeft me een nare nasmaak gegeven en maakt dat ik fel ben als het op het onderwerp communicatie aankomt.
- Bepaalde zaken kun je als client geen inspraak in hebben omdat daar een bepaald kennisniveau voor nodig is. De expertise van de professional moet met daarbij de informatie die je krijgt is leidend voor je vervolgstappen. Maw informatie van de professional is het belangrijkste, vertrouwensband opbouwen gedurende de periode.

Op welke manier zou je jouw mening / idee / advies willen geven?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Enquête(s) per email	75,6%	68
Opzetten van een cliëntenraad (groep van vrouwen / mannen die hun mening kunnen geven)	18,9%	17
Deelnemen in werkgroepen waar veranderplannen worden gemaakt	20,0%	18
Focusgroepen (is een vraaggesprek)	21,1%	19
Spiegelbijeenkomsten, een gesprek waar ervaringen gedeeld worden	27,8%	25
Ideeënbus	26,7%	24
Anders, namelijk:	4,4%	4
answered question		90
skipped question		19

Mogen wij jou in de toekomst benaderen om jouw mening of advies te vragen?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Ja, leuk!	71,1%	64
Nee, graag een toelichting	28,9%	26
answered question		90
skipped question		19

Opmerkingen:

- Een huisbezoek rond 30 weken door wie? heb ik bij beide zwangerschappen
Uit fysieke bijeenkomsten is veel meer informatie te winnen dan uit een enquête. Ik ben van mening dat een enquête te algemeen en oppervlakkig is
- Een arena met cliënten en gespreksleider waarbij er naar ervaringen wordt gevraagd en de zorgverleners aanwezig zijn maar niets mogen zeggen. Is vaak een eye opener
- Directe vraag

Opmerkingen:

- Ik kan niet voldoende nederlands praten
- Geen behoefte
- Zware periode na bevalling en nog erg veel aan mijn hoofd
- Geen interesse
- Sorry, te druk op het moment
- Een enquête invullen prima, maar verder geen behoefte
- Op dit moment te druk
- Per email
- Geen behoefte meer aan. Laatste zwangerschap net gehad.
- ik wil geen telefoonnummer achterlaten
- Gezin compleet
- Ik geniet volop VAN m'n kids. En werk erbij weinig tijd over voor Andere zaken
- Momenteel erg druk
- Liever laat ik het hierbij
- Ik ben altijd goed begeleid dus ik heb niet echt iets aan te geven dat veranderd or aangepast kan worden
- Te druk
- Geen tijd
- liever niet
- Geen behoefte aan
- Ik geloof niet dat ik iets kan toevoegen

Vul hieronder jouw contact gegevens in:		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Voor- en achternaam	100,0%	59
Plaats	100,0%	59
E-mailadres	100,0%	59
Telefoonnummer	100,0%	59
answered question		59
skipped question		50

Samenvatting uitkomst enquête VSV Kennemerland

- Respons: 109 vrouwen
- 64.2% van de vrouwen zijn afgelopen jaar bevallen en 23,9% op dit moment zwanger
- De grootste groep (35,8%)van de vrouwen heeft HBO /Wo bachelor als opleidingsniveau
- 93,5% van de vrouwen en haar ouders zijn in Nederland geboren
- Men vind de betrokkenheid van de inrichting van de geboortezorg belangrijk (4,0 uit 5)
- 70,6% wilt zelf graag inspraak hebben
- De meeste vrouwen willen graag inspraak hebben tijdens de zwangerschap (87,1%)
- 54,8% van de vrouwen wilt inspraak hebben in de kraamtijd (binnen 6 weken post partum)
- Men wilt het liefst inspraak hebben over de begeleiding tijdens de bevalling en kraambed
- 75,6% heeft de voorkeur voor inspraak doormiddel van enquête
- 27,8% van de vrouwen geeft aan voorkeur te hebben voor een spiegelbijeenkomst
- De ideeënbus (26,7%) en focusgroep (21,1%) scoort relatief hoog
- 64 vrouwen vind het goed later nog eens benaderd te worden
- 59 vrouwen hebben hun gegevens achter gelaten

Uitkomsten cliënten enquête VSV Zaanstreek

Klik aan wat van toepassing is:		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Ik wil zwanger worden	2,3%	4
Ik ben zwanger	90,6%	155
Ik ben afgelopen 6 weken bevallen	1,8%	3
Ik ben afgelopen jaar bevallen	2,3%	4
Overige (geef nadere toelichting)	2,9%	5
answered question		171
skipped question		0

Opmerkingen:

- 2x bevallen, laatste x jaar geleden en nu zwanger
- Vorig jaar bevallen en nu voor de volgende aan de slag
- Zoon van 2 en misschien in de toekomst nog wel een keer zwanger
- Ik ben 3 jaar geleden bevallen

Mijn hoogst behaalde opleidingsniveau is:		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Basisschool	0,6%	1
VMBO of MBO niveau 1	9,9%	17
HAVO of VWO of MBO	38,0%	65
HBO of WO bachelor	38,6%	66
WO Master	8,2%	14
Overige (geef nadere toelichting)	4,7%	8
answered question		171

Opmerkingen:

- PhD social science
- Doctor (wetenschap)
- mbo3 detailhandel
- mbo 4
- Executive master
- Ik heb mbo/havo fotovakschool af g erond maar is een niet erkende diploma maar een certificaat.
- Mbo niveau 2

