

rivm

Rapport 270212001/2008

A.J.M. Waelput | H. van Overbeeke | M. Eskes | P.W. Achterberg

Landelijke perinatale audit: werk in uitvoering

Eindrapportage en bedrijfsplan van de opstartcommissie

RIVM Rapport 270212001/2008

Landelijke perinatale audit: werk in uitvoering

Eindrapportage en bedrijfsplan van de opstartcommissie voor de landelijke invoering van perinatale audit

A.J.M. Waelput, RIVM
H. van Overbeeke, Van Overbeeke Advies
M. Eskes, RIVM
P.W. Achterberg, RIVM

Contact:
A.J.M. Waelput
cVTV
adja.waelput@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van ministerie van VWS, in het kader van project V/270212/01/PA

© RIVM 2008

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Rapport in het kort

Landelijke perinatale audit: werk in uitvoering. Eindrapportage en bedrijfsplan van de opstartcommissie voor de landelijke invoering van perinatale audit

De voorbereidingen voor de landelijke invoering van een audit van de sterfte rond de geboorte zijn van start gegaan. Het RIVM heeft hiervoor, met een commissie van vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen, de randvoorwaarden uitgewerkt, de eerste activiteiten ontplooid en een bedrijfsplan opgesteld. Tijdens de audit analyseren zorgverleners de kwaliteit van de perinatale zorg, wat een belangrijke stap is op weg naar een betere zorgverlening. Aanleiding is de minder snel dalende sterftcijfers rond de geboorte in Nederland ten opzichte van omliggende landen.

De auditbijeenkomsten vinden plaats op drie niveaus: lokaal, regionaal en landelijk. Uitgangspunt is een auditsysteem waarbij zorgverleners binnen een lokaal samenwerkingsverband voortaan alle gevallen van perinatale sterfte analyseren. Specifieke casus of thema's worden voorgelegd tijdens regionale en landelijke audits. Een nog op te richten Landelijk bureau Perinatale Audit zal de audits coördineren. Voorgesteld wordt om een netwerk van regioteams en implementatiemedewerkers in te zetten die de audits regionaal ondersteunen.

De audit wordt systematisch aangepakt, met duidelijke randvoorwaarden die aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Juridische gezien blijken er geen belemmeringen te zijn voor voorgestelde aanpak. Ook is onderzocht aan welke vereisten de registratiesystemen met gegevens over de zorgverlening moeten voldoen om de audit mogelijk te maken en zorgvuldige omgang met herleidbare persoonsgegevens te garanderen. Alle instrumenten en achtergrondinformatie zullen te zijner tijd via een website beschikbaar komen.

Trefwoorden:

Perinatale audit; perinatale sterfte; implementatie; kwaliteit van zorg; bedrijfsplan

Abstract

National perinatal audit program: work in progress. Report and business plan of the committee for the national implementation of perinatal audit

Preparations for the introduction of a national audit of perinatal mortality in the Netherlands have been started. The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has elaborated on the preconditions, drawn up a business plan and initiated the preliminary activities. This was done in close collaboration with a committee consisting of representatives of the professionals involved in perinatal care. During an audit session, professionals assess the quality of the care provided – an important step towards improving professional practice. The slower decrease in perinatal mortality in the Netherlands, compared to neighbouring countries, was an important incentive to this plan.

The audit sessions will take place at three levels: local, regional and national. The plan is based on a system in which professionals assess all cases of perinatal mortality within their own local healthcare setting. Specific cases or topics will be addressed during regional or national audit meetings. The audit activities will be coordinated by the National Perinatal Audit Office, which will be set up for this purpose. The plan includes a proposal for a network of regional teams, who will support the audit meetings.

The audit will be addressed systematically. The clearly outlined preconditions will have to fit in with daily practice. No legal impediments have been identified for the implementation of the audit as planned. The requirements for a proper information system have also been assessed. This system has to enable perinatal care audits and comply with requirements regarding careful handling of personal data. All background information on the audit and all instruments used in the implementation of the program will be available on a website.

Key words:

Perinatal audit; perinatal mortality; quality of perinatal care; healthcare business plan

Inhoud

Voorwoord		9
Samenvatting van de adviezen		11
1	Inleiding	15
1.1	Wat is perinatale audit?	15
1.2	Waarom een landelijke aanpak?	15
1.3	Aanpak tijdens het kwartiermaken en opbouw van het rapport	16
Deel 1		17
2	Realisatie van de landelijke perinatale audit	19
2.1	Gewenste aanpak van de perinatale audit	19
2.1.1	Audit met meerdere pijlers	19
2.1.2	Voorwaarden voor succesvolle uitvoering perinatale audit	19
2.2	Complete en betrouwbare registratie en gegevensverstrekking	20
2.2.1	Scheiding van gegevensstromen	20
2.2.2	Beoordeling van de verleende zorg	20
2.2.3	Rapportage en evaluatie van de auditactiviteiten	22
2.3	Juridisch kader	23
2.4	Regioteams	25
2.5	Inbedding van de audit in bestaande activiteiten en structuren	27
2.6	Instrumenten ter ondersteuning van zorgverleners	28
2.6.1	Handleidingen en formats	28
2.6.2	Website	29
2.7	Training	30
2.8	Communicatie	31
Deel 2		33
3	Organisatiebeschrijving	35
3.1	Bestuurlijke opbouw (en inbedding)	35
3.1.1	Landelijke structuur	35
3.1.2	Regionale structuur	37
3.2	Formatieplaatsenplan (FPP)	39
3.2.1	Bureau	39
3.2.2	Regioteam	40
3.2.3	Externe ondersteuning	40
3.3	Rechtsvorm	40
4	ICT-infrastructuur	43
4.1	Inleiding	43
4.2	Landelijk bureau	43
4.3	Databank en databeheer	44
4.4	Toegankelijkheid van data & kennis (website en overig)	44
5	Groeipad	45
5.1	Uitgangssituatie	45
5.2	Van huidige naar landelijke dekking	46

5.3	Van kwartiermaker naar functionerend bureau	46
5.4	Aantallen audits	46
5.5	Tijdpad	47
6	Kostenontwikkeling	49
6.1	Kosten	49
6.1.1	Landelijk bureau	49
6.1.2	Regionale structuur	50
7	Kansen en belemmeringen	51
7.1	De tijd is rijp voor invoering van de audit, ...	51
7.2	... maar er zijn ook enkele knelpunten	51
	Literatuur	53
	Lijst van afkortingen	55
	Verklarende woordenlijst	56
	Bijlage 1. Leden van de opstartcommissie perinatale audit	58
	Bijlage 2. Geraadpleegde experts	59
	Bijlage 3. VSV's in Nederland 2007	61
	Bijlage 4. Perinatologische centra en hun adherentiegebieden	62
	Bijlage 5. Stappen in het auditproces	63
	Bijlage 6. Gegevenstromen	68
	Bijlage 7. Taakverdeling binnen het LBPA	71
	Bijlage 8. Samenvatting van functieprofielen	74

Voorwoord

Enkele jaren geleden haalde de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland alle kranten en vroeg Mackenbach, hoogleraar sociale geneeskunde in Rotterdam, zich af hoe Nederland - ooit koploper met relatief lage perinatale sterfte - daar terechtgekomen was. Zijn conclusie luidde dat perinatale sterfte in Nederland weliswaar een probleem is van velen, maar tevens een probleem van niemand: velen zetten zich in voor de verbetering van delen van de perinatale zorg. Maar een centrale instantie die de mogelijkheid heeft om het grotere geheel te bewaken en het voortouw te nemen in de systematische bewaking en de verbetering van de kwaliteit van de zorg rond de geboorte, ontbreekt (Mackenbach, 2006).

Inmiddels is daar verandering in gekomen. Met het budget dat de minister van VWS voor de periode 2008 tot en met 2012 beschikbaar stelt, kan perinatale audit landelijk worden ingevoerd. Dit is een van de belangrijke stappen op de weg naar verbetering van de perinatale zorgverlening. De voorbereidingen hiervoor zijn eind 2007 al van start gaan.

Dit rapport beschrijft de resultaten van deze eerste stappen, genomen door het RIVM (als kwartiermaker) en de opstartcommissie perinatale audit, bestaande uit vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen met een onafhankelijke voorzitter.

Voor de invoering van perinatale audit wordt voortgebouwd op eerdere rapporten van de Commissie Perinatal Audit van het College voor zorgverzekeringen (CVZ, 2005) en van het RIVM (Leeman et al., 2007). Het eerste beschrijft de haalbaarheid van perinatale audit, het tweede gaat in op voorwaarden voor de implementatie. Bij de voorbereidingen van de audit en de plannen voor de komende jaren is en wordt nauw samengewerkt met de beroepsgroepen, de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN), het perinatale audit implementatie project in Groningen (IMPACT), het projectbureau van de KNMG en verschillende sectoren binnen het RIVM.

De adviezen van de commissie zijn verwerkt in de plannen voor de komende jaren. Deze adviezen gaan in op de betrokkenheid van zorgverleners; de juridische implicaties; de plaats van perinatale audit in kwaliteitsbeleid; de noodzakelijke ondersteuning door regiotteams en implementatie medewerkers; de opbouw bemensing en plaatsing van het Landelijke Bureau Perinatale Audit; en de financiële consequenties. Zij zijn in het eerstvolgende hoofdstuk samengevat.

De commissie is verheugd dat VWS nu de mogelijkheid heeft geschapen om een beter inzicht te krijgen in de oorzaken van perinatale sterfte en daarmee de basis te leggen voor kwaliteitsverbetering in de zorg en mogelijke verlaging van de perinatale sterfte in Nederland. De door ons voorgestelde werkwijze laat zien dat de perinatale sterfte werkelijk een zaak van ons allen is geworden.

Prof. dr. J.M.W.M. Merkus,
voorzitter van de opstartcommissie perinatale audit

Samenvatting van de adviezen

De opstartcommissie perinatale audit, hierna te noemen ‘de commissie’, heeft een aantal adviezen geformuleerd voor de organisatie en uitvoering van de landelijke perinatale audit. Hieronder volgt een samenvatting van deze adviezen.

Audit als verplicht onderdeel in de kwaliteitscyclus (zie paragraaf 2.3)

Advies 1 : De commissie adviseert om perinatale audit een verplicht onderdeel van de beroepsuitoefening te laten zijn.

De commissie is tot de conclusie gekomen dat perinatale audit aangemerkt kan worden als kwaliteitssysteem dat door de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en de Kwaliteitswet zorginstellingen vereist wordt. Perinatale audit is immers gericht op systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg, zowel voor de directe zorgverlening als voor de volksgezondheid.

Invoering van wettelijke bescherming (zie paragraaf 2.3)

Advies 2 : De commissie stemt in met de beschreven knelpunten en voorstellen van de KNMG en adviseert wettelijke bescherming in te voeren van zorgverleners die aan de audit deelnemen.

Uit de knelpunten- en haalbaarheidsanalyse van de KNMG blijkt dat er vooralsnog geen formele belemmeringen zijn voor invoering van de audit zoals voorgesteld. In tegenstelling tot een aantal andere landen ontbreekt in Nederland echter een wettelijke regeling ter bescherming van zorgverleners die aan de audit deelnemen.

Regioteams (zie paragraaf 2.4)

Advies 3 : De commissie adviseert regioteams breed op te zetten, met een vertegenwoordiging uit alle betrokken beroepsgroepen.

Vanwege de betrokkenheid van zorgverleners uit eerste, tweede en derde lijn stelt de commissie een breed opgezet regioteam voor, bestaande uit een huisarts; een verloskundige uit de eerste lijn en één uit de tweede lijn; een gynaecoloog uit de tweede en één uit de derde lijn; een kinderarts uit de tweede lijn en één uit de derde lijn; en een patholoog.

Vanuit ieders verantwoordelijkheid, specifieke deskundigheid en eisen aan de beroepsuitoefening kunnen de leden van het regioteam adviseren bij het auditproces. In onderling overleg maken zij afspraken over hun faciliterende, stimulerende en ondersteunende rol bij de lokale en regionale audit.

Regionale inzet van implementatiemedewerkers (zie paragraaf 2.4)

Advies 4 : De commissie adviseert implementatiemedewerkers in te zetten voor ‘het handwerk van de ondersteuning’ (0,2 fte per regioteam).

Het regioteam, en met name de regiovoorzitter, is aanspreekbaar op de voortgang van de audit. De commissie heeft vertrouwen in de boegbeeldfunctie en deskundigheid van het regioteam. Zij betwijfelt echter of de leden van de regioteams, praktiserende zorgverleners, voldoende tijd hebben voor ‘het handwerk van de ondersteuning’, zoals organisatie, aanspreekpunt zijn voor praktische vragen, monitoring van de voortgang en andere aandachtspunten in de implementatie. Dit is op te

lossen door de inzet van een implementatiemedewerker, die toegevoegd wordt aan het regioteam. Hiermee is/wordt ervaring opgedaan binnen IMPACT en het onderzoeksconsortium Verloskunde, Gynaecologie, Fertiliteit, Neonatologie en Urogynaecologie. Een efficiënte inzet van deze medewerkers in beide trajecten wordt onderzocht.

Audit voor en door de zorgverleners (zie paragraaf 3.2 en hoofdstuk 7)

Advies 5 : De commissie adviseert deelname aan de audit voor accreditatie in aanmerking te laten komen.

Zoals Leeman et. al. (2007) hebben beschreven, staan individuele beroepsbeoefenaren aan de basis van iedere audit: zij verlenen de zorg die 'ge-audit' wordt, leveren de gegevens voor de audit, voeren de lokale audit uit en zijn verantwoordelijk voor de invoering van verbeteracties binnen de eigen maatschap of vakgroep, met beroepsgenoten in de verloskundige kring, in het HAGRO-overleg of het afdelingsoverleg op de afdeling verloskunde van een ziekenhuis en binnen de samenwerking in de zorgketen. Omdat deelname aan de audit bijdraagt aan de kwaliteit van de (eigen) zorgverlening, komt deze voor accreditatie in aanmerking.

Advies 6 : De commissie adviseert om zorgverleners voor hun activiteiten in regioteams, commissies of werkgroepen voor perinatale audit te honoreren via een vacatiegeldregeling. Deze regeling moet recht doen aan de zwaarte van de taak en bijdragen aan compensatie van het productieverlies.

Om audit mogelijk te maken worden verschillende middelen ontwikkeld en wordt ondersteuning opgezet. Vanwege de inhoudelijke expertise en de aansluiting bij de beroepsuitoefening is de inzet van zorgverleners hierbij essentieel. Deze inzet overstijgt echter het 'eigen belang' of de kwaliteit van de zorgverlening in de eigen maatschap/vakgroep en zorgketen.

De commissie is van mening dat compensatie van productieverlies noodzakelijk is om voor deze zware taak een niet-vrijblijvend beroep te kunnen doen op de juiste mensen met de juiste deskundigheid, bereidwilligheid en enthousiasme.

Advies 7 : De commissie adviseert de eerste jaren budget vrij te maken voor standaardisatie van pathologisch onderzoek en deskundigheidsbevordering van pathologen.

De inzet van pathologen is essentieel voor de kwaliteit van de perinatale audit, maar er is een structureel tekort aan perinataal pathologen. Feitelijk zijn er 10-15 actieve perinataal pathologen, verenigd in de Werkgroep Kinderpathologie van de Lage Landen (WKPLL). Extra ondersteuning bij standaardisatie van pathologisch onderzoek en deskundigheidsbevordering van pathologen is gewenst.

Draagvlak bij de beroepsgroepen (zie paragraaf 3.1 en Bijlage 8)

Advies 8 : De commissie adviseert voor de coördinatiecommissie een onafhankelijke voorzitter te benoemen die afkomstig is uit een van de beroepsgroepen.

Advies 9 : De commissie adviseert voor het landelijk bureau een (deeltijd)directeur aan te trekken die verloskundig actief is; inhoudelijk bevlogen én daadkrachtig is; en een breed draagvlak heeft onder alle betrokken beroepsgroepen.

Plaatsing van het Landelijk Bureau Perinatale Audit (LBPA) (zie paragraaf 3.3)

Advies 10 : De commissie adviseert het LBPA de eerste 2 tot 3 jaar (aanloofase) onder te brengen bij het RIVM.

Na deze aanloofase moet besloten worden of plaatsing van het LBPA bij het RIVM wordt gecontinueerd dan wel naar de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) of een afzonderlijke stichting in de Domus Medica moet gaan.

De commissie heeft geconstateerd dat er behoefte bestaat aan een klein daadkrachtig bureau dat enerzijds dicht bij de zorgverleners staat en anderzijds genoeg afstand heeft om een regierol te vervullen. Dit bureau moet een betrouwbare partner zijn voor het veld, voor de overheid en voor andere/toekomstige partners en *stakeholders*.

De commissie heeft verschillende opties bekeken, waaronder een aparte stichting en aansluiting bij de stichting PRN, en na ampel beraad gekozen voor bovenstaande pragmatische en gefaseerde aanpak. Door de tijdelijke plaatsing van het LBPA bij het RIVM kan voor de verdere opbouw van de organisatie en de uitrol van de audit gebruikgemaakt worden van de bij het RIVM aanwezige expertise op het gebied van perinatale audit én regietaken in de gezondheidszorg.

De commissie is van mening dat andere opties voor de korte termijn minder aantrekkelijk zijn. De PRN is vanwege het beheer van de data uit de perinatale registratie de meest logische partner. De eerstkomende jaren richt de PRN zich echter op de implementatie van de nieuwe perinatale registratie, wat essentieel is voor de voortgang van perinatale audit. De commissie schat de kans groot dat dit ongunstiger kan interfereren met de voortgang van de invoering van de audit.

Een aparte stichting, met een daadkrachtig maar klein bureau, is mogelijk te kwetsbaar voor de grote uitdagingen en het brede takenpakket, met name in de ontwikkelfase.

Wensen en budgettaire grenzen (zie hoofdstuk 6 en 7)

Advies 11 : De commissie adviseert 2008 en 2009 volgens plan uit te voeren en hierna te evalueren of de ingezette middelen hun doel bereiken, voldoende zijn of aangepast moeten worden.

Voor het opstellen van het bedrijfsplan is uitgegaan van wat noodzakelijk is voor een succesvolle implementatie en uitvoering van de perinatale audit. Gaandeweg ontstond het voorschrijdende inzicht over ondersteuning door implementatiemedewerkers en uitbreiding van het regioteam. Hetzelfde geldt voor de extra investeringen die nodig zijn om optimaal gebruik te kunnen maken van de beperkte capaciteit aan kinderpathologische deskundigheid.

De commissie adviseert daarom de subsidie uit te keren in de vorm van een projectsubsidie, zodat de jaargrenzen geen belemmering vormen bij de landelijke invoering van de audit.

Van kwartiermaken naar uitvoeren: voortgang en continuïteit

Advies 12 : De commissie adviseert om deze commissie voort te zetten als coördinatiecommissie ad interim totdat de definitieve coördinatiecommissie is geïnstalleerd.

De leden van de commissie zijn bereid om in de periode tot de installatie van de definitieve coördinatiecommissie te fungeren als coördinatiecommissie ad interim. Hiermee wil de commissie een

bijdrage leveren aan de continuïteit, behoud van deskundigheid en draagvlak. Zo kan de audit met zo min mogelijk tijdverlies en verlies aan elan van start gaan.

