



Taken en verantwoordelijkheden van een VSV – Uitwerking van de zorgstandaard

Inleiding

Met de invoering van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg is een aantal onderdelen toegevoegd aan de zorg in de geboortezorgketen vergeleken met voor invoering van deze zorgstandaard. Het betreft de volgende onderdelen:

- Organisatie van het VSV (cliëntenraad, klachtenregeling, calamiteitenbeleid, jaarverslag en bespreking cijfers t.b.v. kwaliteitsverbetering)
- Multidisciplinair overleg (MDO)
- Coördinerend zorgverlener
- Individueel geboortezorgplan (inclusief bevalplan)
- Integrale huisbezoek
- Gezamenlijk beleid en voorlichting pijnstilling i.s.m. anesthesist
- Regionaal beleid m.b.t. kwetsbare zwangeren (fase 2 implementatieplan ZIG)

Deze elementen worden door het CPZ in samenwerking met het veld en de voor het betreffende onderwerp relevante partijen in verschillende overzichtsdocumenten aangeboden aan het veld. Deze worden beschikbaar gemaakt via www.kennisnetgeboortezorg.nl en via de implementatietool zorgstandaard integrale geboortezorg. De inhoud van de zorgstandaard wordt hierbij gebruikt als input. In dit document staan de taken en verantwoordelijkheden van het VSV uitgewerkt en wordt een toelichting gegeven op het begrip (eind)verantwoordelijkheid.

Taken en verantwoordelijkheden VSV

In de zorgstandaard integrale geboortezorg wordt beschreven dat de gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen een VSV wordt vormgegeven wordt door de organisatie van een aantal onderdelen. In de zorgstandaard worden *streefdata* genoemd voor de implementatie van deze onderdelen.

In het plan van aanpak dat in het kader van implementatie van de zorgstandaard beschreven wordt door elk VSV, is wellicht opgenomen waar het betreffende VSV de prioriteiten legt qua implementatie volgorde en wanneer en door wie bepaalde onderdelen opgepakt gaan worden.

Takenpakket VSV
Regionale adviesraad van zwangeren/jonge ouders
Regionaal beleid met betrekking tot omgaan met calamiteiten en incidenten
Regionaal beleid en cliëntenvoorlichting over pijnbestrijding ism anesthesie
Minimaal maandelijks multidisciplinair overleg voor het afstemmen van zorgpaden op basis van risico inschatting medisch en psychosociaal.
Minimaal jaarlijkse bespreking tussen de regionale geboortezorgpartijen, van de jaarcijfers; benchmarking van die cijfers t.o.v. landelijke en andere regionale cijfers, gezamenlijke analyse daarvan en indien daar aanleiding toe bestaat aanpassingen van regionale afspraken.
Deelname perinatale audit
Opleveren gezamenlijk kwaliteitsjaarverslag met daarin bovenstaande analyse, benchmarking en beleidsaanpassingen

Aanbieden en bespreken van de uitkomsten van het gezamenlijk kwaliteitsjaarverslag en beleidsplannen.
Interdisciplinaire teamtraining
Organiseren toestemming voor bespreken in MDO (als van toepassing)
Perinatale registratie via Perined

Het VSV dan wel het regionale interprofessioneel geboortezorgteam dan wel de Integrale Geboortezorg Organsatie (zie notitie 'interprofessioneel geboortezorgteam', CPZ, april 2018) legt de volgende zaken vast:

- gedeelde visie op beleidsniveau
- samenstelling van het interprofessioneel geboortezorgteam (regionaal en individueel)
- afspraken die in de regio gemaakt zijn over:
 - wijze van intake bij aanvang zorg [op welke wijze wordt het zorgpad van de zwangere ingevuld]
 - vormen van overleg van het interprofessioneel geboortezorgteam [hoe wordt het MDO vormgegeven?]
 - kwaliteit
 - registratie
 - verantwoording
 - transparantie
- hoe wordt het bovenstaande beleid geëvalueerd?

In bijlage 1 wordt weergegeven hoe dit beleidsmatig uitgewerkt kan worden in meerjarenplan – jaarplan – uitvoering (PDCA/kwaliteitscyclus).

Disclaimer: Deze notitie is op basis van de inhoud van de zorgstandaard en in samenwerking met KNOV, NVK, NVOG, BoGeboortezorg en ROS-netwerk samengesteld. Deze notitie is met zorg opgesteld door CPZ/Taskforce, mochten er desondanks onjuistheden in staan, dan horen we dat uiteraard graag. CPZ/Taskforce is niet aansprakelijk voor eventuele schade die verband houdt met het gebruik van deze informatie of van websites waarnaar wordt verwezen.