In welk land ben jij geboren?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Nederland	93,6%	160
Polen	0,6%	1
Marokko	0,6%	1
Turkije	0,0%	0
Ander land, namelijk:	5,3%	9
answered question		171
skipped question		0

•

Opmerkingen:

- Sint. Maarten
- suriname
- Suriname
- Duitsland
- Macedoenie
- Zwitserland
- Kameroen
- Kroatie
- Rusland

In welk land zijn jouw ouders geboren?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Nederland	86,5%	147
Polen	0,6%	1
Marokko	2,4%	4
Turkije	2,4%	4
Ander land, namelijk:	8,2%	14
answered question		170
skipped question		1

Opmerkingen:

- Italië
- Rusland
- Curacao & Dominica
- suriname
- Nederland en Malawi
- Suriname
- Nederland en vader in Italië
- Suriname
- Macedonie
- Indonesië
- Nederland en Algerije
- Kameroen
- Kroatie
- spanje

In welke mate vind jij betrokkenheid in het vormgeven van de geboortezorg in jouw regio belangrijk?							
Answer Options	Helemaal niet belangrijk			Enorm belangrijk	Rating Average	Response Count	
	1	6	30	61	73	4,16	171
Eventuele toelichting:							1
						answered question	171
						skipped question	0

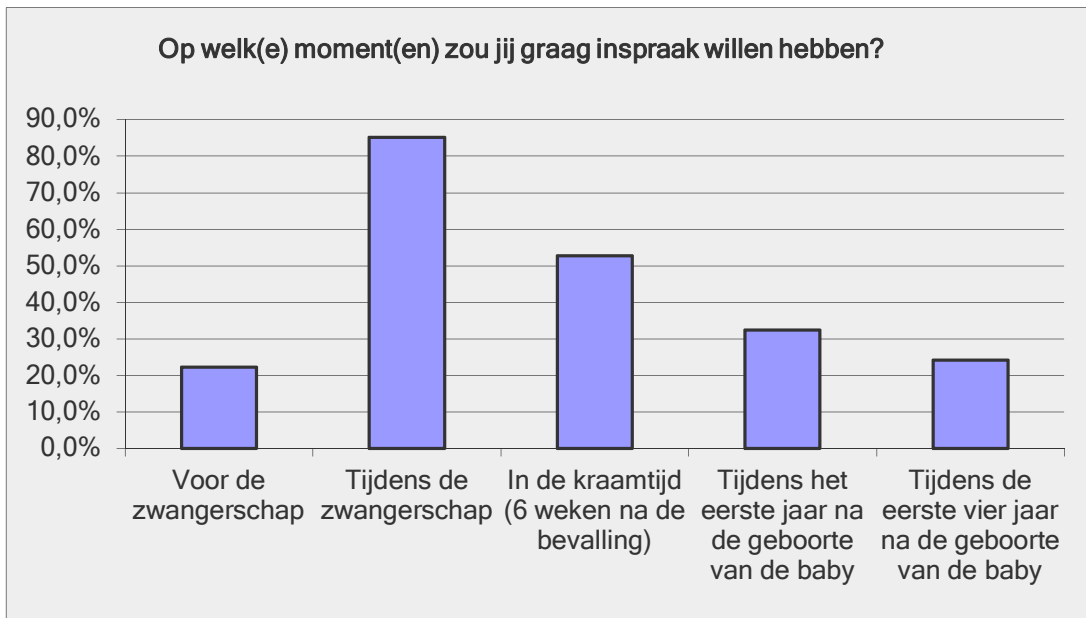
Opmerkingen:

- Doen andere mensen wel
- geen behoefte aan
- Met name die van mijzelf, mocht ik tegen dingen aanlopen dan ook eventueel breder
- Ik wil zelf de keuze hebben hoe en waar ik beval.
- ik vertrouw op de deskundigheid van de verloskundigen
- Dat laat ik graag over aan de professionals
- te weinig ervaring om daar over mee te praten
- Laat ik over aan mensen die ervoor geleerd hebben
- Ik vertrouw op de deskundige.
- Ik heb er nog weinig ervaring mee
- Ik heb onvoldoende kennis hierover om dit te kunnen
- Ik hoef geen directe inspraak te hebben, maar vind het vooral belangrijk dat de mensen waarom het draait (zwangere vrouwen) gehoord worden.
- Maar ben tevreden met de zorg die mij is verleend tot nu toe

Zou jij graag inspraak willen hebben in de manier waarop de geboortezorg vorm krijgt?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Ja, dat wil ik graag	76,6%	131
Nee, geef naderende toelichting	23,4%	40
Toelichting		13
answered question		171
skipped question		0



Op welk(e) moment(en) zou jij graag inspraak willen hebben?		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Voor de zwangerschap	22,2%	24
Tijdens de zwangerschap	85,2%	92
In de kraamtijd (6 weken na de bevalling)	52,8%	57
Tijdens het eerste jaar na de geboorte van de baby	32,4%	35
Tijdens de eerste vier jaar na de geboorte van de baby	24,1%	26
answered question		108
skipped question		63