Betrokkenheid van de beroepsverenigingen

Advies 12 : De commissie adviseert deze rapportage aan te bieden aan de beroeps- of wetenschappelijke verenigingen die vertegenwoordigd zijn in de commissie.

1 Inleiding

1.1 Wat is perinatale audit?

‘Perinatale audit is een op gestructureerde wijze uitgevoerde kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening, inclusief de gebruikte procedures voor diagnose en behandeling, het gebruik van voorzieningen en de resulterende uitkomst en kwaliteit van leven van vrouwen en hun kinderen.’ (Dunn en McIlwaine, 1996). Zo kunnen mogelijkheden gesignaleerd worden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Na invoering van de verbeteringen wordt de zorg opnieuw geëvalueerd. In dit cyclische proces zijn verschillende stappen te onderscheiden:

1. registratie van zorggegevens;
2. ordening van zorggegevens in een chronologisch verslag;
3. perinatale sterfte audit;
 - classificatie van de doodsoorzaak
 - beoordeling van de verleende zorg op de aanwezigheid van substandaard factoren
 - kwalificatie van de relatie tussen eventuele substandaard factoren en de sterfte
4. conclusies en aanbevelingen voor concrete verbeteracties;
5. evaluatie van de ingezette verbeteracties.

Hoewel de definitie van perinatale audit geen enkel aspect van de perinatale zorgverlening uitsluit, wordt de term vooralsnog gebruikt voor de audit van de zorgverlening voorafgaand aan perinatale sterfte. Daar sluiten deze plannen bij aan. Op termijn kunnen perinatale morbiditeit en andere ongewenste uitkomsten onderwerp van perinatale audit worden.

1.2 Waarom een landelijke aanpak?

Audit is een belangrijk instrument om de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken en te verbeteren. Door de geleverde zorg gestructureerd en kritisch te bekijken wordt duidelijk of deze voldeed aan de geaccepteerde standaarden, of eventueel substandaardfactoren in de zorg aanwezig waren en in hoeverre die hebben bijgedragen aan de sterfte. Vervolgens kan gericht gekeken worden welke verbeteracties nodig zijn, bijvoorbeeld uitwerking of implementatie van lokale protocollen, nieuwe (multidisciplinaire) landelijke richtlijnen, specifieke (na)scholing of beleidsveranderingen (preventie, zorgsystemen).

Hiervoor is echter een systematische aanpak nodig, met goede waarborgen voor de persoonlijke positie van alle betrokken zorgverleners en goed geregelde randvoorwaarden. Deze zijn belangrijk in het wegnemen van de belangrijkste belemmeringen: gebrek aan middelen, onvoldoende deskundigheid of ondersteuning bij de uitvoering van de audit, (hiërarchie)problemen tussen deelnemende groepen en/of groepsleden, gebrek aan een planmatige aanpak, organisatorische problemen en vrees voor juridische problemen (Johnston et al., 2000).

Het RIVM heeft in een eerder rapport beschreven hoe de audit in Nederland uitgewerkt kan worden en wat er nodig is voor een succesvolle implementatie (Leeman et al., 2007). Deze randvoorwaarden worden samengevat in paragraaf 2.1.2. Dit rapport beschrijft de eerste stap in de uitvoering van de audit.

1.3 Aanpak tijdens het kwartiermaken en opbouw van het rapport

Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd het kwartiermakerschap op zich te nemen voor de invoering van een landelijk systeem van perinatale audit en het nog op te richten Landelijk Bureau Perinatale Audit (LBPA). Het RIVM voert deze taak uit samen met een commissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de beroepsgroepen (zie Bijlage 1 voor de samenstelling van de commissie). In dit rapport doen we verslag van de bevindingen, plannen, noodzakelijke organisatie en de grote lijnen van de begrotingsposten.

Het rapport bestaat uit twee delen. In het eerste deel staat de vraag centraal wat er in de afgelopen maanden ontwikkeld is en de komende jaren geregeld moet worden. In het tweede deel wordt nader beschreven hoe dat geregeld moet worden. Daar ligt de nadruk op de organisatie, de bestuurlijke inbedding en de samenwerking met anderen.

Het kwartiermaken is uitgevoerd in samenwerking met een aantal partners met specifieke deskundigheid. Het projectenbureau KNMG is gevraagd een knelpunten- en haalbaarheidsanalyse uit te voeren naar de juridische kaders (zie paragraaf 2.3). Met de stichting Perinatale Registratie Nederland is samengewerkt aan de ontwikkeling van specifieke applicaties om volledige registratie van zorggegevens mogelijk te maken (zie paragraaf 2.2.2). Voortbouwend op de instrumenten die ontwikkeld zijn tijdens de Landelijke Perinatale Audit Studie en de eerste ervaringen uit IMPACT (Implementation of structural feedback by means of perinatal audit to caregivers in cases of perinatal mortality in the northern part of The Netherlands, een ZonMw-project), wordt gewerkt aan de digitalisering van *formats* voor audit en evaluatie (zie paragraaf 2.2). IMPACT heeft een voorstel gedaan voor de opzet van een samenhangend aanbod aan audittrainingen (zie paragraaf 2.7). Binnen het RIVM is met een aantal andere sectoren gewerkt aan het functionele ontwerp voor rapportageformats en voor een website met algemene informatie, handleidingen (zie paragraaf 2.6) en de inzet van de juiste communicatiemiddelen (zie paragraaf 2.8).

rivm

Deel 1

2 Realisatie van de landelijke perinatale audit

2.1 Gewenste aanpak van de perinatale audit

2.1.1 Audit met meerdere pijlers

De organisatievorm van de perinatale audit moet aansluiten bij het proces van de uitvoering van de audits. Leeman et al. (2007) stellen een systeem met twee pijlers voor. Ondertussen groeit de overtuiging dat er sprake moet zijn van audit op drie niveaus, die de pijlers van het systeem vormen:

- **lokale audit:** binnen een VSV of ander gestructureerd lokaal samenwerkingsverband vindt de perinatale sterfte audit plaats. Zorgverleners bespreken lokaal *alle* casus van perinatale sterfte. Lokale audit is daarmee de basis van het auditsysteem.
N.B. dit geldt ook voor alle casus van perinatale sterfte die optreden in de perinatologische centra en in de samenwerkingsverbanden rond de perinatologische centra.
- **regionale audit:** 1-2 maal per jaar worden bepaalde *highlights* besproken (en *best practices* verspreid) met verschillende zorgverleners uit het adherentiegebied van het perinatologische centrum. In het bijzonder zullen hier de casus met antepartum verwijzingen naar de perinatologische centra (zie paragraaf 2.4) en de postpartum-overplaatsingen naar de neonatologische intensive care units (NICU's) besproken worden. Deze pijler van de audit is te zien als een audit rond 'ketenzorg' op het niveau van het verzorgingsgebied van het perinatologisch centrum.
- **landelijke audit:** audit rond een bepaald thema.

Zoals in paragraaf 1.1 is beschreven, bestaat een audit van perinatale sterfte uit verschillende, systematische stappen (zie Bijlage 5 voor meer details over de actoren, resultaten van iedere stap en instrumenten die hiervoor ontwikkeld zullen worden).

2.1.2 Voorwaarden voor succesvolle uitvoering perinatale audit

Belangrijke knelpunten voor een succesvolle uitvoering van perinatale audit zijn onduidelijkheid over het juridische kader en het grote tijdsbeslag voor de verzameling van de gegevens en voorbereiding van auditbijeenkomsten. Om succesvol te worden moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan:

1. complete en betrouwbare registratie en gegevensverstrekking, zoveel mogelijk geautomatiseerd via de nieuwe perinatale dataset;
2. ontwikkeling van een juridisch kader (veilig melden) voor zowel de lokale, regionale als de landelijke audit;
3. inbedding van de audit in bestaande activiteiten en structuren (primaire zorgproces, kwaliteitsbeleid en onderlinge samenwerking);
4. ontwikkeling van instrumenten en middelen (beschikbaar via website) ter ondersteuning van zorgverleners bij de voorbereiding en uitvoering van de regionale audit;
5. training voor de voorbereiding en uitvoering van audit;
6. coördinatie van bovenstaande auditactiviteiten via een op te richten Landelijk Bureau Perinatale Audit (LBPA) en ondersteuning met regioteams. Daarnaast heeft het op te richten Landelijk Bureau Perinatale Audit de volgende taken:
 - communicatie naar zorgverleners, VWS en publiek;

- databeheer;
- inhoudelijke voorbereiding en begeleiding van de landelijke audit;
- surveillance en evaluaties op het terrein van perinatale sterfte;
- evaluatie van en rapportage over de perinatale audit in Nederland;
- formulering van beleidsaanbevelingen aan de beroepsgroepen en VWS.

In de volgende paragrafen beschrijven we *wat* er ontwikkeld wordt en hoe deze middelen geïmplementeerd worden. In hoofdstuk 3 en 4 ligt het accent op de organisatiestructuur van het LBPA en de ICT.

2.2 Complete en betrouwbare registratie en gegevensverstrekking

De audit maakt gebruik van bestaande (zorg)gegevens die verwerkt worden tot een chronologisch verslag, en genereert gegevens over de beoordeling van de verleende zorg. Deze gegevens zijn vaak (privacy)gevoelig, maar ook essentieel om de doelen van de audit te bereiken (kwaliteitsverbetering) én te evalueren of deze doelen bereikt zijn.

2.2.1 Scheiding van gegevensstromen

Het gebruik van gegevens rondom de perinatale audit is in grote lijnen te scheiden in drie gegevensstromen:

- gegevens over zorgvrager, zorgverlener en zorgproces om de verleende zorg te kunnen beoordelen: tijdens het primaire zorgproces genereren zorgverleners (herleidbare) gegevens waarvan een deel wordt ingevoerd en opgeslagen in de PRN. Verwerking van de gegevens tot een chronologisch verslag kan plaatsvinden door een niet bij de behandeling betrokken zorgverlener (zie Bijlage 5). Hiervoor is expliciete toestemming van de patiënt nodig, wat aansluit bij de huidige praktijk.¹
- gegevens over auditbijeenkomsten: het LBPA zal een Perinataal Audit Registratie Systeem (PARS) laten ontwikkelen, met twee gescheiden gegevensstromen:
 - in PARS 1 worden de gegevens over de auditbijeenkomsten (waar, wanneer) en de deelnemers aan die bijeenkomsten (wie waren aanwezig tijdens een auditbijeenkomst en andere informatie) als aparte gegevensstroom opgenomen. Deze (herleidbare) gegevens worden gebruikt voor accreditatie en (geanonimiseerde) procesevaluatie.
 - in PARS 2 worden de auditresultaten opgeslagen. Deze database zal geen (indirect) herleidbare) gegevens van patiënten of zorgverleners bevatten.

De database zal niet met de andere databases gekoppeld kunnen worden.

De gegevensstromen zijn schematisch weergegeven in Bijlage 6.

2.2.2 Beoordeling van de verleende zorg

Voor de uitvoering van de audit moet de registratie en gegevensverstrekking over perinatale sterfte compleet en betrouwbaar zijn. Deze gegevens vormen de basis van het chronologische verslag.

¹ Zie informatie voor zwangere vrouwen over (expliciete toestemming van) het gebruik van haar gegevens voor registratie, kwaliteitsbeleid en onderzoek in de folder Zwanger (http://www.rivm.nl/zwangerschapsscreening/Images/folder_zwanger_tcm97-48264.pdf) en de aantekening hierover in de nieuwe perinatale registratie (item 1.2.01.01, www.perinatreg.nl/uploads/164/59/Dataset_Perinatale_Registratie_versie_1.0.xls).

Om zorgverleners niet te belasten met dubbele registraties moet zoveel mogelijk gebruikgemaakt worden van gegevens uit bestaande dossiers en registraties. Dit vraagt om een volledige en landelijk dekkende implementatie van de nieuwe perinatale registratie en goede IT-ondersteuning.

Het datamodel van deze nieuwe registratie is klaar voor invoering, maar nog niet landelijk dekkend geïntegreerd in de automatiseringsprogramma's van perinatale zorgverleners. De invoering van de nieuwe registratie is begin 2008 gestart, met (web)applicaties voor huisartsen en kinderartsen (LNR lokaal). De eerste kinderartsen hebben hun gegevens via de webapplicatie ingestuurd. Het streven is dat verloskundigen hun data begin 2009 kunnen aanleveren aan de nieuwe databank. De invoering bij gynaecologen is afhankelijk van de lokale implementatie van de nieuwe database in de verschillende ziekenhuisregistratiesystemen (PRN, 2007).

Ontwikkeling van webbased applicaties

Tijdens de kwartiermakerperiode heeft PRN samen met Tieto Enator, de bewerker van de PRN-gegevens, een *webbased* applicatie ontwikkeld voor de directe invoer van gegevens in de PRN-database. De ingevoerde gegevens worden opgeslagen in de reguliere, nieuwe perinatale databank van de PRN en zijn via deze database beschikbaar voor gebruik, zoals chronologisch verslag, verschillende rapportagevormen en epidemiologische analyses.

Deze applicatie is ontwikkeld voor zorgverleners bij wie de automatiseringsprogramma's nog niet zijn aangepast aan de nieuwe perinatale registratie. Via deze applicatie kunnen zij in ieder geval alle gegevens van perinatale sterfte invoeren. Dit betekent voor de betreffende zorgverlener wel een extra inspanning.

Plan van aanpak voor andere applicaties

De kwartiermaker heeft samen met PRN en Tieto Enator de mogelijkheden voor verdere digitale ondersteuning voor de audit verkend, zoals:

- De ontwikkeling van een (grotendeels geautomatiseerde) applicatie voor de import van gegevens van een specifieke casus uit de PRN-databank in het *format* van het chronologisch verslag voor de perinatale audit (juiste gegevens op de juiste plaats). Het *format* wordt zo ontwikkeld dat het verslag zonodig aangevuld kan worden met detailgegevens uit zwangerschapskaart, eventuele opname, baringsverslag of ontslagbrief.
- De ontwikkeling van een database chronologische verslagen, die evenals de reguliere database met de gegevens uit de perinatale registratie beheerd zal worden door de PRN.
- De ontwikkeling van een systeem voor de terugkoppeling van de tijdens het auditproces geclassificeerde doodsoorzaak naar de PRN-database en de zorgverlener (inclusief *reminder*).
- De ontwikkeling van gestandaardiseerde hulpmiddelen voor de selectie van casus voor de audit (*query*) en gestandaardiseerde *output*.

Deze instrumenten kunnen in 2008 ontwikkeld worden.

Implementatie van de in 2008 ontwikkelde applicaties

1. Tijdens diverse trainingen zullen de deelnemers kennismaken met de ontwikkelde applicaties voor *web based* invoer van gegevens, het gebruik van *queries* voor de aanvraag van gegevens, de applicaties voor de *webbased* invoer van het chronologische verslag en de terugkoppeling van de doodsoorzaak. Afhankelijk van de training zal deze kennismaking globaal blijven of zullen deelnemers na afloop met deze applicaties kunnen werken.
2. Tijdens bijeenkomsten over (de landelijke invoering van) perinatale audit zullen deelnemers geïnformeerd worden over het bestaan van deze instrumenten.

3. De PRN en het LBPA zullen gezamenlijk een communicatieplan ontwikkelen om deze instrumenten breder onder de aandacht te brengen.
4. Volledige aanlevering van gegevens over de zwangerschap, de baring, het kind en postmortaal onderzoek aan de PRN-databank is een voorwaarde voor de audit van perinatale sterfte. Deze informatie moet ook tijdig (= zo snel als mogelijk) beschikbaar zijn. Op dit moment gebeurt dit nog niet. Het LBPA zal dit punt opnemen als één van de communicatiedoelstellingen, die zij samen met de beroepsgroepen en de PRN nader zal uitwerken.

2.2.3 Rapportage en evaluatie van de auditactiviteiten

Het LBPA zal verantwoordelijk worden voor de uitvoering van surveillance, epidemiologische trendanalyses, onderzoek en internationale vergelijkingen op het terrein van perinatale sterfte, de doodsoorzaken en de relatie met substandaard factoren in het zorgproces. Deze taak zal zij in afstemming en samenwerking met de PRN uitvoeren.

Tegelijkertijd is het LBPA verantwoordelijk voor de evaluatie van de invoering van perinatale audit.

Vorbereiding: informatieanalyse

In opdracht van de kwartiermaker heeft RIVM Expertisecentrum voor Methoden en Informatie (EMI) een informatieanalyse uitgevoerd om te kunnen bepalen aan welke functionele eisen een (toekomstig) Perinatale Audit Registratie Systeem (PARS) moet voldoen. Het functionele ontwerp vormt de basis voor de te ontwikkelen *webbased* applicaties.

PARS moet zowel zorgverleners/deelnemers aan de audit als het LBPA behulpzaam zijn bij de administratieve afhandeling van de auditbijeenkomsten en de landelijke bewaking en evaluatie van audit door:

- registratie van de deelnemers aan auditbijeenkomsten door een van de deelnemers;
- export van gegevens over deelname aan de audit door het LBPA naar GAIA (Gemeenschappelijke Accreditatie Internetapplicatie) of het kwaliteitsregister van de KNOV (zodat deelname geaccrediteerd wordt);
- invoer van de geanonimiseerde en niet tot patiënt of zorgverlener herleidbare auditconclusies en aanbevelingen in PARS door een van de deelnemers;
- samenvatting van de gegevens tot *feedback*-informatie voor de zorgverleners in het betrokken samenwerkingsverband (zoals verbeterpunten of informatie voor jaarverslagen van maatschappen en samenwerkingsverbanden);
- genereren van statistische/managementinformatie uit opgeslagen bijeenkomsten en bijeenkomstresultaten voor jaarverslagen en evaluaties door het LBPA.

De registratie van de auditbijeenkomsten bestaat uit persoonsgegevens over de aanwezigen en gegevens over plaats en periode van de audit. In de registratie van de auditresultaten worden geen persoonsgegevens van patiënten en/of zorgverleners opgenomen, ook geen indirect herleidbare gegevens. Daarom hoeft het systeem niet aangemeld te worden bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP).

Ontwikkeling van PARS

Op basis van een informatieanalyse zijn de grote lijnen voor PARS uitgewerkt (zoals structuur, schermopbouw, toegankelijkheid, gebruikers en interacties binnen de site), evenals de specificaties voor de infrastructuur.

PARS zal in 2008 ontwikkeld worden.

Implementatie van de ontwikkelde applicaties

1. Voorafgaand aan het gebruik van PARS zullen medewerkers van het LBPA het systeem moeten vullen met metagegevens, zoals (autorisatie van) gebruikers, classificaties en ondersteunende tabellen.
2. Tijdens diverse trainingen zullen de deelnemers kennismaken met de ontwikkelde applicaties voor de invoer van gegevens over de auditbijeenkomst. Afhankelijk van de training zal deze kennismaking globaal blijven of zullen deelnemers na afloop met deze applicaties kunnen werken.
3. Tijdens bijeenkomsten over (de landelijke invoering van) perinatale audit zullen deelnemers geïnformeerd worden over het bestaan van deze instrumenten.
4. Medewerkers van het LBPA zullen getraind worden in het gebruik van PARS.