(Eind)verantwoordelijkheid

Bij samenwerking binnen een interprofessioneel geboortezorgteam kunnen zich vragen voordoen rond de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid voor de zorgverlening aan de zwangere. Hierop wordt in het kader van deze zorgstandaard niet nader ingegaan. Expliciet wordt hiervoor verwezen naar de Handreiking '[Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#)'. De concrete aandachtspunten die hierbij geformuleerd zijn, luiden als volgt:

1. Voor de cliënt is te allen tijden duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:
 - a. Het aanspreekpunt is voor vragen
 - b. Inhoudelijk de eindverantwoordelijkheid heeft
 - c. Belast is met de coördinatie van zorg.Zo mogelijk liggen deze taken bij één en dezelfde persoon.
2. Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken over een gezamenlijk zorg- of behandelplan.
3. Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt op de juiste wijze worden nagekomen.
4. Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen bieden.
5. Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur een geïntegreerd dossier. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt voor de wijze waarop samenwerkingspartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.
6. Er worden duidelijk afspraken gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden betreffende de zorgverlening.
7. Zorgverleners zijn alert op de grenzen van de eigen bevoegdheden en verwijzen zo nodig tijdig door. Zij zijn daarbij op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.
8. In gevallen waarin tussen zorgverleners een opdrachtrelatie bestaat, geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.
9. Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats.
10. Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien in controlemomenten.
11. De cliënt wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan.
12. Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.
13. Met betrekking tot incidenten geldt het volgende:
 - a. Naar de cliënt wordt over incidenten openheid betracht.
 - b. Incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt. Ernstige incidenten (calamiteiten) worden vervolgens gemeld bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) conform procedure.
 - c. Een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken.

Bijlage 1

Voorbeeld PDCA/kwaliteits structuur voor VSV

1. Opstellen meerjarenbeleidsplan 3-5 jaar met daarin opgenomen (PLAN):
 - a. Missie en visie
 - b. Beleid mbt kwaliteit en evaluatie
 - c. Beleid mbt registratie
 - d. Beleid mbt verantwoording
 - e. Beleid mbt transparantie
 - f. Beleid mbt borgen keuzevrijheid van zwangeren
 - g. Verdeling verantwoordelijkheden (hieronder valt o.a.: taken, werkwijze en samenstelling van het interprofessioneel geboortezorgteam en vormen van overleg binnen dit team (regionaal en individueel)

[Voorbeeld/beschrijving meerjarenbeleidsplan](#)

2. Najaar: september/oktober
Opstellen van (**kwaliteits**)jaarplan waarin het beleid vertaald wordt naar activiteiten met daarin minimaal opgenomen (PLAN):
 - a. Afspraken over hoe VSV-breed met klachten omgegaan wordt.
 - b. Hoe wordt het regionaal beleid met betrekking tot omgaan met calamiteiten en incidenten vormgegeven?
 - c. Op welke wijze wordt de [informatiestandaard](#) gehanteerd voor het vastleggen van gegevens?
 - d. Deelname aan perinatale audit
 - e. Vormgeven aan gezamenlijke voorlichting pijnbestrijding ism anesthesisten.
 - f. Instellen van cliëntenraad
 - g. Hoe wordt het primaire proces ingericht?
 - a. Welke zorgpaden (prenataal, nataal en postnataal) worden ontwikkeld?
 - b. Afspraken over hoe deze geïmplementeerd worden.
 - c. Hoe wordt integrale intake vormgegeven?
 - d. Hoe vindt de risico selectie plaats (VIL als uitgangspunt)?
 - e. Hoe wordt aandacht besteed aan kwetsbare zwangeren?
 - h. Voorzien in een volledig en actueel dossier en zorgdragen voor heldere overdracht tussen zorgverleners.
 - i. Administratief:
 - Regelen dat geregistreerd wordt tot welk VSV de zwangere behoort (wie en hoe?)
 - Registratieprotocol betreffende zorggegevens PRN
 - Waarborgen privacy vrouw met betrekking tot patiëntendossier

[Voorbeeld/beschrijving kwaliteitsjaarplan](#)

[Format kwaliteitsjaarplan](#)

3. Doorlopend in het kalenderjaar (DO):
Activiteiten/plannen uitvoeren in de praktijk. Mogelijk elk kwartaal een terugkoppeling geven aan VSV-bestuur om de voortgang van de afspraken/resultaten die in het jaarplan gesteld zijn te volgen.

4. Voorjaar (april/mei) (CHECK):
Opstellen van een **(kwaliteits)jaarverslag**. Dit bevat in ieder geval een reflectie op de punten die in het jaarplan beschreven staan. Daarnaast wordt er tevens een beschrijving verwacht van de jaarcijfers; benchmarking van die cijfers ten opzichte van landelijke en andere regionale cijfers, gezamenlijke analyse daarvan en indien daar aanleiding toe bestaat aanpassingen van regionale afspraken.
Hiermee wordt onder andere verantwoording afgelegd aan bestuur/achterban. Dit legt ook weer de basis voor volgende kwaliteitscyclus.

[Format PDCA kwaliteitscyclus](#)

[Voorbeeld audit HPP](#)

[Voorbeeld benchmarking aan de hand van Perined Insight](#)

5. Opstellen nieuw (kwaliteits)jaarplan : cyclus herhaalt zich weer.