

30/10/2013



PROJECTPLAN LEIDEN

Plan van aanpak t.b.v. pilot integrale geboortezorg in Leiden |

Aimwee Advies

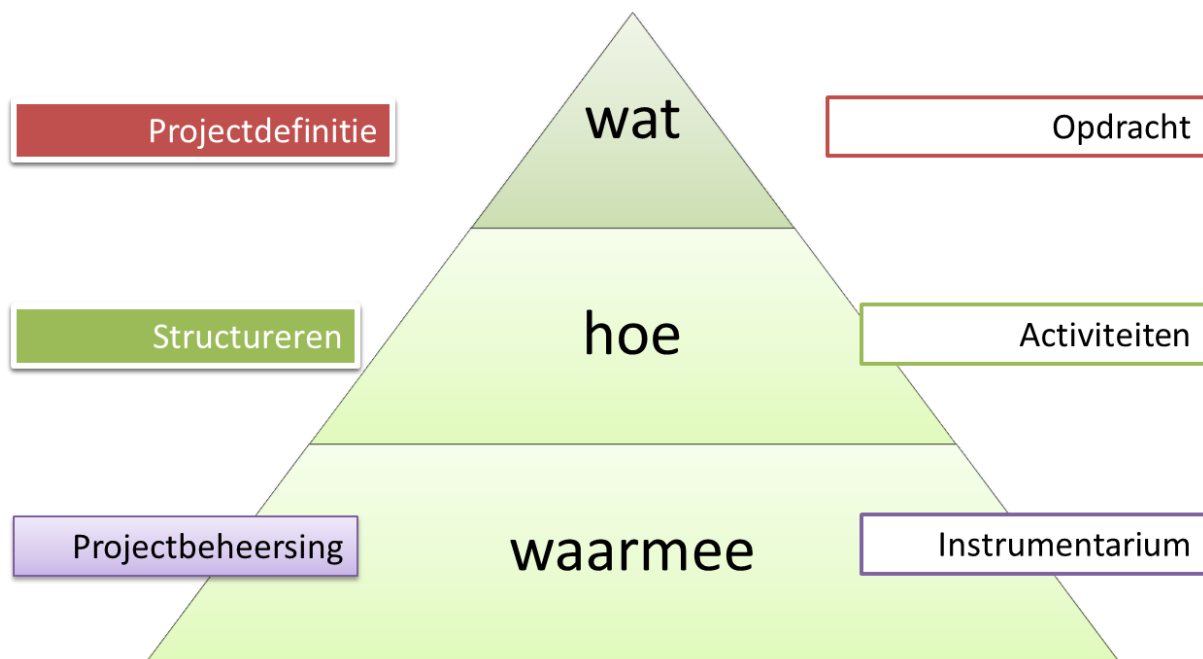
INLEIDING

Dit projectplan beschrijft het plan van aanpak om te komen tot integrale geboortezorg in de regio Leiden en omgeving. Het project zal onderdeel gaan uitmaken van een van de vier pilots die onder de vlag van INCAS2 zullen gaan lopen in het land. Allen hebben dezelfde doelstelling: aan de slag met integrale geboortezorg en monitoren wat de effecten er van zijn op zorguitkomsten en doelmatigheid.

De combinatie van een integrale werkwijze, organisatie en financiering met een gedegen onderzoek maakt de meerwaarde van deze interventies transparant en meetbaar. Door het effect van de interventies zichtbaar te maken blijven alle betrokkenen scherp. Ook biedt de combinatie van dit integrale project met onderzoek de mogelijkheid om tijdig bij te sturen als effecten negatief zijn of gewenste effecten uitblijven.

Daarnaast is de kracht van deelname aan een landelijk project dat uitwisseling van ervaringen gemakkelijk kan worden bereikt. Zo bieden de andere pilots en de lessen die men daaruit kan trekken weer input voor dit project.

Dit projectplan is opgebouwd aan de hand van onderstaande structuur. Alle componenten zoals benoemd in onderstaande structuur komen aan bod in deze notitie.



1 PROJECTDEFINITIE

1.1 UITDAGING

Alle betrokken ketenpartners binnen de VSV erkennen de uitdaging om de organisatie van de verloskundige zorg voor de vrouwen in Leiden e.o. te kantelen waarbij het uitgangspunt om iedere vrouw een veilige zwangerschap en bevalling te bieden waar zij met tevredenheid op terugkijkt centraal blijft staan. Door een integraal zorgaanbod te ontwikkelen met bovengenoemd uitgangspunt worden naast alle verloskundige zorgverleners ook public health en de jeugdgezondheidszorg betrokken. Hierdoor wordt het perspectief veranderd van waaruit de zorg wordt verleend, georganiseerd en gefinancierd.

1.2 AANLEIDING

Met het verschijnen van het Stuurgroeprapport 'Een goed begin' is de organisatie van de verloskundige zorg in het centrum van de belangstelling komen te staan. Op vele fronten worden pogingen gedaan om met de PDCA-kwaliteitscyclus de perinatale sterfte terug te dringen en uitkomsten te verbeteren. Voor eerste en tweedelijns zorgverleners in de verloskunde in het adherentiegebied van het LUMC en Diaconessenhuis Leiden was dit aanleiding om in 2011 al een gemeenschappelijke visie op te stellen en vervolgens hun krachten te bundelen. De twee VSV's van deze ziekenhuizen zijn inmiddels samengevoegd en er is een verloskundige werkgroep gestart: de Werkgroep Integraal (WI). De VSV met WI vormt de spil om de zorg rondom zwangerschap te optimaliseren. Dit projectplan borduurt voort op de gemeenschappelijke regiovisie in de vorm van een concrete vertaling in doelstellingen, acties en resultaten.

1.3 DOELSTELLING

Met het Stuurgroeprapport 'Een goed begin' als uitgangspunt gaat de VSV Leiden met de Werkgroep Integraal als regiegroep een bijdrage leveren aan de volgende doelstelling:

De organisatie van de verloskundige zorg in Leiden e.o. wordt zo ingericht dat op ieder moment iedere zwangere de juiste zorg krijgt.

De zwangere en haar ongeboren kind staan daar bij centraal: hun veiligheid, behoeften, belangen en wensen zijn leidend bij de inrichting van de verloskundige organisatie.

Het streven is een integrale verloskundige organisatie te bereiken. Alle zorgverleners zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor deze organisatie en werken daarbinnen met behoud van hun professionele autonomie.

De organisatie maakt de kwaliteit transparant en is gericht op verbetering van beleving en uitkomst.

Het einddoel is een gezond kind, een gezonde moeder en tevreden ouders en zorgverleners. Dit wordt nagestreefd door de inhoud van de zorg centraal te stellen en daarmee ongewenste interventies te voorkomen.

1.4 RESULTAAT

Hieronder staan de resultaten benoemd die dit project gaat opleveren.

1. Intentieverklaring tussen VSV-partijen
2. Formulering basiszorgpad en zorgpaden voor specifieke doelgroepen: diabetes, psychosociaal en hoog-BMI
3. Verloskundig huisbezoek ingevoerd
4. Uniforme intake ingevoerd
5. Eenduidige en afgestemde voorlichting
6. Inzicht in cliëntbeleving
7. Inzicht in zorgverlenersbeleving
8. Inzicht in uitkomsten van zorg
9. VSV heeft zich ontwikkeld tot volwaardig integraal samenwerkingsverband
10. Organisatiemodel voor integrale geboortezorg
11. Integrale, aansluitende financieringswijze van geboortezorg

Deze resultaten worden meegenomen in het plan van aanpak waarna verdere uitwerking en invulling zal plaatsvinden.

1.5 RANDVOORWAARDEN

Om de opdracht te doen slagen zijn de volgende randvoorwaarden van toepassing:

1. Voor het onderdeel financiering van de zorg is input en ondersteuning vanuit de zorgverzekeraar nodig om de cijfers over huidige financieringswijze te kunnen analyseren.
2. Vergoeding van de integrale zorg binnen de uitvoeringsfase van deze pilot met een passende regeling zoals de innovatieregeling van de NZa.
3. Om de toegevoegde waarde van de integrale benadering te kunnen meten is onderzoek naar de effecten noodzakelijk. Hierbij worden de effecten (op o.m. doelmatigheid en kwaliteit) ten aanzien van de zorginhoud, organisatie en financiering meegenomen.
4. Voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie wordt een periode van 3 jaar uitgetrokken: 1-7-2013 tot 1-7-2016.
5. Uniform toegankelijk dossier, dit project wordt separaat opgepakt.
6. Zorgverleners (verloskundigen, gynaecologen, verpleegkundigen, kraamzorg, JGZ en huisarts) organiseren de zorg in de regio op basis van de volgende uitgangspunten die nauw samenhangen met de kernwaarden van het samenwerkingsverband (deze staan tussen haakjes vermeld):
 - Continuïteit 24/7 (*op ieder moment*)
 - Volgens de laatste richtlijnen en standaarden (*de juiste zorg*)
 - *Zwangere centraal, eigen verantwoordelijkheid en eigen rol*
 - Naadloos aansluitende zorg (*integrale verloskundige organisatie en financiering*)
 - *Professionele autonomie*
 - *Transparantie (zichtbare kwaliteit gericht op verbetering)*

1.6 AFBAKENING

Dit project beperkt zich tot alle aangesloten deelnemers van de VSV-LUMC/Diaconessenhuis.