2.3 Juridisch kader

Een duidelijk juridisch kader is essentieel voor de invoering van de landelijke perinatale audit. Zorgvuldige omgang met zowel de (persoons)gegevens die gebruikt worden om audit mogelijk te maken als met conclusies en aanbevelingen die voortkomen uit de audit, moet gegarandeerd kunnen worden. Daar waar nodig moet bestaand kader aangepast of aangescherpt worden, daar waar de wetgeving al voldoende bescherming biedt, moet dit volledig benut worden. Hiervoor kan gebruikgemaakt worden van ervaringen elders, zowel op andere terreinen (bijvoorbeeld Veilig Incidenten Melden) als in andere landen.

Knelpunten- en haalbaarheidsstudie door KNMG

Tijdens de kwartiermakerperiode heeft het advies- en projectenbureau van de KNMG² in opdracht van het RIVM de juridische voorwaarden, mogelijkheden en knelpunten in het gehele auditproces in kaart gebracht. Uitgangspunt bij deze opdracht was de gewenste situatie, zowel in gegevensstromen als in uitvoering van de audit. Een belangrijke ontwikkeling is de voorgestelde scheiding van gegevensopslag in drie stromen (zie Bijlage 6):

1. de herleidbare gegevens over zorgvrager, zorgverlener en zorgproces worden opgeslagen bij de PRN (zie paragraaf 2.2.2);
2. herleidbare gegevens over datum en aanwezigheid bij auditbijeenkomsten zullen opgeslagen worden in één deel van de PARS. Deze gegevens zijn nodig voor de accreditatie van deelname aan audit (zie paragraaf 2.2.3); en
3. de geanonimiseerde uitkomsten uit de audit worden opgeslagen in een ander deel van PARS (zie paragraaf 2.2.3).

Eind mei heeft de KNMG de rapportage afgerond (De Roode en Legemaate, 2008), met aanbevelingen op het terrein van

- duidelijkheid over de doelstelling van de perinatale audit (kwaliteitsmonitoring en -verbetering) en de relatie met andere kwaliteitssystemen (zie ook Molendijk et al., 2008);
- de professionele verantwoordelijkheid om deel te nemen aan de audit. Overigens is deelname aan audit verplicht in het kader van de kwaliteitswet zorginstellingen;

² Het advies- en projectenbureau van de KNMG voert opdrachten uit voor haar federatiepartners en voor opdrachtgevers buiten de federatie. Deze resultaten uit deze laatste opdrachten worden uitsluitend gerapporteerd aan de opdrachtgever. Zij vallen buiten verantwoordelijkheid van het federatiebestuur van de KNMG (www.knmg.nl).

- het gebruik van uitkomsten uit de audit door de inspectie, het Openbaar Ministerie en Raden van Bestuur van instellingen. Het is noodzakelijk dat zij verklaren deze uitkomsten *niet* op te vragen (IGZ, OM) dan wel *niet* te gebruiken voor andere doelen dan kwaliteitsverbetering (RvB), mits voldaan is aan de wettelijke dossierplicht;
- gebruik van gegevens en bewaking van gegevensopslag;
 - de voorlichting aan patiënten over het gebruik van gegevens voor registratie, onderzoek, kwaliteitsbevordering en audit. Te overwegen valt een aparte voorlichtingsfolder voor de audit te ontwikkelen;
 - de noodzaak om expliciete toestemming aan de patiënte te vragen voor gebruik van haar herleidbare gegevens. Het is aan te raden van dit laatste een aantekening te maken;
 - het tot het minimum beperken van tot een persoon herleidbare gegevens tijdens voorbereiding en uitvoering van de audit;
 - de verantwoordelijkheid van de PRN voor de verwerking, het beheer en de beveiliging van herleidbare gegevens die in het kader van het auditproces worden geregistreerd en gebruikt;
 - de regeling van de geheimhouding van de informatie die de betrokkenen tijdens het auditproces krijgen.
- verdeling van verantwoordelijkheden tussen ‘auditorganisatie’, zorgverleners en zorginstellingen:
 - uitwerking van de *feedback* aan lokale zorgverleners binnen de grenzen van wat mag en wat nodig is voor invoering van kwaliteitsverbeteringen;
 - de verantwoordelijkheden voor individuele zorgverleners of organisaties voor de uitwerking van de bevindingen uit de audit, zoals wenselijkheid om ouders te informeren in het kader van ‘goed hulpverlenerschap’, verwerking van de resultaten binnen kwaliteitssystemen, de categorisering van de doodsoorzaak (natuurlijke of een niet-natuurlijke dood) en de melding van calamiteiten;
 - duidelijk onderscheid tussen bevindingen uit de audit die beschermd moeten worden en bevindingen die via andere kanalen onderzocht kunnen worden.

De KNMG concludeert dat er vooralsnog geen formele belemmeringen lijken te bestaan voor invoering van de audit zoals voorgesteld. In tegenstelling tot in een aantal andere landen ontbreekt in Nederland echter een wettelijke regeling ter bescherming van zorgverleners die aan de audit deelnemen. Gebruikmakend van voorbeelden in Nederland en elders doen De Roode en Legemaate aanbevelingen voor aanpassingen van de volgende punten:

- expliciete vermelding van doelen van perinatale audit en andere kwaliteitssystemen in de wet;
- mogelijk maken van gebruik van patiëntengegevens voor kwaliteitsdoeleinden zonder voorafgaande toestemming van de patiënt (c.q. de zwangere). De KNMG verbindt hieraan een aantal voorwaarden, zoals zoveel mogelijk geanonimiseerd gebruik van gegevens in het kader van registratiesystemen en een meldplicht voor zorgverleners betreffende ongunstige uitkomsten;
- een verbod op het gebruik van gegevens uit kwaliteitssystemen voor juridische of disciplinaire procedures en een beperking van de toepasselijkheid van de wetgeving inzake openbaarheid van bestuur;
- bescherming van de leden van kwaliteitscommissies tegen een oproep als getuige-deskundige in een rechtszaak;
- sanctioneren van onterechte inbreuken op de veiligheid van zorgverleners (De Roode en Legemaate, 2008).

Implementatie van de aanbevelingen van de KNMG

1. Op 17 april heeft de KNMG haar conceptrapport voorgelegd tijdens een deskundigenbijeenkomst met gezondheidsjuristen, een vertegenwoordiger van het College Bescherming Persoonsgegevens, IMPACT en vertegenwoordigers uit het perinatale veld. Deze bijeenkomst heeft tot doel gehad de aanbevelingen te toetsen en het draagvlak voor de aanbevelingen in het KNMG-rapport te vergroten. De bijeenkomst heeft tot een aantal aanscherpingen en verduidelijkingen geleid.
2. Tijdens een invitationale conference (22 mei 2008) heeft de KNMG een korte presentatie gegeven van de belangrijkste aanbevelingen en geparticipeerd in een workshop over een veilig meldklimaat en 'veilig voelen'.
3. De aanbevelingen uit het KNMG-rapport zullen meegenomen worden in de nadere uitwerking van de methodiek, handleidingen en andere instrumenten die het LBPA zal ontwikkelen voor het auditproces en/of voor de werkwijze van het LBPA. Aanbevelingen waarvoor (ook) actie van anderen nodig is, zal het LBPA met de juiste organisaties bespreken en uitwerken.
4. Bij de functionele ontwerpen en de plannen van aanpak voor uitbreiding van PRN-modules en PARS is rekening gehouden met eventuele aanpassing van de plannen op basis van het KNMG-rapport.
5. KNMG en het RIVM maken gezamenlijke afspraken over publicaties over de aanbevelingen uit het rapport.

2.4 Regioteams

Het Landelijk Bureau Perinatale Audit is verantwoordelijk voor de ondersteuning en landelijke coördinatie van de auditactiviteiten. Het LBPA is een verzamelnaam voor de bestuurlijke inbedding (coördinatiecommissie, raad van advies en werkgroepen), de voorbereiding en uitvoering (bureau-medewerkers) en de decentrale ondersteuning via regioteams. In paragraaf 3.1 wordt de organisatie beschreven, inclusief functie-eisen en organigram.

Hieronder wordt een nadere beschrijving gegeven van de decentrale ondersteuning via nog op te richten regioteams rond perinatologische centra, inclusief implementatiemedewerkers.

Rol en samenstelling van regioteams

Waar het LBPA in oprichting de landelijke ondersteuning en evaluatie van perinatale audit op zich neemt, dragen regioteams zorg voor de ondersteuning bij en uitvoering van de lokale en regionale audit. Zij zijn op regionaal niveau belast met de coördinatie en supervisie van de auditwerkzaamheden in hun zorggebied. Hieronder wordt verstaan:

- stimuleren van lokale audits;
- het (doen) organiseren van trainingen om audit mogelijk te maken;
- stimuleren van het volgen van audittrainingen;
- organisatie van regionale audits;
- het leveren van een bijdrage aan lokale audits, door deel te nemen als begeleider of expert;
- het monitoren van lokale audits (de administratie wordt door het landelijke bureau uitgevoerd);
- ondersteuning aanbieden waar de lokale audit nog niet op gang is gekomen.

N.B. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van lokale audits ligt bij het samenwerkingsverband in de desbetreffende regio (zie Bijlage 3).

Regioteams worden georganiseerd rondom de tien erkende perinatologische centra³ en dienen te bestaan uit:

1. vertegenwoordiging van alle betrokken beroepsbeoefenaren: een huisarts, een verloskundige uit de eerste lijn en één uit de tweede lijn, een gynaecoloog uit de tweede en één uit de derde lijn, een kinderarts uit de tweede lijn en één uit de derde lijn, en een patholoog;
2. een medewerker implementatie.

De teamleden kiezen uit hun midden een voorzitter die werkzaam is binnen het perinatologische centrum.

Door de brede opzet van het regioteam kan bij de uitwerking en ondersteuning van de audit rekening gehouden worden met alle partners en delen uit de zorgketen. Iedere beroepsgroep heeft specifieke verantwoordelijkheden, competenties en eisen aan de beroepsuitoefening of loopt tegen specifieke problemen aan. Vanuit ieders specifieke deskundigheid kunnen de leden van het regioteam adviseren bij problemen tijdens het auditproces.

Door twee keer per jaar bij elkaar te komen kan het regioteam de voortgang van de audit monitoren, knelpunten vroegtijdig signaleren en desgewenst in de eigen achterban tot een oplossing komen, de plannen voor het komende half jaar vaststellen of aanpassen en afspraken maken over de daadwerkelijke ondersteuning tijdens bezoeken aan lokale audits.

Vanuit oogpunt van efficiëntie zullen maximaal twee leden van het regioteam deelnemen aan een lokale audit. Soms zal de voorkeur uitgaan naar een vast tandem waar in ieder geval de voorzitter deel van uitmaakt, soms zal het regioteam per keer beoordelen wie als tweede persoon meegaat.

De invulling van het regioteam is een zaak van de regio en gebeurt in overleg met de 'achterban'.

Bevordering van de implementatie door een ondersteunende medewerker

Het regioteam - en in het bijzonder de regiovoorzitter - is aanspreekbaar op de voortgang van audit. De commissie heeft vertrouwen in de boegbeeldfunctie van het regioteam. Zij betwijfelt echter of de leden van de regioteams, praktiserende zorgverleners, voldoende tijd hebben voor 'het handwerk van de ondersteuning', zoals organisatie, aanspreekpunt zijn voor praktische vragen, monitoring van de voortgang en andere aandachtspunten in de implementatie.

Uit de ervaring van het onderzoeksconsortium Verloskunde, Gynaecologie, Fertiliteit, Neonatologie en Urogynaecologie⁴ blijkt dat de inzet van een onderzoeksverpleegkundige/verloskundige/arts een belangrijke succesfactor is voor de participatie aan multicentrisch klinisch evaluatie-onderzoek. De onderzoeksverpleegkundige/verloskundige/arts verzorgt de voorlichting over de studies, legt het protocol uit en is bereikbaar voor vragen. Zij blijken de inclusie van patiënten, de dataverzameling en de data-invoer op een efficiënte manier te bewaken.

Op basis van deze ervaringen en ervaringen uit LPAS (CVZ, 2005) en IMPACT heeft de commissie gekozen voor de toevoeging van een implementatiemedewerker voor de perinatale audit, analoog aan de inzet van onderzoeksverpleegkundige/verloskundige/arts bij genoemde onderzoeken.

³ Academisch Ziekenhuis Groningen; Isala klinieken Zwolle (locatie Sophia Ziekenhuis); Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen; Universitair Medisch Centrum Utrecht, Wilhelmina Kinderziekenhuis; Academisch Medisch Centrum Amsterdam; VU Medisch Centrum, Amsterdam; Leids Universitair Medisch Centrum/Juliana Kinder Ziekenhuis; Academisch Ziekenhuis Rotterdam, Sophia Kinderziekenhuis; Maxima Medisch Centrum, locatie St. Joseph Ziekenhuis Veldhoven; Academisch Ziekenhuis Maastricht.

⁴ Het onderzoeksconsortium Verloskunde, Gynaecologie, Fertiliteit, Neonatologie en Urogynaecologie is een samenwerkingsverband ten behoeve van multicentrisch klinisch evaluatie-onderzoek.

Implementatie

1. Tijdens een *invitational conference* (22 mei 2008) is in een van de workshops nader ingegaan op de rol van regioteams.
2. Het LBPA zal in het tweede en derde kwartaal van 2008 werken aan de opbouw van het netwerk van regioteams en implementatiemedewerkers, zodat de eerste trainingen aan regiovoorzitters, regioteams en implementatiemedewerkers in december 2008 van start kunnen gaan. Deze trainingen lopen door in 2009.
3. Het Platform Regioteams, dat bestaat uit de voorzitters van de regioteams (zie paragraaf 3.1), zal eind 2008 voor de eerste keer bij elkaar komen.
4. Het LBPA zal eind 2008 afspraken hebben gemaakt met alle regioteams over de plannen voor 2009, de inzet van implementatiemedewerkers en de verdeling van het budget (zie verder paragraaf 3.1).
5. Medio 2009 zal het LBPA een bijeenkomst organiseren, specifiek voor regioteams. Deze bijeenkomst heeft een gemengd karakter (terugkomdag en teambuilding, uitwisseling van knelpunten en *best practices*, verspreiding van nieuwe inzichten).

2.5 Inbedding van de audit in bestaande activiteiten en structuren

Perinatale audit moet geen op zichzelf staande activiteit zijn. De audit moet zo aangepakt worden dat de registratie voor en deelname aan perinatale audit ingebed wordt in het:

- primaire zorgproces;
- het kwaliteitsbeleid (scholing, accreditatie, visitatie); en
- de onderlinge samenwerking.

Een goede inbedding is essentieel voor de duurzaamheid van de perinatale audit.

Voorbereiding

Bij de ontwikkeling van een aantal instrumenten zijn de volgende uitgangspunten nader uitgewerkt:

- Voor de audit moeten zorgverleners gebruik kunnen maken van al eerder geregistreerde gegevens. Daarom heeft de PRN in samenwerking met Tieto Enator een plan van aanpak opgesteld voor het genereren van chronologische verslagen uit de PRN-database en de opslag van chronologische verslagen voor later gebruik tijdens een regionale of landelijke audit (zie paragraaf 2.2.2).
- Bij het functionele ontwerp voor PARS is rekening gehouden met de import van gegevens over deelname aan training in GAIA. Dit is de Gemeenschappelijke Accreditatie Internetapplicatie die gebruikt kan worden door de wetenschappelijke verenigingen, de leden van de aangesloten verenigingen en de aanbieders van nascholing (zie paragraaf 2.2.3).

Er is een aantal overleggen geweest dan wel gepland om de inbedding en aansluiting bij bestaande activiteiten nader uit te werken:

- Tijdens een overleg met de NVOG en KNOV gezamenlijk is gesproken over de mogelijkheden om verloskundige samenwerkingsverbanden te stimuleren. Op het moment staan hiervoor geen specifieke activiteiten gepland.
- Overleg met het onderzoeksconsortium Verloskunde, Gynaecologie, Fertiliteit, Neonatologie en Urogynaecologie (www.studies-obsgyn.nl) was bedoeld ter verkenning van de mogelijke samenwerking tussen de auditororganisatie en het consortium. Het consortium heeft ervaren dat de inzet van onderzoeksverpleegkundige/verloskundige/arts een belangrijke succesfactor is voor de deelname van ziekenhuizen aan onderzoeken in multicentrisch verband. Deze

onderzoeksverpleegkundige/verloskundige/arts weet ondertussen de weg in de verschillende praktijken, kent de sleutelfiguren in ziekenhuizen/praktijken en weet hen te motiveren. Zij zijn niet in dienst van het consortium, maar van hun 'eigen' ziekenhuis. Hun inzet wordt vergoed op declaratiebasis.

Samenwerking tussen de auditororganisatie en het onderzoeksconsortium moet nader uitgezocht worden, maar enkele voordelen springen in het oog: door samenwerking wordt een bestaand netwerk ingezet en is efficiëntiewinst te halen., zowel inhoudelijk (wederzijdse kruisbestuiving) als logistiek (combinatie van activiteiten, waardoor minder reistijd en een kleiner tijdsbeslag op zorgverleners).

- Overleg met de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP) bracht aan het licht dat er een structureel tekort bestaat aan perinataal pathologen. Dit is deels het gevolg van het ontbreken van een specifieke opleiding, maar ook van het ontbreken van deze expertise in enkele universitaire opleidingen (Leiden, AMC).

Feitelijk zijn er 10-15 perinataal pathologen, verenigd in de Werkgroep Kinderpathologie van de Lage Landen (WKPLL). De WKPLL verzorgt eens in de twee jaar een landelijke bijscholing.

Uiteindelijk zijn in het overleg de volgende ideeën ontwikkeld om, rekening houdend met de beperkte capaciteit, pathologen zoveel mogelijk te betrekken bij:

- protocollering van de aanvraag- en rapportageprocedure door de ontwikkeling van een uniform aanvraagformulier voor obductie/postmortaal onderzoek (inclusief placentaonderzoek) en aanpassing van obductieverslag (idem). Hiermee kan een eerste stap gezet worden in het genereren van de doodsoorzakenclassificaties voor het gebruik tijdens de audit;
- ontwikkeling van trainingmodules voor regioteams en perifere perinatale zorgverleners over de rol van de perinatale pathologie bij het vaststellen van de doodsoorzaak;
- uitwisselingsmogelijkheden door de bijdrage van kinderpathologen aan regionale auditbijeenkomst; en
- een jaarlijkse landelijke bijeenkomst over audit voor kinderpathologen.

2.6 Instrumenten ter ondersteuning van zorgverleners

Voor een systematische aanpak van de regionale en de landelijke thematische audit zal het LBPA handleidingen, *formats* en andere instrumenten ontwikkelen. Om deze instrumenten voor iedereen actueel en toegankelijk te houden zal het LBPA een website ontwikkelen, beheren en onderhouden.