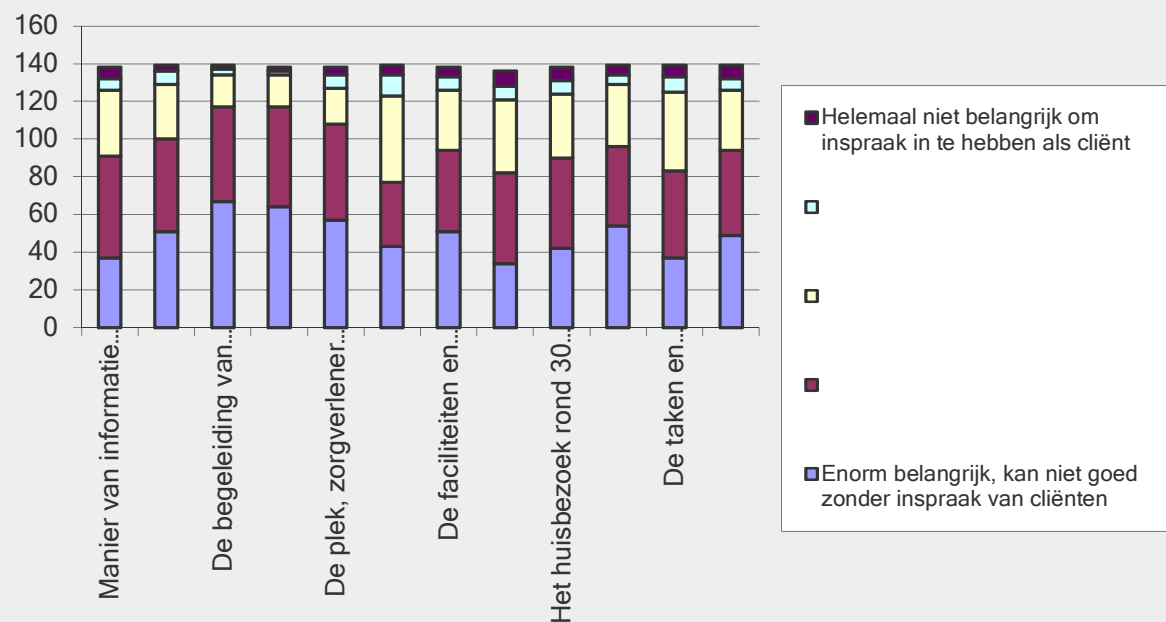


In welke mate vind jij het belangrijk om over de volgende onderwerpen jouw mening te kunnen geven?

Answer Options	Helemaal niet belangrijk om inspraak in te hebben als cliënt				Enorm belangrijk, kan niet goed zonder inspraak van cliënten	Response Count
Manier van informatie ontvangen en voorlichting	6	6	35	54	37	107
Invulling van de controles tijdens de zwangerschap	3	7	29	49	51	108
De begeleiding van verschillende zorgverleners tijdens de bevalling	2	3	17	50	67	108
De begeleiding van verschillende zorgverleners tijdens het kraambed	2	2	17	53	64	107
De plek, zorgverlener en wijze van de echo's	4	7	19	51	57	107
De plek en manier van bloedonderzoek	5	11	46	34	43	108
De faciliteiten en uitstraling van verloskamers	5	7	32	43	51	107
De faciliteiten en uitstraling van verloskunde praktijken	8	7	39	48	34	107
Het huisbezoek rond 30 weken zwangerschap (inhoud en door wie)	7	7	34	48	42	107
Het elektronisch dossier (voor alle zorgverleners één dossier)	5	5	33	42	54	108

De taken en rolverdeling van verschillende zorgprofessionals	6	8	42	46	37	108
De samenwerking tussen zorgverleners	7	6	32	45	49	108
Eventuele toelichting:						4
answered question						108
skipped question						63

In welke mate vind jij het belangrijk om over de volgende onderwerpen jouw mening te kunnen geven?



Opmerkingen:

- Een bevalling wordt veel te snel medisch en als vrouw moet je zelf de regie kunnen houden. En die wordt veels te veel uit handen genomen.
- Cliënten hebben niet overal een reële kijk op, dus sommige zaken kunnen professionals beter zelf beslissen obv hun kennis/ervaring
- Er moet veel meer naar de moeders geluisterd worden ipv protocollen
- wat ik belangrijk vind meer begeleiding bij miskraam
- Het zou vervelend zijn om je verhaal opnieuw aan zorgverleners te vertellen

Op welke manier zou je jouw mening / idee / advies willen geven?

Answer Options	Response Percent	Response Count
Enquête(s) per email	84,9%	118
Opzetten van een cliëntenraad (groep van vrouwen / mannen die hun mening kunnen geven)	6,5%	9
Deelnemen in werkgroepen waar veranderplannen worden gemaakt	4,3%	6
Focusgroepen (is een vraaggesprek)	7,9%	11
Spiegelbijeenkomsten, een gesprek waar ervaringen gedeeld worden	15,1%	21
Ideeënbus	28,8%	40
Anders, namelijk:	2,9%	4
answered question		139
• skipped question		• 32

Opmerkingen:

- Telefonisch
- via de verloskundige
- liever niet
- Feedback via app

Mogen wij jou in de toekomst benaderen om jouw mening of advies te vragen?