2 ACTIVITEITEN

De activiteiten binnen dit project zijn onderverdeeld in een drietal clusters:

Cluster 1: Zorgpad en zorginhoud

Cluster 2: Organisatie van de zorg

Cluster 3: Financiering

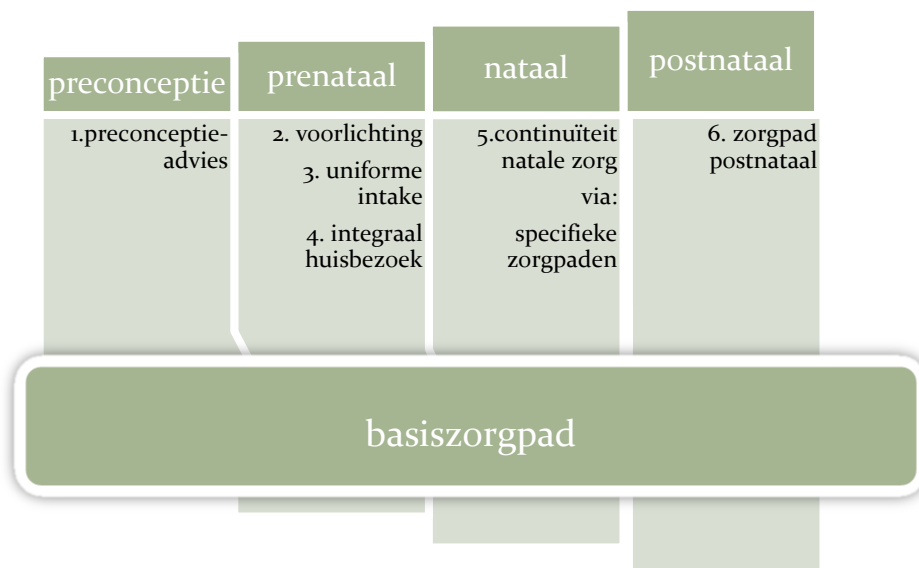
In achtereenvolgende paragrafen komen de verschillende clusters en de deelactiviteiten aan bod.

2.1 CLUSTER 1: ZORGPAD EN ZORGINHOUD

Het doel van dit cluster is om:

- Te komen tot een meer systematische en uniforme benadering van de verloskundige zorg in de regio, o.m. door het realiseren van protocollen en uniforme zorgpaden.
- Bij te dragen aan eenduidige informatievoorziening en transparantie naar cliënt over de te verkrijgen zorg en het te doorlopen zorgpad.
- De kwaliteit van de zorg te verbeteren.
- Doelmatigheid in de wijze van zorglevering te bewerkstelligen.

Hieronder is het zorgpad in een figuur weergegeven. Per fase zullen in het zorgpad 'zorgcomponenten' worden gekoppeld. Deze componenten vormen de speerpunten die binnen dit project als zullen worden ontwikkeld en geïmplementeerd.



Figuur 1 Schematische weergave van zorgpad

Het basiszorgpad geldt in principe voor alle zwangeren. Doel van het basiszorgpad is op een meer systematische wijze en uniforme wijze momenten van voorlichting en informatieverstrekking te geven en controles uitvoeren. Hierdoor wordt de zwangere beter voorbereid op wat er komen gaat over wat haar te wachten staat en kan risicoselectie beter plaatsvinden. Iedere verloskundige zorgverlener weet welke standaard informatiemomenten, standaard-controles er minimaal aangeboden, besproken en uitgevoerd zijn. Het basiszorgpad geldt in principe voor elke zwangere. Wanneer de basis is gelegd voor het basiszorgpad en uniforme informatievoorziening, zullen er specifieke zorgpaden worden uitgeschreven voor specifieke doelgroepen. Naast de inhoudelijke ontwikkeling per zorgcomponent zal er ook aandacht worden besteed aan de wijze van implementatie. Voor het basiszorgpad zal het door het CPZ ontwikkelde basiszorgpad als uitgangspunt worden genomen (zie bijlage 1).

1: Preconceptie-advies

De initiatiefnemers zijn van mening dat een gezonde leefstijl en een gezonde omgeving van groot belang zijn voor een toekomstige zwangere. Door vooraf risicofactoren te beperken kan een zo goed mogelijke uitkomst van de zwangerschap worden bevorderd. Basiskennis gezondheid, de invloed van leefstijl, de omgeving en hoe de zorg in Nederland is georganiseerd leiden tot empowerment van de aanstaande zwangere. Daarom willen initiatiefnemers als onderdeel van dit project, de preconceptie-zorg in de regio verder doorontwikkelen. Het aanbod aan preconceptie-zorg in de regio wordt uitgebreid met collectieve voorlichting: groepsconsulten. Van daar uit zullen naar verwachting meer mensen naar de individuele consulten worden doorgeleid. Dit vormt een apart project dat samen met TNO wordt uitgevoerd zodra ZonMw het project gaat financieren. Het project is de follow-up van het eerdere project dat in de regio Leiden is uitgevoerd door TNO. De aanbevelingen uit die pilot zijn meegenomen in de opzet van het nieuwe project.

2: Voorlichting

Het geven van eenduidige en objectieve voorlichting aan zwangeren gedurende de zwangerschap en ter voorbereiding op de bevalling is ook een van de speerpunten. Doel van de voorlichting is het verstevigen van de positie van de zwangere (empowerment), het beter kunnen nemen van eigen verantwoordelijkheid en beslissingen. Door betere voorlichting kunnen ook de verwachtingen van zwangeren betere gemanaged worden, waarmee naar verwachting de tevredenheid met hoe de het zorgproces rond de zwangerschap is verlopen ook zal toenemen. Onderdelen van de voorlichting zullen o.m. zijn: wijzen op kansen en risico's van de zwangerschap, bevalling en kraamperiode, pijnbeleving bij de baring, het belang van de kraamzorg, mogelijke scenario's rond de bevalling.

Het systematische aanbieden van informatie en voorlichting wordt enerzijds uniform aan de hele groep zwangeren aangeboden (als onderdeel van het basiszorgpad), anderzijds wordt er op maat voor specifieke zwangeren extra uniforme informatie aangeboden (denk aan angstige zwangeren, medische indicaties, problematiek waarop de anticiperen valt, zoals opname). Een eerder door de werkgroep uitgevoerde SWOT-analyse laat dit zien als een belangrijke kans bij herinrichting van de verloskundige organisatie, een kans die vooral door de zwangere wordt ervaren. De KNOV- en NVOG-standaarden, de folder zwangerschap, de folder pijnstilling, gemeenschappelijke voorlichtingsavonden kunnen als leidraad of instrument gebruikt worden. Het is de verantwoordelijkheid van de zwangere hiervan kennis te nemen. De informatie moet eenduidig en duidelijk zijn.

Daarom zullen keuzes gemaakt worden in te hanteren teksten voor specifieke onderwerpen. Bij de uitwerking wordt de zwangere (vertegenwoordigers) zelf ook betrokken. Dit kan door vragenlijsten, interviews, spiegelgesprekken, maar ook door vertegenwoordigers in de IVO op te nemen.

Naast schriftelijke, elektronische en mondelinge voorlichting worden modules (e-learning) ontwikkeld, zodat interactief met de zwangere dit traject doorlopen wordt.

3: Uniforme intake

De intake is een moment als onderdeel van het basiszorgpad waarop voorlichting wordt gegeven en de eerste inschatting van de eventuele risico's wordt gemaakt. Om te komen tot een betere risico-selectie onder zwangeren is de intake als belangrijk instrument gekozen.

De intake krijgt in dit project een belangrijke kwaliteitsimpuls door uniformiteit in protocollen en verwijsbeleid. In de uniforme intake zal het tijdig detecteren van psychosociale risicofactoren bijzondere aandacht krijgen. Hiervoor zal na verwachting gebruik gemaakt worden van instrumenten zoals R4U.