2.6.1 Handleidingen en formats

In ieder geval:

- een handleiding met een beschrijving van de stappen die doorlopen moeten worden tijdens de audit;
- een handleiding en *format* voor het opstellen van het chronologische verslag van de te bespreken casus van perinatale sterfte;
- een handleiding en *format* voor de doodsoorzakenclassificatie;
- een handleiding en *format* voor de beoordeling van de verleende zorg;
- een actueel overzicht met verwijzingen naar de juiste richtlijnen en andere criteria voor een aantal veel voorkomende doodsoorzaken, risico- en substandaardfactoren;
- suggesties voor de vertaling van conclusies en aanbevelingen in concrete verbeterpunten;
- suggesties voor de begeleiding van het proces; en

- *webbased* formulieren voor geaggregeerde en geanonimiseerde rapportage over de beoordelingen en aanbevelingen van de audit (zie paragraaf 2.2). Deze informatie kan gebruikt worden voor de jaarverslagen van zorgverleners, van lokale samenwerkingsverbanden (*quick wins*) en voor landelijke evaluatie van de invoering van de audit.

Vorbereiding

Tijdens de kwartiermakerperiode zijn de grote lijnen van een aantal instrumenten vastgesteld:

- Voor inhoudelijke instrumenten, zoals chronologische verslagen, heeft IMPACT voortgebouwd op het *format* dat voor LPAS ontwikkeld is. Door de ervaringen uit de eerste auditsessies heeft IMPACT een aantal herzieningen ingevoerd. De kwartiermaker heeft dit vertaald in een overzicht van alle voor de audit relevante elementen uit de nieuwe PRN-registratie ('Welke informatie voor het chronologisch verslag zit al in de PRN? En welke niet?').
Op basis van deze inventarisatie hebben PRN en Tieto Enator een plan van aanpak voorgesteld voor de ontwikkeling van een *webbased* applicatie voor het automatisch genereren van het chronologische verslag uit de PRN-dataset (zie paragraaf 2.2.2).
- Binnen de informatieanalyse voor het te ontwikkelen Perinatale Audit Registratie Systeem (PARS, zie paragraaf 2.2.3) zijn de grote lijnen van de (digitale) formulieren voor de rapportage over auditbijeekkomsten en auditresultaten vastgesteld. Bij de ontwikkeling van PARS zullen ook de details nader worden uitgewerkt.
- Voor het functionele ontwerp voor de toekomstige website (zie paragraaf 2.6.2) is onderzoek gedaan naar de mogelijkheden voor de ordening en presentatie van richtlijnen op de website.

2.6.2 Website

Vorbereiding: informatieanalyse

In opdracht van de kwartiermaker heeft RIVM/EMI een informatieanalyse uitgevoerd die de basis vormt voor de website voor perinatale audit. De website moet zorgverleners/deelnemers informeren over en ondersteunen bij de audit met informatie over:

- agenda, nieuws- en persberichten, nieuwsbrieven;
- audit en auditproces;
- beschikbare instrumenten en trainingen;
- beschikbare ondersteuning, opbouw van het LBPA en samenwerkingsrelaties;
- *downloadcentrum* met richtlijnen, rapportages en andere relevante informatie;
- een afgesloten deel voor zorgverleners met een forum en met informatie over *best practices*, *e-learning*, vertrouwenspersonen;
- mogelijkheid om in te loggen op PARS.

De volgend domeinen zijn geclaimd: www.perinataleaudit.nl, www.perinataleaudit.nl, www.perinataleaudit.org, www.perinataleaudit.org.

Ontwikkeling van de website

Op basis van de informatieanalyse voor de website zijn de grote lijnen voor de site bekend (zoals structuur, schermopbouw, toegankelijkheid, gebruikers en interacties binnen de site), evenals de specificaties voor de infrastructuur.

De website kan in 2008 ontwikkeld worden.

Vulling en implementatie van de website

1. De primaire doelgroep van de website bestaat uit zorgverleners in de perinatale keten. Bij de nadere uitwerking van de website wordt rekening gehouden met het feit dat het openbare deel van

de site ook andere bezoekers zal aantrekken. Dit is een belangrijk aandachtspunt bij het schrijven van de webteksten. De informatie op het afgesloten deel van de site wordt afgeschermd van zoekmachines als Google, Yahoo en andere.

2. Het LBPA zal afspraken maken met de verschillende beroepsgroepen, PRN en anderen over de wederzijdse beschikbaarheid/het beschikbaar stellen van relevante documenten en de actualisering van deze documenten.

Aandachtspunt is de beschikbaarheid van richtlijnen die ondertussen herzien zijn. De zorgverlening wordt enkele maanden tot mogelijk enkele jaren later (bij een landelijke thematische audit) besproken in een audit. Voor de beoordeling van de verleende zorg moeten de op dat moment geldende richtlijnen beschikbaar blijven.

3. Omdat de instrumenten beschikbaar komen via de website, zullen deelnemers aan informatieve bijeenkomsten en trainingen geïnformeerd worden over het bestaan van de website.
4. Het bestaan van de website zal via alle beschikbare kanalen van zowel de LBPA als anderen onder de aandacht gebracht worden.

2.7 Training

Zorgverleners voeren zelf (de voorbereiding, bespreking en rapportage van) de lokale audit uit. Voor een aantal specifieke activiteiten binnen het auditproces zullen trainingen nodig zijn, in ieder geval voor:

- het opstellen van een chronologisch verslag;
- de classificatie van doodsoorzaken;
- beoordeling van de verleende zorg op substandaardfactoren en beoordeling van de waarschijnlijkheid van de relatie tussen substandaardfactoren en de sterfte;
- het gebruik van instrumenten en de *webbased* applicaties (PRN, PARS); en
- begeleiding van een auditbijeenkomst.

Voorbereiding

Tijdens de kwartiermakerperiode heeft IMPACT de eerste trainings- en auditbijeenkomsten gehouden binnen het project. Dit heeft geleid tot aanpassingen in methodiek en *formats* en een aanscherping in de ideeën over ondersteuning door implementatiemedewerkers (zie paragraaf 2.4) en training (zie paragraaf 2.7).

De doelgroepen voor de trainingen bestaan uit regiovoorzitters, regioteams, implementatiemedewerkers en zorgverleners die bepaalde taken binnen de lokale audit op zich nemen. Voor verschillende doelgroepen zullen specifieke modules ontwikkeld worden, met een mix van onderwerpen. Op basis van de opgedane ervaringen stelt IMPACT voor om in ieder geval de volgende onderwijsdoelstellingen (in verschillende combinaties/modules) aan te bieden:

- de context van perinatale audit binnen het geheel van kwaliteitssystemen;
- algemene beginselen van de methodiek van perinatale audit;
- regionale organisatie en implementatie van de perinatale audit;
- emotionele aspecten van audit;
- veilig auditklimaat;
- juridische aspecten van audit;
- de rol van de perinatale pathologie;

- feitelijke organisatie en uitvoering van auditbijeenkomsten en onderdelen van de methodiek (werken met het chronologisch verslag, de doodsoorzakenclassificatie, de auditmethodiek, de verslaglegging en de organisatie van auditbijeenkomsten);
- voorzitten van een auditbijeenkomst;
- ‘anderen leren om ...’, dat wil zeggen aanleren van onderwijstechnieken volgens het *teach the teachers*-principe;
- teambuilding onder de mensen met een trekkersrol in de audit.

Ontwikkeling en aanbod aan trainingen

1. Principe:
 - de opbouw van het trainingsaanbod beoogt bij te dragen aan (de versterking van) olievlekwerking, via regioteams en het *teach the teachers*-principe.
2. Start trainingsaanbod:
 - Voor de ontwikkeling van een samenhangend en elkaar versterkend aanbod van modules is ongeveer zes maanden nodig.
 - Tijdens de trainingen wordt gebruikgemaakt van en getraind op het gebruik van handleidingen en instrumenten zoals de *webbased* applicatie voor het chronologisch verslag van de PRN of PARS. Deze instrumenten moeten gereed zijn voor gebruik.
 - Het LBPA zal in het tweede en derde kwartaal van 2008 werken aan de opbouw van het netwerk van regioteams en implementatiemedewerkers, zodat de eerste trainingen in december 2008 van start kunnen gaan.
 - Eind 2008 zal het trainingsaanbod voor 2009 en verder nader zijn uitgewerkt op geleide van de vraag uit het veld en de mogelijkheden voor regionale trainingen. Het trainingsaanbod zal bestaan uit een centraal aanbod, een decentraal aanbod en meer ‘technisch’ getinte trainingen, zoals het gebruik van de *webbased* applicaties voor het chronologisch verslag en PARS.
3. Implementatie:
 - Regioteams worden persoonlijk benaderd voor deelname aan trainingen.
 - Het trainingsaanbod zal via verschillende kanalen bekendgemaakt worden (websites, nieuwsbrieven, persoonlijke contacten, via de regioteams).
 - De trainingen zullen bij de verschillende beroepsgroepen aangeboden worden voor accreditatie.
 - Bij het functionele ontwerp voor PARS is rekening gehouden met de import van gegevens over deelname aan training in GAIA. Het LBPA zal de juiste stappen ondernemen om invoer in GAIA te verwerken (training medewerkers, voldoende formatie, bewaking van tijdige invoering).
4. (specifiek) Aanbod voor pathologen:
 - bij de ontwikkeling van trainingmodules voor regioteams en perifere perinatale zorgverleners zal de rol van de perinatale pathologie bij het vaststellen van de doodsoorzaak en in de perinatale audit opgenomen worden.
 - Het LBPA zal in samenwerking met de WKPLL jaarlijks een landelijke bijeenkomst van kinderpathologen organiseren (gedachten wisselen, professionaliteit laten groeien, enzovoort).

2.8 Communicatie

De invoering van en deelname aan de audit is te stimuleren door alle betrokkenen via verschillende kanalen regelmatig en (gelijk)tijdig te informeren over bijvoorbeeld nieuwe ontwikkelingen,

beschikbaarheid van hulpmiddelen en ondersteuning, eerste resultaten uit audits, *best practices*, trainingen en het organiseren van symposia.

Vorbereiding

1. Er is een raamwerk ontwikkeld voor een communicatieplan voor de perinatale audit, waarin doelen, doelgroepen en middelen zijn verkend.
2. Er zijn verschillende domeinnamen voor websites geclaimd en de grote lijnen voor deze site zijn bekend (zie paragraaf 2.6.2).
3. Bij wijze van feestelijke aftrap is het project van start gegaan met een *diner pensant* met leden van de voormalige Commissie Perinatal Audit, onderzoekers van het Groningse onderzoeksteam en vertegenwoordigers van VWS, IGZ, de stichting PRN en het RIVM.
4. In de kwartiermakerperiode zijn de plannen voor de audit gepresenteerd aan het Platform Modernisering Verloskunde, tijdens een overleg van kringvoorzitters (KNOV) en een mini-symposium over verloskundige zorg van de NVOG. Ook zijn verschillende presentaties gegeven, zoals een presentatie bij een multidisciplinaire sterftebespreking en een presentatie aan een regionale bijeenkomst die georganiseerd werd door een perinatologisch centrum.
5. Op 22 mei 2008 heeft een *invitational conference* plaatsgevonden. Deze was bedoeld om betrokkenen bij de audit en de opbouw van een netwerk van regioteams met elkaar in contact te brengen en een aantal belangrijke punten toe te lichten in workshops (veilig voelen, regioteam en de methodiek van audit).
6. Publicaties:
 - Boesveld-Haitjema IC, Waelput AJM, Eskes M, Wiegers TA. Verloskundige samenwerkingsverbanden in Nederland: stand van zaken. Ned Tijdschr Obstet Gynaecol. 2008; 121(februari):27-31. Tijdschr Verloskd 2008; febr:11-4.
 - Waelput AJM, Eskes M, and Achterberg P. W. De landelijke perinatale audit komt er aan! Ned Tijdschr Obstet Gynaecol. 2008; 121(februari):23-6. Tijdschr Verloskd 2008; maart:15-8
 - Merkus JMWM. Perinatale sterfte in Nederland: audit dringend nodig. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:603-5.
 - Van Dijk, M. Leren van de dood van een kind. Landelijke perinatale audit komt eraan. NVK Nieuwsbrief 2007; (5):4-6.
7. *Free publicity*: in de reacties op het artikel 'Beter baren' van Visser en Steegers (2008) is de noodzaak voor een perinatale audit regelmatig genoemd, zowel in de Tweede Kamer als in ingezonden brieven.

Implementatie

Het raamwerk voor een communicatiebeleid ligt gereed en zal verder uitgewerkt worden.

Deel 2

3 Organisatiebeschrijving

3.1 Bestuurlijke opbouw (en inbedding)

Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven wordt de verleende zorg op drie niveaus besproken: de lokale audit (binnen VSV's of andere lokale samenwerkingsverbanden), de regionale audit en de landelijke audit. Deze verschillende vormen van audit worden ondersteund via regioteams en een Landelijk Bureau Perinatale Audit.

Er is een landelijke structuur en een regionale structuur te onderscheiden.

3.1.1 Landelijke structuur

De landelijke structuur heeft als doel de randvoorwaarden voor de perinatale audit te realiseren, het beleidskader vast te stellen waarbinnen de perinatale audit plaatsvindt, handleidingen en protocollen te ontwikkelen en speerpunten in de ontwikkeling en uitvoering van de audit te formuleren.

De landelijke structuur wordt gevormd door:

- een coördinatiecommissie;
- een Raad van Advies;
- een landelijk bureau in engere zin;
- enkele werkgroepen; en
- een platform regioteams.

Deze onderdelen worden hieronder toegelicht; Bijlage 7 biedt een overzicht van hun taken en verantwoordelijkheden.

De coördinatiecommissie

De coördinatiecommissie is de bestuurlijke laag van de perinatale auditororganisatie. Deze commissie stelt het beleid en de begroting vast en neemt besluiten over voorstellen uit overige lagen van de structuur.

De samenstelling van de coördinatiecommissie vormt een afspiegeling van het beroepenveld dat (primair) bij de audit betrokken is. De beroepsverenigingen van huisartsen (LHV/VVAH of NHG), verloskundigen (KNOV), gynaecologen (NVOG), kinderartsen (NVK) en pathologen (NVvP) dragen een lid voor voor de coördinatiecommissie.

In een later stadium zal worden gezien of de commissie wordt uitgebreid met andere beroepsgroepen (genetici, verpleging) en patiëntenorganisatie (NPCF).

Naast de leden heeft de coördinatiecommissie een voorzitter die afkomstig is uit het perinatale veld, maar een onafhankelijke positie heeft. De coördinatiecommissie draagt de dagelijkse leiding en het beheer van de landelijke perinatale audit over aan de directeur van het bureau. De directeur van het bureau en de voorzitter van het platform regioteams zijn toevoerder in de bijeenkomsten van de coördinatiecommissie.

In Bijlage 8 wordt een samenvatting gegeven van een aantal specifieke functie-eisen voor de voorzitter van de coördinatiecommissie en de directeur van het LBPA.

De coördinatiecommissie heeft een breed takenpakket, dat in het overzicht van taken, verantwoordelijkheden en samenstelling van commissies en werkgroepen in Bijlage 7 nader beschreven wordt.

Raad van Advies

De Raad van Advies (RvA) heeft als taak de coördinatiecommissie te adviseren over de hoofdlijnen van het beleid. De RvA bestaat uit vertegenwoordigers van:

- VWS;
- Zorgverzekeraars Nederland;
- IGZ;
- NPCF;
- KNMG.

De leden van de raad kiezen uit hun midden een voorzitter.

De RvA komt tenminste eenmaal per jaar bijeen. De RvA vergadert in aanwezigheid van de voorzitter van de coördinatiecommissie en de directeur van het bureau.

Landelijk Bureau

Dit bureau is belast met (het faciliteren van) de uitvoering van het vastgestelde beleid, de coördinatie van (de implementatie van) de audit, de ontwikkeling van instrumenten, de rapportage over de audit en de ondersteuning van:

- commissies en werkgroepen voor de uitwerking van criteria en procedures en de keuze van thema's voor de landelijke thematische audit (meerjarenplanning);
- een panel voor de landelijke thematische audit.

Het bureau wordt geleid door een directeur. Naast de directeur zijn enkele senior beleidsmedewerker(s) een webmaster/tekstschrijver en secretaresse(s)/projectmedewerkers in dienst van het bureau (zie paragraaf 3.2).

Platform regioteams

Van iedere regio neemt één lid, de voorzitter van het regioteam, deel aan het platform regioteams. Dit platform dient ter:

- onderlinge afstemming;
- signalering knelpunten; en
- advisering over aanpassingen in de methodiek of ondersteuning.

De directeur van het bureau is bij deze bijeenkomsten aanwezig.

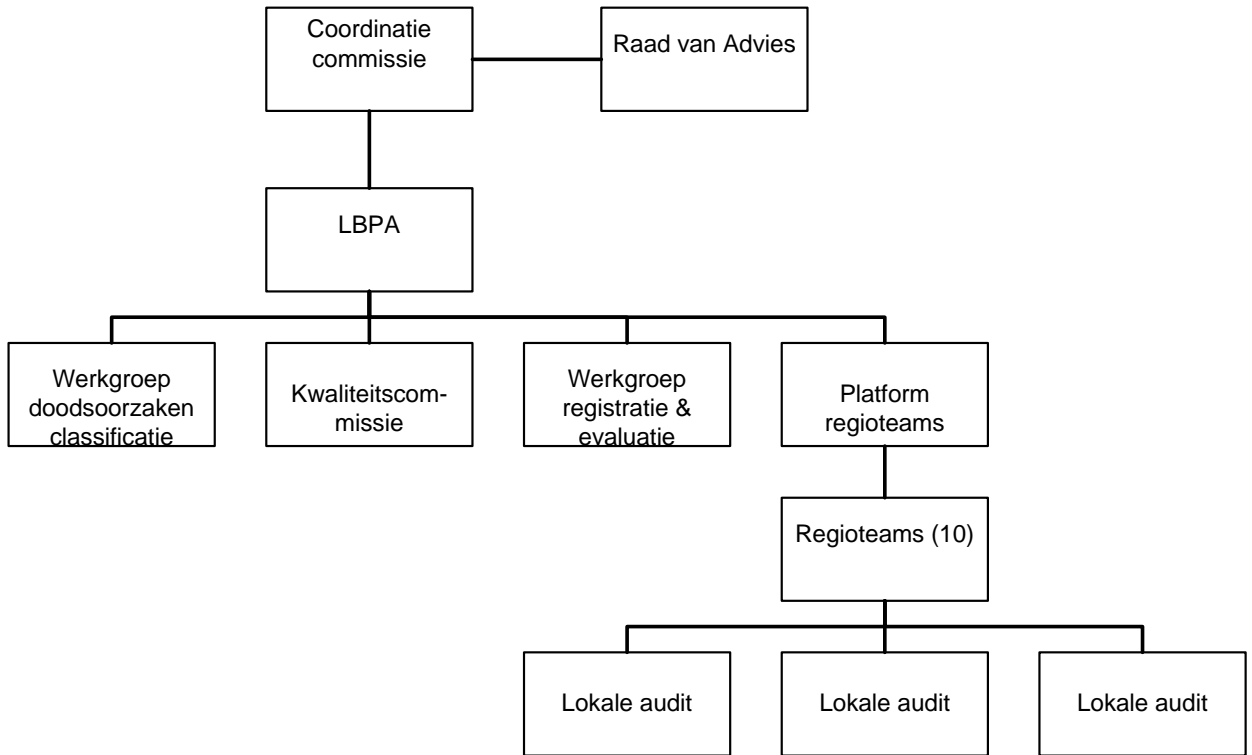
Werkgroepen

De coördinatiecommissie kan op voorstel van het LBPA werkgroepen instellen ter voorbereiding op de besluitvorming over bepaalde onderwerpen. De werkgroepen adviseren de coördinatiecommissie.

