

Kwaliteitsjaarverslag VSV Amstelland 2018

Ter verbetering van de kwaliteit van de geboortezorg binnen het VSV Amstelland is als onderdeel van de implementatie van zorgstandaard Integrale geboortezorg een werkgroep geformeerd eind 2017. Hierin werd zowel kraamzorg als eerste en tweede lijn vertegenwoordigd.

Onderstaand leest u het eerste kwaliteitsjaarverslag met beschrijving van de start van de activiteiten die behoren bij de implementatie van de zorgstandaard Integrale Geboortezorg binnen het VSV.

Tijdens dit proces werd de Indicatorenset Integrale Geboortezorg gepubliceerd behorende bij de zorgstandaard Integrale geboortezorg. De uitwerking hiervan is ook meegenomen in het plan van aanpak om de de zorgstandaard te implementeren omdat beide documenten kwaliteitsverbetering in de geboortezorg beogen.

Indicatoren geven inzicht in de kwaliteit van de verleende zorg. De indicatoren die behoren bij de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, zijn onderverdeeld in drie categorieën:

1. Zorginhoudelijke indicatoren: wat zijn de uitkomsten van de geboortezorg? Bijvoorbeeld: hoeveel bevallingen vinden er thuis plaats en hoeveel in het ziekenhuis?
2. Cliëntervaringsindicatoren: hoe hebben zwangeren de geboortezorg ervaren?
3. Klantpreferente indicatoren: wat vinden zwangeren belangrijk in de geboortezorg?

Van de uitkomsten kunnen zorgaanbieders leren en hun werk waar mogelijk verbeteren. Voor zwangeren wordt het maken van keuzes voor een zorgaanbieder hierdoor gemakkelijker. Verzekeraars kunnen de informatie gebruiken bij het contracteren van zorgaanbieders.

In het jaarverslag wordt de AOI (adverse outcome index) van het voorgaande jaar besproken en uitgewerkt.

Onderstaande activiteiten werden ondernomen waarbij de VSV bijeenkomsten werden gebruikt om een en ander met alle belanghebbende te bespreken.

-VSV juni 2018: presentatie kwaliteitscyclus VSV als onderdeel van Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Er werd een format voor de cyclus van het Kwaliteitsmanagementsysteem VSV Amstelland ontworpen als meerjarenbeleidsplan voor 3 jaar.

Werkgroep kwaliteit – implementatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (Karla van Vliet, Katinka Overmars, Julia Spiertz, Rianne de Knecht?)

Plan van aanpak

In de 2^e helft van 2017 is een plan van aanpak gemaakt voor implementatie van de Zorgstandaard Integrale geboortezorg gestart

(<https://www.ziekenhuisamstelland.nl/nl/professionals/verloskundigen/>).

a. Missie en Visie

Binnen het VSV werd in 2018 een gemeenschappelijke missie en visie geformuleerd.

Missie

De beroepsgroepen die betrokken zijn bij de verloskundige zorg voor de zwangere en haar (ongeboren) kind verlenen optimale zorg volgens 'best practice', op die plek waar de zorg het best verleend kan worden. Deze verloskundige zorg betreft de periode vanaf kinderwens tot 6 weken postpartum. Er wordt nauw samen gewerkt tussen de verschillende beroepsbeoefenaren conform regionale transmurale protocollen, de VIL, KNOV-, NVOG-en NvK-standaarden en kenniscentrum Kraamzorg.

Visie

Het algemene doel is het borgen en verbeteren van de verloskundige zorg in de regio rondom het ZHA/Amstelland Meerlanden met alle beroepsbeoefenaren betrokken bij moeder-kindzorg. De basis voor het samenwerken van alle verloskundige beroepsbeoefenaars is gelijkwaardigheid en onderling respect voor elkaars expertise. Bindend is een gezamenlijk doel: de beste zorg voor iedere cliënt.

De gezamenlijke uitgangspunten binnen het VSV Amstelland zijn:

- de cliënt staat centraal.
- de verloskundige zorg vindt plaats in het echelon waar het thuishoort conform de geldende richtlijnen.
- na het eerste gesprek bij de verloskundige of gynaecoloog wordt een persoonlijk begeleidingsplan opgesteld en krijgt zij (een case manager) toegewezen die eindverantwoordelijk is voor de coördinatie van zorg
- moeder en kind zijn in principe altijd samen, ook direct na de bevalling.