De intake wordt geografisch gezien zoveel mogelijk in de buurt van de zwangere verricht (zorg dichtbij). Dit betekent dat een (klinisch) verloskundige, gynaecoloog of AIOS ook op verschillende locaties intakes doet als verwacht wordt dat de zwangerschap pas in een later stadium interventies behoeft.

4: Huisbezoek

De Stuurgroep heeft in haar rapport al aangegeven dat er meer inzicht moet zijn in de mogelijke risico's in de thuissituatie van de zwangere. Dit betreft de medische en (psycho)sociale risico's voor moeder en kind in de laatste fase van de zwangerschap, tijdens de bevalling en de kraamtijd. Het huisbezoek is daarvoor een goed instrument. Het huisbezoek wordt gedaan bij zowel eerstelijns zwangeren als tweedelijns zwangeren. Het doel van het huisbezoek is:

- observatie van de gezinssituatie en signalering evt. (psycho)sociale problematiek;
- waar nodig aanvullende prenatale voorlichting geven;
- beoordeling of de thuissituatie een veilige bevalling en kraamperiode mogelijk maakt. (zowel voor moeder & kind als voor de zorgverleners)
- bepaling onder welke aan te passen condities de thuissituatie evt. wel voldoende veilig is.
- Het huisbezoek heeft een vroegsignaleringsfunctie: er ontstaat inzicht in de sociale context waarbinnen de zwangere leeft en waarin het kind terecht komt. De kennis wordt gedocumenteerd in het dossier.

Mede op basis van het huisbezoek bepaalt de verloskundig zorgverlener in samenspraak met de zwangere, uiterlijk in de 34e week, onder wiens leiding en waar de bevalling in principe (bij ongewijzigde omstandigheden) gaat plaatsvinden. Daarbij geldt: in de eerste lijn als dat kan, in de tweede lijn als dat moet.

De verloskundig zorgverlener is verantwoordelijk voor (de uitvoering van) het huisbezoek ter beoordeling van de thuissituatie. Zij/hij kan zelf het bezoek afleggen of er zorg voor dragen dat het huisbezoek wordt uitgevoerd door een adequaat geschoolde professional van een kraamzorginstelling, of van het ziekenhuis als de zwangere medisch is geïndiceerd.

De kraamzorgorganisatie legt veelal ook een huisbezoek af t.b.v. onder meer de indicatiestelling kraamzorg (LIP). Om te komen tot een goed, integraal huisbezoek zal afstemming plaatsvinden tussen verloskundigen, kraamzorg en de sociaal

verpleegkundigen (GGD). De afstemming tussen betrokken zorgverleners zal gebaseerd worden op geprotocolleerde samenwerkingsafspraken.

5: Integrale natale zorg

Binnen dit project zal gedurende de natale fase de continuïteit van zorg worden verbeterd. Het doel is te zorgen dat de overdrachtsmomenten die er plaatsvinden op een positieve manier worden beleefd door de cliënt. Bij dit onderdeel zullen alle drie de ketenpartners worden betrokken. De kraamzorg zal betrokken worden om de mogelijkheden (indien gewenst) voor continue begeleiding te bekijken. In de relatie tussen de verloskundige en gynaecoloog zullen de mogelijkheden worden onderzocht om door middel van taakherschikking bij te dragen aan betere continuïteit van zorg. Belangrijk hierbij is de organisatie van de begeleiding en de medische zorg.

2.2 CLUSTER 2: HET ORGANISATIEMODEL

Het doel van dit cluster aan activiteiten is het realiseren van een passend organisatiemodel voor de integrale vorm van geboortezorg die in de regio wordt gerealiseerd. Het organisatiemodel zal de integrale samenwerking rondom zwangerschap en geboorte moeten ondersteunen en passen binnen de voorkeuren van ketenpartners in de regionale setting.

Te nemen stappen

Binnen dit project zullen de voorbereidingen worden getroffen om te komen tot een nieuw organisatiemodel. Kort gezegd zal dit nieuwe organisatiemodel de nieuwe wijze van zorglevering moeten dienen. Dit betekent dat rekening is gehouden met zaken als: besluitvorming over en borging van afspraken over zorgverlening, aansprakelijkheid en de financiële stromen. De keuze kan gaandeweg de pilot worden gemaakt om een aparte rechtspersoon op te richten die ook de contractpartij gaat worden voor de zorgverzekeraar voor het maken van afspraken over integrale tarieven. Ook is denkbaar, het is tenslotte een experiment, dat de gehele pilotperiode wordt gebruikt om voorbereidingen te treffen voor een nieuwe organisatie. In dat geval zal er tijdelijk een bestaande organisatie (lees rechtspersoon) fungeren als partij die waarmee de zorgverzekeraar gedurende de pilotperiode formele afspraken maakt en waaraan de zorgverzekeraar een integraal tarief mee afrekent.

Grofweg komen de te nemen stappen binnen dit cluster overeen met de volgende items:

1. Opstellen programma van eisen voor nieuw organisatiemodel
2. Inventarisatie passende organisatievorm
3. Keuze voor organisatievorm
4. Implementatieplan
5. Implementatie (evt. na evaluatie)

2.3 CLUSTER 3: FINANCIERING

Naar verwachting zal het integraal werken leiden tot een behoefte aan een meer integrale financieringswijze van (delen van) de zorg. Het doel van dit cluster is te komen tot een variant van integrale financiering die past bij de ontwikkelde zorgpaden en die

leidt tot een grotere doelmatigheid. In dit cluster wordt ook bepaald in hoeverre de financiering van de derdelijns zorg wordt meegenomen.

1. Bepalen randvoorwaarden om tot integrale financiering te komen

Voordat men met de activiteiten in de dit cluster start zullen er afspraken worden gemaakt in samenspraak met alle disciplines en de zorgverzekeraar(s) ten aanzien van een overgangsregeling voor eventuele wijzigende inkomens van betrokken zorgprofessionals. Dit is nodig om vrijelijk de discussies over dit onderwerp te kunnen voeren en het verder uit te kunnen werken.

2. Analyse van knelpunten in huidige financiering t.o.v. ontwikkelde zorgpad.

Op basis van de aangewezen speerpunten uit cluster 2 zullen de interventies die leiden tot knelpunten qua financiering worden aangewezen.

3. Afbakening probleemgebieden

Vervolgens wordt een keuze gemaakt op welke speerpunten de experimentele financiering zich zal richten. Het uitgangspunt is om niet te breed te starten maar wel de mogelijkheid open te laten om te verbreden gedurende het project.

3. Bedenken oplossingen voor knelpunten

Om tot oplossingen te komen zal gekeken worden naar wat de kosten zijn in het huidige financieringssysteem en wat de kosten zouden moeten zijn in het nieuwe systeem.

4. Cijfermatige analyse

Om 3 te kunnen doen zijn analyses van gedeclareerde schade en huidige NZa-tarieven en prestaties nodig.

5. Voorstel voor een variant van een integraal innovatietarief

Voor het afgebakende stuk van het zorgpad zal een tarief worden berekend en aangevraagd. Zorgverzekeraar(s) en de initiatiefnemers van dit project zullen dit gezamenlijk doen. Dit tarief kan vanuit de NZa-innovatieregeling worden bekostigd.

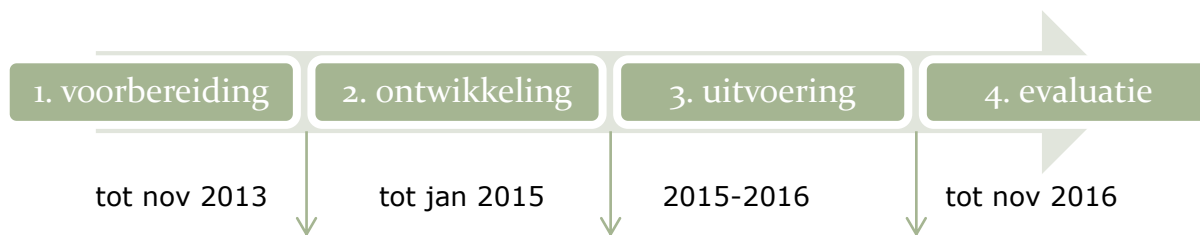
6. Implementatieplan

Alvorens de afgebakende integrale zorg te kunnen declareren zal er een implementatieplan worden opgesteld.

3 INSTRUMENTARIUM

3.1 PROJECTFASERING

Voor de project geldt onderstaande fasering. De aanloop tot aan de start van het project is de voorbereidingsfase. Dit is de fase waarin het projectplan tot stand komt. Na de voorbereidingsfase volgt de ontwikkelfase. Daarin vindt voor alle activiteitenclusters de ontwikkeling en het ontwerp plaats. Na de ontwikkelfase volgt de uitvoering van hetgeen is ontwikkeld. Vervolgens wordt er geëvalueerd. Deze fase wordt in onderstaand schema als laatste genoemd maar bestrijkt ook de ontwikkel- en uitvoeringsfase omdat er cyclisch wordt bijgesteld op basis van tussentijdse bevindingen.



In de ontwikkelfase wordt de zorginhoud, het organisatiemodel en de financiering uitgedacht en opgeschreven. Daarna volgt de uitvoering. Voor de uitvoeringsfase wordt een periode van twee jaar uitgetrokken. Dit is een fase waarin wordt geëxperimenteerd met de nieuwe werkwijze, organisatie en financiering. Elk half jaar worden metingen gedaan en kunnen oorspronkelijke plannen worden bijgesteld. Dit kan ook gebeuren op basis van ervaringen uit een van de andere INCAS2-pilots die in het land lopen. Zo kan uiteindelijk de meest optimale variant van integrale geboortezorg ontstaan.

In de evaluatiefase worden alle metingen van het onderzoek naast elkaar gelegd evenals de evaluatie van de andere pilots. Op grond hiervan kunnen definitieve voorstellen voor vervolg worden geformuleerd. De evaluatie zal ook noodzakelijk zijn voor verantwoording van het integrale (innovatie)tarief.

3.2 MIJLPALLENPLANNING

Voor het project geldt onderstaande mijlpalenplanning.

		2013-kw4	2014-kw1	2014-kw2	2014-kw3	2014-kw4	2015-kw1	2015-kw2	2015-kw3	2015-kw4	2016-kw1	2016-kw2	2016-kw1	2016-kw2
Cluster 1: Zorgpaden en zorginhoud														
1.1	Uitwerking basiszorgpad gereed													
1.2	Uitwerking preconceptiezorg gereed													
1.3	Uitwerking voorlichting gereed													
1.4	Uitwerking intake gereed													
1.5	Uitwerking huisbezoek gereed													
1.6	Uitwerking integrale zorg nataal gereed													
1.7	Implementatieplan gereed													
1.8	Start implementatie													
1.9	Implementatie gereed													
Cluster 2: Organisatie van zorg														
2.1	Programma van eisen voor nieuw organisatiemodel													
2.2	Inventarisatie passende organisatievormen													
2.3	Keuze voor (tijdelijke) organisatievorm													
2.4	Implementatieplan gereed													
Cluster 3: Financiering														
3.1	Bepaling randvoorwaarden													
3.2	Inventarisatie van knelpunten in huidige financiering													
3.3	Afbakening probleemgebieden													
3.4	Uitdenken oplossingen voor knelpunten													
3.5	Cijfermatige analyse													
3.6	Voorstel variant innovatietarief													
3.7	Implementatieplan													
3.8	Start implementatie													

3.3 ORGANISATIE

Voor de begeleiding en coördinatie van het project wordt een projectmanager aangesteld. Om de clusters aan activiteiten te organiseren is een werkgroepstructuur bedacht. Deze werkgroepen rapporteren aan de werkgroep Integrale Zorg. Elke werkgroep heeft een kartrekker die ook als aanspreekpunt op dit onderwerp fungeert.

Omdat cluster 1 het omvangrijkst is kent cluster 1 meerdere werkgroepen:

- Werkgroep Preconceptiezorg, aanspreekpunt vanuit de Werkgroep Integraal: Els Larsen
- Werkgroep Basiszorgpad, trekker: Judith Koning
- Werkgroep Voorlichting, trekker: Els Larsen
- Werkgroep Uniforme intake, trekker: Gijs Unnik
- Werkgroep Huisbezoek, trekker: Jolanda Colli
- Werkgroep Integrale zorg nataal, trekker: Jan van Lith

Voor cluster 2 en 3:

- Werkgroep Organisatiemodel, trekker: Fennie Posthumus
- Werkgroep Financiering, trekker: Juliet Droog

3.4 EFFECTMETING

Om daadwerkelijk de effecten van al hetgeen ontwikkeld is te kunnen meten en zo de toegevoegde waarde ervan te kunnen bepalen wordt er een nulmeting uitgevoerd voorafgaand aan implementatie en vervolgens diverse effectmetingen. Hiervoor wordt aansluiting gezocht bij het onderzoeksplan INCAS2 van EMGO. Tevens wordt vanuit de onderzoekscomponent van Incas2 aansluiting gezocht bij het Regionaal Consortium. Zie verder bijlage 2 voor globale onderzoeksopzet.

De effectmetingen zullen zich richten op de drie pijlers uit dit project:

- Zorginhoud: uitkomsten van zorg
- Organisatie: klanttevredenheid, zorgverlenerstevredenheid
- Financiering: economische evaluatie.

3.5 BESLUITVORMING EN COMMUNICATIE

Besluitvorming binnen dit project vindt als volgt plaats:

- Werkgroep Integraal heeft mandaat om binnen door het VSV bepaalde kaders te opereren.
- Werkgroep Integraal stelt subwerkgroepen in en spreekt heldere opdrachtformulering met elkaar af. Eén lid van Werkgroep Integraal fungeert als trekker van de subwerkgroep en rapporteert de uitkomsten in de Werkgroep Integraal.
- Werkgroep Integraal informeert de leden van de VSV over de inhoud en voortgang en bereid de besluitvorming in de VSV voor.
- Het VSV stelt eindproducten van de Werkgroep Integraal vast.

De communicatie wordt door Jan van Lith geregeld en laat zich daarbij ondersteunen door Ivanka (LUMC) en Angelique (VSV).

3.6 PROJECTBEGROTING

De projectbegroting bestaat uit de volgende kostenposten:

- Projectmanagement
- Effectmetingen EMGO
- Ureninzet van betrokken zorgverleners.

In verband met verschillende financieringsbronnen is de begroting opgesplitst in een deelbegroting voor de ontwikkelfase en een voor de experimentfase. De ontwikkelfase geldt voor de periode 1-11-2013 tot 1-1-2015. Vanaf 2015 gaat de pilot over in een NZa-experiment voor integrale bekostiging en dan worden de projectkosten verdisconteerd in het integrale tarief. De experimentfase geldt voor minimaal twee jaar en maximaal drie jaar. In de begroting is vooralsnog uitgegaan van twee jaar.

In tabel is de ureninzet van de diverse zorgprofessionals ingeschat op basis van de huidige projectgroep (werkgroep Integraal), de werkgroepen en de nodige bijeenkomsten voor de gehele achterban. Deze uren zijn vertaald naar bedragen die in de begroting zijn meegenomen. De ureninzet is de investering vanuit de initiatiefnemers in dit project.



BIJLAGE 1

Geboortebasiszorg (bron: CPZ)

versie 28 januari 2013, Olijf Gaasbeek en Maurice Wouters

Het schema geeft een overzicht van de minimaal te leveren zorg aan elke (aanstaande) zwangere, haar partner en pasgeborene(n). Het overzicht is gebaseerd op de huidige praktijk in Nederland en wordt inhoudelijk onderbouwd door richtlijnen, standaarden en werkafspraken van de bij geboortezorg betrokken beroepsgroepen. Het doel van het schema is meervoudig: informatiebron voor elke (aanstaande) zwangere en haar partner, instrument voor toetsing en evaluatie van de geboortezorg, hulpmiddel om problematiek op het gebied van zorgverlening inzichtelijk te maken.

	Preconceptieel	Zwangerschap tot 10 weken	Zwangerschap 10-14 weken	Zwangerschap 14-22 weken	Zwangerschap 22-28 weken
Anamnese	Leeftijd Menstruele cyclus Verloskundige voorgeschiedenis Medische voorgeschiedenis Ziekten en afwijkingen in familie Psychosociale factoren Arbeid- en leefstijlfactoren <i>Partner:</i> Eerdere kinderen Ziekten en afwijkingen in familie Intoxicaties Arbeid- en leefstijlfactoren	Leeftijd Menstruele cyclus Conceptiewijze Klachten en verschijnselen Verloskundige voorgeschiedenis Medische voorgeschiedenis Ziekten en afwijkingen in familie Psychosociale factoren Arbeid- en leefstijlfactoren <i>Partner:</i> Eerdere kinderen Ziekten en afwijkingen in familie Intoxicaties Arbeid- en leefstijlfactoren	Klachten en verschijnselen Arbeid- en leefstijlfactoren Zwangerschapsbeleving***	Klachten en verschijnselen Arbeid- en leefstijlfactoren Zwangerschapsbeleving***	Klachten en verschijnselen Kindsbewegingen Arbeid- en leefstijlfactoren Zwangerschapsbeleving***
Lichamelijk onderzoek	Lengte en gewicht Bloeddruk* Onderzoek schaamstreek* Inwendig onderzoek*	Lengte en gewicht Bloeddruk Onderzoek schaamstreek* Inwendig onderzoek*	Bloeddruk Baarmoedercontour Doptone*	Bloeddruk Baarmoedergrootte Doptone	Bloeddruk Baarmoedergrootte Doptone
Laboratorium-onderzoek		Bloedgroepypering en - antistoffen Hb Infectieziekten	Combinatietest		Bloedgroepantistoffen* Foetale rhesustypering* Glucosebelastingtest*
Echoscopisch onderzoek		Termijn/Aterme datum	Combinatietest Prenatale diagnostiek*	20-weeken screening Prenatale diagnostiek*	Kindsgroei en -ontwikkeling* Vruchtwaterhoeveelheid*
Counselling	Arbeid en leefstijl**	Arbeid en leefstijl** Prenatale screening Prenatale diagnostiek*	Arbeid en leefstijl** Prenatale screening Prenatale diagnostiek*	Arbeid en leefstijl** Prenatale diagnostiek*	Arbeid en leefstijl** Bevalling: plaats, wijze, houding, pijn
Informatie	Organisatie verloskundige zorg	Organisatie verloskundige zorg Zwangerschapseducatie Kraamzorg Kinderdagverblijf Erkenning kind*	Organisatie verloskundige zorg Zwangerschapseducatie Kraamzorg Kinderdagverblijf Erkenning kind*		Anti-D toediening* Voeding pasgeborene

*op indicatie, afhankelijk aard ziekte of afwijking **roken, alcohol, drugs, zelfmedicatie, vitaminesuppletie, bewegen, voeding *** psychische en fysieke belasting, sexualiteit, (relationeel) welzijn

INCAS-2 pilots Onderzoeks- en implementatieplan

Versie 02 september 2013



Inleiding

De Nederlandse verloskunde wordt gekenmerkt door een scherpe scheiding tussen eerste- en tweedelijns verloskundige zorg. Er is toenemend behoefte onder cliënten, zorgverleners en stakeholders om deze zorg meer te integreren. Het doel van integratie van zorg is het verhogen van cliënttevredenheid door meer continuïteit van zorg waarbij de cliënt centraal staat. Door meer continuïteit van zorg zal naar verwachting de kwaliteit van zorg verbeteren en zullen mogelijk kosten bespaard worden doordat zorgverleners doelmatiger worden ingezet.

In INCAS-1 zijn bevorderende en belemmerende factoren onderzocht voor integratie van zorg. De conclusie uit dit onderzoek is dat iedereen het erover eens is dat integrale zorg wenselijk is, maar dat er geen consensus bestaat over de manier waarop deze zorg vorm moet krijgen. Het is belangrijk om bij implementatie van integrale zorg rekening te houden met verschillen in visie en belangen. Voor deze implementatie is binnen Midwifery Science een onderzoeksvoorstel geschreven waarbij 'Reflexive Monitoring in Action' (een vorm van Participatory Action Research – zie ook sectie 4) is gekozen als onderzoeks- en implementatiemethode (INCAS-2). Binnen het Athena Instituut van de VU is veel ervaring opgedaan met deze vorm van onderzoek en deze afdeling is dan ook nauw bij de onderzoeksopzet betrokken.

In 2012 zijn plannen ontwikkeld om regionale pilots integrale zorg te starten. In een aantal regio's is geïnventariseerd of er belangstelling is voor het starten van een pilot. Er is interesse in tien regio's. Momenteel worden de pilots concreet uitgewerkt, waarbij deelname van de zorgverzekeraar onontbeerlijk is. In sommige regio's hebben zorgverzekeraars al aangegeven een pilot te willen financieren.

De doelstellingen van het INCAS-2 project zijn:

- Het verbeteren van kwaliteit van zorg door meer continuïteit van verloskundige zorg via de implementatie van integrale zorg. Deze kwaliteit uit zich in minder verwijzingen, betere afstemming van zorg door het uitvoeren van zorgpaden en meer tevredenheid en ervaren continuïteit van zorg onder cliënten. Tevens wordt geëvalueerd hoe tevreden zorgverleners zijn over de inhoudelijke zorg, samenwerking, financiën, organisatie en arbeidsomstandigheden.

- Een kosten-baten analyse van integrale zorg uitvoeren door de verandering in kosten te berekenen per indicatie waarvoor een nieuw zorgpad is ontwikkeld. Daarnaast wordt een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd waarbij de kosten per voorkomen verwijzing worden berekend.
- Vaststellen welke financieringsstructuur het meest geschikt is voor integrale zorg. Dit is af te meten aan de resultaten van de economische evaluatie en aan de tevredenheid van zorgverleners met de financieringsstructuur.

Regio's bepalen zelf welke nieuwe zorgpaden zij willen ontwikkelen. Hoewel de meeste winst wat betreft cliënttevredenheid waarschijnlijk te behalen is door integrale zorg tijdens de baring, kunnen ook zorgpaden tijdens de zwangerschap of in de kraamperiode ontwikkeld worden.

Veilige zorg als randvoorwaarde

Veranderingen in organisatie van zorg brengen onzekerheden met zich mee over veiligheid. Ernstige maternale en perinatale uitkomsten komen gelukkig maar weinig voor. Op regionaal niveau is kwantitatief niet te meten of de incidentie van deze uitkomsten verandert, daarvoor zullen steekproeven te klein zijn. Zorgverleners zullen samen waarborgen moeten inbouwen waardoor het aannemelijk is dat de zorg veilig blijft en waar mogelijk de veiligheid zelfs verbeterd. Bestaande literatuur, richtlijnen en protocollen zullen daarbij de basis zijn. Daarnaast zal door middel van consensus worden afgesproken aan welke eisen zorgverleners moeten voldoen om bepaalde medische handelingen te kunnen uitvoeren. Deze eisen betreffen bijscholing en de nodige ervaring om bekwaamheid op peil te houden.

Via critical incident analysis zullen zorgprocessen waar nodig worden bijgestuurd naar aanleiding van casus van perinatale en maternale mortaliteit en ernstige morbiditeit.

Organisatie INCAS-2

Voor het opzetten van de implementatie van integrale zorg zijn een projectgroep, stuurgroep en begeleidingscommissie geformeerd (zie bijlage 1). De projectgroep begeleidt de dagelijkse uitvoering van het project. De stuurgroep heeft als taak de voortgang van het project te monitoren en heeft een adviserende rol bij besluitvorming over cruciale zaken en het bespreken van problemen die in het project optreden (zie bijlage 1). In de klankbordgroep zijn belangrijke stakeholders en betrokken partijen vertegenwoordigd. De klankbordgroep zal geïnformeerd worden over de voortgang in het project en om advies gevraagd worden bij de duiding en implementatie van resultaten.

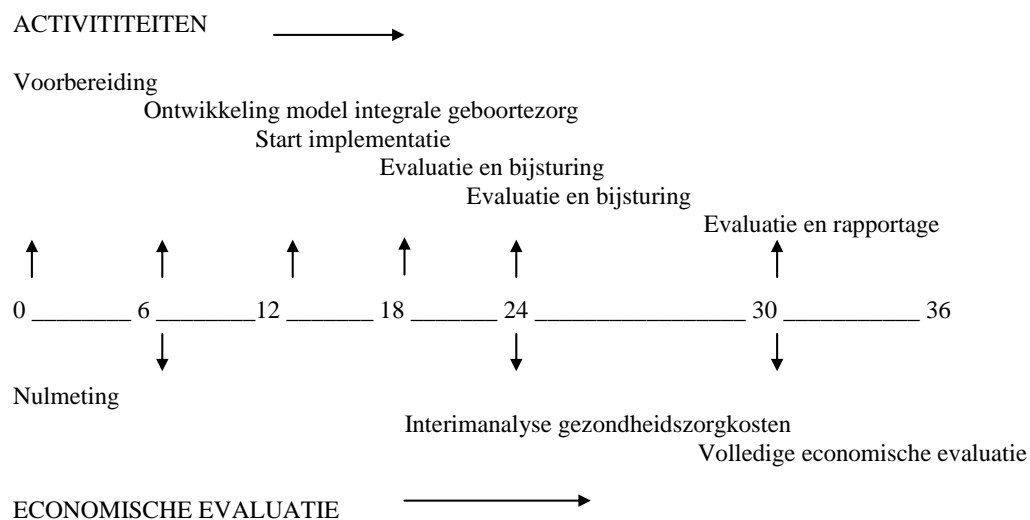
In de participerende regio's zal een regionale projectleider de dagelijkse uitvoering van de pilot bewaken. Deze projectleiders worden ondersteund door de INCAS-2 projectgroep. Uitwisseling van ervaringen tussen de verschillende pilotregio's zal binnen het project worden gestimuleerd, om effectiviteit en efficiëntie te bevorderen.

INCAS-2 implementatie- en onderzoeksplan

Hieronder volgt een implementatie- en onderzoeksplan van het project. De onderzoeksonderdelen zullen nog verder in detail worden uitgewerkt voordat ze worden uitgevoerd. Zo zullen verschillende meetinstrumenten nog ontwikkeld worden. Op het moment dat financiering beschikbaar komt voor de eerste pilots, zijn tijd en middelen beschikbaar om uitgebreide onderzoeksprotocollen te schrijven.

Implementatie van integrale zorg en onderzoek lopen door elkaar heen. Dit is een kenmerk van 'Reflexive Monitoring in Action', waarbij de betrokkenen in het implementatie traject nauw betrokken zijn bij de opzet van het onderzoek. Zij geven vorm aan de uitwerking van integrale zorg in de regio's en stellen gezamenlijk vast wat de criteria zijn waaraan het succes wordt afgemeten. Een minimale set aan identieke uitkomst- en procesindicatoren zullen in alle pilotregio's gemeten worden voor de economische evaluatie. Ook zal in elk pilotproject de ervaren continuïteit van zorg door vrouwen worden gemeten omdat we verwachten dat hierin veranderingen zullen optreden door de implementatie van integrale zorg. Zorgverleners hebben aangegeven weinig tijd te hebben voor deze onderzoeksactiviteiten. Het implementatieplan is er dan ook op gericht om met zo weinig mogelijk extra inzet van zorgverleners de voortgang van de pilotprojecten te garanderen. Overleg zal zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande overlegstructuren, zoals VSV vergaderingen.

In onderstaande figuur (1) is het tijdpad (36 maanden) van het INCAS-2 project weergegeven met daarin de verschillende meetmomenten. In deze figuur is er vanuit gegaan dat alle pilotregio's tegelijkertijd starten.



In tabel 1 en 2 zijn de acties binnen de INCAS-2 pilots schematisch weergegeven. Voorafgaand aan de implementatie van nieuwe zorgpaden zal een voormeting plaats vinden en gedurende de implementatie zullen elke zes maanden data verzameld worden voor evaluatie. Bij de voormeting en de evaluaties worden grotendeels dezelfde vormen van dataverzameling gebruikt. Mixed methods (verschillende kwantitatieve en kwalitatieve methoden) worden gebruikt om data te verzamelen en te analyseren.

Tabel 1: INCAS-2 implementatieplan en onderzoeksplan per pilotproject: de nummers verwijzen naar paragrafen hieronder. Zie ook figuur 1.

Implementatieplan	Vorbereiding	Ontwikkeling	Uitvoering
	1. Gedragen projectplan, voldoet aan selectiecriteria INCAS-2. Fase wordt afgesloten met een GO van de zorgverzekeraar.	2. Model integrale geboortezorg In deze fase worden de initiatieven (zorgpaden en organisatie) verder uitgewerkt.	3. Werken volgens het integrale model.
4. Reflexive Monitoring in Action (zie ook figuur 2)		Procesbegeleiding met behulp van dynamische leeragenda.	Procesbegeleiding en procesevaluatie.
Onderzoeksplan		5. Nulmeting	5. Evaluatie elke 6 maanden

Tabel 2: Onderzoeksvragen en dataverzameling

Onderzoeksvragen	Onderzoeksmethode	Dataverzameling	Analyse
1. Hoe verloopt de implementatie van integrale verloskundige zorg in de praktijk en welke succesfactoren en knelpunten spelen een rol?	Reflexive monitoring in action.	<ul style="list-style-type: none"> a. Observaties en korte interviews door onderzoekers op verloskamers en polikliniek. b. Vragenlijsten onder cliënten. c. Focusgroepen onder cliënten d. Vragenlijsten onder zorgverleners. e. Interviews onder zorgverleners. f. Critical incident analysis. g. Uitwisseling ervaringen tussen verschillende pilotregio's. 	<p>a, c, d. Thematische analyse</p> <p>b en e. In SPSS worden percentages en gemiddelden berekend. Subgroepanalyses worden uitgevoerd voor de verschillende beroepsgroepen. Open vragen: formulering van belangrijkste succesfactoren en knelpunten.</p> <p>f. Systematische bespreking van casus van perinatale en maternale mortaliteit en ernstige morbiditeit samenhangend met nieuwe zorgpaden.</p> <p>a t/m f. Resultaten worden besproken in VSV vergaderingen, zorgprocessen en eventueel doelstellingen worden aangepast. Dynamische leeragenda wordt gebruikt als hulpmiddel.</p> <p>g. Eye-opener workshops waarin projectleiders van verschillende pilotregio's belangrijkste leerpunten formuleren.</p>
2. Wat zijn de kosten per cliënt per indicatie waarvoor een nieuw zorgpad is ontwikkeld in vergelijking met de kosten per indicatie voorafgaand aan integratie van zorg?	Economische evaluatie vanuit het perspectief van gezondheidszorgkosten.	<ul style="list-style-type: none"> g. Gegevens uit cliëntdossiers. 	<p>h. Incremental cost-effectiveness ratios (ICERs) worden berekend door het totale verschil in gemiddelde kosten te delen door het verschil in gemiddelde effecten (aantal verwijzingen).</p>

1. Voorbereiding: Gedragen projectplan

In de voorbereidingsfase zijn betrokken leden van het multidisciplinaire samenwerkingsverband vooral bezig met de vragen:

- Wat gaan we doen?
- Hoe gaan we het doen?
- Waarmee gaan we het doen?

Daarnaast is het belangrijk dat:

- Er een (door alle leden van het samenwerkingsverband) gedragen projectplan komt waarin bovenstaande hoofdvragen zijn beantwoord¹. In een overleg van het samenwerkingsverband zal onder leiding van een onderzoeker het gezamenlijke actieplan worden opgesteld.
- Er een regionale projectleider wordt aangesteld die de pilot gaat begeleiden.
- Er een of meerdere gesprekken zijn met de belangrijkste zorgverzekeraar waarbij (een vertegenwoordiging van) het samenwerkingsverband aanwezig is¹.
- Indien nodig, input geleverd wordt voor een cijfermatige onderbouwing (business case) voor integrale geboortezorg ter overtuiging van de verzekeraar¹.

Afhankelijk van de zorgaspecten die een regio wil veranderen worden professionals betrokken die daar het meest mee te maken hebben. Veelal zullen dit verloskundigen en gynaecologen zijn, vaak ook verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Waar mogelijk worden cliënten uit de regio betrokken bij de opzet van projecten.

Deze fase wordt afgesloten met een GO van de zorgverzekeraar voor financiering van de pilot.

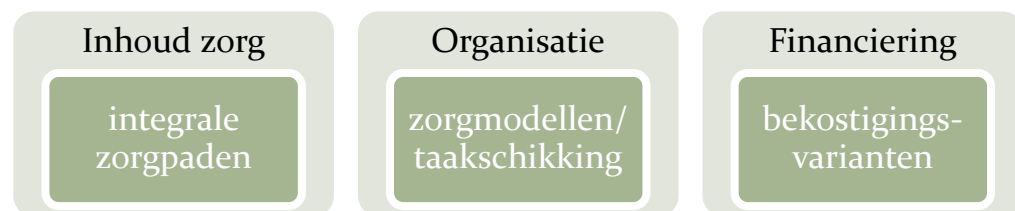


¹gefaciliteerd en ondersteund door Millicent Willems

2. Model integrale geboortezorg

In deze fase worden de verschillende deelonderwerpen van de pilot door het lokale multidisciplinaire samenwerkingsverband en eventuele werkgroepen verder uitgewerkt.

Deze fase wordt begeleid door een door het samenwerkingsverband aangestelde projectleider. Het concrete resultaat van deze fase is een uitgewerkt model van integrale zorg met daarin aandacht voor de inhoud van zorg, de wijze van organisatie en de financiering.



3. Werken volgens het integrale model

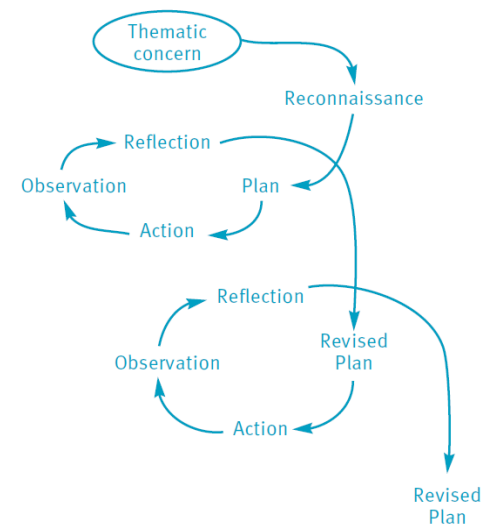
In deze fase wordt er met het ontwikkelde integrale zorgmodel gewerkt door alle betrokken partijen.

4. Reflexive Monitoring in Action

Gedurende het gehele pilotproject wordt Reflexive Monitoring in Action toegepast. Dit heeft tot doel kennisintegratie in en tussen de pilotprojecten te verbeteren en zodoende onderzoek en implementatie met elkaar te verbinden en snel te kunnen reageren op procesmatige, inhoudelijke en structurele barrières en mogelijkheden.

De verwachting is dat het integreren van verloskundige zorg zal stuiten op structurele problematiek (bijv. taakherschikking en financiering), maar ook culturele problematiek (bijv. interpretatie van wat goede verloskundige zorg is; een meer fysiologische of meer pathologische benadering van zwangerschap en geboorte).

Het implementatieproces zal naar alle waarschijnlijkheid complex en onvoorspelbaar zijn en verschillende



Figuur 2 - action research spiraal, naar Kemmis and McTaggart 1998

betrokkenen zullen verschillende belangen benadrukken en op verschillende manieren kennis waarderen.

Hierop vooruitlopend kiezen we in INCAS-2 voor Reflexive Monitoring in Action (RMA)². RMA is specifiek ontwikkeld om richting te geven aan complexe initiatieven zoals integrale geboortezorg.

RMA is een vorm van actieonderzoek waarin het faciliteren van leren tussen de verschillende betrokkenen in het implementatieproces centraal staat, met als doel te anticiperen en reageren op huidige en verwachte problematiek in het project. RMA gaat uit van veranderprocessen die starten vanuit een thema (integrale geboortezorg), waarbij veranderingen worden gepland en actie wordt ondernomen. Tegelijkertijd worden veranderingen geobserveerd en wordt hierop gereflecteerd en wanneer nodig worden op basis hiervan nieuwe plannen gemaakt en start de cyclus opnieuw (zie figuur 2). Tijdens deze cycli is het van belang dat opgedane formele kennis (zoals hieronder beschreven bij nulmeting en evaluatie), alsmede expert kennis van betrokkenen in het initiatief (zorgprofessionals en cliënten) wordt gegenereerd en gedocumenteerd. Dit vormt de basis voor reflectie en eventuele aanpassingen.

We kiezen uit de tool-box van RMA voornamelijk voor de dynamische leeragenda en periodieke reflectie sessies. De dynamische leeragenda richt zich op het systematisch registreren van problemen (inhoudelijk, structureel, procesmatig) tijdens de implementatie van de pilot in de vorm van leervragen. Daarbij wordt geformuleerd of en hoe deze vragen zijn aangepakt. De onderzoekers ondersteunen de professionals bij het formuleren van leervragen en oplossingen en bij de implementatie van nieuwe vormen van zorg en de evaluatie van deze zorg. Dit gebeurt op het niveau van de pilotprojecten. De dynamische leeragenda wordt opgesteld door professionals in de regio samen met een onderzoeker bij aanvang van het project en formeel elke 6 maanden bijgewerkt tijdens een discussiebijeenkomst met alle betrokkenen, waarin de uitkomsten van het observatie onderzoek, het vragenlijstonderzoek en het dossieronderzoek worden gepresenteerd. Daarnaast wordt er zowel op de inhoud als het proces van de implementatie door de betrokkenen gereflecteerd en worden gezamenlijk nieuwe plannen gemaakt. Tevens zullen tussen de pilotprojecten leersessies (reflectie workshops) worden georganiseerd, waarbij gemeenschappelijke vragen worden geadresseerd.

5. Uitwerking dataverzameling

5a. Observatie onderzoek

Onderzoeksvragen: 1. Hoe verloopt de overdracht tussen de eerste- en tweedelij, welke knelpunten zijn er? 2. Hoe wordt met de knelpunten omgegaan en hoe worden deze opgelost? 3. Wat zijn de succes- en faalfactoren van de werkwijze in de nieuwe zorgpaden?

² Zie bijv. Reflexive Monitoring in Action: a guide for system innovation projects. <http://www.transitiepraktijk.nl/files/RMAengDEF%282%29.pdf>

Methode: Onderzoekers zullen bij de voormeting en zes en 12 maanden na de start van de implementatie een aantal diensten meelopen in het deelnemende ziekenhuis en de verloskundigenpraktijken en circa 10 overdrachten observeren. Er worden observatie aantekeningen gemaakt van wat er wordt gezien en van gesprekken met professionals op de afdeling. Waar mogelijk worden korte interviews gehouden met zorgverleners die betrokken waren bij de overdrachten. Daarnaast worden observaties verzameld van de projectleider en onderzoekers die zij doen terwijl ze in de regio's met professionals werken, o.a. in de vergaderingen die ze bijwonen maar ook in de gesprekken die ze met professionals hebben.

Analyse: Kwalitatief – thematische analyse.

5b. Vragenlijstonderzoek onder cliënten

Onderzoeksvragen: 1. Hoe zijn de ervaringen van cliënten wat betreft continuïteit van zorg? 2. Hoe tevreden zijn cliënten met de huidige zorgverlening? 3. In hoeverre hebben cliënten het gevoel controle te hebben over wat er met hen gebeurt?

Methode: Een vragenlijst voor cliënten wordt ontwikkeld waarbij gebruik wordt gemaakt van gevalideerde instrumenten voor het meten van ervaren continuïteit (de Nijmegen Continuity Questionnaire), voor cliënttevredenheid en voor gevoel van controle (o.a. Labor Agency Scale).

Alle cliënten die te maken hebben gehad met de indicaties waarvoor nieuwe zorgpaden worden/ zijn ontwikkeld in de regio worden gevraagd of ze mee willen doen aan een online vragenlijstonderzoek. Vrouwen worden geïncludeerd vanaf een jaar voorafgaand aan de start van de implementatie tot aan het eind van de dataverzameling, anderhalf jaar na de start van de implementatie. De uitnodiging wordt binnen een jaar na de bevalling per email gestuurd uit naam van de eigen verloskundigenpraktijk of van de gynaecoloog. Non responders krijgen een reminder en worden daarna gebeld door een onderzoeker als ze nog niet reageren.

Analyse: De meeste vragen zijn kwantitatief – de resultaten worden geanalyseerd in SPSS en samengevat in percentages en gemiddelden. Subgroepanalyses worden uitgevoerd voor de verschillende beroepsgroepen en voor primiparae en multiparae. Uit antwoorden op open vragen worden de belangrijkste succesfactoren en knelpunten geformuleerd.

5c. Focusgroepen onder cliënten

Onderzoeksvragen: 1. Hoe zijn de ervaringen van cliënten met de huidige zorgverlening en welke zorgaspecten zijn belangrijk voor cliënten?

Methode: Vrouwen die in de afgelopen zes maanden zijn bevallen worden uitgenodigd voor een focusgroep – er worden twee focusgroepen per voormeting en evaluatie gehouden. Een topiclijst wordt samengesteld op basis van de bevindingen in INCAS-1 en het interviewonderzoek dat bij Midwifery Science heeft plaatsgevonden onder vrouwen die verwezen zijn tijdens de baring. Op de vragenlijst die vrouwen ontvangen in onderzoek 5b wordt aan vrouwen gevraagd of ze bereid zijn mee te doen aan een focusgroeponderzoek.

Analyse: Kwalitatief – thematische analyse.

5d. Vragenlijstonderzoek onder zorgverleners – voor- en nameting

Onderzoeksvragen: 1. Welke belangen en visies zijn er in de regio wat betreft gewenste veranderingen in de verloskundige zorg? 2. Hoe tevreden zijn professionals met de huidige zorgverlening en met de veranderingen die hebben plaatsgevonden?

Methode: Twee vragenlijsten worden ontwikkeld, een voor gynaecologen en verloskundigen en een voor andere zorgverleners, zoals verpleegkundigen en kraamverzorgenden. De vragenlijsten bestaan uit twee onderdelen, een onderdeel ‘visie’ en een onderdeel ‘zorgevaluatie’. Voor het eerste onderdeel wordt gebruik gemaakt van de resultaten uit INCAS-1. In aanvulling daarop worden vragen gesteld over specifieke belangen in de betreffende regio en over de voorkeuren van zorgverleners en cliënten wat betreft integrale zorg. Voor het tweede onderdeel worden vragen gesteld over tevredenheid van zorgverleners over inhoudelijke zorg, samenwerking, financiën, organisatie en arbeidsomstandigheden. De vragenlijsten worden twee keer verstuurd: tijdens de voormeting en tijdens het laatste evaluatiemoment in het project.

Alle verloskundigen en gynaecologen in een regio krijgen de vragenlijst toegestuurd en een steekproef van 50 verpleegkundigen en 50 kraamverzorgenden. Bij de trekking van de steekproef wordt rekening gehouden met een evenwichtige verdeling wat betreft werklocatie, grootte aanstelling en leeftijd. Afhankelijk van de aard van de nieuwe zorgpaden kunnen ook andere zorgverleners een vragenlijst toegestuurd krijgen, bijvoorbeeld kinderartsen en anaesthesisten.

Analyse: De meeste vragen zijn kwantitatief – de resultaten worden geanalyseerd in SPSS en samengevat in percentages en gemiddelden. Subgroepanalyses worden uitgevoerd voor de verschillende beroepsgroepen. Uit antwoorden op open vragen worden de belangrijkste succesfactoren en knelpunten geformuleerd.

5e. Interviews onder zorgverleners

Onderzoeksvragen: Wat vinden zorgverleners van de verloskundige zorg in de regio? Hoe ervaren ze de samenwerking met andere zorgverleners? Wat zijn sterke punten, wat ervaren zij als knelpunten?

Methode: De resultaten van het vragenlijstonderzoek worden gebruikt als input voor de telefonische interviews. Er wordt dieper doorgevraagd op de bevindingen uit het vragenlijstonderzoek aan de hand van een korte topiclijst. De interviews duren gemiddeld 15 minuten. Op het vragenlijstonderzoek wordt gevraagd aan zorgverleners of ze bereid zijn om deel te nemen aan een kort interview. Per keer worden ongeveer tien zorgverleners geïnterviewd. De interviews vinden bij voorkeur face-to-face plaats, maar kunnen ook telefonisch worden afgenomen.

Analyse: Kwalitatief – thematische analyse.

5f. Critical incident analysis

Perinatale en maternale mortaliteit en ernstige morbiditeit komen gelukkig weinig voor. Het is daarom niet te verwachten dat significante verschillen in deze uitkomsten gezien zullen worden na invoering van integrale zorg. Wel kan de bestudering van incidenten inzicht geven in zorgfactoren die verbeterd kunnen worden.

Onderzoeksvragen: 1. Welke factoren spelen een rol bij het optreden van perinatale en maternale mortaliteit en ernstige morbiditeit? 2. Is het mogelijk of waarschijnlijk dat zorgfactoren hebben geleid tot het optreden van perinatale en maternale mortaliteit en ernstige morbiditeit? 3. Welke zorgverbeteringen kunnen bijdragen aan betere uitkomsten in de toekomst?

Methode: Alle casus van perinatale en maternale mortaliteit en ernstige morbiditeit die optreden onder vrouwen met indicaties waarvoor nieuwe zorgpaden zijn ontwikkeld zullen ingebracht worden in een auditbespreking binnen een half jaar na het incident. Deze auditbesprekingen vinden twee keer per jaar plaats en worden gekoppeld aan bestaande perinatale auditbesprekingen. Aan deze audit nemen alle betrokken beroepsgroepen deel.

Analyse: Op systematische wijze worden casus besproken zoals momenteel gebruikelijk is bij perinatale auditbesprekingen. Vervolgens worden door professionals actiepunten geformuleerd om de zorg te verbeteren.

5g. Uitwisseling tussen verschillende projecten

Elke zes maanden vanaf de start van de implementatie worden alle regionale projectleiders uitgenodigd voor een bijeenkomst waarin succesfactoren en knelpunten worden besproken uit de verschillende projecten. De bijeenkomst kan gehouden worden in de vorm van een 'eye opener workshop' (zie 'Reflexive Monitoring in Action. A guide for monitoring system innovation projects'). Hierbij vertelt een projectleider gedetailleerd wat er in het project is gebeurd en wat is bereikt. Vervolgens wordt aan mensen uit andere regio's gevraagd wat voor hen de belangrijkste 'eye-openers' zijn en welke informatie zij nog missen over het project. Daarna wordt aan hen gevraagd welke eye-openers relevant zijn voor hun eigen situatie en welke veranderingen ze in hun eigen regio zouden willen doorvoeren.

5h. Economische evaluatie op basis van dossieronderzoek

Onderzoeksvragen: 1. Wat zijn de gemiddelde kosten per cliënt per indicatie waarvoor een nieuw zorgpad is ontwikkeld en hoe verhouden die kosten zich tot de gemiddelde kosten per indicatie voorafgaand aan integratie van zorg? (kosten-baten analyse) 5. Is het nieuwe zorgpad kosteneffectief in vergelijking met de gebruikelijke zorg – wat is het verschil in kosten per voorkomen verwijzing?

Methode: De economische evaluatie zal worden uitgevoerd vanuit het perspectief van gezondheidszorgkosten. Gegevens uit het dossieronderzoek zullen worden gebruikt en mogelijk ook declaratiegegevens van de zorgverzekeraar. Een onderzoeker haalt anonieme gegevens uit dossiers van de afgelopen 100 cliënten die te maken hebben gehad met de geselecteerde indicaties. De opzet is vergelijkbaar met het dossieronderzoek uit INCAS-1. Belangrijkste uitkomsten zijn: maternale en perinatale uitkomsten, aantal consulten in eerste- en tweedelij, redenen voor verwijzing, betrokken zorgverleners, medische handelingen (waaronder aantal instrumentele vaginale bevallingen en keizersnedes), aantal vrouwen dat in gehele zorgproces door eerstelijns en/of klinisch verloskundigen worden begeleid.

Analyse: De resultaten worden geanalyseerd in SPSS; frequenties en percentages worden weergegeven. Totale kosten voor zorg per indicatie worden berekend voor en na implementatie van het nieuwe zorgpad. Incremental cost-effectiveness ratios (ICERs) worden berekend door het totale verschil in gemiddelde kosten te delen door het verschil in gemiddelde effecten (aantal verwijzingen).

Bijlage : Samenstelling projectgroep en begeleidingscommissie van INCAS

Projectgroep INCAS-2

Taken: dagelijkse uitvoering van het project, onderhoudt contacten met regio's

Projectgroepleden:

- Afdeling Midwifery Science, AVAG/ EMGO, Vumc: Ank de Jonge, supervisie van Francois Schellevis
- Athena Instituut, VU: Dirk Essink, supervisie van Jacqueline Broerse
- Afdeling Health Sciences: Judith Bosmans (voor economische evaluatie)
- Gynaecoloog Jeroen van Dillen
- Gynaecoloog Fedde Scheele
- Klinisch verloskundige en onderzoeker Corine Verhoeven
- KNOV vertegenwoordigers: Millicent Willems, Peter Buisman, Antje Beuckens
- Cliëntvertegenwoordiger
- ActiZ

Stuurgroep INCAS-2

Taken: monitoring van de voortgang van het project, advisering bij besluitvorming over cruciale zaken, bespreken van problemen die in het project optreden.

Leden van de stuurgroep:

- Joris van der Post, hoogleraar obstetrie en gynaecologie, AMC
- Pien Offerhaus (KNOV)
- Marlies Buurman (ActiZ)
- Corrie Hartog (O&G verpleegkundigen)
- Rachel Verweij (Het Ouderschap)

Klankbordgroep INCAS-2

Taken: advisering bij duiding en implementatie van resultaten

Dr. Ronald Batenburg, programmaleider NIVEL, Siep de Boer, gynaecoloog Antonius Ziekenhuis Zuidwest Friesland, Sneek, Dr. Anne van Kempen, kinderarts OLVG Amsterdam, Marianne Nieuwenhuijze MPH, verloskundige onderzoeker AVM, Dr. Marlies Rijnders, verloskundige onderzoeker TNO, Dr. Trees Wieggers, senior onderzoeker / epidemioloog NIVEL, Hilda Paans, Zorgverzekeraars Nederland, Maurits van Tulder, hoogleraar Health Technology Assessment, VU.