Afhankelijk van de aard van de taak van de werkgroep dragen de beroepsverenigingen, regioteams of de directeur werkgroepleden voor. De voordracht voor inhoudelijke werkgroepen gebeurt op basis van wetenschappelijke kennis én bekendheid met de specifieke werkwijze en mogelijkheden binnen het veld. Deze werkgroepleden kiezen uit hun midden een voorzitter.

Het LBPA neemt de voorbereidende werkzaamheden voor de werkgroepen op zich en voegt een secretaris toe aan de werkgroep. Het bureau verzorgt ook de secretariële ondersteuning.

Organisatiestructuur landelijke perinatale audit



3.1.2 Regionale structuur

Lokaal auditteam van zorgverleners

Voor de uitvoering van de lokale audits wordt aangesloten bij of een beroep gedaan op bestaande organisatiestructuren, zoals Verloskundige Samenwerkingsverbanden of andere gestructureerde lokale samenwerkingsverbanden. Bij 82 van de 98 ziekenhuizen met een afdeling verloskundige (85%) bestaat er enige vorm van samenwerking en structureel overleg tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverleners. In negen andere ziekenhuizen vindt regelmatig overleg plaats. De kinderarts neemt nog niet overal deel aan dit overleg (in 48 regio's altijd aanwezig en in zeven regio's incidenteel). In 33 regio's participeren verloskundig actieve huisartsen (Boesveld-Haitjema, 2007).

Overzicht perinatale audit op lokaal niveau

Nieuwe taak	Nadere uitwerking van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van perinatale zorgverleners voor de kwaliteit en inhoud van de zorgverlening aan individuele cliënten en de organisatie binnen de zorgketen (CVZ, 2003).
Te onderscheiden rollen	Bij de uitvoering van de lokale audit zijn verschillende rollen te onderscheiden: <ol style="list-style-type: none">1. organisator van de bijeenkomst2. begeleider van de bijeenkomst3. opsteller van het chronologisch verslag4. rapporteur van de uitkomsten van de bijeenkomst5. opsteller verbeterplannen en uitvoering
Ondersteuning	<ol style="list-style-type: none">1. secretariële ondersteuning: aansluiten bij bestaande ondersteuning voor/van het samenwerkingsverband2. via regioteam en implementatie medewerker3. direct via de website
Waardering	Via accreditatie
Knelpunt	Inzet pathologen (zie paragraaf 2.5)

Regioteam

Het regioteam draagt op regionaal niveau zorg voor de ondersteuning bij en uitvoering van de lokale en regionale audit. Zoals in paragraaf 2.4 beschreven, dient het regioteam te bestaan uit ten minste:

1. vertegenwoordiging van alle betrokken beroepsbeoefenaren: een huisarts; een verloskundige uit de eerste lijn en één uit de tweede lijn; een gynaecoloog uit de tweede en één uit de derde lijn; een kinderarts uit de tweede lijn en één uit de derde lijn; en een patholoog;
2. een medewerker implementatie ('implementatiemedewerkers').

De teamleden kiezen uit hun midden een voorzitter, die werkzaam is binnen een van de tien (wettelijk erkende) perinatologisch centra. De voorzitter is het boegbeeld van de perinatale audit in de regio. De voorzitter neemt deel aan het platform regioteams en is als budgethouder aanspreekbaar op de voortgang van de audit binnen de betreffende regio. Hij legt over de besteding van de gelden verantwoording af aan de directeur van het landelijke bureau. De voorzitter van het regioteam is daarmee het aanspreekpunt voor het LBPA.

Het regioteam heeft twee taken:

1. Regiocoördinatie: het regioteam stimuleert en faciliteert deelname aan de audit op lokaal niveau. Daarnaast is sprake van ondersteuning in praktische zin, door een 'medewerker implementatie'. Deze medewerker is tevens betrokken bij de voorbereiding van regionale audits en de bijeenkomsten van het regioteam. De leden van het team zijn vanwege hun kennis en kunde geschikt de lokale audits te begeleiden en kunnen daartoe worden uitgenodigd.
2. Inhoudelijke afstemming: omdat in het regioteam alle disciplines uit eerste, tweede en derde lijn zijn vertegenwoordigd, is het team ook denktank, plaats voor afstemming en bewaker van eenheid.

Overzicht perinatale audit op regionaal niveau

Nieuwe taak	<ul style="list-style-type: none"> • Voor de regioteamleden is de inzet bij de lokale audit in het <i>eigen</i> centrum of het <i>eigen</i> samenwerkingsverband onderdeel van de reguliere taak op het gebied van kwaliteitszorg • De coördinatie, supervisetaken en de organisatie van regionale audits en auditopleidingen zijn nieuwe en specifieke taken voor het regioteam.
Te onderscheiden rollen	<p>Leden van de regioteams krijgen verschillende rollen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. enthousiasmeren voor deelname aan perinatale audit 2. begeleider van een aantal lokale audit-bijeenkomsten bij samenwerkingsverbanden in het verzorgingsgebied van het perinatologische centrum 3. coördinator van auditactiviteiten in de regio 4. organisator en rapporteur van regionale audits 5. aanspreekpunt voor vragen of problemen bij de uitvoering van lokale audit
Ondersteuning	<ol style="list-style-type: none"> 1. secretariële ondersteuning: aansluiten bij bestaande ondersteuning voor/van het samenwerkingsverband 2. door implementatiemedewerker 3. door medewerkers van het landelijke bureau 4. via de website
Waardering	<ol style="list-style-type: none"> 1. budget voor activiteiten van het regioteam (vacatiegelden). 2. budget voor implementatiemedewerkers 3. budget voor secretariële ondersteuning voor de organisatie van regionale bijeenkomsten

3.2 Formatieplaatsenplan (FPP)

3.2.1 Bureau

Functie	FTE	Schaal
Directeur	0,4	14-16, afhankelijk van kennis, ervaring en opleidingsniveau en huidige functie
Senior Beleidsmedewerker	2,6	12
Webmaster/tekstschrijver	0,5 ¹	11
Secretariaat/managementondersteuning	1,5	6/7

¹De webmaster/tekstschrijver zal in eerste instantie halftijd nodig zijn. Vanaf het derde kwartaal van 2008 kan deze functie voor 0,2 worden ingevuld (mogelijk op inhuurbasis).

In Bijlage 8 wordt een samenvatting gegeven van een aantal specifieke functie-eisen aan bureaumedewerkers en de voorzitter van de coördinatiecommissie.

3.2.2 Regioteam

De voorzitter heeft als trekker en promotor van de audit één dagdeel per week beschikbaar. Er is voorzien in een medewerker implementatie die twee dagdelen per week beschikbaar is.

Dat betekent dat de overige werkzaamheden van het regioteam óf tot de reguliere taak van de betrokkenen horen óf dat deze een vergoeding krijgen op declaratiebasis (vacatiegelden tot een bepaald maximum).

Functie	FTE	Schaal
Voorzitter	0,1	vacatiegelden
Medewerker implementatie	0,2	11

3.2.3 Externe ondersteuning

Het LBPA zal in de opstartfase, maar ook daarna gebruik moeten maken van externe expertise.

Het eerste jaar (2008) staat in het teken van ontwikkeling en de start van de gestructureerde uitvoering van de audit. In dat jaar zullen nog veel zaken ontwikkeld moeten worden. Daartoe is expertise nodig die ingehuurd zal worden. Het gaat daarbij om:

- jurist;
- ICT-adviseur;
- opleidingen (IMPACT).

In een later stadium is juridische en ICT-expertise slechts op ad-hocbasis nodig. De opleidingskosten zitten dan in de reguliere financiering.

Vanaf de start van de LBPA zal er regelmatig behoefte zijn aan externe expertise op het vlak van epidemiologische analyses. Het LBPA voert deze epidemiologische analyses uit in samenwerking met de PRN.

3.3 Rechtsvorm

De commissie heeft verschillende opties bekeken, waaronder het oprichten van een aparte stichting en aansluiting bij de stichting Perinatale Registratie Nederland.

De commissie adviseert te kiezen voor een gefaseerde aanpak:

1. aanloopfase: het LBPA wordt de eerste 2 tot 3 jaar ondergebracht bij het RIVM.
2. na deze aanloopfase wordt besloten of plaatsing van het LBPA bij het RIVM wordt gecontinueerd dan wel zal aansluiten bij de PRN of een afzonderlijke Stichting Perinatale Audit in Domus Medica in Utrecht zal worden.

Onderbouwing van dit advies

De PRN is de meest logische partner voor het LBPA. Dit samenwerkingsverband van de beroepsgroepen in de perinatale zorg beheert immers de data uit de perinatale registratie die het uitgangspunt vormen voor de audit. De eerstkomende jaren richt de PRN zich op de implementatie van de nieuwe perinatale registratie, wat essentieel is voor de voortgang van perinatale audit. De commissie schat de kans groot dat dit ongunstig interfereert met de voortgang van de invoering van de audit.

Daarom is aansluiting van het LBPA bij de PRN op korte termijn niet aantrekkelijk.

Ook de keuze voor een aparte stichting, met een daadkrachtig maar klein bureau, is op korte termijn minder aantrekkelijk. Een klein bureau is mogelijk te kwetsbaar voor de grote uitdagingen en het brede takenpakket, met name in de ontwikkelfase.

Met de keuze voor het RIVM wordt gebruikgemaakt van de daar ontwikkelde deskundigheid en netwerken op het brede terrein van (onderzoek naar) volksgezondheid én op het gebied van perinatale audit. Bovenstaande bezwaren worden ondervangen. Daarnaast sluiten de taken van het LBPA aan bij de nieuwe regietaken die het RIVM de afgelopen jaren heeft gekregen (waaronder enkele in de perinatale zorg).

4 ICT-infrastructuur

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven wij de benodigde infrastructuur ten behoeve van de landelijke perinatale audit. Onder infrastructuur verstaan wij de benodigde ICT-voorzieningen. De belangrijkste voorzieningen zullen via het web worden ontsloten, zodat de ICT-voorzieningen vooral als dienst zullen worden afgenomen.

Het LBPA bestaat uit meerdere groepen, waarvan slechts een klein deel werkzaam zal zijn op het bureau. De samenwerking en communicatie met regioteams, actieve deelnemers aan lokale audits, leden van de coördinatiecommissie en leden van werkgroepen zullen ‘klantvriendelijk’ opgezet worden. De verschillende groepen zullen gebruik kunnen maken van een aantal digitale hulpmiddelen:

- registratie van auditbijeenkomsten en auditresultaten via PARS (zie paragraaf 2.2.3);
- regioteams kunnen via PARS gegevens opvragen om de auditbijeenkomsten in hun regio te kunnen monitoren;
- het LBPA zal de verschillende gegevens, bij voorkeur via een webinterface, benaderen ten behoeve van analyses;
- het LBPA zal een *webbased* werkomgeving opzetten waar informatie centraal bewaard wordt en daarmee ook toegankelijk is voor decentrale benadering. Dit maakt het mogelijk om documenten te delen met regioteams, leden van werkgroepen en de coördinatiecommissie, medewerkers die onderweg zijn of bij projecten met specialisten werkzaam in andere organisaties. Informatie is in deze een breed begrip: documenten, agenda's, adresbestanden, overzicht over planning en voortgang van projecten, concepten ter becommentariëring en dergelijke.

4.2 Landelijk bureau

Het landelijk bureau zal een fysieke vestigingsplaats kennen. Op die plek bestaat de infrastructuur uit kantoorautomatisering, met bijhorende software en voorzieningen in een netwerk omgeving. Die omgeving biedt toegang tot internet en is op adequate wijze beveiligd.

Voor de medewerkers van het LBPA en een aantal medewerkers uit de regio's is een virtuele kantooromgeving beschikbaar, waardoor 'telewerken' mogelijk is. In de kostenopstelling is rekening gehouden met een specifieke oplossing: Viadesk.

4.3 Databank en databeheer

PRN

De medisch-inhoudelijke gegevensopslag vindt plaats bij PRN, die verantwoordelijk is voor beheer, onderhoud en gebruik van deze systemen. Het gaat daarbij om de zwangerschapsgegevens, de partusgegevens en de data over het kind (PRN-dataset) in geval van perinatale sterfte. Totdat alle zorgverleners vanuit de afzonderlijke elektronische patiëntendossiers data kunnen toevoegen aan de PRN-dataset (of deze kunnen raadplegen), zal een *webbased* applicatie hierin voorzien (zie paragraaf 2.2.2).

Tevens worden de chronologische verslagen die voor de lokale audit vervaardigd worden bij de PRN opgeslagen voor gebruik binnen de lokale audit en eventueel gebruik bij een regionale of landelijke audit. Deze infrastructuur dient te voldoen aan de beveiligingseisen die gelden voor een dergelijke omgeving en de ontsluiting daarvan.

PARS (Perinatale Audit Registratie Systeem)

Het LBPA beheert een databank met gegevens van de lokale auditresultaten (zie paragraaf 2.2.3). Deze database bestaat uit twee gescheiden delen: één voor de administratie van uitgevoerde auditsessies op persoonsniveau, dat gebruikt wordt voor monitoring van het *aantal* audits en voor accreditatie van deelname. In het tweede deel worden de auditresultaten op lokaal, regionaal en landelijk niveau opgeslagen. Deze informatie is nodig voor inzicht in de kwaliteit van de verleende zorg en voor de evaluatie van de audit.

Ontsluiten van gegevens door LBPA

In samenwerking met de PRN kan het landelijk bureau specifieke gegevens uit de databank van PRN gebruiken en nader analyseren voor surveillance van doodsoorzaken en auditresultaten en voor onderzoeksdoeleinden.

De kosten van het gebruik van PRN zijn opgenomen.

4.4 Toegankelijkheid van data & kennis (website en overig)

Voor het delen van algemene gegevens over de LBPA en het ontsluiten van gegevens daarover, is een website voorzien. De website zal bestaan uit een open publieksdeel en een gesloten deel voor professionals (zie paragraaf 2.6.2).

5 Groeipad

5.1 Uitgangssituatie

Uit een inventarisatie naar het functioneren van al dan niet geformaliseerde verloskundige samenwerkingsverbanden en sterftebesprekingen, begin 2007 (Boesveld-Haitjema, 2007), zijn de volgende gegevens bekend:

- In 82 van de 98 ziekenhuizen (84,5%) is er sprake van een **VSV**, al dan niet geformaliseerd. Hier vindt structureel overleg plaats tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverleners. In negen andere ziekenhuizen vindt regelmatig overleg plaats. De kinderarts is in 48 regio's altijd aanwezig en in zeven regio's incidenteel. In 33 regio's participeren verloskundig actieve huisartsen.
- **Perinatale sterftebesprekingen** vinden in 54 regio's structureel plaats met in ieder geval eerste- en tweedelijnszorgverleners (verloskundigen en gynaecologen), terwijl in 19 ziekenhuizen de eerste lijn per casus wordt uitgenodigd. Dit betekent dat in 75% van de regio's besprekingen plaatsvinden waar eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverleners bij betrokken (kunnen) zijn. Kinderartsen nemen in 61 ziekenhuizen deel aan de sterftebesprekingen. In 22 ziekenhuizen nemen verloskundig actieve huisartsen deel, in vijf ook huisartsen die niet verloskundig actief zijn. In elf ziekenhuizen vindt de bespreking plaats in aanwezigheid van een patholoog.
Tijdens de onderzoeksperiode waren drie regio's waar nog geen sterftebesprekingen plaatsvinden, van plan een begin te maken met perinatale sterftebesprekingen. In vier regio's waar nu alleen in de ziekenhuizen sterftebesprekingen plaatsvinden of waar alleen incidenteel de betrokken eerstelijnszorgverlener worden uitgenodigd, zal men binnenkort ook sterftebesprekingen samen met de eerste lijn gaan organiseren. Hiermee komt het totaal aantal regio's met regelmatig perinatale sterftebesprekingen tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverleners op 82 (85%).
- Een **volledige en betrouwbare registratie over de verleende zorg**, zoals de nieuwe perinatale registratie, vormt de basis voor de audit. De implementatie van de nieuwe perinatale registratie is echter nog in volle gang. Kinderartsen leveren vanaf 1 januari 2008 rechtstreeks gegevens aan aan de PRN. Onder de juiste randvoorwaarden zullen eerstelijns verloskundige praktijken per 1 januari 2009 kunnen overstappen op de nieuwe registratie. Het is nog onbekend vanaf wanneer verloskundig actieve huisartsen hun gegevens elektronisch kunnen aanleveren. Voor gynaecologen zal het implementatietraject waarschijnlijk enkele jaren duren.
Tot die tijd zal een deel van de zorgverleners de huidige (beperkte) registratie blijven gebruiken (PRN, 2007). Zorgverleners die nog niet beschikken over de nieuwe registratie kunnen in ieder geval voor de perinatalesterftecasus (maar ook voor andere casus) gebruikmaken van de *webbased* applicatie van de nieuwe registratie (zie paragraaf 2.2.2).

5.2 Van huidige naar landelijke dekking

In een groot aantal ziekenhuizen vindt sterftebespreking plaats (zie hierboven), maar er is in Nederland nog geen sprake van een gestructureerd uitgevoerde perinatale audit als onderdeel van de reguliere werkwijze. In de drie noordelijke provincies vindt een implementatieproject plaats (IMPACT). Om tot landelijke dekking te komen is een gecontroleerde uitbreiding van de activiteiten een noodzaak. Het LBPA moet immers optimaal gebruikmaken van de aanwezige capaciteit, het aanwezige enthousiasme en de verschillende initiatieven op het gebied van perinatale audit.

Voorgesteld wordt om de groei naar landelijke dekking vanuit de tien regio's vorm te geven. Per regio wordt aangesloten bij de reeds bestaande initiatieven. Stappen:

- voldoen aan randvoorwaarden voor financiering, opleiding en techniek;
- formele benoeming van voorzitters van de regioteams;
- regioteams als eerste audittraining laten volgen;
- als start per regio minimaal één bestaand samenwerkingsverband faciliteren bij de perinatale audit met behulp van instrumentarium; en
- evaluatie.