De wens bestaat om een gezamenlijke cliëntevaluatie te realiseren.

b. Kwaliteitsbeleid en evaluatie

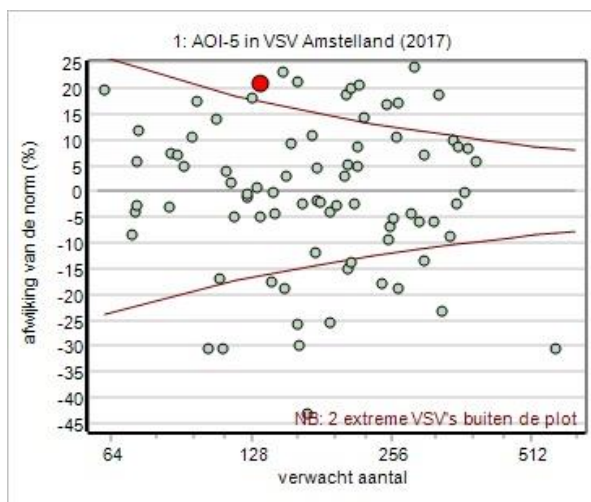
Er werd een format voor de jaarcyclus kwaliteit vastgesteld conform PLAN (plan-do-check-act) methode.

VSV mei 2018

- presentatie van analyse Perined Insight cijfers VSV/ kwaliteitsindicator 1-4
In 2017 en 2018 werden de cijfers van 2016 en 2017 besproken als start van de eerste PDCA cyclus van het kwaliteitsmanagementsysteem.

AOI-5 (Adverse Outcome Index) - een combinatie van:

1. Perinatale sterfte (32w0 tot 7 dagen post partum)
2. Opname op NICU > 37.0 weken
3. APGAR < 7 na 5 minuten (vanaf 32w0)
4. Fluxus post partum
5. 3e of 4e graad perineumruptuur



AOI-5 in VSV Amstelland

Eenling bevallingen van 32w+ waarbij een 'adverse outcome' optrad.

jaar	Land	VSV						
		casus	obs	%	exp	afw	score	P
<2011								
2011	9,5 %	1159	107	9,2 %	108	-1 %	-5	54
2012	9,5 %	1185	107	9,0 %	113	-5 %	-31	38
2013	9,4 %	1142	133	11,6 %	104	28 %	140	89
2014	9,3 %	1201	111	9,2 %	110	0 %	2	45
2015	9,6 %	1248	112	9,0 %	115	-2 %	-13	45
2016	9,7 %	1329	166	12,5 %	129	29 %	163	95
2017	10,1 %	1342	162	12,1 %	134	21 %	119	87

Ruptuur	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	Lnd%
Geen ruptuur	507	65	480	58	512	63	563	59	612	62	68
Ruptuur	255	33	325	39	285	35	354	37	339	34	31
(sub)totaal ruptuur	21	3	22	3	21	3	36	4	32	3	2
Totaal Einde in 2e lijn	783		827		818		953		983		

VSV september 2018

Het doel is om met de kwaliteitscyclus in het najaar na te gaan in het VSV wat er met de verbetermaatregelen is gebeurd. Het idee hierachter is om de acties te monitoren, te bespreken en zo nodig de verbetertrajecten van het voorgaande jaar bij te stellen.

- presentatie verbeterplan met SMART doelstellingen
 - Uit de analyse van de gegevens 2016 bleek dat in ons VSV er meer graad 3 rupturen optraden; verbetermaatregel werd afgesproken om bij een kunstverlossing standaard een episiotomie te zetten ter preventie ruptuur graad 3
 - De cijfers van 2017 toonde een hoog aantal secundaire sectio's. De indicatie werd frequent genoteerd als foetale nood zonder dat dit terug was te zien in lage Apgar scores bij de neonaat ten opzichte van de Benchmark. Als verbetermaatregel werd het belang van het uitvoeren van een MBO (micro bloed onderzoek) benadrukt.
 - In vergelijking met 2016 is er een verbetering gerealiseerd in het reduceren van fluxus en rupturen, echter blijkt dit nog niet voldoende gezien de percentages nog wel boven de Benchmark in de AOI-5 uitkomen.
Gezien hoog percentage fluxus in 2016 werd besloten om in het najaar 2018/voorjaar 2019 standaard fluxus als onderwerp te agenderen voor de maandelijks acute situatie trainingen.

VSV december 2018

Training Perined-Insight om analyse van gegevens geboortezorg beter te kunnen analyseren en interpreteren.

Perined-Insight (voorheen PRN-Insight) is een interactief webprogramma waarmee gegevens uit de landelijke verloskunde registratie (1e, 2e en 3e lijn) inzichtelijk kunnen worden gemaakt inclusief de kwaliteitsindicatoren geboortezorg. Het is bedoeld als instrument voor kwaliteitsverbetering. Het is een verzameling van LVR 1, LVR2 en LNR oorspronkelijke jaarbestanden. Met Perined-Insight is het mogelijk de eigen praktijk te spiegelen aan het landelijk beeld en ook te gebruiken voor spiegelrapportages, jaarverslagen en bij visitaties.