Answer Options	Response Percent	Response Count
Ja, leuk!	73,4%	102
Nee, graag een toelichting	26,6%	37
answered question		139
skipped question		32

- Ik ben nog nieuw hier in de Zaanstad weet niet zoveel hoe het allemaal hier gaat
- Alleen via mail
- Ik zou wel willen, maar gewoonweg momenteel de tijd er niet voor. Goed initiatief, succes met verder uitrollen!
- Mag wel maar graag alleen per email
- Ik heb een zeer druk bestaan en in mijn vrije tijd probeer ik mij volledig te richten op mijn gezin en de bijbehorende huishoudelijke taken.. In mijn werk met mensen en verschillende disciplines kom ik al teveel enquêtes tegen voor verbetering van bepaalde zaken.
-
- Ik heb daar geen behoefte aan.
- geen interesse
- Niet nodig
- enkel via internet bijv enquête
- geen behoefte aan
- Liever niet
- druk
- Staat mij gedachten nu niet naar
- Geen tijd
- Geen interesse
- Alleen via enquetes
- Niet nodig
- geen behoefte aan
- Liever niet. Alleen enquête via mail wil ik aan meewerken.
- Geen behoefte aan
- geen tijd

Vul hieronder jouw contact gegevens in:		
Answer Options	Response Percent	Response Count
Voor- en achternaam	100,0%	88
Plaats	100,0%	88
E-mailadres	100,0%	88
Telefoonnummer	100,0%	88
answered question		88
skipped question		83

Samenvatting van de uitkomsten VSV Zaanstreek

- Respons van 171 vrouwen
- 90,6% van de vrouwen die de enquête hebben ingevuld zijn zwanger
- 38% heeft een opleidingsniveau Havo / Vwo/ Mbo en 38,6% heeft HBO / Wo bachelor
- 93.6% is geboren in Nederland
- 86,5% van de ouders zijn geboren in Nederland
- De meeste vrouwen die de enquête heeft ingevuld is hoger opgeleid en van Nederlandse afkomst
- Men vindt de betrokkenheid van de inrichting van de geboortezorg belangrijk (4,16 uit 5)
- 75,6% wilt zelf graag inspraak hebben
- 85,2% wilt graag tijdens de zwangerschap inspraak hebben
- Het grootste gedeelte wilt graag inspraak hebben via enquête (84,9%)
- 28.8 % vind inspraak via een ideeënbus fijn en 15,1% zou wel een spiegelbijeenkomst willen
- Men wilt het liefst inspraak hebben over de begeleiding tijdens de bevalling en kraambed, maar ook over de plek en organisatie van echo's
- 102 van de 171 wilt later nog wel eens benaderd worden
- 88 vrouwen hebben hun gegevens achtergelaten om benaderd te worden

Bijlage 8: voorbeeld lijst werven cliënten

KLEIN MAAR FIJN – CLIENTENPARTICIPATIE

Doel van enquête -> we willen jouw mening!

Alle betrokkenen (verloskundigen, gynaecologen en kraamcentra) van het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) willen te weten komen hoe cliënten denken over cliëntenparticipatie.

- *Wil je betrokken worden bij het vormgeven van geboortezorg?*
- *Hoe zou jij willen dat cliëntenparticipatie in de regio eruit ziet?*

Duur enquête: 5-10 min

	Naam	Email
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		

Bijlage 9: informatie over mediquest

<http://home.mediquest.nl/>

Het bedrijf

De marktwerking in de gezondheidszorg is de directe aanleiding geweest voor de oprichting van MediQuest. De overheid gaf de patiënt de mogelijkheid om zijn zorg te kiezen, en zo het verschil te maken, maar er viel nog weinig te kiezen. Actuele en openbare keuze-ondersteunende informatie was moeilijk te vinden. MediQuest is opgericht om in deze behoefte te voorzien en zo consumenten, maar ook andere zorgpartijen, van betrouwbare en volledige informatie te voorzien.

Sinds de oprichting in 2005, zijn wij onze pioniersfunctie ontgroeid en zijn wij toonaangevend als het gaat om dataverzameling, dataverrijking, keuze-informatie, online (patiënt)onderzoek en efficiënte webapplicaties. Met onze werkzaamheden ondersteunen wij zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, zorgvergelijkers en beleidsmakers.

Wij zijn in bezit van de LROI certificering voor PROMs. Daarnaast conformeren wij ons aan de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) en onderschrijven de internationale gedragscode voor onderzoek en statistiek (ICC/ESOMAR).

Al ons E-mailverkeer is met TLS beveiligd. TLS vormt een waarborg dat de informatie die wij via E-mail verzenden en ontvangen beveiligd is.

Transport Layer Security (TLS) en diens voorganger **Secure Sockets Layer (SSL)**, zijn encryptie-protocollen die de communicatie tussen computers (zoals bijvoorbeeld op het internet) beveiligen.

Wat is het Patiënttevredenheidsonderzoek?

Het **patiënttevredenheidsonderzoek Ratings & Review** van MediQuest is een beknopte gestandaardiseerde vragenlijst waarmee u op afdelings- of specialisameniveau continu de tevredenheid van uw patiënten meet. Zowel met rapportcijfers, als met een vrij tekstveld.

- Een **snelle thermometer** voor uw organisatie: waar gaat het goed en minder goed?
- Naast kwantitatieve gegevens bieden de **reviews** een **schat aan kwalitatieve informatie**
- **Hou zelf de regie in handen:** speel direct in op eventuele klachten
- Naar wens kunt u **eigen vragen toevoegen**
- **Minimale belasting voor de patiënt:** één onderzoek dient meerdere doelen

Contact

Heeft u vragen, of zoekt u meer informatie over dit product?