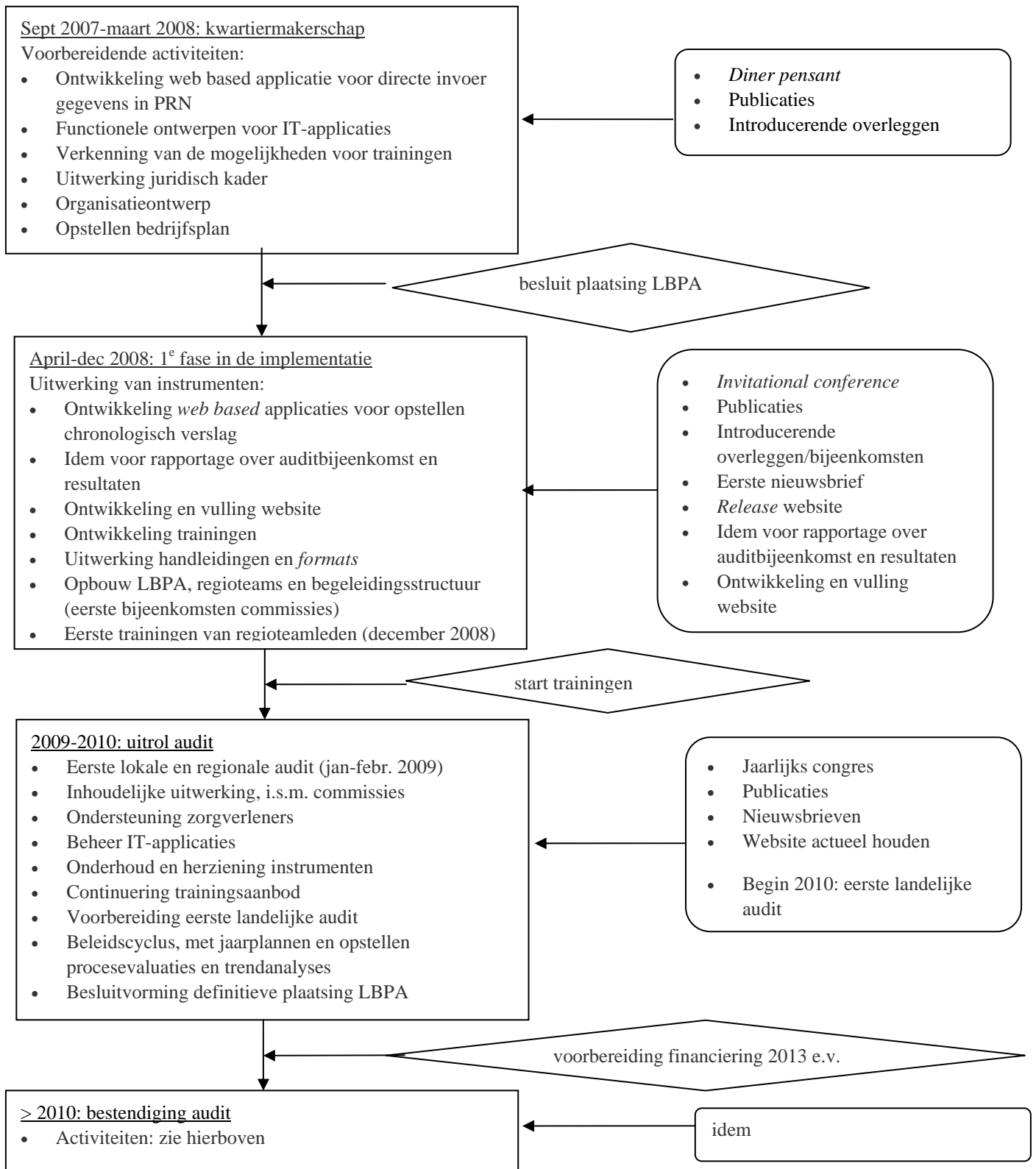
5.3 Van kwartiermaker naar functionerend bureau

Dit bedrijfsplan vormt de basis voor de overgang van voorbereiding naar realisatie.

5.4 Aantallen audits

Conform de hierboven beschreven werkwijze zal aan het eind van 2009 ongeveer een vijfde van alle casus lokaal zijn geanalyseerd. In 2010 zal een eerste thematische audit uitgevoerd worden, waarbij in eerste instantie gedacht wordt aan à terme kinderen zonder letale congenitale afwijkingen.

Jaar	Aantal
2009	400
2010	800
2011	1600
2012	2000



6 Kostenontwikkeling

In hoofdstuk 3 tot en met 5 is de structuur van de Landelijke Perinatale Audit beschreven en ook het groeipad van de uitgangssituatie naar de gewenste eindsituatie. In dit hoofdstuk gaan we nader in op de financiële consequenties van de geschetste situatie.

Het hoofdstuk is gebaseerd op de nu bekende gegevens, de bedragen zijn niet geïndexeerd.

6.1 Kosten

Aan de kostenzijde maken we onderscheid tussen initiële kosten en kosten die jaarlijks terugkeren. Er is geen rekening gehouden met afschrijvingslasten. In Bijlage 9 is een kostenopstelling opgenomen.

6.1.1 Landelijk bureau

6.1.1.1 Personele lasten

Hieronder vallen de personele lasten van de medewerkers van het bureau. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar medewerkers in loondienst en medewerkers die niet in loondienst zijn:

- medewerkers in loondienst:
 - loon: als uitgangspunt is genomen het maximumsalarisniveau in de betreffende schaal. Dit bedrag is omgerekend naar een bedrag op jaarbasis (zonder eindejaarsuitkering) en vervolgens vermeerderd met 30% met het oog op werkgeverslasten.
 - deskundigheidsbevordering: hieronder vallen opleidingskosten en congresbezoek van de betreffende medewerkers.
 - reiskosten: hieronder vallen ook verblijfskosten van de medewerkers.
- personeel niet in loondienst
 - van deze groep is alleen de vergoeding die wordt betaald (inclusief BTW), opgenomen.

6.1.1.2 Materiële lasten

De materiële lasten zijn te verdelen naar:

- het kantoor, kantoorautomatisering, -inventaris en benodigdheden.
- kosten gemoeid met het gebruik van andere software en dienstverlening daaromtrent. Deze kosten zijn uitgesplitst naar de partij die de software in beheer heeft of offerte heeft uitgebracht voor de ontwikkeling ervan.

Communicatie

Hieronder vallen de kosten voor drukwerk en het organiseren van een symposium.

Commissies en werkgroepen

De verschillende commissie- en werkgroepleden ontvangen vacatiegelden en een reiskostenvergoeding. Deze zijn op basis van de omvang van de commissie of werkgroep zo goed mogelijk ingeschat.

Opleiding

De kosten voor het opleiden van de deelnemers in de audit worden centraal gedragen. Deze kosten bestaan uit de ontwikkeling van modules en cursusmateriaal, het verzorgen van de training en het onderhouden van het materiaal.

Vooralsnog is uitgegaan van de ontwikkeling van twee modules en een aanbod van 12 trainingen. In 2008 zal het trainingsaanbod voor 2010 verder uitgewerkt worden, rekening houdend met vraag uit het veld en de mogelijkheden voor regionale trainingen.

6.1.2 Regionale structuur

De regioteams hebben te maken met drie categorieën kosten:

1. kosten voor het regioteam in de rol van denktank;
2. kosten voor leden van het regioteam in de begeleiding van lokale audits;
3. kosten voor de medewerker implementatie.

De scholingskosten voor de regio worden uit het centrale budget gedekt.

Bij het vaststellen van de omvang van de kosten in de regio zijn de volgende aannames gedaan:

- 87 ziekenhuizen hebben te maken met gemiddeld 15 casus van perinatale sterfte per jaar. Deze ziekenhuizen worden (in eerste instantie) tweemaal per jaar bezocht door twee leden van het regioteam, later eenmaal. Dat levert 174 bezoeken per jaar op, door 10 regioteams: gemiddeld 18 bezoeken per team;
- een aanname van de reiskosten;
- vacatievergoeding vastgesteld op €200,00 per bezoek; en
- het regioteam komt tweemaal per jaar voltallig bijeen.

Voor de medewerker implementatie geldt hetzelfde, deze ondersteuner zal deelnemen aan dezelfde bijeenkomsten.

Pathologen

Uitgaande van het uiteindelijk gewenste aantal obducties (bij 70% van de gevallen van perinatale sterfte) en microscopisch onderzoek van de placenta bij *alle* perinatale sterftes, zouden er jaarlijks 1.400 obducties moeten plaatsvinden. Gelet op het beperkt aantal kinderpathologen geeft dit mogelijk capaciteitsproblemen. Zoals in paragraaf 2.5 is beschreven kan het LBPA bijdragen aan een doelmatige inzet van pathologen door:

- protocollering van de aanvraag- en rapportageprocedure door de ontwikkeling van een uniform aanvraagformulier voor obductie/postmortaal onderzoek (inclusief placentaonderzoek) en aanpassing van obductieverslag (idem);
- ontwikkeling van trainingmodules voor regioteams en perifere perinatale zorgverleners over de rol van de perinatale pathologie bij het vaststellen van de doodsoorzaak;
- uitwisselingsmogelijkheden door de bijdrage van kinderpathologen aan regionale auditbijeenkomst; en
- een jaarlijkse landelijke bijeenkomst over audit voor kinderpathologen.

Daarom is er op jaarbasis een bedrag opgenomen voor deskundigheidsbevordering van en kennisoverdracht door pathologen. Deze ondersteuning zal het tekort niet oplossen, maar de noodzakelijke bijdrage van de pathologen bij de landelijke audit kunnen faciliteren.

7 Kansen en belemmeringen

7.1 De tijd is rijp voor invoering van de audit, ...

Er ligt een stevige basis om over te gaan op de landelijke invoering van perinatale audit:

- In meer dan de helft van de ziekenhuizen wordt perinatale sterfte besproken in aanwezigheid van zowel eerste- als tweedelijnszorgverleners (zie paragraaf 5.1).
- Een aantal perinatologische centra houdt regionale bijeenkomsten zoals voorgesteld in paragraaf 2.4 en bezoekt ziekenhuizen in hun verzorgingsgebied voor de bespreking van sterfte en andere ongewenste uitkomsten.
- Uit de overleggen en presentaties blijkt dat ‘de tijd rijp’ is. Niet alleen wordt er al jaren gepraat over de invoering van de audit, maar ook het besef dat de perinatale sterfte in Nederland ongunstig afsteekt tegen die elders in Europa is een belangrijke drijfveer.
- Vooral nog lijken er geen formele belemmeringen te zijn voor invoering van de audit zoals voorgesteld (zie paragraaf 2.3).
- Door de voorgestelde scheiding van gegevensstromen (zie paragraaf 2.2.1) is het mogelijk om aanvullende informatie op te vragen, casus te bespreken én te rapporteren over de resultaten uit de audits. Dit laatste is essentieel om het doel van de audit (kwaliteitsverbetering) mogelijk te maken.
- Deelname aan de audit is te stimuleren door accreditatie van auditactiviteiten en door de audit op te nemen als aandachtspunt tijdens visitaties. Er bestaat ook een wettelijke verplichting om de kwaliteit van de zorg te bewaken en verbeteren (zie paragraaf 2.3).
- Zonder extra personele inzet zal het moeilijk worden om de lokale audit van de grond te krijgen en duurzaam te maken. Daarom wordt de inzet van implementatiemedewerkers bepleit (zie paragraaf 2.4). Hiervoor kan samengewerkt worden met het onderzoeksconsortium, waardoor kennis, tijd en netwerken gebundeld worden.

Verbeterpunten

- In tegenstelling tot een aantal andere landen ontbreekt in Nederland een wettelijke regeling ter bescherming van zorgverleners die aan de audit deelnemen. Aanpassing van de wet is gewenst (zie paragraaf 2.3).
- In de folder ‘Zwanger!’ is informatie opgenomen over het gebruik van gegevens voor registratie en onderzoek. Uitbreiding met informatie over de audit is gewenst.
- Voor het gebruik van de (herleidbare) gegevens voor de audit is expliciete toestemming nodig. De gegeven toestemming moet aangetekend worden in het patiëntendossier.

7.2 ... maar er zijn ook enkele knelpunten

Perinatale audit stelt een aantal eisen aan de inzet van mensen en middelen. Deze eisen concurreren mogelijk met andere ontwikkelingen:

- De inzet van pathologen is belangrijk voor de kwaliteit van de perinatale audit, maar er is een structureel tekort aan perinataal pathologen (zie paragraaf 2.5). Inzet van pathologen bij lokale audits zal voornamelijk beperkt mogelijk zijn. Overigens zijn er ook enkele perinatologische centra

zonder perinataal patholoog. Daarom is extra ondersteuning bij deskundigheidsbevordering van pathologen gewenst.

- De ingevoerde DBC-systematiek vraagt van zorgverleners om zich als ondernemer op te stellen. Productieverlies zal gehonoreerd moeten worden. Hoogte van de vacatiegelden is belangrijk voor de bereidheid om deel te nemen aan regioteams of commissies.

Literatuur

Boesveld-Haitjema IC. Van tweeën één..... Verloskundige samenwerkingsverbanden in Nederland. Afstudeerscriptie Master Verloskunde Beleid en Management. Amsterdam: UvA/AMC; 2007.

Boesveld-Haitjema IC, Waelpuut AJM, Eskes M, Wiegers TA. Verloskundige samenwerkingsverbanden in Nederland: stand van zaken. Ned Tijdschr Obstet Gynaecol. 2008; 121 (februari):27-31 / Tijdschr Verloskd 2008; febr:11-4.

CVZ. Verloskundig Vademecum. Diemen: CVZ; 2003.

CVZ. Landelijke Perinatal Audit Studie (LPAS), eindrapport van de Commissie Perinatal Audit van het College voor zorgverzekeringen. Diemen: CVZ; 2005.

Dunn PM, McIlwaine G eds. Perinatal audit. A report produced for the European Association of Perinatal Medicine. New York: Parthenon Publishing Group; 1996.

Dijk, M van. Leren van de dood van een kind. Landelijke perinatale audit komt eraan. NVK Nieuwsbrief 2007; (5):4-6.

Gezondheidsraad. Intensive care rond de geboorte. Den Haag: Gezondheidsraad; 2000 (publicatie nr 2000/08).

Johnston, G, Crombie IK, Davies H T, Alder EM Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. Qual Health Care. 2000; 9:23-6.

Leeman LD, Waelpuut AJM, Eskes M, Achterberg PW. Op weg naar de landelijke invoering van perinatale audit. Bilthoven: RIVM; 2007 (rapportnummer 270032005).

Mackenbach JP. Perinatale sterfte in Nederland: een probleem van velen, een probleem van niemand. Ned Tijdschr Geneesk. 2006; 150:409-12.

Merkus JMWM. Perinatale sterfte in Nederland: audit dringend nodig. Ned Tijdschr Geneesk. 2008; 152:603-5.

Molendijk H, Legemaate J, Leistikow IP. Veilig melden moet in de wet. Medisch Contact. 2008; 63(6):228-30.

PRN. Nieuwsbrief augustus 2007 (www.perinatreg.nl/uploads/162/69/nieuwsbrief_11-_juli_augustus_2007.doc).

Roode R de, Legemaate J. Juridische aspecten van perinatale audit. Utrecht: KNMG; 2008.

Visser GHA, Steegers EAP. Beter baren. Nieuwe keuzen nodig in de zorg voor zwangeren. Med Contact. 2008; 63:96-9.

Waelpuut AJM, Eskes M, and Achterberg P. W. De landelijke perinatale audit komt er aan! Ned Tijdschr Obstet Gynaecol. 2008; 121(februari):23-26 / Tijdschr Verloskd 2008; maart:15-8.

Lijst van afkortingen

Afkorting	Volledige naam	Website
CEMACH	Confidential Enquiry into Maternal and Child Health	www.cemach.org.uk
CVZ	College voor zorgverzekeringen	www.cvz.nl
EMI	Expertisecentrum voor Methoden en Informatie (RIVM)	www.rivm.nl/over-rivm/organisatie/vz/IMA
GAIA	Gemeenschappelijke Accreditatie Internetapplicatie	www.knmg.nl , www.pe-online.org
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg	www.igz.nl
IMPACT	Implementation of structural feedback by means of perinatal audit to caregivers in cases of perinatal mortality in the northern part of The Netherlands	www.impact.ahmas.nl/modules/home/php
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen	www.knov.nl
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst	www.knmg.nl
LBPA	Landelijk Bureau Perinatale Audit	
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging	www.lhv.nl
LPAS	Landelijke Perinatale Audit Studie	
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap	nhg.artsenet.nl
NICU	Neonatologische intensive care unit	
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde	www.nvk.pedinet.nl
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie	www.nvog.nl
NVVP	Nederlandse Vereniging voor Pathologie	www.pathology.nl
PARS	Perinatale Audit Registratie Systeem PARS 1: met gegevens over auditbijeenkomsten PARS 2: met gegevens over auditresultaten	
PMV	Platform Modernisering Verloskunde	
PRN	Stichting Perinatale Registratie Nederland	www.perinatreg.nl
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu	www.rivm.nl
VSV	Verloskundig samenwerkingsverband	
VVAH	Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen	www.vvah.info
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	www.minvws.nl
WKPLL	Werkgroep Kinderpathologie van de Lage Landen	
ZN	Zorgverzekeraars Nederland	www.zn.nl

Verklarende woordenlijst

Begrip	Beschrijving
Chronologisch verslag	Systematische presentatie van de gegevens en gebeurtenissen tijdens het gehele zorgproces.
Substandaardzorg	Zorg die niet voldoet aan de geaccepteerde standaarden, zoals vastgelegd in (inter)nationale richtlijnen of regionale en lokale protocollen en daarmee in ongunstige zin afwijkt van de zorg die onder normale omstandigheden kan worden geboden. Om substandaardzorg te kunnen benoemen is het noodzakelijk dat de gebruikelijke zorg is omschreven.
Perinatale audit	Perinatale audit is een op gestructureerde wijze uitgevoerde kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening inclusief de gebruikte procedures voor diagnose en behandeling, het gebruik van voorzieningen en de resulterende uitkomst en kwaliteit van leven van vrouwen en hun kinderen (Dunn, 1996). <ul style="list-style-type: none"> • lokale audit Audit binnen een VSV of ander gestructureerd lokaal samenwerkingsverband, waarbij de betrokken zorgverleners alle gevallen van perinatale sterfte analyseren. • regionale audit Audit van een vooraf geselecteerde subgroep van perinatale sterfte binnen het verzorgingsgebied van een perinatologisch centrum. • landelijke audit Audit van een vooraf - uit het landelijke bestand - geselecteerde subgroep van perinatale sterfte door een panel met zorgverleners dat bestaat uit leden van de betrokken beroepsgroepen die beschikken over de benodigde expertise op het desbetreffende thema.
Perinatologisch centrum	Een perinatologisch centrum is een (op grond van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen erkend) centrum dat beschikt over voldoende intensive care faciliteiten voor verloskunde en neonatologie en obstetrische en neonatologische intensivecare-expertise (Gezondheidsraad, 2000). <p>In Nederland zijn tien centra erkend als perinatologisch centrum:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Academisch Ziekenhuis Groningen; 2. Isala klinieken Zwolle (locatie Sophia Ziekenhuis); 3. Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen; 4. Universitair Medisch Centrum Utrecht, Wilhelmina Kinderziekenhuis; 5. Academisch Medisch Centrum Amsterdam;

Begrip	Beschrijving
	6. VU Medisch Centrum, Amsterdam;
	7. Leids Universitair Medisch Centrum / Juliana Kinder Ziekenhuis;
	8. Academisch Ziekenhuis Rotterdam, Sophia Kinderziekenhuis;
	9. Maxima Medisch Centrum, locatie St. Joseph Ziekenhuis, Veldhoven;
	10. Academisch Ziekenhuis Maastricht.