VSV dec 2018- reflectie op de doelstellingen van het kwaliteitsjaarplan

Voor 2019 is afgesproken om de bestaande protocollen en richtlijnen evalueren (hierna te standaardiseren elke twee jaar). De protocollen staan op het besloten deel van intranet. Als doel is gesteld om de bestaande protocollen om te vormen in Zorgpaden in 2019/2020.

Perinatale Audit

De perinatal audit wordt georganiseerd door de commissie die bestond uit J. Brandenburg, C. Zeijl, E. Edens en S. Astrop.

Jaarlijks worden thema's vastgesteld door iedere audit van een perinatale sterfte of van een casus welke geauditteerd wordt, bestaat uit een aantal systematische stappen.

Alles begint bij het bijhouden van een zorgdossier.

Stap 1 Verzamelen van gegevens

Stap 2 Zorggegevens in een chronologisch verslag in de PAA

Stap 3 Auditbespreking

Stap 4 Conclusies en verbeteracties

Stap 5 Evaluatie van de verbeteracties

Vier thema's voor perinatale audit 2017-2019

1. Maternale casus: uterusruptuur
2. Neonatale morbiditeit: hyperbilirubinemie
3. Neonatale casus van à terme asfyxie
4. Premature mortaliteit

In 2018 werden 2 perinatale audits georganiseerd.

In de eerste audit werd een casus besproken over SUPC= sudden unsuspected postnatal collaps.

Verbetermaatregelen:

- richtlijn welke inmiddels is gerealiseerd
- aandacht voor houding baby bij moeder post partum
- plek voor moeder tijdens reanimatie was een aandachtspunt; blijft echter onveranderd ivm ruimtegebrek. Wel is bij verwachting slecht kind al de afspraak; panda op de kamer

In de tweede audit werd een casus besproken.

Aandachtspunten:

- hyperbilirubinaemie; 1e lijn gaat kijken of het regio protocol aangepast dient te worden
- asfyxie; werkafspraken met kinderartsen en verpleging zijn al gemaakt, CTG scholing is actief opgepakt

Cliëntenenquête

Onderdeel van de indicatorenset integrale geboortezorg is uitvraag van clientervaring per echelon maar ook van de gezamenlijke keten. In afwachting op aanbeveling van het keuze instrument door CPZ en de Federatie van VSV's is de NPS in 2018 nog niet voor de keten uitgevraagd.

Opstellen van (kwaliteits)jaarplan waarin het beleid vertaald wordt naar activiteiten met daarin opgenomen:

- a. Hoe wordt VSV-breed met klachten omgegaan.**
VSV klachtenprocedure 18 januari 2018
- b. Hoe wordt het regionaal beleid met betrekking tot omgaan met calamiteiten en incidenten vormgegeven?** Bespreken in VSV, ook wanneer en door wie melden bij inspectie.
- c. Op welke wijze wordt de informatiestandaard gehanteerd voor het vastleggen van gegevens?**
Verder uitwerken in Protocol Basiszorg/Geboortezorgplan – concept in 2018 gereed
- d. Deelname aan perinatale audit**
- e. Vormgeven van gezamenlijke voorlichting pijnbestrijding ism anesthesisten.**
Concept pijnprotocol maart 2018 geaccordeerd
- f. Instellen van cliëntenraad 2019**
- g. Hoe wordt het primaire proces ingericht?**
 - 1. Welke zorgpaden (prenataal, nataal en postnataal) worden ontwikkeld?** Komende 2 jaar in bestaande protocollen ook zorgpad opnemen.
 - 2. Afspraken over hoe deze geïmplementeerd worden.** Bespreken volgend overleg Zorgstandaard Werkgroep.
 - 3. Hoe vindt de risico selectie plaats (VIL als uitgangspunt)?** Zie missie/visie en 3 wekelijks Skype overleg
 - 4. Hoe wordt aandacht besteed aan kwetsbare zwangeren?** Mind 2 Care, verder vervolgen in fase 2/3 implementatie Zorgstandaard. Basis zorgpad ZHA kwetsbare zwangere VSV breed maken.
- h. Voorzien in een volledig en actueel dossier en zorgdragen voor heldere overdracht tussen zorgverleners.** Zie Protocol Basiszorg/Geboortezorgplan en Zorgdomein
- i. Administratief: * Regelen dat geregistreerd wordt tot welk VSV de zwangere behoort – handleiding Perined tav gebalanceerde allocatie van cliënten die thuis zijn bevallen in Perined wordt de patient toegewezen aan het VSV van het ziekenhuis waar de vrouw is bevallen**

Er is in regio Amsterdam-Amstelland geen manier waarop geregistreerd kan worden aan welke VSV de cliënten toebehoren, omdat het in de praktijk te vaak anders uitpakt.

Postpartum kan je natuurlijk registreren binnen welk VSV cliënte bevallen is, maar dan is het lastig wat te doen met alle consulten in andere ziekenhuizen, overplaatsingen etc.

De verkregen data is niet van toepassing op één VSV. Aandachtspunt voor 2019 om hier verder mee aan de slag te gaan.

Overzicht indicatoren Verslagjaar 2017

Nr	Ketenindicator geboortezorg	Type Indicator	Verantwoordelijke	Meetperiode
1	AOI-5 (Adverse Outcome Index) een combinatie van: <ol style="list-style-type: none"> 1. Neonatale of intrapartum sterfte bij ≥ 2500 gram of ≥ 37.0 weken 2. Opname op NICU ≥ 37.0 weken 3. APGAR < 7 na 5 minuten 4. Fluxus post partum 5. 3^e of 4^e graad perineumruptuur 	Uitkomst (follow-up Indicator)	VSV (l.c. ziekenhuis)	01-10-2016 t/m 30-09-2017 <i>Gelet op het follow-up karakter betreft het een afwijkende meetperiode</i>
2	Aard zorg: <ol style="list-style-type: none"> 1. spontane partus in NTSV-groep (Nulliparous Term Singleton Vertex – à terme nulliparae met eenling in hoofdligging) 2. percentage sectio's (totaal, ongepland/gepland) in NTSV-groep (Nulliparous Term Singleton Vertex – à terme nulliparae met eenling in hoofdligging) 3. vrouwen met epidurale analgesie (totaal, 's nachts/in het weekend) in NTSV-groep 	Uitkomst/ (Proces)	VSV (l.c. ziekenhuis)	01-01-2017 t/m 31-12-2017
3	Borstvoeding <ol style="list-style-type: none"> 1. geslaagde borstvoeding in groep die op de eerste verzorgingsdag thuis volledige borstvoeding krijgt en dat op de laatste dag ook nog krijgt. 2. geslaagde borstvoeding bij alle geboren kinderen 	Uitkomst	VSV (l.c. kraamzorg-organisatie)	01-10-2017 t/m 31-12-2017 <i>Gelet op het ontwikkelingsstadium betreft het een afwijkende meetperiode</i>
4	Plaats zorg: <ol style="list-style-type: none"> 1. start zwangerschapsbegeleiding vóór 10 weken (algemeen, c.q. uit achterstandssituatie) 2. bevallingen: totaal, thuis/poliklinisch/klinisch, type baring bij klinische bevalling (normaal vaginaal/instrumenteel/met sectio) 3. bevallingen durante partu overgedragen (een medische indicatie verkregen): totaal, type 	Uitkomst/ Proces	VSV (l.c. ziekenhuis)	01-01-2017 t/m 31-12-2017

Nr	Ketenindicator geboortezorg	Type Indicator	Verantwoordelijke	Meetperiode
	baring (normaal vaginaal/instrumenteel/m et sectio), reden overdragen (een medische indicatie verkrijgen): wegens niet vorderende ontsluiting, sedatie en/of pijnstilling 4. kinderen direct post partum overgedragen			
5	Cliëntervaringen Net Promotor Score	Uitkomst/ Proces	VSV (i.c. ziekenhuis)	01-01-2018 t/m 31- 12-2018 ¹
6	Klantpreferenties Samenwerking en zorgaanbod VSV	Proces/ Structuur	VSV (i.c. ziekenhuis)	01-01-2017 t/m 31- 12-2017
7	Klantpreferenties Zorgaanbod en bereikbaarheid ziekenhuis	Proces/ Structuur	Ziekenhuis	01-01-2017 t/m 31- 12-2017
8	Klantpreferenties Bereikbaarheid, organisatie en zorgaanbod verloskundigenpraktijk	Proces/ Structuur	Verloskundigen- praktijk	01-01-2017 t/m 31- 12-2017
9	Klantpreferenties Zorgaanbod kraamzorgorganisatie	Proces/ Structuur	Kraamzorg- organisatie	01-01-2017 t/m 31- 12-2017

De indicatoren dienen jaarlijks uiterlijk 1 mei volgend op het betreffende verslagjaar aangeleverd te worden aan Zorginstituut Nederland door een daartoe ingerichte organisatie die voldoet aan de aanleverspecificaties van het Zorginstituut. Deze indicatoren worden door Zorginstituut Nederland openbaar gepubliceerd. De uitkomsten van indicator 6 t/m 9 worden ook regionaal transparant gemaakt door publicatie op de website van het betreffende VSV.