Neem dan contact op met Daniël Meier. Telefoon: **06 528 671 54**.

Patiëntervaringen

Een patiëntonderzoek meet de tevredenheid of de ervaringen van uw patiënten met de zorg die zij ontvangen hebben. Dat kan op verschillende manieren; met een beknopte of uitgebreide vragenlijst, online of schriftelijk, met meerkeuzevragen, open tekstvelden of rapportcijfers. Welke methode geschikt is, hangt sterk af van uw doel en uw doelgroep. Wij helpen u graag bij het kiezen van de de meetmethode. Zo krijgt u de **juiste resultaten, belast u uw patiënten minimaal** en is de kans op **hoge respons** het grootst.

Wij voeren patiëntonderzoeken uit met de CQi, Ratings & Review, PROMs en NPS (dit is een sleutelvraag die de aanbevelingsintentie van uw patiënten meet) voor **alle typen zorgaanbieders**. Zo voeren wij onder meer een **landelijke CQi meting borstkankerzorg** uit in ziekenhuizen en zijn wij betrokken bij geweest bij de opzet van **PROMs Nederland**.

Wat is de CQ-index?

De CQ-index (Consumer Quality Index) is een gestandaardiseerde methodiek om **klantervaringen in de zorg** te meten, te analyseren en te rapporteren. De CQ-index meet de ervaringen van patiënten met de zorg én het belang dat zij aan bepaalde kwaliteitsaspecten hechten.

De vragen gaan over concrete ervaringen met de zorg door beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld huisartsen) of over de zorg die instellingen verlenen (bijvoorbeeld verpleeghuizen). Er zijn ook vragen die betrekking hebben op de zorg rond bepaalde aandoeningen (bijvoorbeeld COPD/astma of reuma). Zorginstellingen kunnen hun **zorgproces bijsturen** op basis van deze informatie over de feitelijke, concrete ervaringen van hun klanten.

Wat zijn PROMs?

PROMs staat voor Patient Reported Outcome Measures. Dit zijn korte, gevalideerde vragenlijsten die veranderingen meten in de gezondheid zoals de patiënt deze ervaart. U als zorgverlener krijgt hiermee informatie over de effectiviteit van uw behandeling voor de individuele patiënt, maar ook voor grotere groepen patiënten.


Contact

Heeft u vragen, of zoekt u meer informatie over dit product?

Neem dan contact op met Steven Horsch.

Telefoon: **06 – 12 65 16 44**

MediQuest



45004034

Logo van uw ziekenhuis

Unieke barcode
Koppel it zorgtype, specialisme en locatie aan de beoordeeling

Ultimate Question
Input voor Net Promotor Score:
- 0-6 = Criticaster
- 7-8 = Passief
- 9-10 = Promotor
NPS = % promotors min % criticaster

Kwaliteitsaspecten

Review
Vrije tekstveld dat veel kwalitatieve informatie bevat en dus nieuwe inzichten verschaft

Voorbeeld:
"Behalve de bloedsuitslagen wordt er verder weinig ingegaan op andere zaken (bijv. bloeddruk). Het consult bedraagt vaak niet meer dan een aantal minuten."

Nakeer hieronder uw ervaringen met of opmerkingen over bovengenoemd(e) specialisme / afdeling in het ziekenhuis.

Dit deel stuurt de patiënt terug, zodat de privacy gewaarborgd is

Rapportage
Resultaten worden op de drie niveaus berekend en inzichtelijk gemaakt

Benchmark
Resultaten van de rapportvragen (behalve gastvrijheid) worden landelijk gebenchmarkt

Extra vraag
Optie om naar wensen vragen toe te voegen

Deze twee vragen alleen voor patiënten opname
U kunt zelf vragen voor polikliniek inbrengen

Meer info nodig?
Patiënten kunnen verdere informatie opvragen

Ook moge lijk: meten per locatie!

Deze vragenlijst wordt geautomatiseerd verwerkt. Daarom is het belangrijk dat u:

- De vragenlijst niet kreukt
- De vragenlijst invult met een zwarte of blauwe pen (geen rode pen en geen viltstift)
- Uw cijfer geeft door een duidelijk kruisje in het hokje van uw keuze te zetten
- Bij een verkeerd ingevuld kruisje, deze laat staan en het goed ingevulde hokje helemaal zwart maakt
- Bij de laatste, open vraag duidelijk en binnen het rechthoekige kader schrijft

Hoe waarschijnlijk is het dat u bovengenoemd(e) specialisme / afdeling bij een vriend of collega zou aanbevelen?
(0 = zeer onwaarschijnlijk, 10 = zeer waarschijnlijk)

Kunt u aankruisen in welke mate u tevreden bent over:
(1 = zeer ontevreden, 10 = zeer tevreden)

De tijd en aandacht die de arts voor u had?

De deskundigheid van de arts?

De mate waarin u met respect werd behandeld?

De mate waarin u op begrijpelijke wijze werd geïnformeerd?

De mate waarin de zorgverleners samenwerkten?

Het resultaat van de behandeling?

De gastvrijheid?

De verzorging?

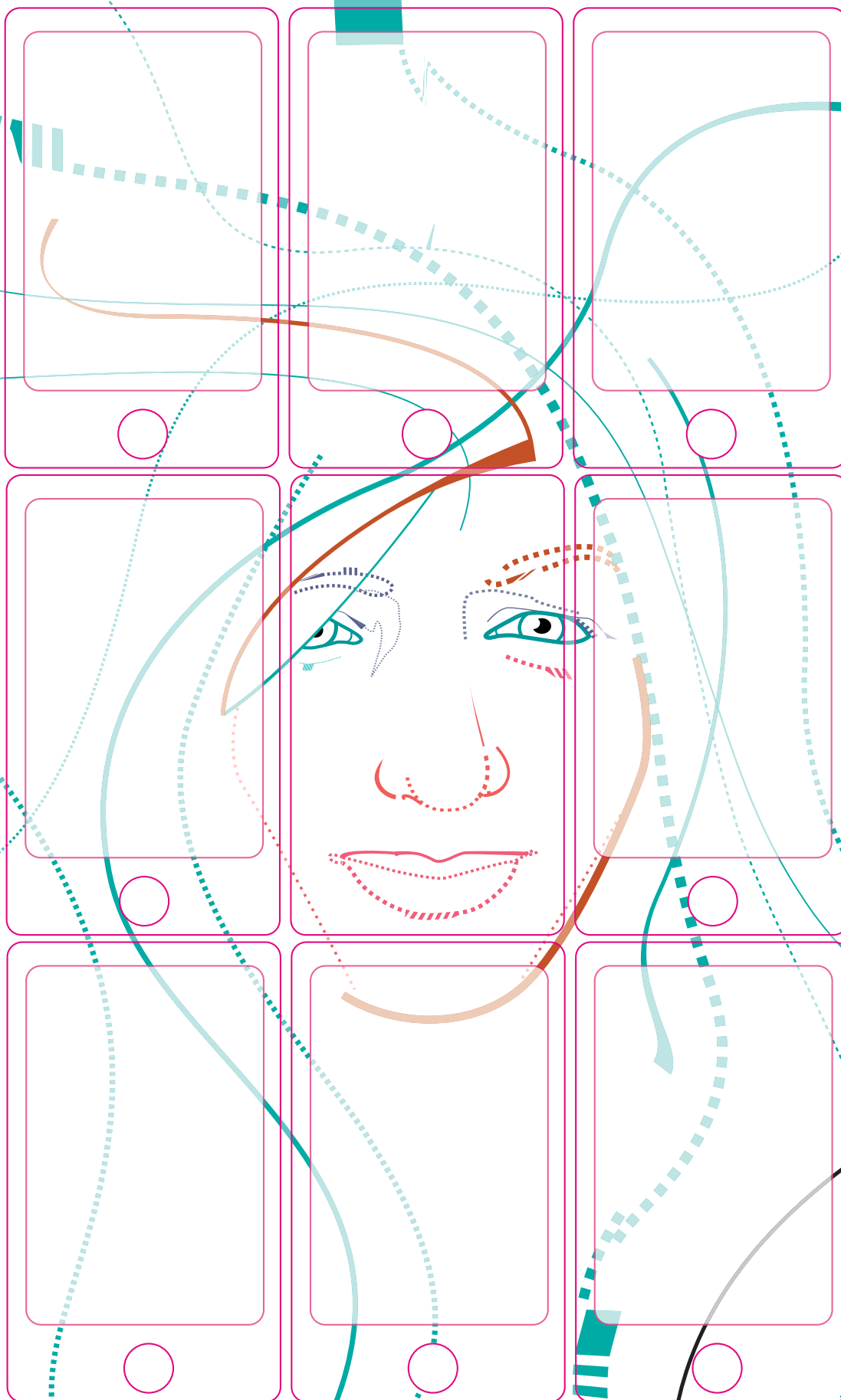
De ontslagprocedure en nazorg?

Beschrijf in het zwart omrande kader Daarnaast uw ervaringen met bovengenoemd(e) specialisme / afdeling in het ziekenhuis.

Heeft u na het invullen van de vragenlijst nog vragen? Dan kunt u kijken in het kwaliteitsportaal op www.mcwelzijn.nl of bellen met de afdeling kwaliteit en veiligheid op 0100-123456.

Bijlage 10: Artikel LHV wetgeving privacy

TEKST: CORIEN LAMBREGTSE // BEELD: ANKA KRESSE



WAARBORGEN VAN PRIVACY
IN HUISARTSPRAKTIJK

HOE U VEILIG OMGAAT MET PATIËNTGEGEVENS

De privacy van patiënten en hun gegevens begint al in de wachtkamer en heeft ook alles te maken met de manier waarop het HIS wordt gebruikt. Met simpele maatregelen kunt u al veel bereiken.

Bij een goede praktijkvoering hoort het erbij, net als schoonmaak en hygiëne: veilig omgaan met patiëntgegevens. Het onderwerp staat bij huisartsen al hoog op de agenda. Met de invoering van de meldplicht datalekken, het wetsvoorstel Cliëntenrechten bij digitale gegevensuitwisseling en te verwachten Europese regels op het gebied van privacy is de urgentie alleen maar toegenomen.

“Informatiebeveiliging is niet moeilijk. Het is vooral een kwestie van organiseren en delegeren”, vertelt Hans Erik van Helsdingen, LHV-beleidsmedewerker ICT. “Vergelijk het met autorijden”, voegt Hossein Nabavi toe. Hij is oprichter van de Stichting Informatiebeveiliging Gezondheidszorg en docent bij de LHV-cursus Informatiebeveiliging.

“De meeste automobilisten hebben geen verstand van autotechniek, maar ze hebben wel de taak om veilig te rijden, op tijd te tanken en een grote beurt te laten uitvoeren. Datzelfde geldt voor ICT: gebruikers moeten er veilig mee omgaan, maar de reparatie en het onderhoud kunnen ze beter aan iemand anders overlaten. De leverancier van het huisartsinformatiesysteem bijvoorbeeld.”

■ Scherp bewustzijn

Van Helsdingen en Nabavi zien informatiebeveiliging daarmee als integraal onderdeel van het huisartsenvak. Nabavi: “Voor elke arts is het van groot belang om over goede patiëntinformatie te beschikken en daar vertrouwelijk mee om te gaan. Dat zit

Wat houdt de meldplicht datalekken in?

Per 1 januari 2016 is de meldplicht datalekken ingegaan. De meldplicht is onderdeel van de Wet bescherming persoonsgegevens. Ook artsen hebben de plicht om het lekken van data te melden. Het gaat onder meer om het verliezen, onrechtmatig gebruiken of verwijderen van gegevens, waardoor de privacy van patiënten kan worden geschonden.

Voorbeelden zijn: het verlies van een usb-stick of laptop met onversleutelde gegevens of het verzenden van een e-mail aan een andere persoon dan bedoeld. Het kan ook zijn dat anderen zich toegang verschaffen tot het computersysteem van een huisartspraktijk en inzicht krijgen in allerlei patiëntgegevens. Een datalek dat nadelige gevolgen kan hebben voor de betrokkenen, moet worden gemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens en ook aan de betrokken patiënt(en).

De huisartspraktijk moet zich in zo'n geval verantwoorden over de maatregelen die zijn genomen om het datalek te voorkomen en over de maatregelen die worden genomen om de schade te beperken. Als de gepleegde inspanningen onvoldoende zijn, kan de Autoriteit Persoonsgegevens de huisartspraktijk een boete opleggen van maximaal 820.000 euro. Op www.autoriteitpersoonsgegevens.nl vindt u beleidsregels en veelgestelde vragen die u helpen bepalen of er sprake is van een datalek en of dat gemeld moet worden.

‘Persoonlijke gegevens stuur ik alleen via beveiligde e-mail’

al in de Eed van Hippocrates. Slechte informatie bedreigt de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening en de veiligheid van de patiënten. Het gaat erom dat de juiste informatie beschikbaar is voor degene die deze informatie nodig heeft om de patiënt te kunnen helpen. Daarbij gaat het altijd om de juiste balans tussen vertrouwelijkheid (privacy), integriteit (kwaliteit) en beschikbaarheid.’

Om die balans te vinden is het belangrijk om op de juiste dingen te letten en er actie

op te ondernemen. “Informatiebeveiliging begint heel concreet bij de balie, in de wachtkamer en in de print-kopieerruimte”, vertelt Nabavi: “Het vergt een bepaald veiligheidsbewustzijn. De beste manier om dat bewustzijn scherp te krijgen en te houden, is iets heel simpels: vaak samen koffiedrinken. Want tijdens het koffiedrinken is er gelegenheid om het punt van de informatiebeveiliging met elkaar te bespreken. En haal er ook af en toe de schoonmaker bij, want als er papieren bij de printer of op bureaus blijven liggen, dan kan de schoonmaker dat weten.”

De huisarts heeft de verantwoordelijkheid om vertrouwelijk met patiëntgegevens om te gaan. Ook al doet de patiënt dat zelf soms niet. Nabavi: “De patiënt mag zijn hele hebben en houden op facebook zetten als hij dat wil, maar de huisarts moet zich aan de eisen van vertrouwelijkheid houden.”

Praktische tips en gedragsregels

- Hang geen geboortekaartjes in de wachtkamer. Geboortekaartjes zijn bedoeld voor de dokter en praktijkmedewerkers, niet voor andere patiënten.
- Bied privacy bij de balie. Een patiënt heeft er recht op dat hij vertrouwelijk kan spreken aan de balie, zonder dat de hele wachtkamer meeluistert. Dat geldt ook voor (telefoon)gesprekken bij de balie. Praat niet te luid. Waar mogelijk: plaats een muur tussen balie en wachtkamer of regel een aparte ruimte voor triagegesprekken.
- Schaf folies aan die voorkomen dat iemand van de zijkant mee kan kijken op uw beeldscherm en vergrendel het beeldscherm zodra u uw werkplek of spreekkamer (even) verlaat.
- Gebruik alleen beveiligde netwerken, dus geen openbare wifi-netwerken. Ook niet de persoonlijke hotspot op uw mobiele telefoon, maar sluit een usb-kabeltje aan tussen mobiel en laptop.
- Gebruik alleen beveiligde usb-sticks, zodat als u de usb-stick verliest of als die wordt gestolen, er geen patiëntgegevens op straat komen te liggen.
- Maak alle computers en de server met een beveiligingskabel vast, zodat ze bij een inbraak niet zomaar kunnen worden meegenomen.
- Gebruik de computers van de huisartsenpraktijk niet voor sociale media of marktplaats.nl, om het risico op virussen en computerinbraak te verkleinen.

Kijk op www.ibgz.nl voor een uitgebreide checklist.

■ Whatsappen

Een hot issue in het kader van informatiebeveiliging is het gebruik van whatsapp. Omdat het zo makkelijk is om via whatsapp te communiceren, wordt whatsapp ook tussen artsen gebruikt, bijvoorbeeld om een foto te sturen en een second opinion te vragen.

Volgens de Autoriteit Persoonsgegevens (AP; voorheen College Bescherming Persoonsgegevens) mag de app echter niet door artsen worden gebruikt om onderling over patiënten te communiceren, omdat de privacy van de patiënt op deze manier niet is geborgd. De KNMG zit op diezelfde lijn. Volgens de KNMG moeten artsen bij gegevensuitwisseling via welk medium dan ook stilstaan bij de vraag of het wel veilig en vertrouwelijk is. De richtlijn is: gebruik whatsapp alleen als gegevens echt niet tot een patiënt herleidbaar zijn. In alle andere gevallen is het veiliger om beveiligde e-mail te gebruiken. Er zijn diverse systemen voor de zorg ontwikkeld, zoals ZorgMail, KPN Secure Mail of Medi-Send.

‘Informatiebeveiliging begint heel concreet bij de balie, in de wachtkamer en in de print-kopieerruimte’

■ Stappenplan

In de LHV-cursus informatiebeveiliging komen alle aspecten van informatiebeveiliging aan de orde. Deelnemers aan de cursus maken een stappenplan waarmee ze in de praktijk aan de slag kunnen. Van Helsing: ‘Het is niet nodig dat iedereen in een groepspraktijk een cursus Informatiebeveiliging volgt. Maar wijs in ieder geval één huisarts aan die het veilig omgaan met patiëntinformatie als speerpunt heeft. Die zou dan bijvoorbeeld de cursus kunnen volgen, zo mogelijk samen met een doktersassistent of praktijkmanager of -ondersteuner.’

Huisarts Giza Cerqueira uit 's Hertogenbosch heeft de cursus eind vorig jaar met plezier gevolgd. “Ik vond het heel nuttig. Ik kan per 1 april een huisartsenpraktijk in Den Bosch overnemen. Het leek me goed om ook iets te weten over informatiebeveiliging. Door de cursus ben ik me van allerlei dingen bewust geworden: privacy bij de balie, gebruik van persoonlijke wachtwoorden en veilig mailverkeer bijvoorbeeld. Als ik een bericht verstuur, zorg ik ervoor dat die informatie niet herkenbaar is voor anderen. Persoonlijke gegevens stuur ik alleen via beveiligde e-mail.”

Door de cursus weet zij wat ze zelf kan doen om veilig om te gaan met informatie. “Om bepaalde technische dingen te regelen, zal ik anderen nodig hebben, want ik ben zelf absoluut niet technisch. Maar ik weet nu dat informatieveiligheid goed te organiseren is.” ■

Cursus Informatiebeveiliging

Bij de cursus Informatiebeveiliging van de LHV Academie leert u in een dagdeel welke eisen aan informatiebeveiliging worden gesteld en hoe u een stappenplan maakt om aan die eisen te voldoen. De eerstvolgende cursus is op 29 maart in Utrecht. De cursus kan op aanvraag op andere data en locaties worden gegeven. Voor meer informatie: www.lhv.nl/lhv-academie.

Mail alleen veilig

- Vermijd whatsapp of andere publieke berichtenservices. Als u toch gebruik maakt van sms-berichten of whatsapp, zorg er dan voor dat de gegevens niet herleidbaar zijn naar een patiënt. Er zijn specifieke berichtenservices voor de zorg ontwikkeld die wel veilig zijn.
- Stuur alleen e-mails via het beveiligde Zorgmail-systeem of een ander beveiligd systeem, dus zeker niet via bijvoorbeeld Gmail of Yahoo.
- Als u met een patiënt mailt, doe dat ook via een beveiligd patiëntenportaal. Als u of de patiënt iets wijzigt in het portaal, krijgt u of de patiënt per e-mail een bericht dat informatie is gewijzigd en dat u kunt inloggen om die gegevens in te zien.

Vragen over gegevensuitwisseling? Kijk op www.lhv.nl/gegevensuitwisseling of mail uw vraag naar jz@lhv.nl

Zorg voor een veilig HIS

Goede informatiebeveiliging vraagt zeker ook om een veilig HIS. Het is belangrijk dat u aandacht besteedt aan de keuze voor een veilig systeem en aan goede service-afspraken:

- Een HIS-leverancier die NEN-gecertificeerd (NEN 7510, ISO 27001) is, laat zien dat hij met zijn HIS op het gebied van informatiebeveiliging zaken voor de huisartspraktijk goed geregeld heeft. Maak via een service level agreement afspraken over de service die hij levert, bijvoorbeeld als het gaat om melding van beveiligingsincidenten.
- Ga naar bijeenkomsten van de gebruikersverenigingen van het HIS en zorg dat er goede afspraken worden gemaakt over het veilig omgaan met patiëntinformatie. U blijft als huisarts altijd zelf verantwoordelijk voor de informatiebeveiliging. Voorbeelden voor dergelijke afspraken en overeenkomsten vindt u op www.ibgz.nl
- Het is wettelijk verplicht om een bewerkersovereenkomst af te sluiten met het bedrijf dat uw patiëntgegevens bewaart en beheert. Een voorbeeld daarvan vindt u ook op www.ibgz.nl.