Bijlage 1. Leden van de opstartcommissie perinatale audit

<i>Naam</i>	<i>Functie</i>
<i>Commissieleden</i>	
Dhr. prof. dr. J.M.W.M. Merkus	Voorzitter
Dhr. dr. H.A.A. Brouwers	Lid namens NVK
Dhr. P.A.O.M. de Reu	Lid namens KNOV
Dhr. prof. dr. J.G. Nijhuis	Lid namens NVOG
Mw. drs. T. M. Slagter-Roukema	Lid namens LHV
Dhr. dr. P.G.J. Nikkels	Lid namens NVVP
<i>Voorbereiding en uitwerking</i>	
Dhr. dr. P.W. Achterberg	RIVM, projectleider
Mw. dr. M. Eskes, MPH	RIVM
Mw. drs. A.J.M. Waelput	RIVM
Dhr. drs. J.J. van Overbeeke, MBA	Organisatieadviseur

Bijlage 2. Geraadpleegde experts

<i>Naam contactpersoon</i>	<i>Betrokkenheid bij (aspecten van) audit en/of gespreksonderwerp</i>
<i>Overleg</i>	
Mw. M.P. Amelink-Verburg	Inspecteur IGZ
Dhr. dr. A. Franx	prestatie-indicatoren
Dhr. G. Gerats	KNOV
Mw. G.G. Guyon, RN BScN	Alberta Perinatal Health Program, coordinator Quality Improvement
Dhr. mr. drs. G.B. Haringhuizen	RIVM, Centrum Infectieziektebestrijding
Dhr. dr. R.R. de Krijger	Bestuurslid sectie klinische pathologie, secretaris van de commissie onderwijs en lid van de werkgroep kinderpathologie der lage landen (WKPLL) van de NVVP
Dhr. dr. B.W.J. Mol	Onderzoeksconsortium Verloskunde, Gynaecologie, Fertiliteit, Neonatologie en Urogynaecologie
Dhr. S. Terpstra	NVOG
Dhr. J. Vesseur	IGZ (Project Hoofdinspecteur Patiëntveiligheid, internationaal en zorg-ICT)
<i>Samenwerking</i>	
Dhr. dr J.J.H.M. Erwich,	IMPACT
Mw. M.Th. van Diem, Msc Epid	IMPACT
Dhr. prof. mr. J. Legemaate	KNMG
Mw. mr. R. de Roode	KNMG
Dhr. drs. G.A. de Winter, MBA	PRN
Mw. R. Plukker	Tieto Enator
Mw. drs. A. Bol	Communicatie
Dhr. R.J.J.M. Gielis	RIVM
Dhr. drs. L.J. Stokx	RIVM
Dhr. drs. E.H.W. Janssen	RIVM/EMI
Dhr. J. Selier	RIVM/EMI

<i>Naam contactpersoon</i>	<i>Betrokkenheid bij (aspecten van) audit en/of gespreksonderwerp</i>
Dhr. drs. G.B. Makkes van der Deijl	RIVM/EMI

Presentatie van de voorstellen aan:

Platform Modernisering Verloskunde

Overleg van Kringvoorzitters (KNOV)

Bijzonder Perinatologisch Overleg (NVOG)

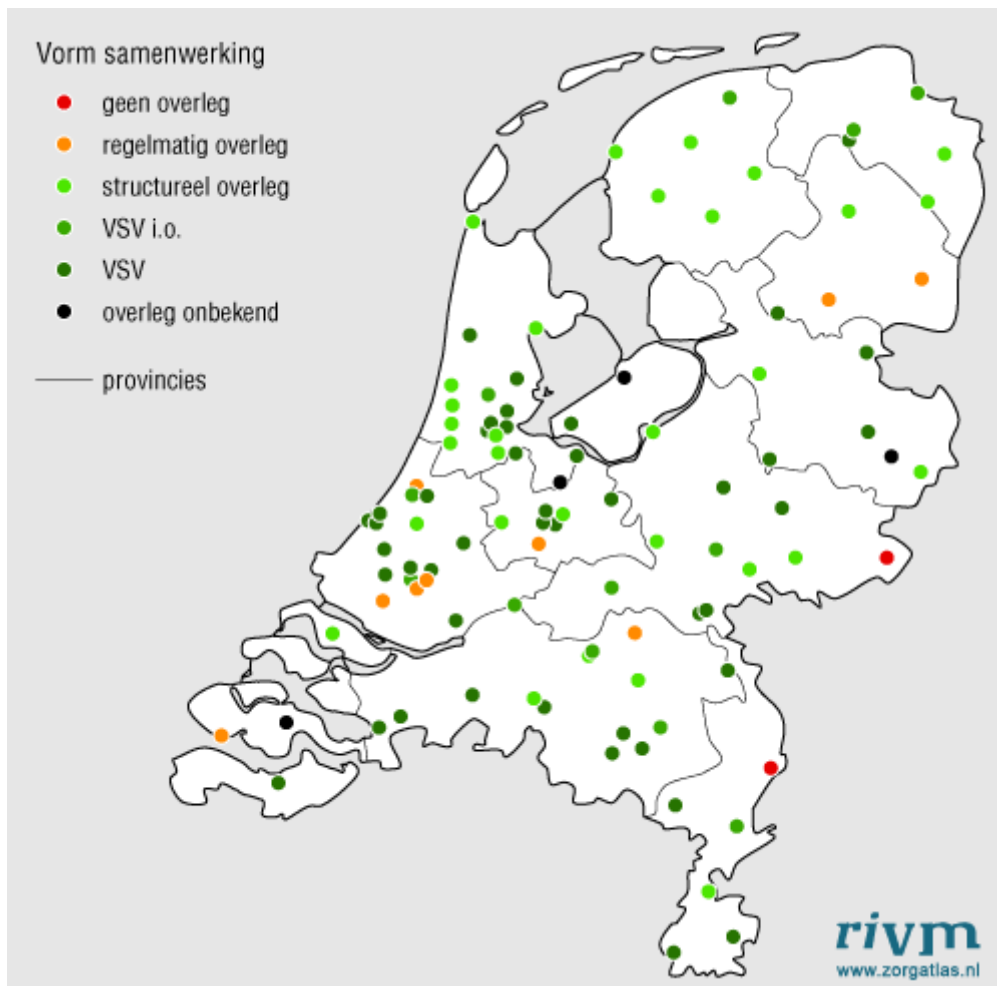
Minisymposium verloskundige zorg (NVOG)

Regionale bespreking Amsterdam (VU/AMC)

Multidisciplinaire sterftebespreking (VSV)

Stakeholders en beoogde regioteams (*invitational conference*)

Bijlage 3. VSV's in Nederland 2007



Bron: Boesveld-Haitjema, I. C. Van tweeën één..... Verloskundige samenwerkingsverbanden in Nederland. Afstudeerscriptie Master Verloskunde Beleid en Management. UvA/AMC; 2007.

Bijlage 4. Perinatologische centra en hun adherentiegebieden



Bron: PRN

Zie voor meer informatie www.perinatreg.nl/uploads/150/82/Jaarboek_Perinatale_Zorg_2003_inhoud.pdf

Bijlage 5. Stappen in het auditproces

Systematische stappen in het auditproces

Van de geselecteerde casus worden de chronologische verslagen, die uit het PRN-bestand gegenereerd worden, zonodig gecompleteerd met gegevens uit het zorgdossier of andere bronnen. *En petit comité* wordt de doodsoorzaak geïdentificeerd en ingevoerd in het chronologisch verslag. Daarna vindt de audit in strikte zin plaats en worden eventuele substandaardfactoren vastgesteld (bij de zorgverlener, binnen het zorgsysteem en/of bij de zorgvrager) en de relatie tot de sterfte benoemd. Conclusies uit de audit moeten vertaald worden in concrete aanbevelingen en verbeterpunten. Na verloop van tijd worden de ingezette verbeterpunten geëvalueerd in een nieuwe auditcyclus.

Hieronder wordt beschreven welke stappen genomen moeten worden in een auditproces, door wie (actoren), tot welke resultaten dit leidt en welke hulpmiddelen hiervoor worden ontwikkeld.

Vorbereiding

Er is een jaarplanning opgesteld met de data voor de bijeenkomsten en duidelijke afspraken over de taakverdeling bij de voorbereiding van de audit, de auditbijeenkomst, de rapportage en vervolgcycli.

Er is ook gezorgd voor logistieke ondersteuning voor de planning van de bijeenkomsten, zaalreservering en uitnodiging. Voor de lokale audit wordt aangesloten bij al geldende afspraken in het samenwerkingsverband. Voor de regionale audit neemt de medewerker implementatie deze taak op zich, voor de landelijke audit het secretariaat van het LBPA.

Actoren in het proces

Binnen het auditproces zijn een aantal actoren te onderscheiden:

1. Opsteller van het chronologisch verslag.
 - Bij een lokale audit zal een van de leden van het samenwerkingsverband deze (te accrediteren) taak op zich nemen. Bij een regionale audit is het regioteam verantwoordelijk voor eventuele aanvullingen van het chronologisch verslag, bij de landelijke audit een van de bureaumedewerkers.
2. Classificeerder van de doodsoorzaak.
 - De ervaring heeft geleerd dat classificatie van de doodsoorzaak specifiek werk is en afleidt van het doel van de audit: kwaliteitsverbetering door de identificatie van substandaardfactoren en verbeterpunten. IMPACT heeft de methodiek aangepast, zodat de doodsoorzaak voorafgaand aan de daadwerkelijke bijeenkomst *en petit comité* wordt geïdentificeerd.
 - Dit *en petit comité* zal bij een lokale audit bestaan uit enkele leden van het lokale samenwerkingsverband (te accrediteren taak). Idealiter is hier een patholoog bij betrokken. Vooralsnog zal classificatie gedaan worden door de gynaecoloog en kinderarts (bij neonatale sterfte), mogelijk met (telefonische) consultatie van de (perinataal) patholoog.
 - Bij een regionale audit zal de perinataal patholoog van het regioteam hierbij betrokken zijn. Deze kan eventueel een *second opinion* of toelichting geven tijdens de auditbijeenkomst.
 - Bij landelijke audits zal de doodsoorzaak uit de eerdere lokale of regionale audit overgenomen worden. Het kan voorkomen dat het panel soms de doodsoorzakenclassificatie zal heroverwegen.
3. Begeleider/voorzitter van de bijeenkomst.
4. Rapporteur over de auditbijeenkomsten en auditresultaten.
 - Bij een lokale audit zal een van de leden van het samenwerkingsverband deze (te accrediteren) taak op zich nemen, bij een regionale audit een van de leden van het regioteam. De rapportage over de landelijke audit gebeurt door een van de bureaumedewerkers.

5. Aanwezig, eventueel met onderscheid naar panelleden.
Bij een lokale audit zal het mede afhangen van de grootte van de groep of *alle* aanwezigen deelnemen aan de beoordeling. Bij voorkeur is minimaal één vertegenwoordiger van alle praktijken van het samenwerkingsverband aanwezig. Grote samenwerkingsverbanden/ziekenhuizen, met veel sterfte en/of veel zorgverleners, kunnen overwegen een panel in te stellen voor de audit van alle casus, waaruit ze (bijzonder leerzame) casus selecteren voor plenaire auditsessies.
6. Afwezig die later geïnformeerd worden over de conclusies en aanbevelingen uit de audit.

Uitgangspunt audit

Stap 0

Wie & wat	Binnen het primaire proces registreren <u>alle zorgverleners</u> hun gegevens in het zorgdossier (zwangerschapskaart, EPD of (poli)klinische status, partusverslag en dergelijke) én in de Perinatale Registratie Nederland (rechtstreeks of via een webapplicatie). Als er sprake is van perinatale sterfte worden de gegevens van de casus automatisch overgeheveld naar de webapplicatie basis chronologisch verslag van de PRN.
Hulpmiddelen	Als de nieuwe PRN nog niet is ingebouwd in het automatiseringsprogramma: software <i>webbased</i> voor de directe invoer van gegevens in de PRN-database [PRN].*
Resultaat	De beschikbare gegevens van casus met perinatale sterfte staan gereed voor completering tot een chronologisch verslag.
Opslag resultaat	PRN-database.

* [...] de persoon of organisatie die voor deze actie verantwoordelijk is

Vorbereiding audit

Stap 1: selecteren casus en opvragen chronologische verslagen (basis) uit PRN-bestand

Wie & wat	De <u>opsteller van het chronologisch verslag</u> vraagt de gegevens op van de te bespreken casus: <ul style="list-style-type: none"> • lokale audit: basis chronologisch verslagen van deze casus met gegevens die in de PRN zijn opgeslagen. • regionale en landelijke audit: tijdens de lokale audit gecompleteerde chronologische verslagen. Mocht een casus niet eerder geaudit zijn: zie lokale audit.
Hulpmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • Autorisatie van zorgverleners/medewerkers die de chronologische verslagen opstellen om gegevens op te vragen die door andere zorgverleners zijn gegenereerd [PRN en LBPA]. • hulpmiddel om de casus voor de audit te selecteren en beschikbaar te stellen [PRN].
Resultaat	Selectie van casus inclusief basis chronologische verslagen die in de eerstvolgende auditbijeenkomst besproken zullen worden.

Stap 2: completering chronologisch verslag

Wie & wat	De <u>opsteller van het chronologisch verslag</u> vult desgewenst via een <i>webbased</i> applicatie de basale gegevens in het chronologisch verslag aan met gegevens uit zorgdossiers of andere bronnen.
Hulpmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • Autorisatie van zorgverleners/medewerkers die de chronologische verslagen opstellen om gegevens op te vragen die door andere zorgverleners zijn gegenereerd [PRN en LBPA]. • <i>Webbased</i> applicatie voor het aanvullen van een basis chronologisch verslag of een eerder opgesteld chronologisch verslag met (specifieke) gegevens uit andere bronnen [PRN], met gebruikershandleiding voor het gebruik van deze applicatie. • Inhoudelijke handleiding voor het opstellen van een chronologisch verslag [LBPA], met training. • Database voor de opslag van chronologische verslagen [PRN].
Resultaat	Aangevulde, gecompleteerde chronologische verslagen
Opslag resultaat	In de PRN-database met gecompleteerde chronologische verslagen
Rapportage	n.v.t.

Stap 3A: classificatie van de doodsoorzaak

Wie & wat	<u>En petit comité</u> wordt de doodsoorzaak geclassificeerd.
Hulpmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • Papieren chronologische verslagen die aan het begin van de bijeenkomst worden uitgedeeld en aan het einde weer worden ingenomen [opsteller chronologisch verslag]. • Inhoudelijke handleiding voor het classificeren van de doodsoorzaak [LBPA], met training. • Invoer classificaties doodsoorzaken in het chronologisch verslag [opsteller chronologisch verslag]. • <i>Reminder</i> voor de verantwoordelijke zorgverlener om doodsoorzaak in te voeren in de PRN. • Alle informatie digitaal beschikbaar via de website. <p>N.B. Invoer in <i>webbased</i> applicatie PARS tijdens auditbijeenkomst [rapporteur].</p>
Resultaat	Geclassificeerde doodsoorzaken volgens Wigglesworth/Hey, Tulip en ReCoDe.
Opslag resultaat	<ul style="list-style-type: none"> • In primaire zorgregistratie [door de hierover geïnformeerde primaire zorgverlener]. • In de PRN [idem]. • Niet herleidbaar in PARS [rapporteur-> LBPA].
Rapportage	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer de verantwoordelijke zorgverlener afwezig was: aan de betrokken zorgverlener door maatschapslid/collega. • Eventueel aan ouders van het kind [primaire zorgverlener]. • Epidemiologische analyse van de doodsoorzaak [PRN, LBPA].

Auditbijeenkomst

Stap 3B: de auditbijeenkomst

Wie & wat	Tijdens de auditbijeenkomst beoordelen de <u>aanwezige zorgverleners (of panelleden)</u> de verleende zorg op de aanwezigheid van substandaardfactoren en wordt de mogelijke relatie tussen de sterfte en de substandaardfactoren gekwalificeerd als: geen, onwaarschijnlijk, mogelijk, waarschijnlijk, zeer waarschijnlijk of geen consensus. <u>Begeleider/voorzitter</u> van de bijeenkomst bewaakt de werkwijze en waarborgt een veilig omgeving, vat de conclusies samen en stelt vast of er consensus bestaat.
Hulpmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • Papieren chronologische verslagen die aan het begin van de bijeenkomst worden uitgedeeld en aan het einde weer worden ingenomen [opsteller chronologisch verslag]. • Inhoudelijke handleiding voor de beoordeling van de zorg op substandaardfactoren [LBPA], met training. • Website met alle handleidingen, richtlijnen (op verschillende manieren geordend) en achtergrondinformatie [LBPA].
Resultaat	<ul style="list-style-type: none"> • Presentielijst en andere feitelijke informatie over de bijeenkomst. • Uitspraken over de eventuele aanwezigheid van substandaardfactoren. • Uitspraken over de eventuele relatie tussen de substandaardfactoren en sterfte.
Opslag resultaat	<ul style="list-style-type: none"> • Feitelijke gegevens: herleidbaar in PARS 1 [aangeleverd door de rapporteur]. • Auditresultaten: niet herleidbaar in PARS 2 [aangeleverd door de rapporteur].
Rapportage	<ul style="list-style-type: none"> • (Proces)evaluatie van de landelijke audit [LBPA]. • Gegevens aanwezigen doorgeven aan GAIA [LBPA].

Invoering kwaliteitsverbetering

Stap 4: conclusies, aanbevelingen en verbeteracties

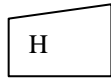
Wie & wat	Tijdens de auditbijeenkomst stellen de <u>aanwezige zorgverleners (of panelleden)</u> vast welke lessen geleerd kunnen worden en welke acties nodig zijn om het optreden van de geconstateerde substandaard factoren te voorkomen en de zorg te verbeteren. <u>Begeleider/voorzitter</u> van de bijeenkomst bewaakt de werkwijze en waarborgt een veilig omgeving.
Hulpmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • suggesties voor de vertaling van conclusies en aanbevelingen in concrete verbeterpunten [LBPA], met training. • Website met alle handleidingen, achtergrondinformatie én <i>best practices</i> [LBPA].
Resultaat	<ul style="list-style-type: none"> • Verbeterpunten. • Abstracte samenvatting voor het lokale samenwerkingsverband en de deelnemende maatschappen/vakgroepen.
Opslag resultaat	<ul style="list-style-type: none"> • Niet herleidbaar in PARS 2 [aangeleverd door de rapporteur].
Rapportage	<ul style="list-style-type: none"> • Aan de zorgverleners in het lokale samenwerkingsverband en de deelnemende maatschappen/vakgroepen [lokale afspraken]: <ul style="list-style-type: none"> - schriftelijk in abstracte termen (in het kader van veilig rapporteren); - mondeling nader toe te lichten, zodat de keten de verantwoordelijkheid op zich kan nemen om actie te ondernemen (=

	<p>verantwoordelijkheid zorgverlener e/o instelling, niet van de auditgroep).</p> <ul style="list-style-type: none">• (Proces)evaluatie van de landelijke audit (mogelijk met aanbevelingen voor landelijke aanpassingen van beleid, voor concrete verbeteracties en voor bij- en nascholing [LBPA]).
--	---

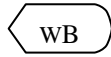
Eind- en beginpunt van de auditcyclus***Stap 5: evaluatie***

Vanwege het cyclische, kwaliteitsbevorderende karakter van de audit moet een evaluatie van de voorgestelde verbeteracties gepland worden. Er dient getoetst te worden of de beoogde verbeteringen zijn ingevoerd. Vervolgens kan de auditcyclus opnieuw beginnen.

Bijlage 6. Gegevenstromen



= handmatige invoer



= web based applicatie (invoer + opslag)



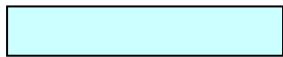
= papier: uitdelen vóór en innemen ná bijeenkomst



= direct tot persoon herleidbaar



= geanonimiseerd, maar via sleutel terug naar bron



= database, met procedures

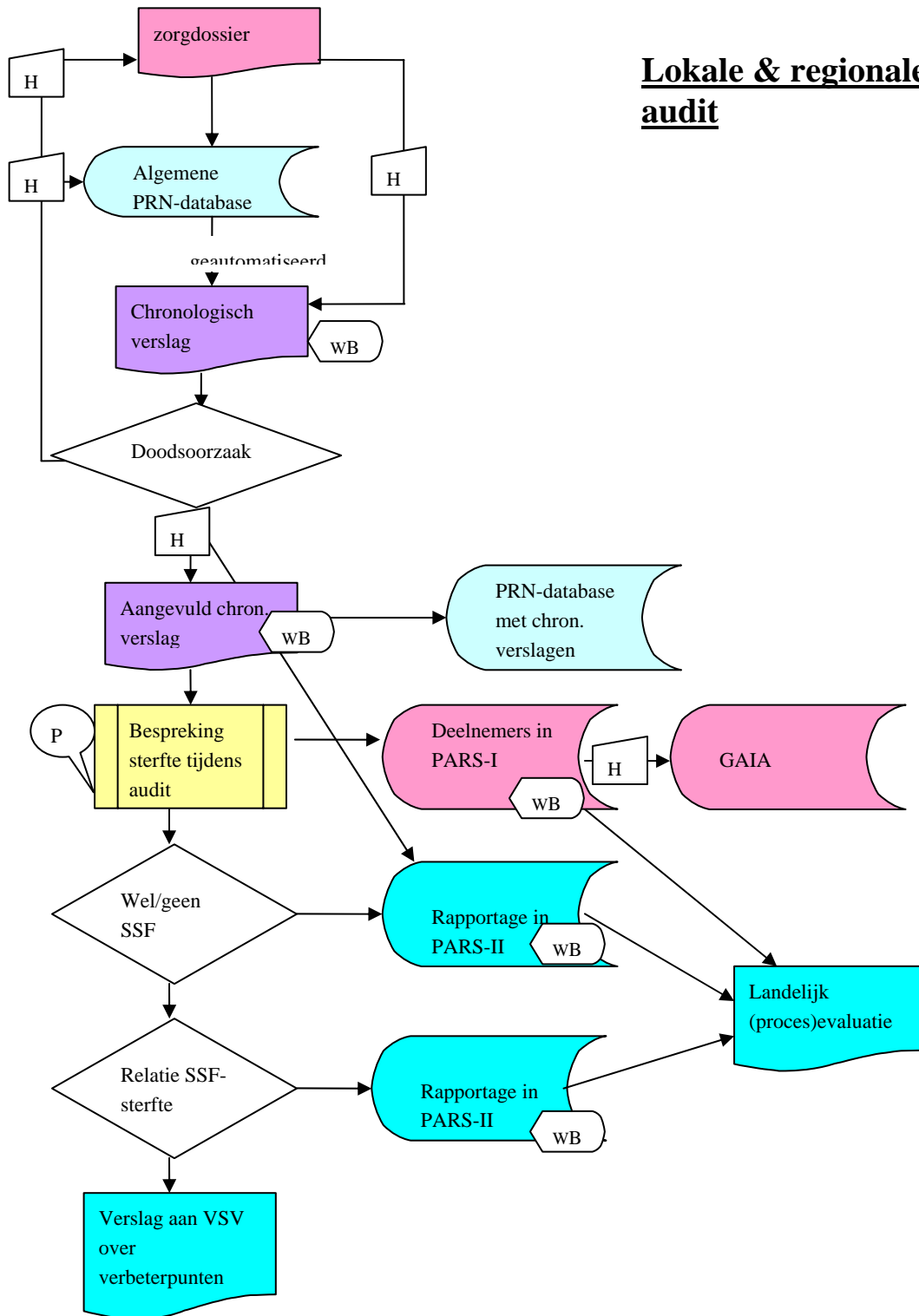


= geanonimiseerd, maar herleidbaar

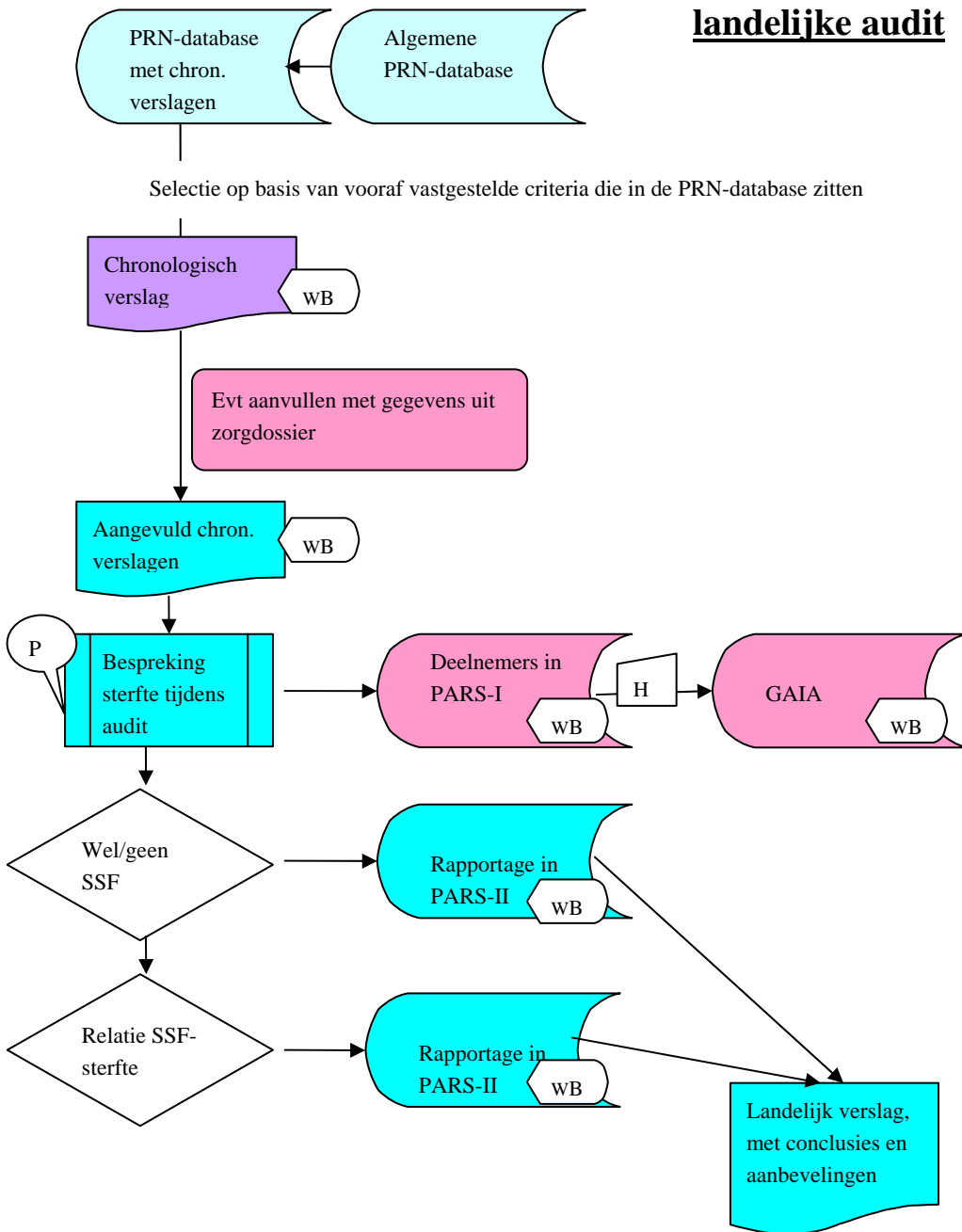


= niet herleidbaar

**Lokale & regionale
audit**



landelijke audit



Bijlage 7. Taakverdeling binnen het LBPA

Wat	Taken & verantwoordelijkheden	plaats binnen het auditsysteem	continu/tijdelijk
<p>1. Coördinatiecommissie (CC), die bestaat uit evenredige vertegenwoordiging uit de betrokken beroepsgroepen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • huisartsen (via LHV/VVAH) • verloskundigen (KNOV) • gynaecologen (NVOG) • kinderartsen (NVK) • pathologen (NVVP) • genetici (VKGN) <p>later uit te breiden met:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verpleegkundigen (V&VN) • patiëntenorganisatie (NPCF) 	<ul style="list-style-type: none"> • bewaking voortgang voor de landelijke invoering van perinatale audit; • instellen van commissies en werkgroepen voor specifieke activiteiten; • vaststellen van door werkgroep voorgedragen adviezen; • stelt thema voor de landelijke thematische audit voor de komende jaren vast: <ul style="list-style-type: none"> - een globale planning voor de komende 3 jaar - jaarlijks een verder uitwerking voor het thema aan het einde van dat jaar; • het instellen van een auditpanel voor de landelijke thematische audit; • signalering van knelpunten in de implementatie van de audit door financiële barrières en voorbereiding van een structurele financiering na 2012; • het vaststellen van het (meer)jaarplan, (incl. in ieder geval thema's voor landelijke audit); • vaststellen van landelijke rapportages over perinatale audit; • communicatie. 	<ul style="list-style-type: none"> • vormt bestuurlijke laag • voorbereid door het secretariaat van het LBPA • aanbevelingen voor en advisering aan koepels, VWS, PRN over aanpassingen in registratie, (kwaliteits)beleid en/of preventie 	<ul style="list-style-type: none"> • continu • 3x per jaar
<p>2. Platform regioteams, dat bestaat uit de voorzitters van de 10 regioteams</p>	<ul style="list-style-type: none"> • onderlinge afstemming; • signaleert knelpunten; • advies over aanpassingen methodiek, ondersteuning. 	<ul style="list-style-type: none"> • in aanwezigheid van minimaal één lid van de coördinatiecommissie • rapporteert aan de CC • voorbereid door het secretariaat van het LBPA 	<ul style="list-style-type: none"> • continu • 4 x per jaar
<p>3. Regioteam (10 x)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • stimuleren, coördineren en monitoren van de uitvoering van de lokale en regionale audit; • verantwoordelijk voor de uitvoering van de 	<ul style="list-style-type: none"> • vormt coördinatiestructuur in de regio • denktank over uitvoering audit • supervisie bij de uitvoering van de lokale 	<ul style="list-style-type: none"> • continu gedurende eerste vier jaar; • jaarlijks 2

Wat	Taken & verantwoordelijkheden	plaats binnen het auditsysteem	continu/tijdelijk
	perinatale audit in de regio; <ul style="list-style-type: none"> • bewaken uniformiteit in de uitvoering van de audit, onderkennen <i>best practices</i>; • praktische ondersteuning door medewerker implementatie. 	en regionale perinatale audit	bijeenkomsten als team <ul style="list-style-type: none"> • jaarlijks 2 regionale audits • participatie lokale audits
4. Werkgroep doodsoorzakenclassificatie (WG/class), die bestaat uit inhoudelijke deskundigen	<ul style="list-style-type: none"> • advies over het te gebruiken classificatiesysteem, rekening houdend met internationale ontwikkelingen en haalbaarheid; • advies over uitvoering van de classificatie; • advies over rapportage over doodsoorzaken; • ontwikkelen aanvraag- en rapportage-format voor postmortaal onderzoek. 	<ul style="list-style-type: none"> • voorbereidend werk voor de invoering van de audit • advies aan CC • voorbereid door het secretariaat van het LBPA 	<ul style="list-style-type: none"> • tijdelijk • bij aanvang
5. Werkgroep kwaliteit (WG/kwali) die bestaat uit deskundigen uit de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de ontwikkelingen binnen het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen, <ul style="list-style-type: none"> • zowel inhoudelijk (betrokken bij ontwikkeling en implementatie) • als procedureel (voorbeeld: bureamedewerkers KNOV, leden uit de koepel kwaliteit van de NVOG). 	<ul style="list-style-type: none"> • signaleert knelpunten in de kwaliteit van de uitvoering van de audit & adviseert over noodzakelijke aanvullingen of uitbreiding van instrumenten (w.o. trainingen); • stimuleert samenhang tussen kwaliteitsbevorderende activiteiten van de diverse beroepsgroepen en de audit; • vertaalt conclusies uit auditresultaten in concrete aanbevelingen kwaliteitsbevorderende activiteiten. 	<ul style="list-style-type: none"> • adviseert CC • klankbord voor LBPA • voorbereid door het secretariaat van het LBPA 	<ul style="list-style-type: none"> • continu • 2x per jaar
6. Werkgroep registratie & evaluatie (WG/ev), die bestaat uit: <ul style="list-style-type: none"> • inhoudelijke deskundigen (op het gebied van registratie en evaluatie) en • vertegenwoordigers van de beroepsgroepen (draagvlak en samenhang met andere eisen) 	<ul style="list-style-type: none"> • identificeert aandachtspunten voor de (gegevensverzameling voor de) evaluaties; • formuleert criteria waaraan de procesevaluatie moet voldoen; • formuleert criteria waaraan de evaluatie in 2012 moet voldoen; • adviseert over mogelijkheden tot verbetering van de dataverzameling en -gebruik; 	<ul style="list-style-type: none"> • advies aan CC • in samenwerking met de PRN • voorbereid door het secretariaat van het LBPA 	<ul style="list-style-type: none"> • continu • eerste jaren frequenter dan later • 2x per jaar

Wat	Taken & verantwoordelijkheden	plaats binnen het auditsysteem	continu/tijdelijk
	<ul style="list-style-type: none"> • bevordert samenhang tussen algemene registratie-eisen binnen het primaire proces en de audit. 		
7. Landelijk bureau perinatale audit	<ul style="list-style-type: none"> • (laten) ontwikkelen van instrumenten zoals handleidingen, formats; • samen met de regiocoördinatoren: ontwikkeling en onderhoud van concrete ondersteuningsfunctie van de regiotrans; • samen met de PRN: ontwikkeling van instrumenten en database met zorggegevens die nodig zijn voor de audit; • samenwerking en netwerkopbouw met de beroepsgroepen voor afstemming tussen audit en kwaliteitsbeleid; • ontwikkeling en onderhoud van een website met alle relevante informatie; • beheer van een database met relevante gegevens over contactpersonen, auditactiviteiten en resultaten; • inhoudelijke en organisatorische voorbereiding van en rapportage over de landelijke thematische audit; • evaluatie en rapportage van perinatale sterftetrends en audit; • (laten) ontwikkelen van een trainingsaanbod voor leden en begeleiders van auditpanels; • publicaties in vakbladen over auditactiviteiten en resultaten; • helpdesktaken voor PARS, Viadesk en de website. 	<ul style="list-style-type: none"> • voorbereiding en uitwerking van activiteiten van coördinatiecommissie • secretariaat voor werkgroepen en commissies 	<ul style="list-style-type: none"> • continu
t.z.t. Werkgroep patiëntenperspectief			

Bijlage 8. Samenvatting van functieprofielen

In deze bijlage worden een paar specifieke functie-eisen beschreven.

Voorzitter coördinatiecommissie

De commissie heeft de voorkeur voor een onafhankelijke voorzitter in de zin van: onafhankelijke opstelling, los van eigen of beroepsbelangen. Zie ook de PRN, waar de voorzitter géén vertegenwoordiger is van de eigen groep(sbelangen).

Naast de vergaderingen zal de voorzitter gevraagd worden af en toe naar buiten te treden.

Omdat de voorzitter het gezicht van de audit moet worden, is een voorzitter van buiten de betrokken beroepsgroepen *niet* gewenst.

Hieruit zijn de volgende profieleisen voor de voorzitter te destilleren:

- afkomstig uit beroepsgroep gynaecoloog, kinderarts, huisarts of verloskundige;
- aantoonbare affiniteit met perinatale audit;
- bestuurlijke ervaring;
- gevoel voor verhoudingen;
- draagvlak in het veld;
- expertise ten aanzien van perinatale sterfte;
- bindende persoonlijkheid;
- aantoonbaar netwerk bij VWS, KNMG, zorgverzekeraars.

Directeur LBPA

De coördinatiecommissie draagt de dagelijkse leiding en het beheer van de landelijke perinatale audit over aan de directeur van het bureau. Naar verwachting zal de sturing door de directeur vooral indirect zijn. Dit stelt eisen aan de directeur, die inhoudelijk bevoegd én sterk moet zijn, uit het veld moet komen en een breed draagvlak moet hebben onder alle betrokken beroepsgroepen.

Hieruit zijn de volgende profieleisen voor de directeur te destilleren:

- een verloskundig actieve zorgverlener;
- aantoonbare affiniteit met perinatale audit;
- ondernemend;
- gevoel voor verhoudingen;
- draagvlak in het veld;
- ervaring in een vergelijkbare organisatie;
- bij voorkeur een bedrijfskundige opleiding;
- bindende persoonlijkheid; en
- netwerker.

Medewerkers LBPA

- kleine organisatie die een aantal taken zelf doet en veel samen met anderen -> senior in kennis en ervaring, met een brede blik en ruime ervaring;
- kleine organisatie met een grote diversiteit aan taken -> breed inzetbaar, geen superspecialisten (die worden ingehuurd);
- vanwege het onderwerp: mensen met enige levenservaring, ook op het secretariaat;
- HBO of academisch niveau;
- ervaring met (wetenschappelijk) onderzoek;
- redactionele vaardigheden, blijktend uit publicaties;
- ervaring met projectmatig werken;

- *hands on*-mentaliteit;
- geen 9-5-mentaliteit; en
- ervaring in een vergelijkbare positie.

Secretariaat/management ondersteuning

Taken

- zelfstandig agendabeheer van directeur en beleidsmedewerkers;
- verzorgen van correspondentie, memo's en rapporten;
- notuleren;
- verrichten van algemene ondersteunende werkzaamheden;
- helpdeskwerkzaamheden ten behoeve van PARS, Viadesk en website; en
- beantwoorden van vragen van zorgverleners naar aanleiding van PA

Profiel

- HAVO-diploma en/of secretaresse-opleiding;
- goede mondelinge en schriftelijke vaardigheden, zowel in het Engels als het Nederlands;
- goede kennis van Word, Excel, Outlook;
- affiniteit met automatisering;
- zelfstandig kunnen werken;
- organisatorische vaardigheden; en
- een dienstverlenende en servicegerichte instelling

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl