



Evaluatie van instellingssubsidies CPZ en Perined

Eindrapportage

—
28 februari 2018

Inhoud

Managementsamenvatting	4	Bijlagen	
1. De kwaliteit van de zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland is verbeterd	16	I. Plan van aanpak	53
2. CPZ activiteiten en Perined diensten worden gepercipieerd als (groten)deels effectief	19	II. Geldstromen	63
3. De instellingssubsidie verstrekt aan het CPZ en Perined wordt (groten)deels doelmatig besteed	32	III. Deelnemers focusgroepen	68
4. Het krachtenveld heeft de effectiviteit en doelmatigheid van het CPZ verminderd	37	IV. Confouders	69
5. Er bestaat nog ruimte voor verbetering	44	V. Buitenlandanalyse	70

De contactpersonen bij KPMG voor deze rapportage zijn:

David Ikkersheim
Partner
KPMG Advisory N.V.
Tel: 06 41 83 96 26
ikkersheim.david@kpmg.nl

Karin Lemmens
Senior manager
KPMG Advisory N.V.
Tel: 06 12 51 36 83
lemmens.karin@kpmg.nl

Evaluatie naar de effectiviteit en doelmatigheid van de instellingssubsidies voor het CPZ en Perined

Uw vraag

Uw vraag is om een evaluatie uit te voeren naar de effectiviteit en doelmatigheid van de instellingssubsidies voor het College Perinatale Zorg (CPZ) en Perined (voorheen Perinatale Audit Nederland (PAN) en Perinatale Registratie Nederland (PRN)). U geeft aan het belangrijk te vinden om beide subsidies in gezamenlijkheid te evalueren. Dit omdat beide instellingen subsidie ontvangen om impact te hebben op het terugdringen van de perinatale sterfte en om de gezondheid van moeder en kind in Nederland te bevorderen. Meer specifiek zijn uw vragen als volgt:

- Zijn de subsidies doelmatig besteed en waar blijkt dat uit?
 - Zo nee, op welke punten behoeven de subsidies dan aanpassing voor de toekomst in het geval van voortzetting?
 - Zo ja, op welke wijze kan er gezorgd worden dat het zo blijft in het geval van voortzetting?
- Zijn de subsidies effectief besteed en waar blijkt dat uit?
 - Wat is er tot nu toe bereikt?
 - Hoe kan de effectiviteit van de subsidies verbeterd worden door betrokken partijen (ontvanger/verlener)? Kunnen we de effectiviteit van de subsidies verbeteren in het geval van voortzetting?

Het doel van de evaluatie is enerzijds om na te gaan of de activiteiten die beide instellingen hebben geïmplementeerd bijdragen aan de gewenste resultaten en daarbij ook een oordeel te geven over de doelmatigheid. Anderzijds om na te gaan of de resultaten bijdragen aan het beleidsdoel, een oordeel te geven over de effectiviteit en om tot slot op basis hiervan aanbevelingen te doen ten aanzien van voortzetting van de instellingssubsidies.

Scope

De scope van deze evaluatie omvat de effectiviteit en doelmatigheid van de instellingssubsidies die door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) worden verstrekt aan het CPZ en Perined sinds respectievelijk 2011 en 2010 tot en met 2017. Buiten scope van deze evaluatie valt:

- Het evalueren van de doelmatigheid en effectiviteit van diensten en activiteiten die niet zijn bekostigd vanuit de instellingssubsidies;
- Het evalueren van het functioneren van het CPZ en Perined en de aan de organisaties verbonden personen in algemene zin;
- Het beoordelen van de haalbaarheid en effectiviteit van de adviezen en programma's die ten grondslag liggen aan het verstrekken van de instellingssubsidies aan het CPZ en Perined.

Leeswijzer

Deze rapportage start met een managementsamenvatting met daarin de conclusies van deze evaluatie over de effectieve en doelmatige inzet van de instellingssubsidies verstrekt aan het CPZ en Perined, inclusief ons advies omtrent verbetering van de effectiviteit en doelmatigheid van de subsidies in het geval van voortzetting.

In de rapportage wordt in elk hoofdstuk één van de hoofdconclusies gedetailleerd onderbouwd op basis van alle opgehaalde informatie in deze evaluatie. Bijlage I beschrijft de door ons gehanteerde methodiek om deze informatie te genereren.



Management- samenvatting

Activiteiten van het CPZ en diensten van Perined die worden bekostigd via de instellingssubsidies dragen bij aan de realisatie van het beleidsdoel

De verstrekte instellingssubsidies aan het CPZ en Perined zijn over het algemeen effectief en doelmatig besteed

De instellingssubsidies verstrekt aan het College Perinatale Zorg (CPZ) en Perined – tussen respectievelijk 2011 en 2017, en 2010 en 2017 – zijn over het algemeen effectief en doelmatig besteed. Dit blijkt uit de volgende observaties:

- Alle CPZ activiteiten en Perined diensten (pagina 8) worden gepercipieerd als (groten)deels effectief. Er zijn verschillen in de mate van effectiviteit, waarbij de activiteiten 'preventie' en 'ondersteuning van de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's)' van het CPZ en de dienst 'ondersteuning van informatie- en communicatietechnologie (ICT)' van Perined momenteel worden gepercipieerd als potentieel effectief, omdat de daadwerkelijke effectiviteit nog lastig is in te schatten.
- Voor alle Perined diensten geldt dat de gerealiseerde effecten van de dienst in verhouding staan tot de geleverde inspanning en daarmee doelmatig zijn (pagina 12). Voor het CPZ is dat niet het geval voor de paraplu-activiteit 'visieontwikkeling, verbinden en regievoeren' (pagina 10 en 11). Dit komt mede doordat het uitlijnen van de uiteenlopende belangen en het normaliseren van verhoudingen tussen verschillende partijen in het veld, met name in de beginjaren en tussen de NVOG en KNOV, complex was (pagina 13). In deze periode was de inhoudelijke kennis binnen het bureau ook beperkt. Door dit alles is hier in de beginjaren het grootste deel van de tijd en daarmee inzet van de beschikbare mensen en middelen in gaan zitten. Er is in de beginjaren wel een belangrijke basis gelegd (door het samenbrengen van de partijen) voor de andere activiteiten, welke doelmatig zijn.
- De doelmatigheid van de activiteit 'preventie' is beperkt. Dit heeft vooral te maken met de beperkte effectiviteit van deze activiteit tot nu toe door het ontbreken van concrete eindproducten.

Activiteiten van het CPZ en diensten van Perined dragen bij aan de realisatie van het beleidsdoel, maar er blijft ruimte voor verbetering

De activiteiten en diensten die worden bekostigd uit de instellingssubsidies verstrekt aan het CPZ en Perined dragen bij aan de realisatie van het beleidsdoel. De verbetering in de kwaliteit van de zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland van de laatste jaren (pagina 6) zou niet zo ver zijn als het CPZ en Perined er niet waren geweest (pagina 9). De beleidsdoelen zijn echter nog niet volledig behaald, er blijft ruimte voor verbetering (pagina 14).

De instellingssubsidies kunnen slimmer worden ingezet en periodiek worden geëvalueerd om zodoende meer effecten te bereiken. Onze aanbevelingen hoe dit te doen hebben we geordend langs drie thema's (pagina 14):

1. Procesoptimalisatie van het ontwikkelen en uitvoeren van visie en activiteiten.
2. Verbetering van de organisatie door het beter betrekken van het stakeholderveld en ontwikkeling van de organisatie.
3. Structurele evaluatie van instellingssubsidies.

Daarnaast geven wij enkele richtingen waarlangs de governancestructuur van het CPZ en Perined zich kan ontwikkelen om beter aan te sluiten bij hun rol in en de wensen vanuit het veld (pagina 14). Deze aanbevelingen zijn mede gebaseerd op ervaringen in Noorwegen (pagina 15).

1. De kwaliteit van de zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland is verbeterd

De kwaliteit van de zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland is de laatste jaren verbeterd

Sinds de beleidsaanpassingen en het uitbrengen van een [actieprogramma](#) door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) rondom de zwangerschaps- en geboortezorg is de kwaliteit van deze zorg verbeterd. Het startpunt voor dit aangepaste beleid was het advies [Een goed begin](#), uitgebracht door de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in december 2009. 'Moeder en kind in de hoofdrol' is één van de zeven speerpunten van dit advies.

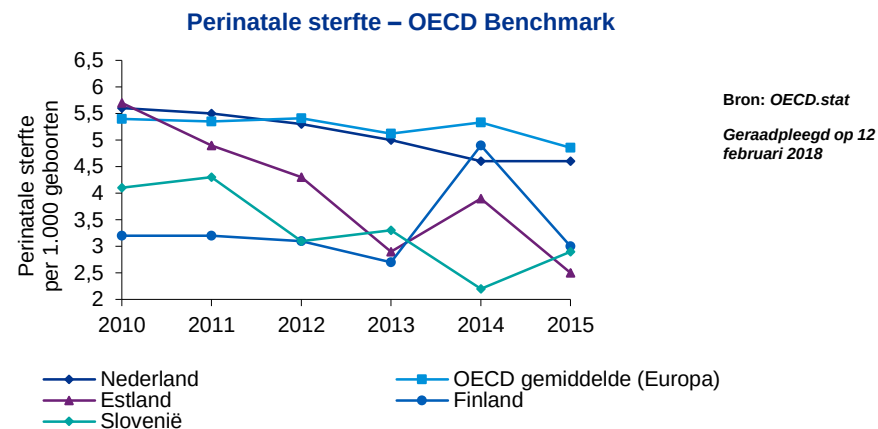
Het beleid had tot doel om de kwaliteit van de zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland te verbeteren, onder andere door VSV's op te richten. De laatste jaren is deze verbetering opgetreden volgens de registraties en onderzoeken door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en Perinatale Registratie Nederland (PRN). Zo hadden tien regio's in Nederland in 2011 nog geen VSV terwijl in 2015 in iedere regio minimaal één VSV bestond (IGZ, [Afsluitend onderzoek naar de invoering van de normen van 'Een goed begin'](#), 2016). Ook is de laatste jaren een licht positieve trend aanwezig rondom de kwaliteit van de perinatale zorg (RIVM, [Zorgbalans 2014](#), 2014).

Tot slot is aangetoond dat de activiteiten van het CPZ en Perined (PRN en Perinatale Audit Nederland (PAN)) – beiden gefinancierd door het Ministerie van VWS om invulling te geven aan delen van het actieprogramma – hebben bijgedragen aan een kwaliteitsverbetering in de zwangerschaps- en geboortezorg (AEF, [Beleidsdoorlichting - Kwaliteit en veiligheid in de curatieve zorg](#), 2016)

De perinatale sterfte in Nederland is de laatste jaren gedaald

Tussen 2010 en 2016 is de perinatale sterfte in Nederland gedaald met bijna 20% ([Factsheet Zwangerschap en Geboorte](#), 2016).

Op basis van een internationale benchmark ([OECD](#), 2018) kan worden geconcludeerd dat de perinatale sterfte in Nederland sterker daalt dan het Europees OECD gemiddelde (figuur 1). Tegelijkertijd blijft er ruimte voor verbetering als we Nederland vergelijken met de drie best presterende landen in Europa in 2015: Estland, Finland en Slovenië. Nederland stond in 2015 ondanks verbetering op plaats 10 in Europa (in 2010 was dit plaats 14). Op basis van [EURO-Peristat](#) onderzoek was dit positie 15 in 2013. OECD en Peristat gebruiken andere definities voor perinatale sterfte waardoor cijfers verschillen. Internationale vergelijkingen op basis van OECD-data zijn mogelijk meer valide vanwege de consistente definitie van perinatale sterfte, wat bij Peristat verschilt.



Figuur 1: Perinatale sterfte (vanaf 28 weken zwangerschap of een geboortegewicht van ten minste 1.000 gram, tot 7 dagen na de geboorte) per 1.000 geboorten

Deze veranderingen tonen aan dat er een positieve ontwikkeling is rondom de daling in perinatale sterfte. Hierbij is wel de kanttekening te plaatsen dat de aangetoonde effecten voornamelijk indirect zijn; zonder een aantoonbare causale link tussen het aangepaste beleid en de uitkomst perinatale sterfte.

2. Het CPZ en Perined bekostigen verschillende activiteiten en diensten vanuit de instellingssubsidies

Het CPZ bekostigt zes activiteiten vanuit de instellingssubsidie

Het CPZ bekostigt met de instellingssubsidie die zij ontvangen zes activiteiten. Deze activiteiten staan beschreven in het blauwe kader hieronder. Nummer II tot en met VI zijn geëxtraheerd uit de subsidieaanvragen en subsidieverantwoordingen. De Paraplu-activiteit (nummer I) is tijdens de focusgroepen met betrokken partijen uit het veld naar voren gekomen.

- I. **Paraplu-activiteit: Visieontwikkeling, verbinden en regievoeren:** Het ontwikkelen van een gezamenlijke visie en ambitie ter bevordering van de geboortezorg. Hier valt bijvoorbeeld de Agenda voor de Geboortezorg onder, welke is opgesteld onder de regie van het CPZ. Om dit te bereiken brengt het CPZ landelijk gezien alle betrokken partijen bijeen om het over de thema's (zo ook de thema's rondom activiteit II tot en met VI) in de zwangerschaps- en geboortezorg te hebben. Deze activiteit dient daarmee als paraplu voor de uitrol van concrete activiteiten per thema (zie overige activiteiten). Deze paraplu-activiteit en de mate van betrokkenheid vanuit het veld beïnvloedt de uitkomsten van de overige activiteiten. Ook is het CPZ actief bezig met regievoeren op de informatie- en onderzoeksbehoefte van het veld.
- II. **Preventie:** Het verbeteren van de preventie en preconceptiezorg door onder andere het inrichten van de *CPZ Expertgroep Preventie*, en het verkennen van mogelijkheden voor passende bekostiging van preventie en preconceptiezorg. Bijvoorbeeld het in gang zetten van de ontwikkeling van de Preconceptie Indicatielijst (PIL).
- III. **Ontwikkeling kwaliteitskader:** Het ontwikkelen en onderhouden van de *zorgstandaard integrale geboortezorg* (inclusief implementatieplan en cliëntversie). Hieronder valt bijvoorbeeld ook het in gang zetten van de evaluatie van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP) en de plannen voor het in gang zetten van de actualisatie van de Verloskundige Indicatielijst (VIL). Beleidsstukken zijn initieel op papier gezet door externe partijen vanwege de beperkte capaciteit van het bureau van het CPZ. Sinds een aantal jaar wordt dit opgepakt door het bureau zelf.
- IV. **Ondersteuning van de VSV's:** Het ontwikkelen van implementatieplannen en formats ter ondersteuning en stimulering van VSV's bij het verbeteren van samenwerking en het implementeren van de zorgstandaard in de regio om te komen tot effectieve uitvoering van integrale geboortezorg op lokaal niveau. Te denken valt aan de handreiking organisatie modellen VSV's. Hierbij wordt tegenwoordig actief gebruik gemaakt van webinars en sociale media.
- V. **Kennisdeling:** Het ontwikkelen en stimuleren van een *integraal kennisnetwerk voor openbare kennisuitwisseling*. Een onderdeel hiervan is het opsporen en delen van best practices rondom succesvol beleid vanuit de regio's via Kennisnet Geboortezorg.nl, maar ook het verspreiden van nieuwsbrieven en organiseren van congressen en webinars.
- VI. **Ondersteuning van integrale bekostiging:** Hier valt de *Taskforce* onder, die regio's ondersteunt om indien gewenst over te gaan naar integrale bekostiging. Er bestaat daarom enige overlap tussen activiteit IV en VI.

Perined bekostigt vier diensten vanuit de instellingssubsidie

Perined bekostigt met de instellingssubsidie die zij ontvangen vier diensten. Deze staan in het blauwe kader hieronder beschreven. Alle diensten zijn geëxtraheerd uit de subsidieaanvragen en subsidieverantwoordingen.

- I. **Audit:** Het borgen en verder ontwikkelen van de audituitvoering mede door het analyseren van uitgevoerde audits, het formuleren van *verbeterpunten*, actief inzetten op *kennisdeling* en rapporteren over auditthema's. Het landelijke auditsysteem bestaat uit drie pijlers: lokale, regionale en landelijke bijeenkomsten, met ieder een eigen focus. De lokale audit vormt de basis van het landelijke systeem van perinatale audit, waar de geselecteerde casussen perinatale ziekte of sterfte worden geëvalueerd en verbeterpunten worden geformuleerd. Kennisdeling en rapportages zijn belangrijk om de implementatie van de uit de audit naar voren gekomen verbeteringen te faciliteren. Bij de oprichting van de PAN in 2010 stond het coördineren van de invoering van de landelijke audit centraal. Inmiddels verschuift de focus naar het ondersteunen van VSV's in de regio's via onder andere trainingen en kennisdeling.
- II. **Registratie:** Het op basis van door zorgprofessionals en cliënten aangeleverde gegevens terug leveren en verder ontwikkelen van de basis (*spiegel*)informatie waaronder (landelijk vastgestelde) indicatoren (onderhoudscyclus). Gerealiseerde cijfers worden verder breed beschikbaar gesteld en leveren een bijdrage aan onder andere het jaarboek Perinatale Zorg, CBS/ PRN-Statlinetabellen en diverse gegevensverstrekkingen. Registratie informatie wordt op zowel landelijk als regionaal niveau gebruikt.
- III. **Ondersteuning van de kwaliteitscyclus:** Onder deze dienst vallen alle diensten die naast dienst II – het terugkoppelen en verder ontwikkelen van de basis (spiegel)informatie – bijdragen aan de kwaliteitsverbetering (ontwikkelcyclus). Bij deze dienst wordt gebruik gemaakt van drie type standaarden: kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten. Het ontwikkelen van de set aan indicatoren gebeurt in de werkgroep 'kaderontwikkeling monitoring kwaliteit perinatale zorg', welke Perined voorziet. De standaarden bieden ondersteuning aan VSV's en Regionale Consortia bij hun kwaliteitsbeleid. Dit gebeurt onder andere middels het borgen en uitbouwen van een centrale en decentrale (informatie-) infrastructuur met integratie van audit- en registratieresultaten (via bijvoorbeeld Perined-Insight). Hierbij hoort tevens het uitzetten van cliëntervaringsvragenlijsten en het verwerken en beschikbaar stellen van de resultaten. Daarnaast valt ook het actief delen van kennis middels trainingen en bijeenkomsten als het jaarcongres onder deze dienst.
- IV. **Ondersteuning van ICT:** Een bijdrage leveren aan de exploitatie en innovatie van de *ICT-infrastructuur in de Geboortezorg*. Activiteiten die hieronder vallen zijn het – met andere veldpartijen waaronder het CPZ – ontwikkelen en beheren van de Informatiestandaard Geboortezorg met onder andere het 'woordenboek' en het privacy raamwerk (PWD). Voor deze ICT-standaard is in 2014 reeds getekend. In dit kader vindt tevens beheer plaats van de *RedactieRaad en Werkgroep Eenheid van Taal*.

2. CPZ activiteiten en Perined diensten worden gepercipieerd als (groten)deels effectief

CPZ activiteiten worden gepercipieerd als deels effectief

De CPZ activiteiten dragen volgens de betrokkenen in het veld bij aan een hogere kwaliteit van zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland. Hierbij zijn wel belangrijke nuances te plaatsen:

- I. **Paraplu-activiteit: Visieontwikkeling, verbinden en regievoeren:** Het vormen van een integrale visie was een complexe opgave vanwege verschillende opinies en belangen tussen partijen uit het veld. Met name in de beginjaren van het CPZ heeft deze activiteit veel inzet gevraagd en was daarmee niet effectief. Daarnaast bestaat er onduidelijkheid over bij wie de regie ligt, terwijl er duidelijk behoefte is aan regievoering. Een mogelijke verklaring is de beperkte capaciteit van het CPZ bij de oprichting in 2011 in relatie tot de omvang van het vraagstuk. Het samenbrengen van partijen heeft de afgelopen jaren wel effectief bijgedragen aan het uitvoeren van de activiteiten II tot en met VI.
- II. **Preventie:** De activiteiten rondom preventie worden vooralsnog als weinig effectief beschreven. Er zijn wel meerdere zaken in gang gezet en met het opstellen van een eerste beleidsadvies door de CPZ expertgroep preventie (nog niet publiek beschikbaar) is een eerste tastbare uitkomst gerealiseerd van deze activiteit. Daarbij wordt aangegeven dat het proces om te komen tot dit beleidsadvies moeizaam verliep en dat de rol van het CPZ niet voor iedereen duidelijk was. Een aantal andere zaken zoals de Preconceptie Indicatielijst (PIL) is nog niet volledig gerealiseerd.
- III. **Ontwikkeling kwaliteitskader:** Deze activiteit wordt als meest effectief ervaren. De eerder beschreven diversiteit aan opinies in het veld en de uiteenlopende belangen maakten het ontwikkelen van het kader tot een complexe klus. Uiteindelijk is de zorgstandaard, mede door de ondersteuning vanuit het CPZ en de doorzettingsmacht van het ZIN, toch een gezamenlijk document geworden van en voor alle partijen. Daarnaast is aangegeven dat de slagkracht van het CPZ in het begin te beperkt was. De organisatie had beschikking over experts, maar niet over goede beleidsmedewerkers. Het schrijven van beleidsstukken werd daardoor soms uitbesteed aan externe bureaus. Dit heeft het proces vertraagd.
- IV. **Ondersteuning van de VSV's:** De ondersteuning van VSV's wordt als enigszins effectief ervaren. Deze ondersteuning door het CPZ bestaat momenteel voornamelijk uit het ophalen en delen van kennis en ervaringen bij VSV's in het land, maar gebeurt ook via het ontwikkelen van het Implementatieplan Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Door de inzet van nieuwe media en webinars kan het CPZ deze dienst sinds kort nog effectiever uitvoeren. Daadwerkelijke (praktische) ondersteuning aan VSV's bij implementatie van de zorgstandaard blijft daarbij nog enigszins achterwege.
- V. **Kennisdeling:** Ook de activiteiten rondom kennisdeling worden als effectief aangemerkt. Wel is aangegeven dat de informatie op de website niet altijd eenvoudig beschikbaar is.
- VI. **Ondersteuning van integrale bekostiging:** Het is gelukt om partijen samen te brengen. Dit had echter slagvaardiger gekund. Daarbij wordt wel aangemerkt dat een aanvullende financiering vanuit VWS hier ook aan heeft bijgedragen.

Perined diensten worden gepercipieerd als grotendeels effectief

De Perined diensten leveren volgens de betrokkenen in het veld een bijdrage aan een hogere kwaliteit van zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland. Hierbij zijn wel belangrijke nuances te plaatsen:

- I. **Audit:** Deze dienst wordt ervaren als effectief. Het samenvoegen van PAN en PRN wordt gezien als een kans om eerder bij te kunnen sturen bij het uitvoeren van audits door de beschikbaarheid van gegevens. In de afgelopen jaren is de focus van de audits verschoven van implementatie naar ondersteuning. Momenteel wordt er onderzocht via welke instrumenten deze sturing nog beter kan.
- II. **Registratie:** Deze dienst wordt als zeer effectief beschouwd. Uit de database met geregistreerde gegevens kan veel kennis worden geëxtraheerd. Ten aanzien van de benutting van deze kennis – bijvoorbeeld door de database in te zetten voor wetenschappelijk onderzoek – is er nog verbeterpotentieel. Het terugkoppelen van spiegelinformatie kan daarnaast frequenter om zodoende de praktijk beter te ondersteunen bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Tot slot is de databewerking bij Perined niet transparant en kan de datakwaliteit beter. Data die wordt teruggekoppeld, lijkt niet één-op-één overeen te komen met de data die wordt aangeleverd. Ook duurt het lang om afspraken te maken rondom het gebruik van de data, waardoor onderzoeksprojecten kunnen uitlopen.
- III. **Ondersteuning van de kwaliteitscyclus:** Ondanks dat deze dienst als effectief wordt ervaren, is één van de aandachtspunten dat de terugkoppeling van informatie uit de informatie-infrastructuur een jaar achterloopt in plaats van de beoogde drie maanden. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de kwaliteitsverbetering. Deze dienst wordt als minder effectief beoordeeld dan de audit- en registratiedienst, maar is ook relatief nieuw. Daarnaast zijn ook de cliëntvervalslijsten nog niet ingezet vanwege onduidelijkheid rondom de te gebruiken indicatoren.
- IV. **Ondersteuning van ICT:** Ook deze dienst is relatief nieuw en wordt mede daardoor gezien als minder effectief dan de audit en registratie. Ook is onduidelijk of deze dienst bij Perined of bij de ziekenhuizen en praktijken ligt. Toch worden de activiteiten die vallen onder deze dienst, zoals het bijdragen aan een eenheid van taal, als waardevol gezien.

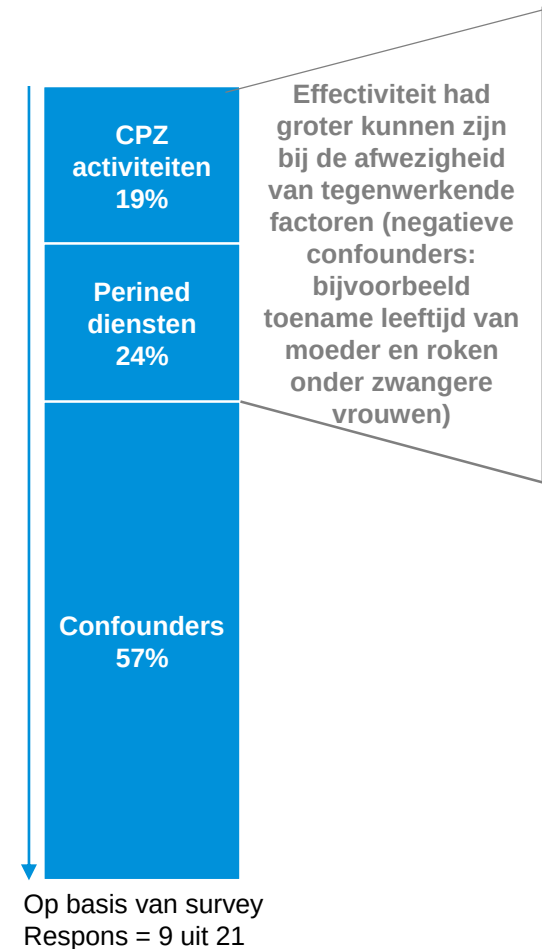
2. CPZ activiteiten en Perined diensten hebben deels causale link met de daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit

De activiteiten van het CPZ en diensten van Perined dragen ondanks de aanwezigheid van confounders bij aan een daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit

Uit de evaluatie komt naar voren dat de daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit tussen 2010 en 2016 voor ongeveer een vijfde toe te schrijven is aan de activiteiten van het CPZ, sinds de oprichting in 2011. De diensten van Perined zorgen voor ongeveer een kwart van de daling. Het overige deel van de daling wordt verklaard door de aanwezige positieve confounders* (bijvoorbeeld diensten van overige partijen en politieke aandacht). De figuur op deze pagina visualiseert deze verdeling.

Hierbij hoort de nuancering dat causaliteit altijd lastig (volledig) aan te tonen is in beleidsevaluaties. Met onze aanpak hebben we de impact van de activiteiten van het CPZ en diensten van Perined op de beleidsdoelen zo goed mogelijk benaderd. Wél wordt duidelijk dat zonder het CPZ en Perined de bereikte effecten in het veld waarschijnlijk niet zo groot zouden zijn geweest en dat de effectiviteit van hun activiteiten mogelijk nog groter had kunnen zijn bij afwezigheid van tegenwerkende factoren (negatieve confounders: bijvoorbeeld toename leeftijd van moeder en roken onder zwangere vrouwen). De exacte omvang is echter niet in te schatten.

Daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit tussen 2010 en 2016

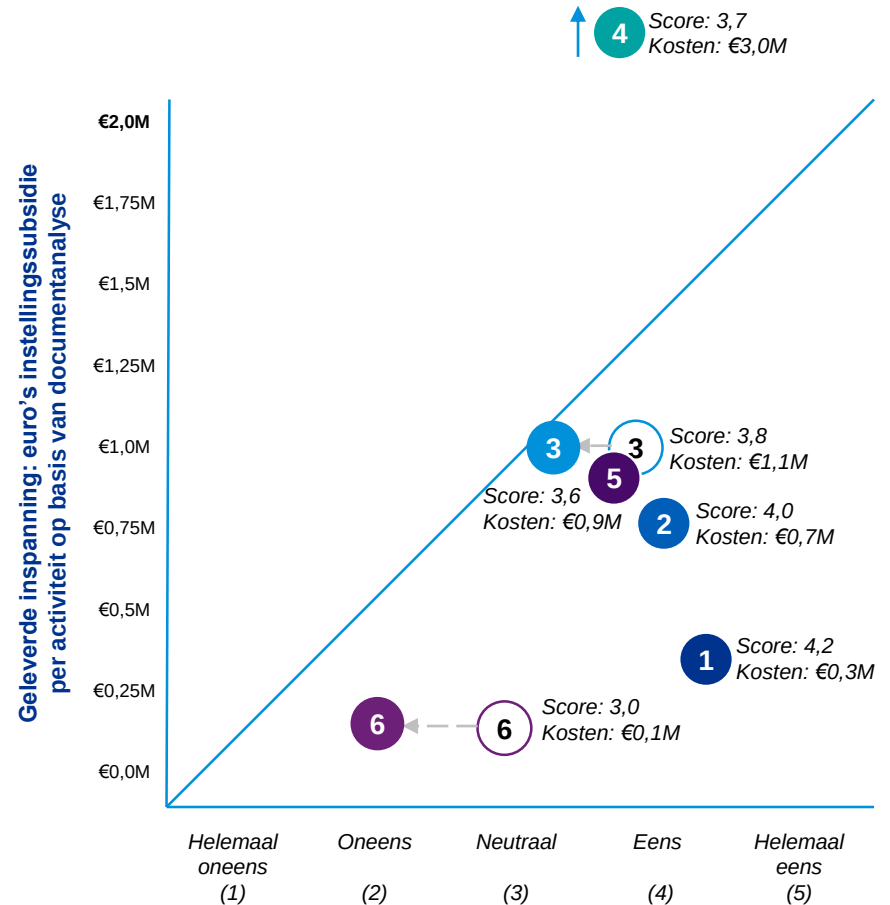


** Confounders zijn factoren die een deel van het uiteindelijke effect – de daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit – verklaren.*

3. Instellingssubsidie verstrekt aan het CPZ deels doelmatig besteed

Het grootste deel van de instellingssubsidie is gegaan naar het bijeen brengen van partijen

Veruit het meeste geld is gegaan naar de paraplu-activiteit 'visieontwikkeling, verbinden en regievoeren' die ten opzichte van de andere activiteiten een gemiddelde effectiviteitsscore heeft (zie figuur op deze pagina). Met de beschikbare middelen hadden voor sommige diensten nog grotere effecten bereikt kunnen worden. Deze nuances staan op de volgende pagina beschreven.



- Gerealiseerde effect: Mate van effectiviteit, op basis van survey en focusgroep 1**
- | | |
|--|--|
| 1 Kennisdeling | 4 Paraplu-activiteit: Visieontwikkeling, verbinden en regievoeren |
| 2 Ontwikkeling kwaliteitskaders | 5 Ondersteuning van integrale bekostiging |
| 3 Ondersteuning van de VSV's (na correctie) | 6 Preventie (na correctie) |
| 45 graden lijn: mate van evenwicht tussen middelen en impact | Nuanceringslijn: Correctie op de effectiviteit van activiteiten (o.b.v. de focusgroepen) |

3. Instellingssubsidie verstrekt aan het CPZ deels doelmatig besteed

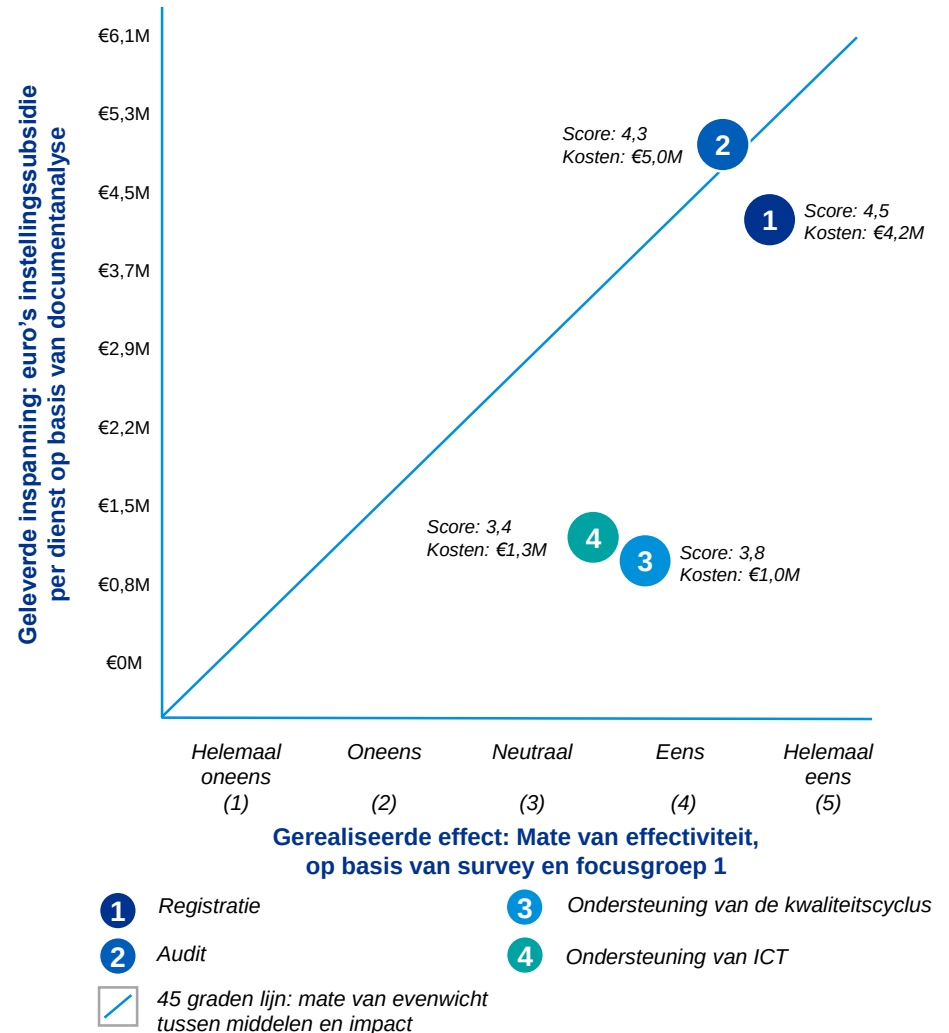
- I. **Paraplu-activiteit: Visieontwikkeling, verbinden en regievoeren:** De paraplu-activiteit is niet los te zien van alle andere activiteiten, omdat deze hieruit voortvloeien. Het verbinden en samenbrengen van partijen heeft veel tijd en geld gekost, maar is wel nodig om de overige activiteiten te ontwikkelen en implementeren. Door verschillen in opinies en belangen, met name tussen de NVOG en KNOV, is het CPZ geconfronteerd (vooral in de beginjaren) met een complexe opgave. Het CPZ beschikte in die periode niet over de juiste capaciteit om deze activiteit doelmatig uit te voeren. De afgelopen jaren zijn meer medewerkers aangenomen met de benodigde inhoudelijke expertise. Het is echter belangrijk om deze inhoudelijke kennis op een meer duurzame manier te binden.
- II. **Preventie:** Deze activiteit wordt op basis van de survey aangemerkt als effectief en vanwege de relatief lage kosten ook als doelmatig. Desalniettemin werd tijdens de focusgroepen duidelijk dat de activiteit 'preventie' niet doelmatig kan zijn geweest, omdat 1) er pas sinds twee jaar effectief wordt ingezet op preventie met het instellen van de CPZ Expertgroep Preventie, 2) er nauwelijks producten rondom preventie en preconceptie zijn uitgerold, 3) terwijl het budget voor preventie enkele jaren niet werd gebruikt en 4) het CPZ nog te beperkt samenwerkt met partijen uit het sociaal domein op het gebied van preventie. Op basis van deze inzichten is de effectiviteitsscore van deze activiteit, en daarmee ook de doelmatigheid, gecorrigeerd (zie figuur op vorige pagina).
- III. **Ontwikkeling kwaliteitskader:** Het basisdocument kwaliteitskader was belangrijk en daar is veel geld heen gegaan. Met name door de lastige opgave die het CPZ had om de partijen met verschillende opinies en belangen aan tafel te krijgen. Deze activiteit heeft hierdoor veel tijd en geld gekost voor zowel het CPZ als de betrokken partijen. Deze complexiteit zorgde er mede voor dat er jaarlijks extra budget nodig was voor het ontwikkelen van de zorgstandaard. Het CPZ beschikte in de beginjaren daarnaast over beperkte capaciteit en inhoudelijke kennis. Inmiddels is het CPZ beter geëquipeerd om ondersteuning te bieden aan het veld.
- IV. **Ondersteuning van de VSV's:** Na oplevering van het kwaliteitskader heeft het CPZ zich meer gericht op de ondersteuning van de VSV's bij de implementatie hiervan. Hiervoor is onder andere een aantal verschillende handreikingen ontwikkeld. Het CPZ stond initieel slechts met een beperkte groep VSV's in contact. Dit betrof met name de VSV's die zich bezig houden met het thema integrale bekostiging. De implementatie van de inhoud (zorgstandaard – integrale geboortezorg) en de wijze van bekostiging lopen daardoor door elkaar. Dit zou losgekoppeld moeten zijn. Inmiddels streeft men er naar om jaarlijks contact te hebben met elk van de VSV's. Op basis van deze inzichten is de effectiviteitsscore van de ondersteuning van VSV's, en daarmee ook de doelmatigheid, gecorrigeerd (zie figuur op vorige pagina).
- V. **Kennisdeling:** Het kennisnet geboortezorg was bedoeld voor zowel zorgprofessionals als zwangeren. Het deel voor zwangeren is echter nooit van de grond gekomen.
- VI. **Ondersteuning van integrale bekostiging:** Het was aanvankelijk onduidelijk in hoeverre de Taskforce een activiteit van het CPZ was. Deze onduidelijkheid en het gegeven dat de Taskforce niet goed liep heeft ervoor gezorgd dat deze uiteindelijk bij het CPZ is komen te liggen. Door de onduidelijkheid had deze activiteit mogelijk meer effectief kunnen zijn.

3. Instellingssubsidie verstrekt aan Perined grotendeels doelmatig besteed

Het grootste deel van de instellingssubsidie is gegaan naar de Perined diensten die worden gepercipieerd als meest effectief

Voor alle Perined diensten staan de gerealiseerde effecten van de dienst (op basis van de surveyresultaten) in verhouding tot de geleverde inspanning (zie figuur op deze pagina). Met de beschikbare middelen hadden voor sommige diensten nog grotere effecten bereikt kunnen worden. Deze nuances staan hieronder beschreven:

- I. **Audit:** De audit dienst wordt als doelmatig gezien. Wel blijkt meer inzichtelijkheid in audit gegevens en uitkomsten, bij te dragen aan een sterkere doelmatigheid. Dit hangt, evenals voor de dienst registratie, sterk af van de capaciteit van Perined.
- II. **Registratie:** Het terugkoppelen van gegevens aan zorgprofessionals duurt over het algemeen langer dan wenselijk. Hierdoor zou deze dienst meer doelmatig kunnen zijn. Dit hangt sterk samen met de capaciteit die Perined heeft en de taken die reeds bij hen belegd zijn. Daarnaast ligt er ook verantwoordelijkheid bij het veld, om goede data aan te leveren.
- III. **Ondersteuning van de kwaliteitscyclus:** De kaderwerkgroep binnen Perined houdt zich bezig met de kwaliteitscyclus. Om de doelmatigheid van deze dienst te vergroten kan veel beter verbinding worden gezocht met het CPZ. Ook wordt er door Perined veel naar het veld gekeken, waardoor van ondersteuning beperkt sprake is.
- IV. **Ondersteuning van ICT:** Er bestaat onduidelijkheid over wat er met het PWD is gebeurd rondom de implementatie hiervan. Dit proces is ondoorzichtig waardoor de doelmatigheid lastig is te beoordelen. Daarnaast is het onvoldoende transparant waar het geld voor het ontwikkelen van het PWD aan wordt besteed door het uitblijven van de implementatie. Dit leidt tot onduidelijkheden in het veld met betrekking tot de verantwoordelijkheden die Perined heeft en haar rol binnen het dossier.



4. Het krachtenveld heeft invloed gehad op de effectiviteit en doelmatigheid van de activiteiten van het CPZ, maar niet op de diensten van Perined

Het krachtenveld heeft de effectiviteit en doelmatigheid van de activiteiten van het CPZ beïnvloed

Het krachtenveld heeft invloed gehad op de effectiviteit en doelmatigheid van de activiteiten van het CPZ. De verdeeldheid in het veld, met name tussen de KNOV (verloskundigen) en NVOG (gynaecologen), heeft ervoor gezorgd dat er veel investeringen nodig zijn geweest om de partijen bij elkaar te krijgen. Deze investering is effectief geweest omdat er nu veel meer met elkaar wordt gepraat. De gesprekken hebben geleid tot een gezamenlijk gedragen visie voor de geboortezorg. Dit is het startpunt geweest voor de andere als effectief beoordeelde activiteiten van het CPZ. De onderlinge relaties in het krachtenveld hebben het proces om tot een visie te komen wel vertraagd, en daarmee de benodigde investering om de partijen op één lijn te krijgen verhoogd. De verdeeldheid in het veld speelt in de huidige praktijk vooral nog een rol rondom het thema integrale bekostiging. Maar ook de ontwikkeling van de PIL en kwaliteitsindicatoren – beiden afgerond in 2017 – vragen veel inzet om partijen op één lijn te krijgen.

Het krachtenveld heeft de effectiviteit en doelmatigheid van de diensten van Perined niet beïnvloed

De invloed van het krachtenveld op de effectiviteit en doelmatigheid van de diensten van Perined is beperkt, vanwege de gedeelde belangen rondom de diensten van Perined. Bij deze beperkte invloed zijn wel een aantal nuanceringen te plaatsen. Allereerst is de relatie van sommige partijen met Perined nog groeiende. Hierdoor is nog moeilijk in te schatten in welke mate deze partijen vertrouwen hebben in de relatie met Perined en in welke mate zij overeenstemming gaan bereiken met betrekking tot de inhoud. Ten tweede is de invloed anders op de verschillende diensten van Perined. Zo wordt de meerwaarde van de hoofddiensten van Perined, namelijk de audit en registratie, erkend door het veld. Deze diensten zijn goed verankerd en overeenstemming op de inhoud is gemakkelijk te realiseren. De twee nieuwere diensten, ondersteuning van de kwaliteitscyclus en ICT, gaan om de organisatie. In dat geval kunnen er inhoudelijke discussies ontstaan. De invloed van het krachtenveld van Perined kan in de toekomst dus veranderen, omdat Perined steeds meer gaat inzetten op de twee nieuwere diensten. Als laatste zit er geen kraamzorgpartij (Bo geboortezorg of NBvK) in het bestuur van Perined. Om een compleet inzicht te kunnen geven van de integrale geboortezorg in Nederland – zo ook gezondheid van moeder en kind na de bevalling – lijkt het verstandig deze partij in de toekomst wel meer te gaan betrekken.

5. Ruimte voor verbetering: Aanbevelingen die het CPZ en Perined nu en in de toekomst kunnen doorvoeren

Procesoptimalisatie van het ontwikkelen en uitvoeren van visie en activiteiten

Er zijn drie aanbevelingen die het CPZ en/ of Perined nu al kunnen doorvoeren, waar (deels) al aan gewerkt wordt:

1. Het formuleren van een duidelijke organisatiestrategie door het CPZ ten aanzien van de rol die zij oppakken en activiteiten die zij inzetten om de ambitie te realiseren. Daarbij is het belangrijk dat hierover helder gecommuniceerd wordt richting het veld en dat deze aansluit bij de gestelde beleidsdoelen en de ontwikkel- en onderzoeksagenda in de zwangerschaps- en geboortezorg. Het creëren van duidelijkheid draagt bij aan de doelmatigheid van de activiteiten van het CPZ.
2. Perined moet investeren in hun 'core business', namelijk het verbeteren van de kwaliteit van data-input en -output door 1) een stevigere aanspreekrol richting het veld op te pakken, 2) de registratie verder te automatiseren, 3) snellere terugkoppeling van registratiedata aan de VSV's, en 4) transparant maken van data.
3. Het bereiken van meer afstemming tussen het CPZ en Perined en het veld over wie wat oppakt.

Verbetering van de organisatie door het beter betrekken van het stakeholderveld en ontwikkeling van de organisatie

Er zijn twee aanbevelingen ten aanzien van de organisatie die het CPZ nu al kan doorvoeren, waar (deels) al aan gewerkt wordt:

1. Het CPZ kan meer verbinding zoeken met partijen uit het sociaal domein om preventie – wat onderdeel is van de instellingssubsidie – effectiever en doelmatiger op te pakken.
2. De huidige rol van het CPZ vraagt om inhoudelijke expertise binnen de organisatie. Om haar rol waar te kunnen maken is het voor het CPZ essentieel om op een duurzame manier (meer) inhoudelijke kennis aan zich te verbinden.

Structurele evaluatie van instellingssubsidies

Het CPZ en Perined kunnen nu al starten met de volgende aanbeveling:

1. Het CPZ, Perined, VWS en het veld moeten periodiek evalueren of zij zich nog voor de juiste dingen inzetten en hoe dit te financieren, om als organisaties te kunnen bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van de zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland.

De governancestructuur van het CPZ en Perined moet aansluiten bij hun rol en de wensen uit het veld

Er moet verder worden onderzocht door het CPZ en Perined welke governancestructuur het beste past, haalbaar is en aansluit bij de wensen uit het veld vanwege hun veranderende rol over de jaren heen. Hierbij zijn enkele punten te benoemen:

1. Het versterken van het bestuurlijk commitment van de veldpartijen door deze met last en ruggespraak, en mogelijk zelfs mandaat, deel te laten nemen aan het bestuur van het CPZ. Dit betekent ook dat veldpartijen meer verantwoordelijkheid moeten oppakken.
2. Het CPZ moet per thema bepalen welke partijen uit het veld nodig zijn om de inhoudelijke kennis rondom dat thema te waarborgen.
3. Perined kan de perinatale registratie samen met andere kwaliteitsregisters onderbrengen in één organisatie om de kwetsbaarheid van de organisatie te verminderen en schaalvoordelen te behalen.
4. Perined moet het doen van wetenschappelijke analyses uitbesteden aan externe partijen en zich richten op haar core business, namelijk een onafhankelijke databroker die zich inzet voor het blijven verbeteren van de kwaliteit van perinatale registratie- en auditdata in Nederland.

Als in de toekomst de onderlinge relaties tussen de betrokken partijen zijn beslecht, is een fusie tussen het CPZ en Perined een mogelijk scenario. Op de korte termijn is het echter verstandiger om eerst afzonderlijk van elkaar de governancestructuur aan te passen naar één die goed aansluit bij hun rol in het veld.

Lessen op basis van de bevindingen uit de casusanalyse in Noorwegen

Onderstaand kader geeft de zes lessen weer op basis van de bevindingen uit de casusanalyse in Noorwegen. Bijlage V beschrijft hoe we tot deze lessen zijn gekomen. Deze lessen dienden naast de effectiviteits-, doelmatigheids- en krachtenveldanalyse als input voor de aanbevelingen in deze managementsamenvatting.

Lessen uit Noorwegen

Voor het CPZ rondom richtlijnontwikkeling:

1. Er kan meer draagvlak gecreëerd worden in het veld door het proces voor het agenderen en ontwikkelen van richtlijnen of indicatoren transparant in te richten. Dit vergemakkelijkt de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen en kwaliteitskaders.
2. De capaciteit van het bureau kan optimaal benut worden door de thema's – in samenspraak met het veld – af te bakenen en te prioriteren. Het transparant inrichten van dit proces verschaft duidelijkheid aan het veld over waar de focus ligt.

Voor Perined rondom audit:

3. Het centraal verzamelen van de belangrijkste uitkomsten van lokale perinatale audits heeft als voordeel dat landelijke inzichten en trends in kaart kunnen worden gebracht. Het landelijke systeem kan eenvoudig, efficiënt en doelgericht worden ingericht door de verantwoordelijkheid (zowel organisatorisch als financieel) van lokale audits – op basis van vertrouwen – bij de lokale partijen te leggen.

Voor Perined rondom registratie:

4. Het koppelen van verschillende registratiesystemen – zowel binnen als buiten de geboortezorg – heeft als voordeel dat data sneller en structureler kan worden verzameld. Het samenbrengen van registers binnen één organisatie kan ook een efficiëntere werkwijze met zich meebrengen. Daarbij is het wel van belang dat er voldoende gespecialiseerde kennis beschikbaar is op het gebied van (geboorte)zorg om ontbrekende of onjuiste data te kunnen signaleren.
5. Onjuistheden en onvolkomenheden in de data kunnen vroegtijdig gesignaleerd en opgepakt worden door onderzoek binnen dezelfde organisatie plaats te laten vinden als het verzamelen van de data. Dit verhoogt de kwaliteit van de data.
6. Het verplichtstellen van data registratie door zorginstellingen verhoogt de volledigheid en kwaliteit van de data. Daarnaast kan de kwaliteit verder verbeterd worden door dit proces te automatiseren. Hierdoor krijgt men enerzijds de beschikking tot kwalitatief goede en volledige datasets en kunnen anderzijds de administratieve lasten voor het veld worden verminderd.

Bijlage V beschrijft het zorgsysteem in Noorwegen en welke observaties uit de casusanalyse tot deze lessen hebben geleid.



1. De kwaliteit van de
zwangerschaps- en
geboortezorg in Nederland is
verbeterd

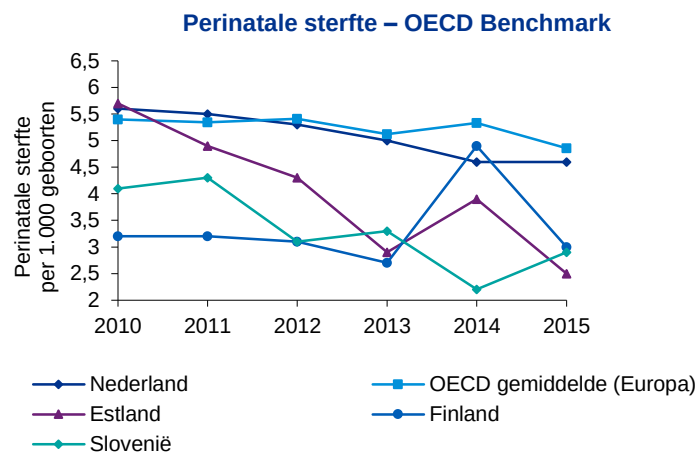
1.1 De kwaliteit van de zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland is de laatste jaren verbeterd

Sinds de beleidsaanpassingen en het uitbrengen van een [actieprogramma](#) door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) rondom de zwangerschaps- en geboortezorg is de kwaliteit van deze zorg verbeterd. Het startpunt voor dit aangepaste beleid was het advies [Een goed begin](#), uitgebracht door de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in december 2009. 'Moeder en kind in de hoofdrol' is één van de zeven speerpunten van dit advies. Het beleid had tot doel om de kwaliteit van de zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland te verbeteren, onder andere door verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) op te richten. De laatste jaren is deze verbetering opgetreden volgens de registraties en onderzoeken door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en Perinatale Registratie Nederland (PRN). Zo hadden tien regio's in Nederland in 2011 nog geen VSV terwijl in 2015 in iedere regio minimaal één VSV bestond (IGZ, [Afsluitend onderzoek naar de invoering van de normen van 'Een goed begin'](#), 2016). Ook is de laatste jaren een licht positieve trend aanwezig rondom de kwaliteit van de perinatale zorg (RIVM, [Zorgbalans 2014](#), 2014).

Tot slot is aangetoond dat de activiteiten van het college perinatale zorg (CPZ) en Perined (PRN en Perinatale Audit Nederland (PAN)) – beiden gefinancierd door het Ministerie van VWS om invulling te geven aan delen van het actieprogramma – hebben bijgedragen aan een kwaliteitsverbetering in de zwangerschaps- en geboortezorg (AEF, [Beleidsdoorlichting - Kwaliteit en veiligheid in de curatieve zorg](#), 2016)

Op basis van een internationale benchmark ([OECD](#), 2018) kan worden geconcludeerd dat de perinatale sterfte in Nederland sterker daalt dan het Europees OECD gemiddelde (figuur 2). Tegelijkertijd blijft er ruimte voor verbetering als we Nederland vergelijken met de drie best presterende landen in Europa in 2015: Estland, Finland en Slovenië. Nederland stond in 2015 ondanks verbetering op plaats 10 in Europa (in 2010 was dit plaats 14). Op basis van [EURO-Peristat](#) onderzoek was dit positie 15 in 2013. OECD en Peristat gebruiken andere definities voor perinatale sterfte waardoor cijfers verschillen. Internationale vergelijkingen op basis van OECD-data zijn mogelijk meer valide vanwege de consistente definitie van perinatale sterfte, wat bij Peristat verschilt. Internationale cijfers over maternale morbiditeit zijn niet of nauwelijks beschikbaar.

De nationale cijfers worden op de volgende pagina verder toegelicht.



Bron: OECD.stat

Geraadpleegd op 12 februari 2018

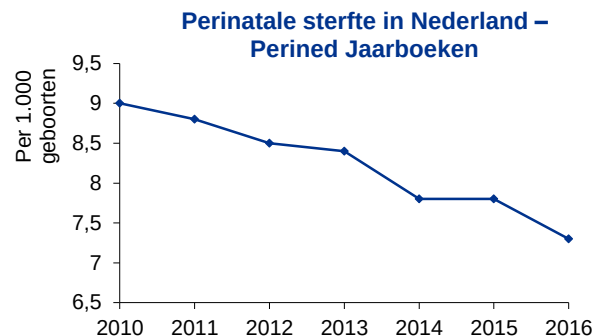
Figuur 2: Perinatale sterfte (vanaf 28 weken zwangerschap of een geboortegewicht van ten minste 1.000 gram, tot 7 dagen na de geboorte) per 1.000 geboorten

1.2 De perinatale sterfte in Nederland is de laatste jaren gedaald

De Perined Jaarboeken laten zien dat de perinatale sterfte is gedaald in Nederland de afgelopen jaren (figuur 3). Tussen 2010 en 2016 is de perinatale sterfte in Nederland gedaald van 0,90% naar 0,73% ([Factsheet Zwangerschap en Geboorte](#), 2016). Een relatieve daling van bijna 20%. Tussen 2004 en 2006 was de maternale morbiditeit rond de 0,71% (Zwart et al, [BJOG](#), 2008). Exacte cijfers omtrent maternale morbiditeit zijn beperkt beschikbaar. Dit maakt het monitoren op trends lastig (Bouvier-Colle et al, [BJOG](#), 2012). Op basis van een aantal indicatoren is echter een lichte daling in maternale morbiditeit waarneembaar tussen 2010 en 2013 (figuur 4). Daartegenover staat echter wel een stijging in het aantal maternale sterfgevallen tussen 2010 en 2015 ([Perined jaarboeken](#)).

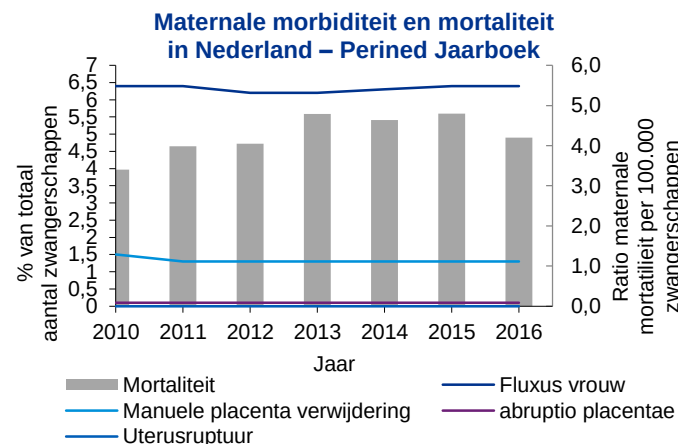
Deze veranderingen tonen aan dat er een positieve ontwikkeling is rondom perinatale sterfte. Het gebruik van verschillende databronnen en definities, bemoeilijkt het feitelijk vergelijken van internationale data van de OECD en EURO-Peristat en nationale data van Perined. Alle drie de bronnen tonen echter vergelijkbare trends aan in perinatale sterfte.

Hierbij is wel de kanttekening te plaatsen dat de aangetoonde effecten van het eerder genoemde beleid voornamelijk indirect zijn. Door de verwevenheid van de effecten met confounders – zoals het rookgedrag, de gemiddelde leeftijd van zwangeren en demografische ontwikkeling – is geen aantoonbare causale link te leggen tussen het aangepaste beleid en de uitkomst perinatale sterfte.



Bron: Perined
Jaarboeken 2010-2016

Figuur 3: Perinatale sterfte (vanaf 22 weken zwangerschap, tot 28 dagen na de geboorte) per 1.000 geboorten



Bron: Perined
Jaarboeken 2010-2016

Figuur 4: Morbiditeit van bevallen vrouwen vanaf 22 weken zwangerschap, op basis van vier indicatoren (linker y-as) als percentage van het totaal aantal zwangerschappen per jaar; en de maternale mortaliteit tijdens de zwangerschap (vanaf 22 weken), partus en kraambed (1-7d) (rechter y-as), als ratio per 100.000 zwangerschappen



2. CPZ activiteiten en Perined
diensten worden gepercipieerd
als (groten)deels effectief

2.1 Het CPZ bekostigt zes activiteiten vanuit de instellingssubsidie

Het CPZ ontvangt sinds 2011 een instellingssubsidie

Sinds de oprichting in 2011 verstrekt het Ministerie van VWS een instellingssubsidie aan het CPZ om de zeven aanbevelingen uit het rapport [Een goed begin](#) tot uitvoering te brengen en om daarmee de kwaliteit van de zwangerschaps- en geboortezorg te verbeteren. De opdracht voor het CPZ, zoals beschreven in het rapport, luidt:

1. Initieer en coördineer algemeen beleid ter bevordering van de zorg rond zwangerschap en geboorte.
2. Zorg dat landelijke multidisciplinaire richtlijnen, kaders en normen worden ontwikkeld en stel deze vast.
3. Zorg dat deze richtlijnen, kaders en normen regionaal worden geïmplementeerd en lokaal worden uitgevoerd.

Medio 2014 ontving het CPZ van de Minister twee aanvullende opdrachten:

4. Verken de ondersteuningsbehoeften vanuit de regio's om te komen tot regionale invulling van integrale geboortezorg ([Kamerbrief 2014](#)).
5. Verken de mogelijkheden om diverse initiatieven in de geboortezorg te verbinden en de resultaten toepasbaar te maken ([Kamerbrief 2014](#)).

Het CPZ wordt bestuurd door partijen uit het veld en beschikt over een eigen bureau

Het CPZ verbindt zorgprofessionals die samenwerken in de perinatale en maternale zorg en stimuleert integrale samenwerking in het veld. Hierbij ligt de focus op het realiseren van integrale multidisciplinaire samenwerking in de regio's waarbij moeder en kind centraal staan. Inmiddels bestaat het bureau van het CPZ uit 12 medewerkers (waarvan drie in ZZP-verband) die verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren en ondersteunen van alle activiteiten. In 2014 bestond het bureau nog uit vijf medewerkers, waarvan vier personen parttime werkten. Het bestuur wordt gevormd door brancheorganisaties, beroepsverenigingen en een cliëntvertegenwoordiger uit het geboortezorgveld: NVOG (gynaecologen), KNOV (verloskundigen), NVK (kinderartsen), Bo geboortezorg (kraamverzorgenden), Patiëntenfederatie, NVZ (ziekenhuizen) en ZN (zorgverzekeraars).

In totaal worden door het CPZ zes diensten bekostigd vanuit de instellingssubsidie

Het CPZ bekostigt met de instellingssubsidie die zij ontvangen zes diensten (in het geval van het CPZ spreken we in het vervolg van activiteiten). Deze activiteiten staan in het blauwe kader hieronder beschreven. Nummer II tot en met VI zijn geëxtraheerd uit de subsidieaanvragen en subsidieverantwoordingen. De Paraplu-activiteit (nummer I) is tijdens de focusgroepen met betrokken partijen uit het veld naar voren gekomen.

- I. **Paraplu-activiteit: Visieontwikkeling, verbinden en regievoeren:** Het ontwikkelen van een gezamenlijke visie en ambitie ter bevordering van de geboortezorg. Hier valt bijvoorbeeld de Agenda voor de Geboortezorg onder, welke is opgesteld onder de regie van het CPZ. Om dit te bereiken brengt het CPZ landelijk gezien alle betrokken partijen bijeen om het over de thema's (zo ook de thema's rondom activiteit II tot en met VI) in de zwangerschaps- en geboortezorg te hebben. Deze activiteit dient daarmee als paraplu voor de uitrol van concrete activiteiten per thema (zie overige activiteiten). Deze paraplu-activiteit en de mate van betrokkenheid vanuit het veld beïnvloedt de uitkomsten van de overige activiteiten. Ook is het CPZ actief bezig met regievoeren op de informatie- en onderzoeksbehoefte van het veld.
- II. **Preventie:** Het verbeteren van de preventie en preconceptiezorg door onder andere het inrichten van de *CPZ Expertgroep Preventie*, en het verkennen van mogelijkheden voor passende bekostiging van preventie en preconceptiezorg. Bijvoorbeeld het in gang zetten van de ontwikkeling van de Preconceptie Indicatielijst (PIL).
- III. **Ontwikkeling kwaliteitskader:** Het ontwikkelen en onderhouden van de *zorgstandaard integrale geboortezorg* (inclusief implementatieplan en cliëntversie). Hieronder valt bijvoorbeeld ook het in gang zetten van de evaluatie van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP) en de plannen voor het in gang zetten van de actualisatie van de Verloskundige Indicatielijst (VIL). Beleidsstukken zijn initieel op papier gezet door externe partijen vanwege de beperkte capaciteit van het bureau van het CPZ. Sinds een aantal jaar wordt dit opgepakt door het bureau zelf.
- IV. **Ondersteuning van de VSV's:** Het ontwikkelen van implementatieplannen en formats ter ondersteuning en stimulering van VSV's bij het verbeteren van samenwerking en het implementeren van de zorgstandaard in de regio om te komen tot effectieve uitvoering van integrale geboortezorg op lokaal niveau. Te denken valt aan de handreiking organisatiemodellen VSV's. Hierbij wordt tegenwoordig actief gebruik gemaakt van webinars en sociale media.
- V. **Kennisdeling:** Het ontwikkelen en stimuleren van een *integraal kennisnetwerk voor openbare kennisuitwisseling*. Een onderdeel hiervan is het opsporen en delen van best practices rondom succesvol beleid vanuit de regio's via Kennisnet Geboortezorg.nl, maar ook het verspreiden van nieuwsbrieven en organiseren van congressen en webinars.
- VI. **Ondersteuning van integrale bekostiging:** Hier valt de *Taskforce* onder, die regio's ondersteunt om indien gewenst over te gaan naar integrale bekostiging. Er bestaat daarom enige overlap tussen activiteit IV en VI.

2.1 Het CPZ bekostigt zes activiteiten vanuit de instellingssubsidie

De onderstaande tabel presenteert de verdeling van de geldstromen per activiteit van het CPZ als bedrag in euro's en percentage van het totaalbedrag tussen 2011 en 2016. Zie bijlage II voor een overzicht per jaar.

#	Activiteit	Gerealiseerd bedrag 2011-2016 (x1.000€)	% van het totaal
I	Paraplu-activiteit: Visieontwikkeling, verbinden en regievoeren	€ 2.951	50%
II	Preventie	€ 79	1%
III	Ontwikkeling kwaliteitskader	€ 670	11%
IV	Ondersteuning van de VSV's	€ 1.062	18%
V	Kennisdeling	€ 281	5%
VI	Ondersteuning van integrale bekostiging	€ 907	15%
Totaal		€ 5.950	100%

De belangrijkste aannames (zie bijlage II voor een gedetailleerd overzicht) die ten grondslag liggen aan de verdeling van de geldstromen zijn:

- De stromen zijn vastgesteld op basis van de jaarverslagen van het CPZ, vaststellingsbrieven en verantwoordingsdocumenten.
- Voor de paraplu-activiteit geldt dat de kosten onder andere bestaan uit de kosten voor de voortgang van het CPZ, waar kosten voor het bestuur, personeel en administratie onder vallen.
- Bij de activiteit ontwikkeling kwaliteitskader, is de stroom gecorrigeerd voor de ontvangen financiering vanuit ZonMw voor het ontwikkelen van de PIL.
- Voor alle stromen per activiteit geldt dat deze zijn opgesteld op basis van kwalitatieve beschrijvingen van de gerealiseerde output in combinatie met de omschrijving per activiteit.
- De verdeling van de stromen is ter validatie voorgelegd aan het CPZ

Sinds 2016 wordt de instellingssubsidie anders besteed

Het CPZ besteedde de instellingssubsidie tussen 2011 en 2015 voornamelijk aan de paraplu-activiteit (activiteit I) en de ontwikkeling van kwaliteitskaders en richtlijnen (activiteit III). De eerste jaren is vooral ingezet op het verbinden van de landelijke partijen. Dit komt mede doordat het uitlijnen van uiteenlopende belangen tussen verschillende stakeholders complex was. Dit heeft onder andere vertraging opgeleverd bij het ontwikkelen van de zorgstandaard. Vanaf 2016 verschoven de uitgaven richting het ondersteunen van de VSV's (activiteit IV) en het ondersteunen van integrale bekostiging (activiteit VI). Hiervoor ontving het CPZ ook een grotere instellingssubsidie van het Ministerie van VWS. Deze verschuiving in uitgaven werd bevestigd door partijen uit het veld.

In 2017 ontving het CPZ een aanvullende subsidie voor de activiteiten van de Taskforce. De onderstaande tabel presenteert het totaal verleende geldbedrag per activiteit van het CPZ als bedrag in euro's en percentage van het totaal in 2017. De eerder genoemde verschuiving van de uitgaven richting activiteiten IV en VI in 2016, is in 2017 versterkt.

#	Activiteit	Verleend bedrag 2017 (x1.000€)	% van het totaal
I	Paraplu-activiteit: Visieontwikkeling, verbinden en regievoeren	€ 766	20%
II	Preventie	€ 157	4%
III	Ontwikkeling kwaliteitskader	€ 333	9%
IV	Ondersteuning van de VSV's	€ 1.222	32%
V	Kennisdeling	€ 171	4%
VI	Ondersteuning van integrale bekostiging	€ 1.222	32%
Totaal		€ 3.871	101%*

* Opgeteld 101% in verband met afronden

In aanvulling op de eerder genoemde aannames (zie bijlage II voor een gedetailleerd overzicht), ligt de volgende aanname ten grondslag aan de verdeling van de geldstromen in 2017: alle bedragen zijn de verleende bedragen zoals vastgesteld door het Ministerie van VWS.

2.1 Het CPZ bekostigt zes activiteiten vanuit de instellingssubsidie

De percentages in onderstaand schema geven aan welk deel van de subsidie (zie tabel op vorige pagina) naar elk van deze activiteiten is gegaan.

Input	2011-2016	2017	Activiteiten	Output
Instellingssubsidie College Perinatale Zorg (CPZ)	50%	20%	Paraplu-activiteit: Visieontwikkeling, verbinden en regievoeren	
	1%	4%	Preventie	• Verbeteren van de preventie en preconceptiezorg. • In gang zetten van de ontwikkeling van de PIL. • Inrichten CPZ Expertgroep Preventie.
	11%	9%	Ontwikkeling kwaliteitskader	• Het ontwikkelen en onderhouden van de zorgstandaard integrale geboortezorg.
	18%	32%	Ondersteuning van de VSV's	• Het ontwikkelen van implementatieplannen en formats zoals bijvoorbeeld de handreiking organisatiemodellen VSV's.
	5%	4%	Kennisdeling	• Het ontwikkelen en stimuleren van een integraal kennisnetwerk voor openbare kennisuitwisseling.
	15%	32%	Ondersteuning van integrale bekostiging	• Hier valt de Taskforce onder.

geldstroom

2.2 Perined bekostigt vier diensten vanuit de instellingssubsidie

Perined ontvangt sinds 2015 een instellingssubsidie

Sinds de oprichting in 2015 verstrekt het Ministerie van VWS een instellingssubsidie aan Perined om registratie en audit integraal onderdeel te laten uitmaken van de perinatale kwaliteitscyclus. Vóór 2015 ontvingen de PRN en PAN, die sinds 2015 zijn samengevoegd tot Perined, afzonderlijk van elkaar een subsidie. De fusie had tot doel een betere invulling te kunnen geven aan het verhogen van de kwaliteit van de perinatale zorg in Nederland.

Perined ontwikkelt onder andere (spiegel)informatie vanuit een sector brede perinatale registratie. Daarnaast formuleren zij verbeterpunten van de zorgverlening door het ontwikkelen en analyseren van perinatale audits. Dit heeft tot doel om de kwaliteit van de zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland te verbeteren.

Perined wordt bestuurd door partijen uit het veld en beschikt over een eigen bureau

Bij het bureau van Perined werken 10 medewerkers die verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren en ondersteunen van de diensten. Het bestuur heeft een onafhankelijke voorzitter en bestaat uit vertegenwoordigers van de NVOG (gynaecologen), de KNOV (verloskundigen), de NVK (kinderartsen), de LHV (huisartsen) en de NVVP (pathologen). Deze partijen vormen tevens de Raad van Toezicht van Perined.

In totaal worden door Perined vier diensten bekostigd vanuit de instellingssubsidie

Perined bekostigt met de instellingssubsidie die zij ontvangen vier diensten, welke in het blauwe kader rechts staan beschreven. Alle diensten zijn geëxtraheerd uit de subsidieaanvragen en subsidieverantwoordingen.

- I. **Audit:** Het borgen en verder ontwikkelen van de audituitvoering mede door het analyseren van uitgevoerde audits, het formuleren van *verbeterpunten*, actief inzetten op *kennisdeling* en rapporteren over auditthema's. Het landelijke auditsysteem bestaat uit drie pijlers: lokale, regionale en landelijke bijeenkomsten, met ieder een eigen focus. De lokale audit vormt de basis van het landelijke systeem van perinatale audit, waar de geselecteerde casussen perinatale ziekte of sterfte worden geëvalueerd en verbeterpunten worden geformuleerd. Kennisdeling en rapportages zijn belangrijk om de implementatie van de uit de audit naar voren gekomen verbeteringen te faciliteren. Bij de oprichting van de PAN in 2010 stond het coördineren van de invoering van de landelijke audit centraal. Inmiddels verschuift de focus naar het ondersteunen van VSV's in de regio's via onder andere trainingen en kennisdeling.
- II. **Registratie:** Het op basis van door zorgprofessionals en cliënten aangeleverde gegevens terug leveren en verder ontwikkelen van de basis (*spiegel*)informatie waaronder (landelijk vastgestelde) indicatoren (onderhoudscyclus). Gerealiseerde cijfers worden verder breed beschikbaar gesteld en leveren een bijdrage aan onder andere het jaarboek Perinatale Zorg, CBS/ PRN-Statlinetabellen en diverse gegevensverstrekkingen. Registratie informatie wordt op zowel landelijk als regionaal niveau gebruikt.
- III. **Ondersteuning van de kwaliteitscyclus:** Onder deze dienst vallen alle diensten die naast dienst II – het terugkoppelen en verder ontwikkelen van de basis (spiegel)informatie – bijdragen aan de kwaliteitsverbetering (ontwikkelcyclus). Bij deze dienst wordt gebruik gemaakt van drie type standaarden: kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten. Het ontwikkelen van de set aan indicatoren gebeurt in de werkgroep 'kaderontwikkeling monitoring kwaliteit perinatale zorg', welke Perined voorzit. De standaarden bieden ondersteuning aan VSV's en Regionale Consortia bij hun kwaliteitsbeleid. Dit gebeurt onder andere middels het borgen en uitbouwen van een centrale en decentrale (informatie-) infrastructuur met integratie van audit- en registratieresultaten (via bijvoorbeeld Perined-Insight). Hierbij hoort tevens het uitzetten van cliëntveraringsvragenlijsten en het verwerken en beschikbaar stellen van de resultaten. Daarnaast valt ook het actief delen van kennis middels trainingen en bijeenkomsten als het jaarcongres onder deze dienst.
- IV. **Ondersteuning van informatie- en communicatietechnologie (ICT):** Een bijdrage leveren aan de exploitatie en innovatie van de *ICT-infrastructuur in de Geboortezorg*. Activiteiten die hieronder vallen zijn het – met andere veldpartijen waaronder het CPZ – ontwikkelen en beheren van de Informatiestandaard Geboortezorg met onder andere het 'woordenboek' en het privacy raamwerk (PWD). Voor deze ICT-standaard is in 2014 reeds getekend. In dit kader vindt tevens beheer plaats van de *RedactieRaad en Werkgroep Eenheid van Taal*.

2.2 Perined bekostigt vier diensten vanuit de instellingssubsidie

De onderstaande tabel presenteert de verdeling van de geldstromen per dienst van Perined als bedrag in euro's en percentage van het totaalbedrag tussen 2010 en 2016. Zie bijlage II voor een overzicht per jaar.

#	Dienst	Gerealiseerd bedrag 2010-2016 (x1.000€)	% van het totaal
I	Audit	€ 5.048	44%
II	Registratie	€ 4.207	36%
III	Ondersteuning van de kwaliteitscyclus	€ 1.017	9%
IV	Ondersteuning van ICT	€ 1.255	11%
Totaal		€11.527	100%

De belangrijkste aannames (zie bijlage II voor een gedetailleerd overzicht) die ten grondslag liggen aan de verdeling van de geldstromen zijn:

- De stromen zijn vastgesteld op basis van de subsidievaststellingen van PAN en PRN (2010-2015) en Perined (2014-2016).
- Bedragen die niet direct herleidbaar zijn tot een specifieke dienst, maar die wel worden bekostigd vanuit de instellingssubsidie, zijn evenredig verdeeld over de verschillende diensten.
- Voor alle stromen per dienst geldt dat deze zijn opgesteld op basis van kwalitatieve beschrijvingen van de gerealiseerde output in combinatie met de omschrijving per dienst.
- De verdeling van de stromen is ter validatie voorgelegd aan Perined.

Sinds 2016 wordt de instellingssubsidie anders besteed

Tussen 2010 en 2015 besteedde Perined de instellingssubsidie voornamelijk aan de Audit (dienst I) en de Registratie (dienst II). Vanaf 2016 werden deze diensten uitgebreid met twee nieuwe diensten: ondersteuning van de kwaliteitscyclus (dienst III) en de ondersteuning van ICT (dienst IV). De audit en registratie in Nederland zijn ontwikkeld en grotendeels geïmplementeerd. De uitgaven aan de audit en de registratie halveerden dan ook vanaf dat jaar. Deze verschuiving in uitgaven werd bevestigd door partijen in het veld.

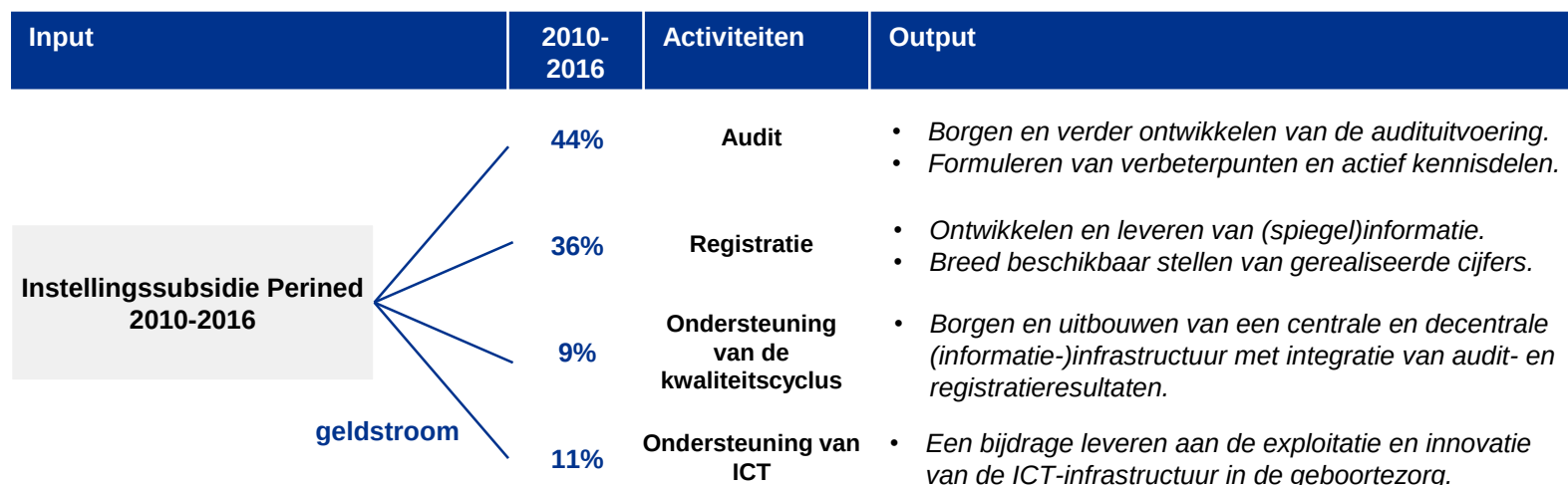
De audit- en registratiedata kunnen in de toekomst nog optimaler worden benut ter ondersteuning van de kwaliteitsverbetering van de geboortezorg in Nederland. Het beschikbaar stellen van data aan anderen dient namelijk meerdere doelen:

- Op patiëntniveau de zorg beter maken.
- Samenwerking tussen organisaties bevorderen.
- Genereren van kennis door middel van wetenschappelijk onderzoek.

De focus komt waarschijnlijk in de toekomst dus meer te liggen op ondersteuning in plaats van implementatie. Hierbij blijft consolidatie van de primaire hoofddiensten van Perined, namelijk audit en registratie, van groot belang.

2.2 Perined bekostigt vier diensten vanuit de instellingssubsidie

De percentages in onderstaand schema geven aan welk deel van de subsidie (zie tabel op vorige pagina) naar elk van deze diensten is gegaan.



2.3 CPZ activiteiten gepercipieerd als deels effectief

De CPZ activiteiten leveren een bijdrage aan het verbeteren van de kwaliteit van zwangerschaps- en geboortezorg

De CPZ activiteiten leveren volgens de betrokkenen in het veld een bijdrage aan een hogere kwaliteit van zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland. Voor alle activiteiten is het gemiddelde antwoord vanuit de survey (respons = 13 uit 21) 'Eens' op de stelling 'Deze activiteit heeft bijgedragen aan een hogere kwaliteit van zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland', behalve voor de activiteit 'Preventie'. De activiteit 'Preventie' is achtergebleven in effectiviteit zoals blijkt uit de [kamerbrief uit 2015](#) van de toenmalig minister van VWS, Edith Schippers, en de betrokkenen uit het veld. Inmiddels is een aantal zaken in gang gezet, maar er zijn nog weinig tastbare uitkomsten van deze activiteit.

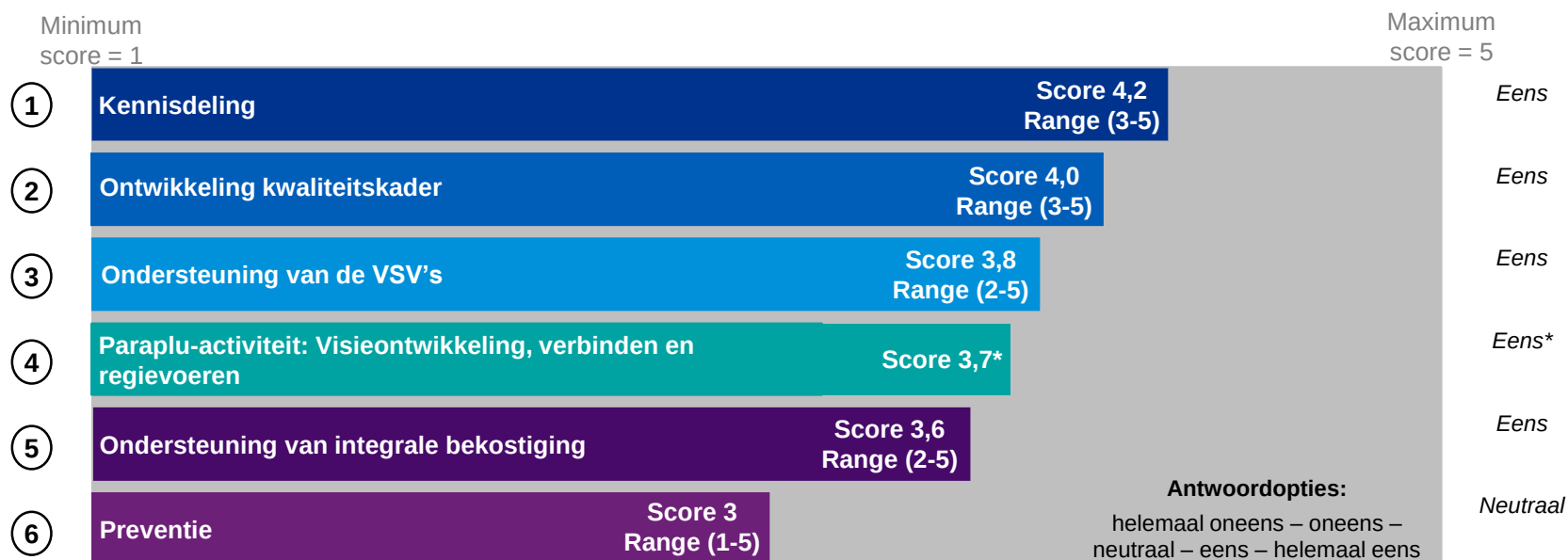
Binnen de antwoordcategorie 'Eens' bestaat er nog wel variatie in de mate van effectiviteit. Daarom zijn in de figuur op de volgende pagina de activiteiten van het CPZ ten opzichte van elkaar gerangschikt op basis van de gepercipieerde mate van effectiviteit.

Er zijn wel enkele nuanceringspunten te plaatsen bij deze hoge gepercipieerde mate van effectiviteit. Deze nuanceringspunten op basis van de focusgroep staan samengevat in het blauwe kader rechts.

- I. **Paraplu-activiteit: Visieontwikkeling, verbinden en regievoeren:** Het vormen van een integrale visie was een complexe opgave vanwege verschillende opinies en belangen tussen partijen uit het veld. Met name in de beginjaren van het CPZ heeft deze activiteit veel inzet gevraagd en was daarmee niet effectief. Daarnaast bestaat er onduidelijkheid over bij wie de regie ligt, terwijl er duidelijk behoefte is aan regievoering. Een mogelijke verklaring is de beperkte capaciteit van het CPZ bij de oprichting in 2011 in relatie tot de omvang van het vraagstuk. Het samenbrengen van partijen heeft de afgelopen jaren wel effectief bijgedragen aan het uitvoeren van de activiteiten II tot en met VI.
- II. **Preventie:** De activiteiten rondom preventie worden vooralsnog als weinig effectief beschreven. Er zijn wel meerdere zaken in gang gezet en met het opstellen van een eerste beleidsadvies door de CPZ expertgroep preventie (nog niet publiek beschikbaar) is een eerste tastbare uitkomst gerealiseerd van deze activiteit. Daarbij wordt aangegeven dat het proces om te komen tot dit beleidsadvies moeizaam verliep en dat de rol van het CPZ niet voor iedereen duidelijk was. Een aantal andere zaken zoals de Preconceptie Indicatielijst (PIL) is nog niet volledig gerealiseerd.
- III. **Ontwikkeling kwaliteitskader:** Deze activiteit wordt als meest effectief ervaren. De eerder beschreven diversiteit aan opinies in het veld en de uiteenlopende belangen maakten het ontwikkelen van het kader tot een complexe klus. Uiteindelijk is de zorgstandaard, mede door de ondersteuning vanuit het CPZ en de doorzettingsmacht van het ZIN, toch een gezamenlijk document geworden van en voor alle partijen. Daarnaast is aangegeven dat de slagkracht van het CPZ in het begin te beperkt was. De organisatie had beschikking over experts, maar niet over goede beleidsmedewerkers. Het schrijven van beleidsstukken werd daardoor soms uitbesteed aan externe bureaus. Dit heeft het proces vertraagd.
- IV. **Ondersteuning van de VSV's:** De ondersteuning van VSV's wordt als enigszins effectief ervaren. Deze ondersteuning door het CPZ bestaat momenteel voornamelijk uit het ophalen en delen van kennis en ervaringen bij VSV's in het land, maar gebeurt ook via het ontwikkelen van het Implementatieplan Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Door de inzet van nieuwe media en webinars kan het CPZ deze dienst sinds kort nog effectiever uitvoeren. Daadwerkelijke (praktische) ondersteuning aan VSV's bij implementatie van de zorgstandaard blijft daarbij nog enigszins achterwege.
- V. **Kennisdeling:** Ook de activiteiten rondom kennisdeling worden als effectief aangemerkt. Wel is aangegeven dat de informatie op de website niet altijd eenvoudig beschikbaar is.
- VI. **Ondersteuning van integrale bekostiging:** Het is gelukt om partijen samen te brengen. Dit had echter slagvaardiger gekund. Daarbij wordt wel aangemerkt dat een aanvullende financiering vanuit VWS hier ook aan heeft bijgedragen.

2.3 CPZ activiteiten gepercipieerd als deels effectief

Onderstaand figuur visualiseert de rangschikking van de gepercipieerde mate van effectiviteit van de CPZ activiteiten. Nummer 1 is de activiteit met de hoogste effectiviteit en nummer 6 de activiteit met de laagste effectiviteit. De breedte van de balk geeft de gemiddelde score weer en de antwoordcategorie achter de balk de gemiddelde antwoordoptie die daarbij hoort. De kleur die gebruikt wordt per activiteit, komt terug in de doelmatigheidsanalyse (hoofdstuk 3). De resultaten van de survey dienden als input voor de focusgroepen. Hierbij werd aangegeven door de deelnemers dat het voor hen lastig was om de daadwerkelijke effectiviteit van de CPZ activiteiten in te schatten. De finale effectiviteitscore (pagina 33 en 34) is vastgesteld op basis van de survey in combinatie met de nuances die zijn opgehaald tijdens de focusgroepen (pagina 26).



* Score is bepaald op basis van inzichten uit focusgroep 1 en de survey. De survey is door 13 van de 21 genodigden (soms meer dan één genodigde per partij) ingevuld. De genodigden zijn dezelfde personen als uitgenodigd voor de focusgroepen (zie bijlage III).

Antwoordopties:

helemaal oneens – oneens –
neutraal – eens – helemaal eens

Stelling:

Deze dienst heeft bijgedragen aan
een hogere kwaliteit van
zwangerschaps- en geboortezorg
in Nederland

2.4 Perined diensten gepercipieerd als grotendeels effectief

De Perined diensten leveren een bijdrage aan het verbeteren van de kwaliteit van zwangerschaps- en geboortezorg

De Perined diensten leveren volgens de betrokkenen in het veld een bijdrage aan een hogere kwaliteit van zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland. Voor alle diensten is het gemiddelde antwoord vanuit de survey (respons = 13 uit 21) *'Eens'* of *'Helemaal eens'* op de stelling *'Deze dienst heeft bijgedragen aan een hogere kwaliteit van zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland'*, behalve voor de dienst 'Ondersteuning van ICT'. De dienst 'Ondersteuning van ICT' is voornamelijk achtergebleven in effectiviteit omdat deze dienst relatief nieuw is en onduidelijkheid bestaat of deze dienst door Perined of door ziekenhuizen en praktijken ingevuld moet worden. Op korte termijn kan Perined hier vanuit haar landelijke expertise veel toevoegen. Op langere termijn – als de bredere IT discussies in de ziekenhuizen zijn beslecht – is dit meer een rol voor het veld.

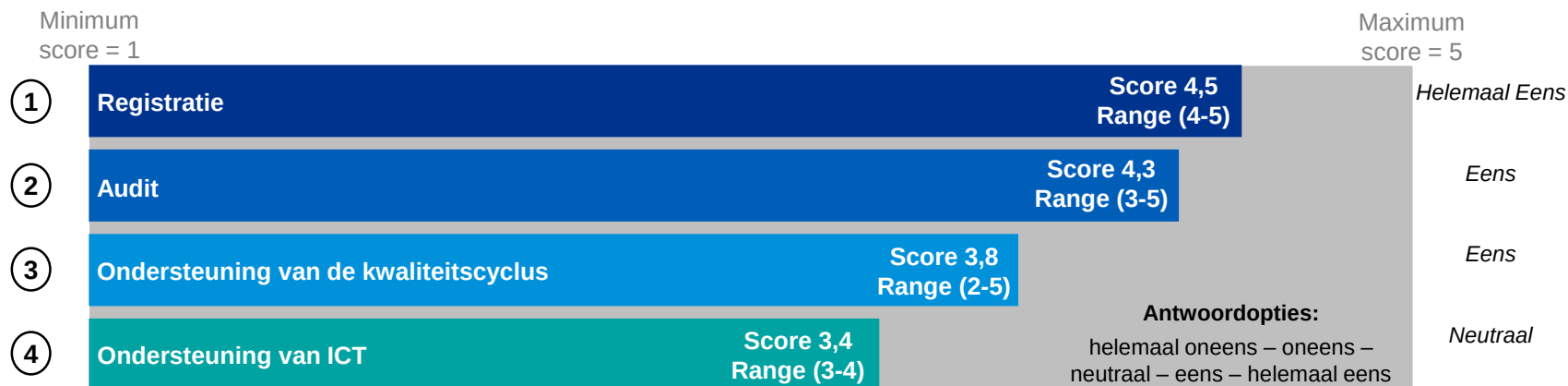
Binnen de antwoordcategorie 'Eens' bestaat er nog wel variatie in de mate van effectiviteit. Daarom zijn in de figuur op de volgende pagina de diensten van Perined ten opzichte van elkaar gerangschikt op basis van de gepercipieerde mate van effectiviteit.

Er zijn wel enkele nuanceringspunten te plaatsen bij deze hoge gepercipieerde mate van effectiviteit. Deze nuanceringspunten op basis van de focusgroep staan samengevat in het blauwe kader rechts.

- I. **Audit:** Deze dienst wordt ervaren als effectief. Het samenvoegen van PAN en PRN wordt gezien als een kans om eerder bij te kunnen sturen bij het uitvoeren van audits door de beschikbaarheid van gegevens. In de afgelopen jaren is de focus van de audits verschoven van implementatie naar ondersteuning. Momenteel wordt er onderzocht via welke instrumenten deze sturing nog beter kan.
- II. **Registratie:** Deze dienst wordt als zeer effectief beschouwd. Uit de database met geregistreerde gegevens kan veel kennis worden geëxtraheerd. Ten aanzien van de benutting van deze kennis – bijvoorbeeld door de database in te zetten voor wetenschappelijk onderzoek – is er nog verbeterpotentieel. Het terugkoppelen van spiegelinformatie kan daarnaast frequenter om zodoende de praktijk beter te ondersteunen bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Tot slot is de databewerking bij Perined niet transparant en kan de datakwaliteit beter. Data die wordt teruggekoppeld, lijkt niet één-op-één overeen te komen met de data die wordt aangeleverd. Ook duurt het lang om afspraken te maken rondom het gebruik van de data, waardoor onderzoeksprojecten kunnen uitlopen.
- III. **Ondersteuning van de kwaliteitscyclus:** Ondanks dat deze dienst als effectief wordt ervaren, is één van de aandachtspunten dat de terugkoppeling van informatie uit de informatie-infrastructuur een jaar achterloopt in plaats van de beoogde drie maanden. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de kwaliteitsverbetering. Deze dienst wordt als minder effectief beoordeeld dan de audit- en registratiedienst, maar is ook relatief nieuw. Daarnaast zijn ook de cliëntvervalslijsten nog niet ingezet vanwege onduidelijkheid rondom de te gebruiken indicatoren.
- IV. **Ondersteuning van ICT:** Ook deze dienst is relatief nieuw en wordt mede daardoor gezien als minder effectief dan de audit en registratie. Ook is onduidelijk of deze dienst bij Perined of bij de ziekenhuizen en praktijken ligt. Toch worden de activiteiten die vallen onder deze dienst, zoals het bijdragen aan een eenheid van taal, als waardevol gezien.

2.4 Perined diensten gepercipieerd als grotendeels effectief

Onderstaand figuur visualiseert de rangschikking van de gepercipieerde mate van effectiviteit van de Perined diensten. Nummer 1 is de dienst met de hoogste effectiviteit en nummer 4 de dienst met de laagste effectiviteit. De breedte van de balk geeft de gemiddelde score weer en de antwoordcategorie achter de balk de gemiddelde antwoordoptie die daarbij hoort. De kleur die gebruikt wordt per dienst, komt terug in de doelmatigheidsanalyse (hoofdstuk 3). De resultaten van de survey dienden als input voor de focusgroepen. Hierbij werd aangegeven door de deelnemers dat het voor hen lastig was om de daadwerkelijke effectiviteit van de Perined diensten in te schatten. De finale effectiviteitsscore (pagina 35 en 36) is vastgesteld op basis van de survey in combinatie met de nuances die zijn opgehaald tijdens de focusgroepen (pagina 28).



De survey is door 13 van de 21 genodigden (soms meer dan één genodigde per partij) ingevuld. De genodigden zijn dezelfde personen als uitgenodigd voor de focusgroepen (zie bijlage III).

Stelling:
Deze dienst heeft bijgedragen aan
een hogere kwaliteit van
zwangerschaps- en geboortezorg
in Nederland

2.5 CPZ activiteiten en Perined diensten hebben deels causale link met de daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit

De daadwerkelijke effectiviteit van de activiteiten van het CPZ en diensten van Perined worden beïnvloed door confounders

De daadwerkelijke effectiviteit van het CPZ en Perined wordt beïnvloed door confounders. Dit zijn factoren die een deel van het uiteindelijke effect – de daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit – verklaren. Dit kunnen omgevingsfactoren zijn of kenmerken van de moeder of zwangerschap. Het kader hieronder beschrijft welke confounders mogelijk een invloed hebben op de causale relatie tussen de activiteiten van het CPZ en diensten van Perined en de daling. Deze zijn opgesteld op basis van de geanalyseerde documenten en de focusgroepen met betrokken partijen uit het veld.

De prevalentie van een aantal confounders, die de daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit negatief beïnvloeden, is gestegen. Voorbeelden zijn het rookgedrag van de moeder, het aantal vrouwen met ernstig overgewicht en het aantal moeders met een migratieachtergrond. Daartegenover staat een lichte daling in de prevalentie van bijvoorbeeld het aantal meerlingen en het percentage vroeggeboortes. Deze ontwikkelingen kunnen de daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit positief hebben beïnvloed. Het netto-effect van de positieve en negatieve confounders kan echter niet worden vastgesteld, mede vanwege de mate van overlap tussen de verschillende confounders, zoals de relatie tussen de leeftijd van de moeder en het aantal meerlingen ([RIVM](#), 2001).

Kenmerken moeder (zie bijlage IV voor bronnen)

- I. **Leeftijd moeder:** Oudere moeders (35+) en tienermoeders lopen een groter risico omtrent perinatale sterfte. Oudere moeders hebben daarnaast een verhoogde kans op het krijgen van tweelingen. De gemiddelde leeftijd van de moeder is licht gestegen van 31,0 jaar in 2010 naar 31,2 jaar in 2016 (**CBS Statline, geboorte: Kerncijfers**, 2018).
- II. **Afkomst moeder:** Allochtone baby's hebben een verhoogd risico op congenitale afwijkingen door bijvoorbeeld een hogere mate van consanguiniteit. Het aantal levend geboren kinderen met een moeder met een migratieachtergrond is gestegen van 27% in 2010 naar 31% in 2016 (**CBS Statline, geboorte: Kerncijfers**, 2018).
- III. **Rookgedrag moeder:** Baby's waarvan de moeder tijdens de zwangerschap rookt, hebben onder andere een verhoogd risico op vroeggeboorte en/ of een (te) laag geboortegewicht en daarmee een grotere kans om te overlijden. Onder zwangere vrouwen is de prevalentie dat rookt gestegen van 6,3% in 2010 naar 8,6% in 2015 (**TNO, Roken tijdens de Zwangerschap**, 2015).
- IV. **Chronische aandoeningen:** Door aandoeningen zoals een (te) hoge bloeddruk of obesitas hebben moeders een verhoogd risico op problemen rond de geboorte en zwangerschap. Het aantal vrouwen met een (te) hoge bloeddruk tussen de 16 en de 40 daalde licht, van 17,0% in 2014 naar 16,9%, in 2016. Daarentegen steeg het aantal vrouwen met ernstig overgewicht, van 10,8% in 2010 naar 14,3% in 2016 (**CBS Statline, meerdere tabellen**, 2018).
- V. **Verschillen in opleidingsniveau:** Hogere opleidingsgroepen zijn over het algemeen beter geïnformeerd over zaken rondom de zwangerschap dan lager opgeleiden. Echter stelt deze groep het moederschap ook vaak het langste uit. Het aantal vrouwen met hoger of wetenschappelijk onderwijsniveau is tussen 2010 en 2014 gestegen van 26,7% naar 29,7% (**CBS Statline, Sociale monitor, welvaart en welzijn in de Nederlandse samenleving**, 2018).

Kenmerken zwangerschap (zie bijlage IV voor bronnen)

- VI. **Aantal meerlingen:** Baby's die onderdeel uitmaken van een meerling, lopen een hoger risico op complicaties en sterfte. Het percentage meerlingen is afgenomen van 1,7% in 2010 naar 1,5% in 2016 (**CBS Statline, geboorte: Kerncijfers**, 2018).
- VII. **Big 4 aandoeningen:** Congenitale aandoeningen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en een lage Apgar score maken onderdeel uit van de 'Big 4'. De big 4 aandoeningen hebben een grote invloed op perinatale sterfte. Het percentage vroeggeboortes en baby's met een te laag geboortegewicht daalde beiden met minder dan 1% (**Volksgesondheidszorg.info, vroeggeboorte en laag geboortegewicht**, 2018).

Externe factoren (zie bijlage IV voor bronnen)

- VIII. **Sociaal economische status (SES):** Vrouwen die zich door afkomst, opleiding, inkomen of sociale vaardigheden in een achterstandssituatie bevinden, hebben over het algemeen meer aandacht nodig en lopen een hoger risico op complicaties rond de geboorte en zwangerschap. Gemiddeld genomen is de SES binnen Nederland het afgelopen decennium licht verbeterd. Cijfers omtrent de SES onder zwangere vrouwen zijn onbekend (**SCP, Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010**, 2012).
- IX. **Diensten van overige partijen:** Naast het CPZ en Perined is een aantal andere organisaties actief in de zwangerschaps- en geboortezorg. De activiteiten die deze organisaties uitvoeren dragen eveneens bij aan betere zorg in het veld met impact op de perinatale sterfte en maternale morbiditeit. Een voorbeeld is kennisdeling of nascholing door de NVOG.
- X. **Politieke aandacht:** Toenemende media- en politieke aandacht voor het onderwerp van perinatale sterfte en maternale morbiditeit heeft geleid tot een verbetering van de resultaten. De hoge perinatale sterfte in Nederland trok in 2010 veel aandacht waardoor betrokken partijen zich genoodzaakt voelden hier snel iets aan te doen.

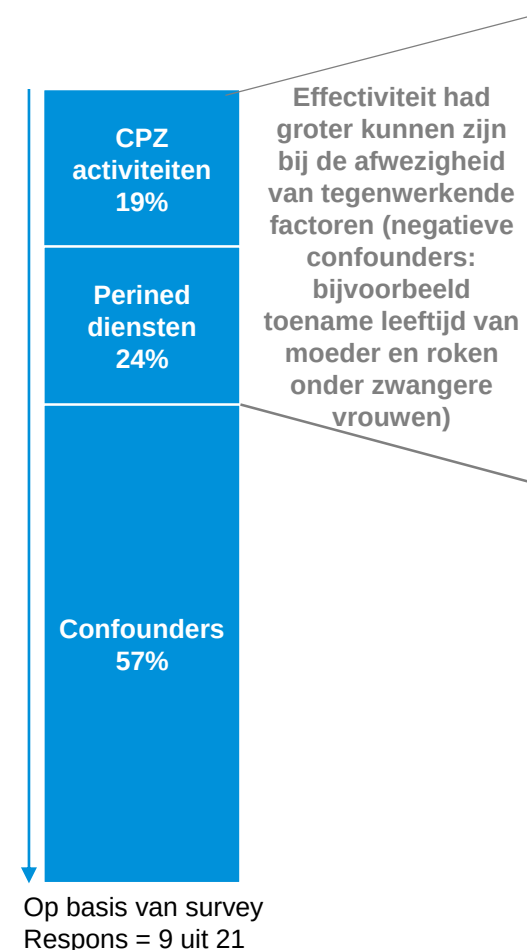
2.5 CPZ activiteiten en Perined diensten hebben deels causale link met de daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit

De activiteiten van het CPZ en diensten van Perined dragen ondanks de aanwezigheid van confounders bij aan een daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit

Uit de evaluatie komt naar voren dat de daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit tussen 2010 en 2016 voor ongeveer een vijfde toe te schrijven is aan de activiteiten van het CPZ, sinds de oprichting in 2011. De diensten van Perined zorgen voor ongeveer een kwart van de daling. Het overige deel van de daling wordt verklaard door de aanwezige positieve confounders* (bijvoorbeeld diensten van overige partijen en politieke aandacht). De figuur op deze pagina visualiseert deze verdeling.

Hierbij hoort de nuancering dat causaliteit altijd lastig (volledig) aan te tonen is in beleidsevaluaties. Met onze aanpak hebben we de impact van de activiteiten van het CPZ en diensten van Perined op de beleidsdoelen zo goed mogelijk benaderd. Wél wordt duidelijk dat zonder het CPZ en Perined de bereikte effecten in het veld waarschijnlijk niet zo groot zouden zijn geweest en dat de effectiviteit van hun activiteiten mogelijk nog groter had kunnen zijn bij afwezigheid van tegenwerkende factoren (negatieve confounders: bijvoorbeeld toename leeftijd van moeder en roken onder zwangere vrouwen). De exacte omvang is echter niet in te schatten.

Daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit tussen 2010 en 2016



** Confounders zijn factoren die een deel van het uiteindelijke effect – de daling in perinatale sterfte en maternale morbiditeit – verklaren.*



3. De instellingssubsidie
verstrekt aan het CPZ en
Perined wordt (groten)deels
doelmatig besteed

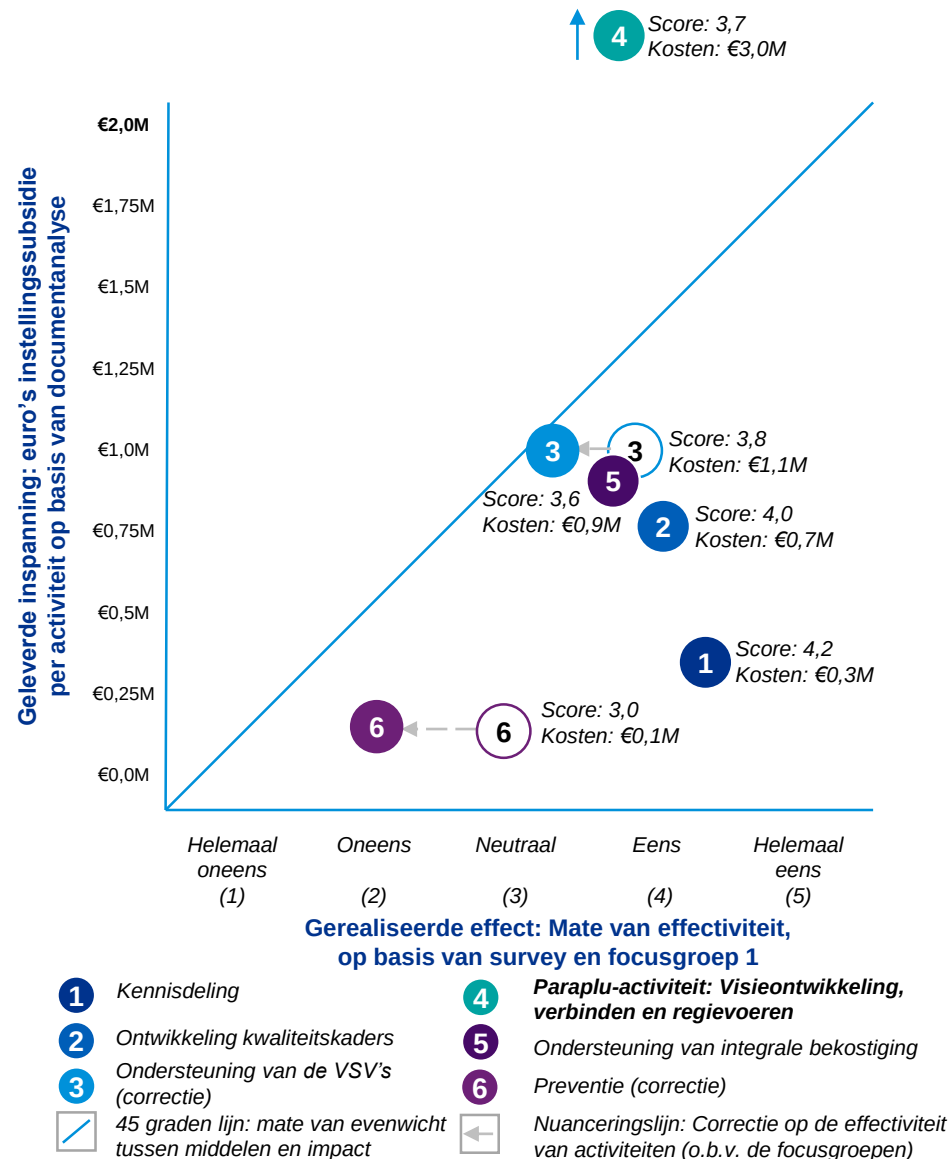
3.1 Instellingssubsidie verstrekt aan het CPZ deels doelmatig besteed

Het grootste deel van de instellingssubsidie is gegaan naar het bijeen brengen van partijen

Veruit het meeste geld is gegaan naar de paraplu-activiteit 'visieontwikkeling, verbinden en regievoeren' die ten opzichte van de andere activiteiten een gemiddelde effectiviteitscore heeft. Voor de andere CPZ activiteiten staan de gerealiseerde effecten van de activiteit grotendeels in verhouding tot de geleverde inspanning. De figuur laat namelijk zien dat alle activiteiten, behalve de paraplu-activiteit, onder de blauwe lijn liggen met de hellingshoek van 45 graden. In dit figuur worden de gerealiseerde effecten van de verschillende activiteiten (x-as) afgezet tegen de geleverde inspanning (y-as). Met gerealiseerde effecten bedoelen we de mate van gepercipieerde effectiviteit per activiteit (op basis van de survey en de focusgroepen). Met geleverde inspanning bedoelen we de euro's vanuit de instellingssubsidie die naar de desbetreffende activiteit zijn gegaan (op basis van de documentanalyse).

Er zijn wel enkele nuancerings te plaatsen bij de bevindingen op basis van de focusgroepen met betrokken veldpartijen. Deze staan samengevat in de kaders op de volgende pagina. Zo kwam bijvoorbeeld naar voren dat de activiteiten doelmatiger kunnen zijn als het CPZ en Perined meer gaan samenwerken, kennis beter delen en transparanter zijn. Op basis van de nuancerings uit de focusgroepen is voor de activiteiten 'preventie' en 'ondersteuning van de VSV's' een correctie toegepast op de uit de survey naar voren gekomen mate van effectiviteit.

Samenwerking rondom bepaalde activiteiten brengt voordelen met zich mee. Het bundelen van kennis en informatie vergroot de mogelijkheden om de kwaliteit van de geboortezorg in Nederland te verbeteren. Een voorbeeld is het (cijfermatig) vergelijken van de uitkomsten van VSV's. Er is veel kennis beschikbaar op verschillende plekken in het veld, welke momenteel onvoldoende wordt benut. Ook kwam expliciet naar voren dat de rolverdeling tussen beide partijen rondom bepaalde activiteiten onduidelijk is. Dit kan leiden tot een lagere doelmatigheid omdat werkzaamheden dubbel plaatsvinden. Een voorbeeld hiervan is het ontwikkelen van indicatoren voor het meten van kwaliteit in de geboortezorg.



3.1 Instellingssubsidie verstrekt aan het CPZ deels doelmatig besteed

- I. **Paraplu-activiteit: Visieontwikkeling, verbinden en regievoeren:** De paraplu-activiteit is niet los te zien van alle andere activiteiten, omdat deze hieruit voortvloeien. Het verbinden en samenbrengen van partijen heeft veel tijd en geld gekost, maar is wel nodig om de overige activiteiten te ontwikkelen en implementeren. Door verschillen in opinies en belangen, met name tussen de NVOG en KNOV, is het CPZ geconfronteerd (vooral in de beginjaren) met een complexe opgave. Het CPZ beschikte in die periode niet over de juiste capaciteit om deze activiteit doelmatig uit te voeren. De afgelopen jaren zijn meer medewerkers aangenomen met de benodigde inhoudelijke expertise. Het is echter belangrijk om deze inhoudelijke kennis op een meer duurzame manier te binden.
- II. **Preventie:** Deze activiteit wordt op basis van de survey aangemerkt als effectief en vanwege de relatief lage kosten ook als doelmatig. Desalniettemin werd tijdens de focusgroepen duidelijk dat de activiteit 'preventie' niet doelmatig kan zijn geweest, omdat 1) er pas sinds twee jaar effectief wordt ingezet op preventie met het instellen van de CPZ Expertgroep Preventie, 2) er nauwelijks producten rondom preventie en preconceptie zijn uitgerold, 3) terwijl het budget voor preventie enkele jaren niet werd gebruikt en 4) het CPZ nog te beperkt samenwerkt met partijen uit het sociaal domein op het gebied van preventie. Op basis van deze inzichten is de effectiviteitsscore van deze activiteit, en daarmee ook de doelmatigheid, gecorrigeerd (zie de figuur op de vorige pagina).
- III. **Ontwikkeling kwaliteitskader:** Het basisdocument kwaliteitskader was belangrijk en daar is veel geld heen gegaan. Met name door de lastige opgave die het CPZ had om de partijen met verschillende opinies en belangen aan tafel te krijgen. Deze activiteit heeft hierdoor veel tijd en geld gekost voor zowel het CPZ als de betrokken partijen. Deze complexiteit zorgde er mede voor dat er jaarlijks extra budget nodig was voor het ontwikkelen van de zorgstandaard. Het CPZ beschikte in de beginjaren daarnaast over beperkte capaciteit en inhoudelijke kennis. Inmiddels is het CPZ beter geëquipeerd om ondersteuning te bieden aan het veld.
- IV. **Ondersteuning van de VSV's:** Na oplevering van het kwaliteitskader heeft het CPZ zich meer gericht op de ondersteuning van de VSV's bij de implementatie hiervan. Hiervoor is onder andere een aantal verschillende handreikingen ontwikkeld. Het CPZ stond initieel slechts met een beperkte groep VSV's in contact. Dit betrof met name de VSV's die zich bezig houden met het thema integrale bekostiging. De implementatie van de inhoud (zorgstandaard – integrale geboortezorg) en de wijze van bekostiging lopen daardoor door elkaar. Dit zou losgekoppeld moeten zijn. Inmiddels streeft men er naar om jaarlijks contact te hebben met elk van de VSV's. Op basis van deze inzichten is de effectiviteitsscore van de ondersteuning van VSV's, en daarmee ook de doelmatigheid, gecorrigeerd (zie de figuur op de vorige pagina).
- V. **Kennisdeling:** Het kennisnet geboortezorg was bedoeld voor zowel zorgprofessionals als zwangeren. Het deel voor zwangeren is echter nooit van de grond gekomen.
- VI. **Ondersteuning van integrale bekostiging:** Het was aanvankelijk onduidelijk in hoeverre de Taskforce een activiteit van het CPZ was. Deze onduidelijkheid en het gegeven dat de Taskforce niet goed liep heeft ervoor gezorgd dat deze uiteindelijk bij het CPZ is komen te liggen. Door de onduidelijkheid had deze activiteit mogelijk meer effectief kunnen zijn.

Nuancerings bij gebruikte methodologie:

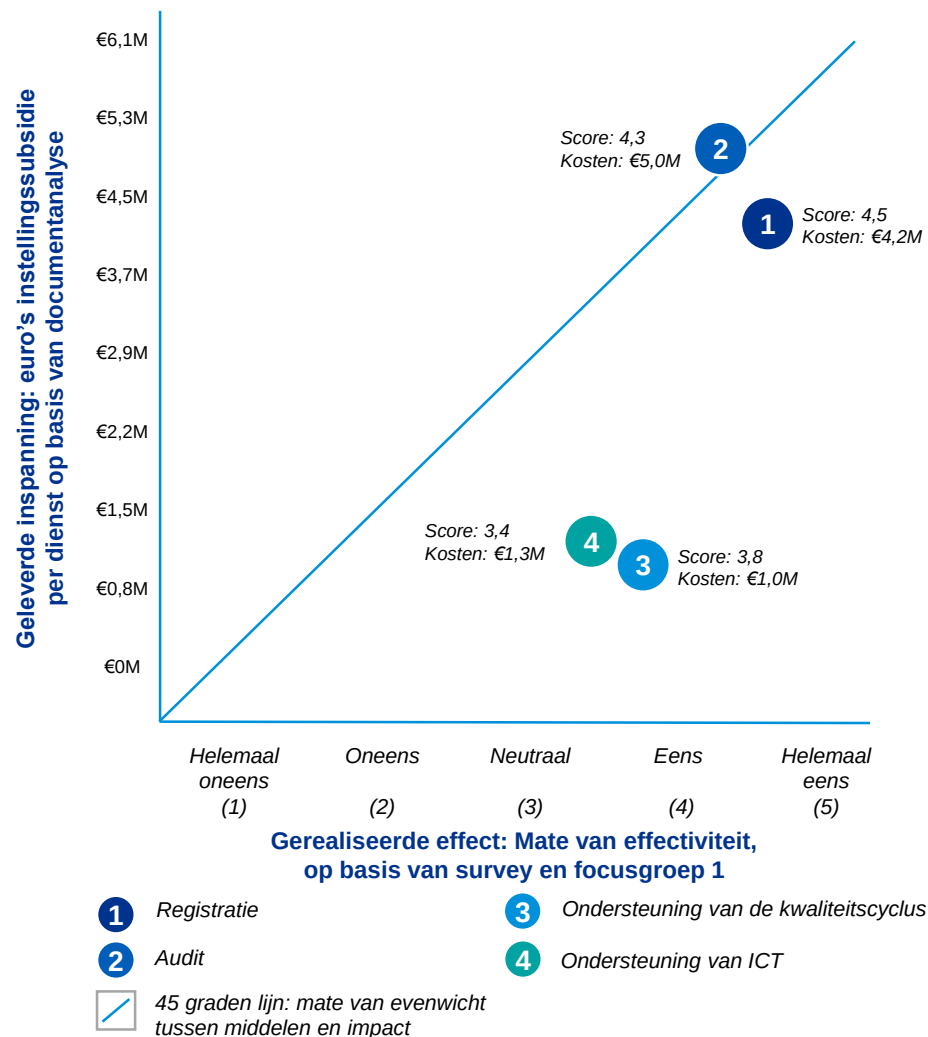
Uit de focusgroepen komt naar voren dat de effectiviteitsscores, die zijn uitgevraagd met de survey, niet altijd een volledig juiste representatie is van de werkelijkheid. Het is voor veldpartijen lastig om de daadwerkelijke effectiviteit van de CPZ activiteiten en Perined diensten in te schatten. Veldpartijen gaven aan de surveyvragen soms ingevuld te hebben op basis van de potentiële in plaats van daadwerkelijke effectiviteit. Op basis van de nuancerings opgehaald tijdens de focusgroepen (zie hoofdstuk 2) hebben we daarom de effectiviteit van twee CPZ activiteiten ('preventie' en 'ondersteuning van de VSV's') gecorrigeerd. Dit is in de figuur op de vorige pagina met grijze pijlen weergegeven. Voor de overige activiteiten van het CPZ en diensten van Perined is een dergelijke correctie niet toegepast.

3.2 Instellingssubsidie verstrekt aan Perined grotendeels doelmatig besteed

Het grootste deel van de instellingssubsidie is gegaan naar de Perined diensten die worden gepercipieerd als meest effectief

Voor alle Perined diensten staan de gerealiseerde effecten van de dienst in verhouding tot de geleverde inspanning. De figuur laat namelijk zien dat alle diensten op of onder de blauwe lijn liggen met de hellingshoek van 45 graden. In dit figuur worden de gerealiseerde effecten van de verschillende diensten (x-as) afgezet tegen de geleverde inspanning (y-as). Met gerealiseerde effecten bedoelen we de mate van gepercipieerde effectiviteit per dienst (op basis van de survey en focusgroep 1). Met geleverde inspanning bedoelen we de euro's vanuit de instellingssubsidie die naar de desbetreffende dienst zijn gegaan (op basis van de documentanalyse).

Er zijn wel enkele nuanceringen te plaatsen bij de bevindingen op basis van de focusgroepen met betrokken veldpartijen. Deze staan samengevat in het kader op de volgende pagina. Zo kwam bijvoorbeeld naar voren dat het samenvoegen van PAN en PRN de kans biedt om effectiever en doelmatiger te opereren. De diensten van Perined hebben in samenhang namelijk een grotere effectiviteit, wat de doelmatigheid ook ten goede komt. Zo is er nu voor de audit een webbased module verbonden aan de perinatale registratie en wordt de ICT-standaard gebruikt bij het ondersteunen van de kwaliteitscyclus.



3.2 Instellingssubsidie verstrekt aan Perined grotendeels doelmatig besteed

- I. **Audit:** De audit dienst wordt als doelmatig gezien. Wel blijkt meer inzichtelijkheid in audit gegevens en uitkomsten, bij te dragen aan een sterkere doelmatigheid. Dit hangt, evenals voor de dienst registratie, sterk af van de capaciteit van Perined.
- II. **Registratie:** Het terugkoppelen van gegevens aan zorgprofessionals duurt over het algemeen langer dan wenselijk. Hierdoor zou deze dienst meer doelmatig kunnen zijn. Dit hangt sterk samen met de capaciteit die Perined heeft en de taken die reeds bij hen belegd zijn. Daarnaast ligt er ook verantwoordelijkheid bij het veld, om goede data aan te leveren.
- III. **Ondersteuning van de kwaliteitscyclus:** De kaderwerkgroep binnen Perined houdt zich bezig met de kwaliteitscyclus. Om de doelmatigheid van deze dienst te vergroten kan veel beter verbinding worden gezocht met het CPZ. Ook wordt er door Perined veel naar het veld gekeken, waardoor van ondersteuning beperkt sprake is.
- IV. **Ondersteuning van ICT:** Er bestaat onduidelijkheid over wat er met het PWD is gebeurd rondom de implementatie hiervan. Dit proces is ondoorzichtig waardoor de doelmatigheid lastig is te beoordelen. Daarnaast is het onvoldoende transparant waar het geld voor het ontwikkelen van het PWD aan wordt besteed door het uitblijven van de implementatie. Dit leidt tot onduidelijkheden in het veld met betrekking tot de verantwoordelijkheden die Perined heeft en haar rol binnen het dossier.



4. Het krachtenveld heeft de effectiviteit en doelmatigheid van het CPZ verminderd

4.1 Het krachtenveld heeft invloed gehad op de effectiviteit en doelmatigheid van de activiteiten van het CPZ, maar niet op de diensten van Perined

Het krachtenveld heeft de effectiviteit en doelmatigheid van de activiteiten van het CPZ beïnvloed

Het krachtenveld heeft invloed gehad op de effectiviteit en doelmatigheid van de activiteiten van het CPZ. De verdeeldheid in het veld, met name tussen de KNOV (verloskundigen) en NVOG (gynaecologen), heeft ervoor gezorgd dat er veel investeringen nodig zijn geweest om de partijen bij elkaar te krijgen. Deze investering is effectief geweest omdat er nu veel meer met elkaar wordt gepraat. De gesprekken hebben geleid tot een gezamenlijk gedragen visie voor de geboortezorg. Dit is het startpunt geweest voor de andere als effectief beoordeelde activiteiten van het CPZ. De onderlinge relaties in het krachtenveld hebben het proces om tot een visie te komen wel vertraagd, en daarmee de benodigde investering om de partijen op één lijn te krijgen verhoogd. De verdeeldheid in het veld speelt in de huidige praktijk vooral nog een rol rondom het thema integrale bekostiging. Maar ook de ontwikkeling van de PIL en kwaliteitsindicatoren – beiden afgerond in 2017 – vragen veel inzet om partijen op één lijn te krijgen.

In het krachtenveld van het CPZ zijn drie type relaties te onderscheiden: een kaderstellende, inhoudelijke en ondersteunende. Partijen waarmee het CPZ een kaderstellende relatie heeft bepalen de kaders waarbinnen de gezamenlijke visie rondom geboortezorg ontwikkeld kan worden. De inhoudelijke relatie wordt getypeerd door partijen die rondom alle thema's in de geboortezorg meedenken met het CPZ. Partijen met een ondersteunende relatie denken alleen mee rondom één of twee thema's en/of activiteiten. De kaderstellende relatie wordt niet verder uitgediept in de rapportage. De invulling van partijen bij de inhoudelijke en ondersteunende relatie (inclusief visualisatie) is te vinden op pagina 39 en 40.

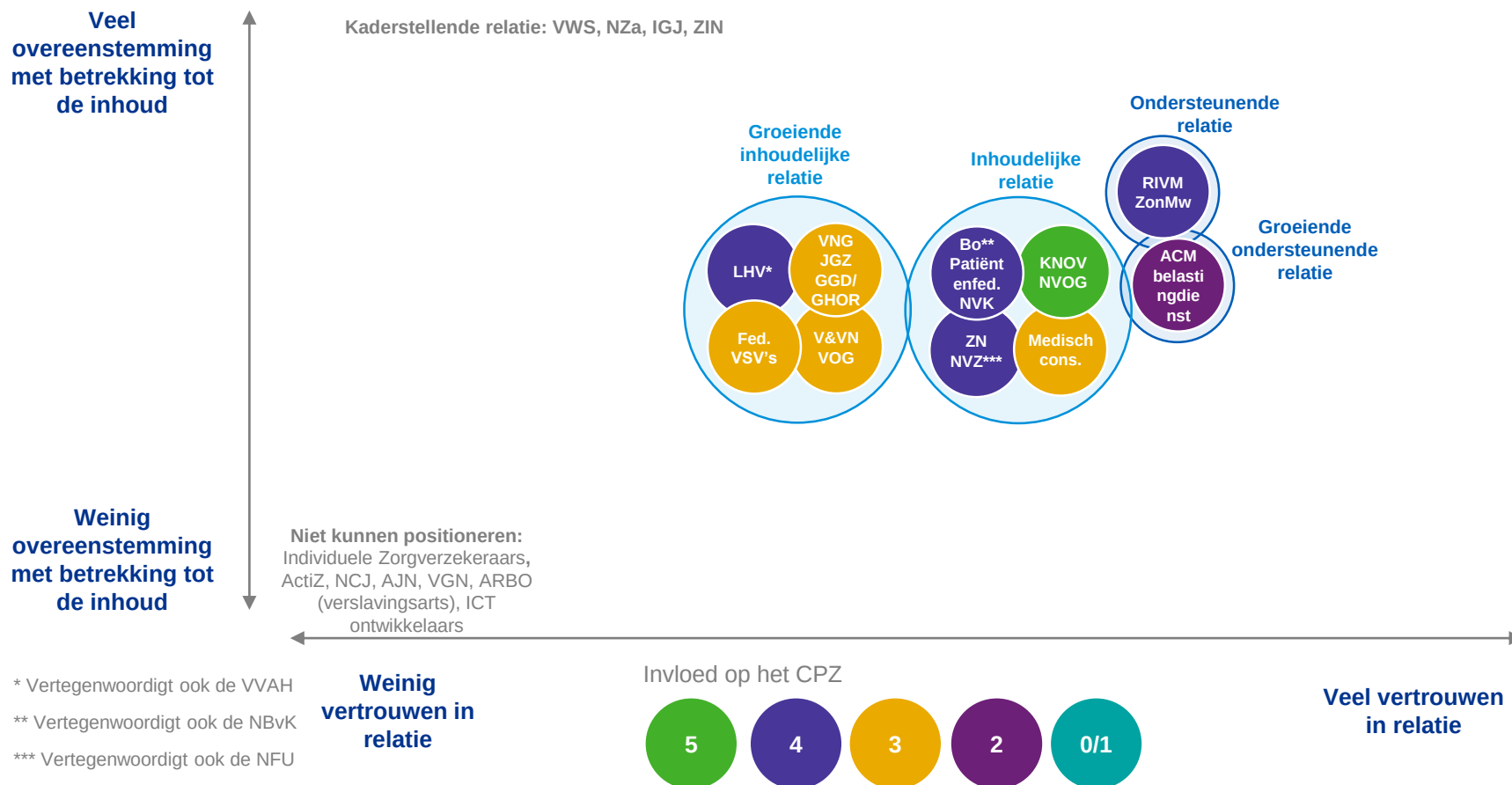
Het krachtenveld heeft de effectiviteit en doelmatigheid van de diensten van Perined niet beïnvloed

De invloed van het krachtenveld op de effectiviteit en doelmatigheid van de diensten van Perined is beperkt, vanwege de gedeelde belangen rondom de diensten van Perined. Bij deze beperkte invloed zijn wel een aantal nuanceringen te plaatsen. Allereerst is de relatie van sommige partijen met Perined nog groeiende. Hierdoor is nog moeilijk in te schatten in welke mate deze partijen vertrouwen hebben in de relatie met Perined en in welke mate zij overeenstemming gaan bereiken met betrekking tot de inhoud. Ten tweede is de invloed anders op de verschillende diensten van Perined. Zo wordt de meerwaarde van de hoofddiensten van Perined, namelijk de audit en registratie, erkend door het veld. Deze diensten zijn goed verankerd en overeenstemming op de inhoud is gemakkelijk te realiseren. De twee nieuwere diensten, ondersteuning van de kwaliteitscyclus en ICT, gaan om de organisatie. In dat geval kunnen er inhoudelijke discussies ontstaan. De invloed van het krachtenveld van Perined kan in de toekomst dus veranderen, omdat Perined steeds meer gaat inzetten op de twee nieuwere diensten. Als laatste zit er geen kraamzorgpartij (Bo geboortezorg of NBvK) in het bestuur van Perined. Om een compleet inzicht te kunnen geven van de integrale geboortezorg in Nederland – zo ook gezondheid van moeder en kind na de bevalling – lijkt het verstandig deze partij in de toekomst wel meer te gaan betrekken.

Net als in het krachtenveld van het CPZ, is ook in het krachtenveld van Perined sprake van een kaderstellende, inhoudelijke en ondersteunende relatie. In het krachtenveld van Perined is nog één extra relatie te onderscheiden, namelijk een klantrelatie. Partijen waarmee Perined een klantrelatie heeft leveren informatie en indicatoren aan Perined, maar dit geldt ook andersom. De invulling van partijen bij de inhoudelijke, ondersteunende en klantrelatie (inclusief visualisatie) is te vinden op pagina 41 tot en met 43.

4.2 Twee type relaties komen voor in het krachtenveld van het CPZ

De partijen in het krachtenveld van het CPZ zijn onder te verdelen in twee groepen, met elk een andere relatie (inhoudelijk en ondersteunend) en daarmee een andere invloed op de effectiviteit en doelmatigheid van het CPZ. Deze twee groepen zijn gevisualiseerd in onderstaand figuur en worden toegelicht op de volgende pagina. Hoe meer een partij gepositioneerd is aan de rechterkant van de figuur hoe groter het vertrouwen in de relatie met het CPZ. Hoe meer naar de bovenkant van de figuur hoe meer overeenstemming er is met het CPZ met betrekking tot de inhoud. De kleur van de bol visualiseert de mate van invloed van de partij op het CPZ (zie legenda). De positioneringen zijn gebaseerd op gesprekken met betrokken partijen in het veld en zijn daarom subjectief.



4.2 Twee type relaties komen voor in het krachtenveld van het CPZ

De partijen met een inhoudelijke relatie zijn betrokken bij alle activiteiten en hun invloed is groot

De KNOV, NVK, NVOG, Bo geboortezorg (vertegenwoordigt ook de belangen van de NBvK), patiëntenfederatie Nederland, NVZ (vertegenwoordigt ook de belangen van de NFU) en ZN zitten allemaal in het bestuur van het CPZ en in alle inhoudelijke commissies. Zo zijn zij inhoudelijk betrokken bij alle activiteiten van het CPZ. De invloed van de NVOG (gynaecologen) en KNOV (verloskundigen) is het hoogst vanwege de historische onderlinge verschillen in opinie en belangen, maar ook rondom de relatie van de KNOV met het CPZ. De KNOV heeft hun samenwerkingsverband met het CPZ in 2016 tijdelijk stopgezet vanwege gebrek in vertrouwen. Deze relatie is in 2017 weer hersteld.

Vanuit inhoudelijk perspectief worden ook andere partijen uit het zwangerschaps- en geboortezorgveld betrokken, zoals de LHV (VVAH), JGZ, GGD/GHOR, federatie van VSV's, medische consortia en V&VN VOG. De inhoudelijke relatie met hen kan nog versterkt worden rondom preventie. De samenwerking tussen het CPZ en de andere partijen staat nog echt in de kinderschoenen en daarom is hun invloed gemiddeld. In de toekomst kan de inhoudelijke relatie met deze partijen, en dus ook de invloed van deze partijen, rondom verschillende thema's groeien:

- JGZ, GGD/GHOR en VNG rondom preventie
- Federatie van VSV's rondom integrale geboortezorg. Deze organisatie bestaat pas sinds kort. De mate van representativiteit voor VSV's in deze organisatie is nog niet helder.
- V&VN VOG rondom de capaciteitsproblematiek en beroepenstructuur

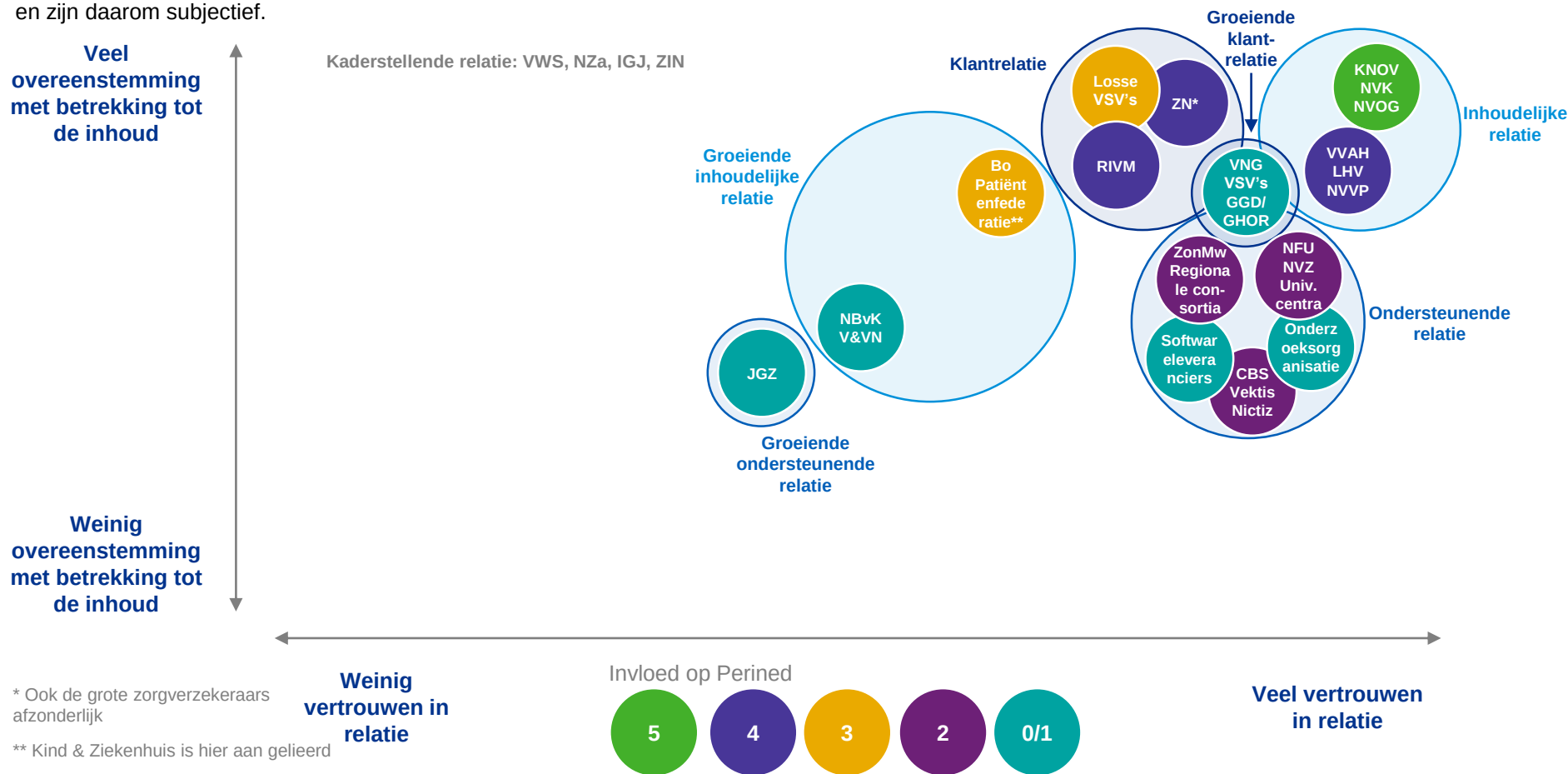
De partijen met een ondersteunde relatie zijn betrokken bij sommige inhoudelijke ontwikkelingen en hun invloed is gemiddeld

Het RIVM en ZonMw schuiven bij sommige werkgroepen aan, bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van indicatoren, bij het opstellen van de ontwikkel- en onderzoeksagenda en bij integrale bekostiging. Over de ontwikkel- en onderzoeksagenda vindt nauwe afstemming plaats tussen het CPZ en ZonMw, om te voorkomen dat activiteiten dubbel gebeuren. De invloed van beide partijen op het beleidsdoel van het CPZ – het op landelijk niveau ontwikkelen van een visie met alle partijen in het veld – is bovengemiddeld.

De invloed van de partijen die een groeiende ondersteunende relatie hebben met het CPZ schatten we in als laag tot gemiddeld, omdat deze relaties nog niet heel intensief zijn. Deze invloed kan in de toekomst gaan groeien.

4.3 Drie type relaties komen voor in het krachtenveld van Perined

De partijen in het krachtenveld van Perined zijn onder te verdelen in drie groepen, met elk een andere relatie (inhoudelijk, ondersteunend en klant) en daarmee een andere invloed op de effectiviteit en doelmatigheid van Perined. Deze drie groepen zijn gevisualiseerd in onderstaand figuur en worden toegelicht op de volgende pagina's. Hoe meer een partij gepositioneerd is aan de rechterkant van de figuur hoe groter het vertrouwen in de relatie met Perined. Hoe meer naar de bovenkant van de figuur hoe meer overeenstemming er is met Perined met betrekking tot de inhoud. De kleur van de bol visualiseert de mate van invloed van de partij op Perined (zie legenda). De positioneringen zijn gebaseerd op gesprekken met betrokken partijen in het veld en zijn daarom subjectief.



4.3 Drie type relaties komen voor in het krachtenveld van Perined

De partijen met een inhoudelijke relatie zijn betrokken bij alle diensten en hun invloed is groot

De KNOV, NVK, NVOG, VVAH/LHV en NVVP zitten allemaal in het bestuur van Perined en in alle inhoudelijke commissies. Zo zijn zij inhoudelijk betrokken bij alle diensten van Perined: registratie, audit, ondersteuning van de kwaliteitscyclus en de ICT. Wel is de invloed van de huisartsen (VVAH/LHV) en pathologen (NVVP) iets lager, omdat zij minder zijn betrokken bij de ondersteuning van de ICT. Daarnaast zijn de gynaecologen (NVOG), verloskundigen (KNOV) en de later aangesloten kinderartsen (NVK) van oudsher nog meer verweven met de inhoud omdat zij vooral de zwangerschaps- en geboortezorg leveren. Alle partijen uit deze groep leveren perinatale registratiegegevens aan die Perined beheert.

Vanuit inhoudelijk perspectief worden ook andere partijen uit het zwangerschaps- en geboortezorgveld betrokken, zoals Bo geboortezorg en de NBvK (kraamzorg), de V&VN (verpleging en verzorging) en de patiëntenfederatie (zwangere vrouw). Bo geboortezorg en de patiëntenfederatie werken al samen met Perined, vooral op het gebied van indicatoren om zodoende de kwaliteitscyclus te ondersteunen. De inhoudelijke relatie gaat nog een stap verder met de patiëntenfederatie, aangezien zij ook samenwerken met Perined rondom de audit en ondersteuning van de ICT. De relatie van beide partijen met Perined en daarmee ook hun invloed op de effectiviteit en doelmatigheid van Perined is groeiende.

Op dit moment wordt door Perined nog niet samengewerkt met de NBvK en is de V&VN alleen nog maar betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren. Hun invloed is momenteel beperkt maar gaat mogelijkerwijs vanuit de inhoud de komende jaren groeien.

Om een compleet inzicht te kunnen geven van de integrale geboortezorg in Nederland – zo ook de gezondheid van de moeder en het kind na de bevalling – lijkt het verstandig om een kraamzorgpartij (Bo geboortezorg of het NBvK) in de toekomst wel meer te gaan betrekken.

De partijen met een ondersteunde relatie zijn vooral betrokken bij de ondersteuning van de ICT en hun invloed is laag tot gemiddeld

De NFU en NVZ zijn naast dat zij betrokken zijn bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren de laatste jaren ook vooral betrokken bij de ondersteuning van de ICT. Een goed lopende ICT-infrastructuur is van belang voor Perined om hun grootste diensten, audit en registratie, effectief en doelmatig uit te kunnen voeren. Hiervoor is een steeds bredere aanpak nodig vanwege de verschillende registratiesystemen in alle ziekenhuizen. Grote softwareleveranciers maken hun intrede in de markt en het is van belang hierop aan te haken. De NFU en NVZ zijn zodoende betrokken geweest, naast het CPZ, Perined en Nictiz, bij de ontwikkeling van het voorstel voor een nieuw ICT-framework. De uitvoering van een goed lopende ICT-infrastructuur is mede afhankelijk van de softwareleveranciers. Zij hebben dus een grote invloed op het uiteindelijke product maar niet op het pad dat Perined volgt.

De invloed van CBS, Vektis en Nictiz op de effectiviteit en doelmatigheid van de diensten van Perined is ook niet zo groot. Zij hebben voornamelijk een ondersteunende functie. Zo heeft Vektis, de gegevensmakelaar van ZN, vooral contact met Perined om afstemming te bereiken over het kunnen koppelen van de data van beide organisaties door CBS.

Met andere partijen heeft Perined weer vooral contact om over de inhoud van producten mee te denken, zoals ZonMw en onderzoeksorganisaties. Ook dit is een ondersteunende functie en daarmee is hun invloed laag.

4.3 Drie type relaties komen voor in het krachtenveld van Perined

De partijen met een klantrelatie zijn vooral betrokken bij de ondersteuning van de kwaliteitscyclus en hun invloed is groot

ZN en de grote verzekeraars (maar ook ZIN, IGJ en de NZa) zijn vooral betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren, welke onder de Perined-dienst 'Ondersteuning van de kwaliteitscyclus' valt. Informatie en indicatoren worden door deze partijen aangeleverd aan Perined. Dit geldt ook andersom. De invloed op de effectiviteit en doelmatigheid van Perined is daarmee groot.

Het RIVM is ook klant van Perined en de tussenpartij voor informatievoorziening richting het Ministerie van VWS. Vanwege deze rol werken zij nauw samen met Perined rondom de ondersteuning van de ICT. Zo is het RIVM sterk vertegenwoordigd in het PWD.

De federatie van VSV's (inclusief de losse VSV's) is op dit moment al leverancier en klant van Perined, echter moet deze relatie nog groeien. Hoe deze relatie er uit komt te zien is nog onduidelijk omdat de federatie nog zoekende is naar zijn rol in het zwangerschaps- en geboortezorgveld.

De overstap naar integrale geboortezorg, de beweging die nu gaande is in het veld, levert ook nieuwe klanten op voor Perined, zoals de GGD/GHOR en VNG. Preventie gaat een steeds grotere rol spelen en dergelijke partijen zijn de leverancier van deze gegevens. Hun invloed is op dit moment echter beperkt.



5. Er bestaat nog ruimte voor verbetering

5.1 Activiteiten van het CPZ en diensten van Perined die worden bekostigd via de instellingssubsidies dragen bij aan de realisatie van het beleidsdoel

De opdracht van het Ministerie van VWS aan KPMG is om te evalueren en objectiveren of de door hen verstrekte instellingssubsidies aan het CPZ en Perined doelmatig en effectief zijn besteed. Daarnaast is aan KPMG gevraagd om op basis van deze bevindingen aanbevelingen te doen of en zo ja, hoe de subsidies gecontinueerd en structureel geëvalueerd dienen te worden. Hierbij houden we rekening met de verbetermogelijkheden en alternatieven om het beleidsdoel van het CPZ en Perined (zie hoofdstuk 2) te bereiken.

De verstrekte instellingssubsidies aan het CPZ en Perined zijn over het algemeen effectief en doelmatig besteed

Op basis van de observaties beschreven in de voorgaande hoofdstukken concluderen we dat de instellingssubsidies verstrekt aan het CPZ en Perined – tussen respectievelijk 2011 en 2017, en 2010 en 2017 – over het algemeen effectief en doelmatig zijn besteed. Dit blijkt uit de volgende observaties:

- Alle CPZ activiteiten en Perined diensten (hoofdstuk 2) worden gepercipieerd als (groten)deels effectief. Er zijn verschillen in de mate van effectiviteit, waarbij de activiteiten ‘preventie’ en ‘ondersteuning van de VSV’s’ van het CPZ en de dienst ‘ondersteuning van ICT’ van Perined momenteel worden gepercipieerd als potentieel effectief, omdat de daadwerkelijke effectiviteit nog lastig is in te schatten.
- Voor alle Perined diensten geldt dat de gerealiseerde effecten van de dienst in verhouding staan tot de geleverde inspanning en daarmee doelmatig zijn (hoofdstuk 3). Voor het CPZ is dat niet het geval voor de paraplu-activiteit ‘visieontwikkeling, verbinden en regievoeren’. Dit komt mede doordat het uitlijnen van de uiteenlopende belangen en het normaliseren van verhoudingen tussen verschillende partijen in het veld, met name in de beginjaren en tussen de NVOG en KNOV, complex was (hoofdstuk 4). In deze periode was de inhoudelijke kennis binnen het bureau ook beperkt. Door dit alles is hier in de beginjaren het grootste

deel van de tijd en daarmee inzet van de beschikbare mensen en middelen in gaan zitten. Er is in de beginjaren wel een belangrijke basis gelegd (door het samenbrengen van de partijen) voor de andere activiteiten, welke doelmatig zijn.

Activiteiten van het CPZ en diensten van Perined dragen bij aan de realisatie van het beleidsdoel

Op basis van de observaties rondom de effectiviteit en doelmatigheid van de instellingssubsidies verstrekt aan het CPZ en Perined concluderen we dat de instellingssubsidie bijdraagt aan de realisatie van het beleidsdoel, omdat:

- De verbetering in de kwaliteit van de zwangerschaps- en geboortezorg in Nederland van de laatste jaren (hoofdstuk 1) zou niet zo ver zijn als het CPZ en Perined er niet waren geweest (hoofdstuk 2). De beleidsdoelen zijn echter nog niet volledig behaald, er blijft ruimte voor verbetering.

5.2 Aanbevelingen die het CPZ en Perined nu al kunnen doorvoeren om de voortzetting van de instellingssubsidie effectiever en doelmatiger te maken

Procesoptimalisatie van het ontwikkelen en uitvoeren van visie en activiteiten

Binnen dit thema zijn er drie aanbevelingen die het CPZ en/ of Perined nu al kunnen doorvoeren. Deze staan hieronder opgesomd met daarbij een korte onderbouwing.

1. *Het CPZ kan een duidelijke organisatiestrategie formuleren en dit helder communiceren richting het veld.*

In het veld bestaat onduidelijkheid over wat de rol van het CPZ als organisatie is en welke activiteiten zij met wie oppakken. De faciliterende rol op landelijk niveau, die duidelijk bij het CPZ ligt, en ondersteuning bij de daadwerkelijke uitvoering en implementatie op regionaal niveau (binnen VSV's), wat minder duidelijk een rol is voor het CPZ, lopen regelmatig door elkaar. Deze onduidelijkheid heeft invloed op de effectiviteit en doelmatigheid van de activiteiten van het CPZ. Op inhoudelijk gebied heeft deze prioritering samen met het veld al plaatsgevonden in de vorm van de Agenda voor de Geboortezorg 2018-2022. Deze afbakening kan het beste in samenspraak met het krachtenveld (inclusief VWS) worden afgestemd, zodat het aansluit bij de gestelde beleidsdoelen en de ontwikkel- en onderzoeksagenda in de zwangerschaps- en geboortezorg. Het CPZ kan de activiteiten waar zij zich op richten en de rol die zij oppakken meer afbakenen en prioriteren (hierop lopen momenteel acties vanuit het CPZ) en hierover vervolgens duidelijk communiceren richting het veld. In Noorwegen wordt dit al meer gedaan, mede omdat het bureau dat de richtlijnen ontwikkelt maar een beperkte capaciteit heeft (zie bijlage V en pagina 51).

2. *Perined moet investeren in het verbeteren van de kwaliteit van data-input en -output.*

De kwaliteit van de data kan, zowel qua input als output, verbeterd worden. Dit geldt ook voor de transparantie rondom het proces tussen data-input en -output. De databewerkingen die Perined uitvoert op de aangeleverde data zijn bijvoorbeeld niet inzichtelijk. Hierdoor ontstaat

onduidelijkheid over verschillen tussen de cijfers van Perined ten opzichte van andere databronnen. Er zijn meerdere oplossingsrichtingen om deze kwaliteit te verhogen:

- Het verhogen van de volledigheid van dataregistratie uit het veld door als Perined de betrokken partijen hierop aan te spreken. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt ook deels bij hen. Een andere mogelijkheid is om registratie te verplichten, zoals in Noorwegen het geval is (zie bijlage V en pagina 51). Hiervoor kan VWS de wettelijke kaders aanpassen. Een mogelijkheid is om assurance verklaringen in te voeren op de kwaliteit van de data die aangeleverd wordt. Beroepsverenigingen kunnen meer druk uitoefenen in het veld door registratie onderdeel te laten uitmaken van hun standpunt en visie.
- Het verbeteren van de kwaliteit van dataregistratie door dit proces, in samenwerking met het veld die moet registreren en ICT-partijen, te automatiseren. In Noorwegen vindt de extractie van data uit het elektronisch patiëntendossier (EPD) bijvoorbeeld automatisch plaats met behulp van een softwaresysteem (zie bijlage V en pagina 51). Een bijkomstig voordeel is dat deze automatisering de administratieve lasten voor het veld vermindert.
- Het ontwikkelen van een dashboard met daarin real-time data per VSV om de terugkoppeling van registratiedata aan de VSV's compleet en tijdig te laten plaatsvinden, zodat zij hierop kunnen acteren. Dit moet in samenwerking met het veld en ICT-partijen. Hierdoor ziet het veld snel wat verbeterd kan worden. De auditresultaten over wat goed gaat en beter kan zijn ook te verwerken in het dashboard.
- Het vergroten van de transparantie van de data op regionaal niveau.

Voor deze oplossingsrichtingen is een investering nodig. Met de betrokken uitvoerders en financiers moet gekeken worden naar de beschikbare financiële middelen. Deze investering kan mogelijk (deels) komen uit de instellingssubsidie.

5.2 Aanbevelingen die het CPZ en Perined nu al kunnen doorvoeren om de voortzetting van de instellingssubsidie effectiever en doelmatiger te maken

3. *Het CPZ en Perined kunnen meer met elkaar afstemmen wie wat oppakt.*

In het veld bestaat onduidelijkheid over welke activiteiten door het CPZ en welke door Perined worden opgepakt en hoe verschillende werkgroepen van het CPZ en Perined zich tot elkaar verhouden. De effectiviteit en doelmatigheid van bepaalde activiteiten is hierdoor verminderd. Voorbeelden zijn:

- Taskforce integrale bekostiging: onduidelijk in het veld dat het CPZ de regierol heeft.
- Ontwikkelen indicatoren: Perined en het CPZ hebben dit gezamenlijk opgepakt, maar het was onduidelijk voor het veld dat de regie van deze ontwikkeling bij het CPZ ligt (afspraken veld in relatie tot zorgstandaard).

Het CPZ en Perined kunnen hun relatie versterken door meer met elkaar in gesprek te gaan, samen met het veld en VWS, over welke activiteiten door het CPZ, welke door Perined en welke gezamenlijk worden opgepakt. Deze duidelijkheid komt ten goede aan de effectiviteit en doelmatigheid van de inzet van de instellingssubsidies.

Verbetering van de organisatie door het beter betrekken van het stakeholderveld en ontwikkeling van de organisatie

Binnen dit thema zijn er twee aanbevelingen die het CPZ nu al kan doorvoeren. Deze staan hieronder opgesomd met daarbij een korte onderbouwing.

1. *Het CPZ kan meer verbinding zoeken met partijen uit het sociaal domein.*

Hoewel preventie een klein onderdeel is van de instellingssubsidie, werkt het CPZ momenteel te beperkt samen met partijen uit het sociaal domein (zie krachtenveldanalyse in hoofdstuk 4). Het CPZ kan preventie in de toekomst meer effectief en doelmatig oppakken door een stevige inhoudelijke relatie met deze partijen op te bouwen. Het CPZ is daar al mee gestart en kan dit het beste de komende tijd verder uitbreiden.

2. *Het CPZ kan op een duurzame manier meer inhoudelijke kennis aan de organisatie verbinden.*

De afwezigheid van inhoudelijke kennis binnen het CPZ heeft de ontwikkeling en uitvoering van bepaalde activiteiten, zoals de zorgstandaard, vertraagd. Het CPZ kan meer medewerkers aannemen met de benodigde inhoudelijke expertise. Dit is het afgelopen jaar gebeurd. De beperkte omvang van het CPZ maakt haar als organisatie echter kwetsbaar op dit gebied door verloop. Door experts uit het veld (vanuit de beroepsverenigingen) op een meer structurele manier bij de organisatie te betrekken, zoals ook in Noorwegen wordt gedaan (zie bijlage V en pagina 51), kan deze kennis op een meer duurzame manier worden gebonden. De huidige governancestructuur bemoeilijkt dit omdat de beroepsverenigingen zonder last en ruggespraak in het bestuur van het CPZ zitten. Het CPZ moet dus kritisch naar haar governancestructuur kijken (zie pagina 49 en 50).

5.2 Aanbevelingen die het CPZ en Perined nu al kunnen doorvoeren om de voortzetting van de instellingssubsidie effectiever en doelmatiger te maken

Structurele evaluatie van instellingssubsidies

Binnen dit thema is er één aanbeveling die het CPZ en Perined nu al kunnen doorvoeren. Deze staat hieronder opgesomd met daarbij een korte onderbouwing.

1. *Het CPZ, Perined, VWS en het veld moeten periodiek evalueren of zij zich nog voor de juiste dingen inzetten en hoe dit te financieren.*

Het is van belang goed te weten wat er in het veld speelt om een bijdrage te leveren aan verbetering van de kwaliteit van de zwangerschaps- en geboortezorg. Een jaarlijkse evaluatie met het veld om te bepalen of de organisaties zich voor de juiste dingen inzetten is daarom gewenst en kan direct worden opgepakt. Tijdens deze evaluatie kunnen de volgende punten aan bod komen:

- Hoe staat het met de realisatie van de beleidsdoelstelling?
- Draagt het CPZ en Perined bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zwangerschaps- en geboortezorg (wat zijn concrete voorbeelden)?
- Welke activiteiten van het CPZ en Perined moeten worden voortgezet of opgezet?
- Wat kan effectiever en doelmatiger?

Het heeft meerdere voordelen om dit in gezamenlijkheid te doen en ook samen met VWS. Zo kan:

- worden afgestemd wie waarvoor verantwoordelijk is binnen de door VWS gestelde kaders; en
- worden bepaald of de rol die zowel het CPZ als Perined oppakt nog aansluit bij de beleidsdoelen vanuit VWS en gefinancierd kan worden vanuit een instellingssubsidie. Mogelijk moeten de financiën elders vandaan komen.

5.3 Toekomstige scenario's waar het CPZ en Perined naartoe kunnen ontwikkelen

Het CPZ en Perined kijken vanwege hun veranderende rol over de jaren heen naar de governancestructuur die zij op dit moment hanteren (zie hoofdstuk 2). Hierbij geven wij enkele richtingen waar zij zich in de toekomst naar toe kunnen ontwikkelen en de implicaties die dat met zich meebrengt. Er moet verder worden onderzocht door de bureaus welke governance-structuur het beste past, haalbaar is en aansluit bij de wensen uit het veld.

De governancestructuur van het CPZ moet aansluiten bij hun rol als facilitator van en voor het veld

Het veld ziet het CPZ als de facilitator van en voor het veld, waarbij de betrokken partijen de opdrachtgevers zijn. Het CPZ ondersteunt het veld bij het op landelijk niveau ontwikkelen van kwaliteitskaders en het op regionaal niveau (door de VSV's) implementeren van deze kaders.

De governancestructuur van de organisatie moet aansluiten bij deze rol. Dit is in de huidige situatie niet het geval. De betrokken partijen (brancheorganisaties, beroepsverenigingen en een cliëntvertegenwoordiger) zitten weliswaar in het bestuur, maar zonder last en ruggespraak. Dit beperkte bestuurlijke commitment vermindert de effectiviteit en doelmatigheid van het CPZ. Het is daarom aan te bevelen om de betrokken partijen met last en ruggespraak, en mogelijk zelfs mandaat, deel te laten nemen aan het bestuur. Deze wijziging kan het CPZ in gezamenlijkheid met de betrokken partijen oppakken.

Verder werkt het CPZ op een thematische manier samen met het veld. Rondom elk thema hebben ze te maken met andere partijen waarvan de invloed verschilt. Per thema bepalen ze welke partijen nodig zijn om de inhoudelijke kennis rondom dat thema te waarborgen.

Moderne netwerkorganisaties hebben een governancestructuur die mooi aansluit bij deze thematische manier van werken. De opgave staat dan centraal en per opgave wordt in het netwerk gekeken wie dit het beste kan oppakken. Een duidelijke structuur en onderling vertrouwen is een randvoorwaarde voor een goed werkende netwerkorganisatie. De vraag is

of dit vertrouwen en de juiste governance aanwezig zijn in het krachtenveld van het CPZ. Daarnaast is het succes van een netwerkorganisatie afhankelijk van de bereidwilligheid van de betrokken partijen om hieraan bij te dragen, mogelijk ook financieel. Het is daarom aan te raden om als CPZ de komende periode eerst in te zetten op het creëren van vertrouwen en het vergroten van de bereidwilligheid in het veld, voordat eventueel overgestapt kan worden naar een netwerkorganisatie.

De governancestructuur van Perined moet aansluiten bij hun rol als onafhankelijke databroker

Het veld ziet Perined als onafhankelijke databroker die zich moet inzetten voor het blijven verbeteren van de kwaliteit van perinatale registratie- en auditdata in Nederland.

De governancestructuur van de organisatie moet goed blijven aansluiten bij deze rol. De huidige omvang van Perined en de huidige governancestructuur maken de organisatie echter kwetsbaar ten aanzien van het opvangen van afwezigheid van personeel bij ziekte en/of verloof.

Een mogelijke aanpassing in de governancestructuur om dit op te vangen is om de perinatale registratie samen te brengen met andere kwaliteitsregisters onder één organisatie. Bijvoorbeeld bij het CBS of RIVM, die beiden registraties beheren over de gezondheid in Nederland. Naast een verlaging van de kwetsbaarheid kan er vanwege schaalvergroting wellicht efficiënter worden gewerkt. Dit is ook als zodanig ervaren in Noorwegen (zie bijlage V en pagina 51). Hierbij is het wel van belang om de inhoudelijke expertise rondom ieder kwaliteitsregister te waarborgen.

5.3 Toekomstige scenario's waar het CPZ en Perined naartoe kunnen ontwikkelen

Een andere mogelijke aanpassing in de governancestructuur van Perined is om de registratie van data – hun core business – en het doen van wetenschappelijke analyses van elkaar te scheiden. Wat wetenschappelijke analyses zijn is een grijs gebied, maar hieronder valt wat ons betreft het beantwoorden van wetenschappelijke onderzoeksvragen. Statistische analyses om de kwaliteit van de data te checken en te borgen valt hier niet onder. Op die manier kan Perined de beschikbare tijd en middelen besteden aan het verbeteren van de kwaliteit van de registratie- en auditdata. Het wetenschappelijk onderzoek kan elders plaatsvinden door gebruik te blijven maken van de datasets die Perined aanlevert. Hierbij is het van belang om te waarborgen dat de onderzoekers fouten of onvolkomenheden in de data terugkoppelen aan Perined. Alleen dan kunnen zij de kwaliteit van de data blijven verbeteren, zoals ook blijkt in Noorwegen (zie bijlage V en pagina 51).

Het samenvoegen van het CPZ en Perined is een mogelijk scenario in de toekomst, maar lijkt op de korte termijn niet verstandig

Een ander toekomstig scenario voor de governancestructuur van het CPZ en Perined is om beide instellingen samen te brengen onder één organisatie, eventueel als twee losse divisies. Er zijn meerdere redenen naar boven gekomen die hiervoor pleiten. Zo is:

- betere afstemming mogelijk, bijvoorbeeld rondom informatieverstoring;
- helderder voor het veld bij wie ze moeten zijn;
- het niet meer mogelijk dat activiteiten dubbel plaatsvinden; en
- het minder belastend voor alle partijen die nu bij beide organisaties in het bestuur of werkgroepen zitten.

Een fusie lijkt op dit moment echter niet verstandig, omdat de activiteiten van het CPZ en Perined nog te veel verschillen (zie hoofdstuk 2). Het veld gaf aan dat deze activiteiten wel steeds meer naar elkaar toe bewegen.

Daarnaast werken de partijen betrokken bij het CPZ nog niet goed samen rondom alle thema's met mogelijke gevolgen op de effectiviteit en doelmatigheid van activiteiten (zie hoofdstuk 4). Dit is bij Perined niet het geval: het veld heeft vertrouwen in de toegevoegde waarde van registratie en audit.

Als in de toekomst de onderlinge relaties tussen de betrokken partijen zijn beslecht, is een fusie tussen het CPZ en Perined een mogelijk scenario. Op de korte termijn is het echter verstandiger om eerst afzonderlijk van elkaar de governancestructuur aan te passen naar één die goed aansluit bij hun rol in het veld.

5.4 Lessen op basis van de bevindingen uit de casusanalyse in Noorwegen

Onderstaand kader geeft de zes lessen weer op basis van de bevindingen uit de casusanalyse in Noorwegen. Bijlage V beschrijft hoe we tot deze lessen zijn gekomen. Deze lessen dienden naast de effectiviteits-, doelmatigheids- en krachtenveldanalyse als input voor de aanbevelingen in dit hoofdstuk.

Lessen uit Noorwegen

Voor het CPZ rondom richtlijnontwikkeling:

1. Er kan meer draagvlak gecreëerd worden in het veld door het proces voor het agenderen en ontwikkelen van richtlijnen of indicatoren transparant in te richten. Dit vergemakkelijkt de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen en kwaliteitskaders.
2. De capaciteit van het bureau kan optimaal benut worden door de thema's – in samenspraak met het veld – af te bakenen en te prioriteren. Het transparant inrichten van dit proces verschaft duidelijkheid aan het veld over waar de focus ligt.

Voor Perined rondom audit:

3. Het centraal verzamelen van de belangrijkste uitkomsten van lokale perinatale audits heeft als voordeel dat landelijke inzichten en trends in kaart kunnen worden gebracht. Het landelijke systeem kan eenvoudig, efficiënt en doelgericht worden ingericht door de verantwoordelijkheid (zowel organisatorisch als financieel) van lokale audits – op basis van vertrouwen – bij de lokale partijen te leggen.

Voor Perined rondom registratie:

4. Het koppelen van verschillende registratiesystemen – zowel binnen als buiten de geboortezorg – heeft als voordeel dat data sneller en structureler kan worden verzameld. Het samenbrengen van registers binnen één organisatie kan ook een efficiëntere werkwijze met zich meebrengen. Daarbij is het wel van belang dat er voldoende gespecialiseerde kennis beschikbaar is op het gebied van (geboorte)zorg om ontbrekende of onjuiste data te kunnen signaleren.
5. Onjuistheden en onvolkomenheden in de data kunnen vroegtijdig gesignaleerd en opgepakt worden door onderzoek binnen dezelfde organisatie plaats te laten vinden als het verzamelen van de data. Dit verhoogt de kwaliteit van de data.
6. Het verplichtstellen van data registratie door zorginstellingen verhoogt de volledigheid en kwaliteit van de data. Daarnaast kan de kwaliteit verder verbeterd worden door dit proces te automatiseren. Hierdoor krijgt men enerzijds de beschikking tot kwalitatief goede en volledige datasets en kunnen anderzijds de administratieve lasten voor het veld worden verminderd.

Bijlage V beschrijft het zorgsysteem in Noorwegen en welke observaties uit de casusanalyse tot deze lessen hebben geleid.



Bijlagen

- I. Plan van aanpak
- II. Geldstromen
- III. Deelnemers focusgroepen
- IV. Confounders
- V. Buitenlandanalyse

1.1 Onderbouwing aanpak

Er is al het nodige bekend over de effectiviteit en doelmatigheid van CPZ en Perined

Het doel van CPZ en Perined is om de perinatale en maternale sterfte terug te dringen. Het [rapport van de eerdere beleidsdoorlichting \(begrotingsartikel 2.1\)](#) laat zien dat activiteiten van het CPZ en Perined hebben bijgedragen aan een kwaliteitsverbetering in de zwangerschap- en geboortezorg en dat het beleid effectief is geweest

Registraties en onderzoeken door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en PRN laten zien dat:

- in 2011 tien regio's in Nederland nog geen VSV hadden en in 2015 in iedere regio minimaal één VSV bestond (IGZ, [Afsluitend onderzoek naar de invoering van de normen van 'Een goed begin'](#), 2016).
- de laatste jaren een licht positieve trend aanwezig was rondom de kwaliteit van de perinatale zorg (RIVM, [Zorgbalans 2014](#), 2014).
- tussen 2005 en 2014 de perinatale sterfte in Nederland daalde van 0,85 naar 0,74% ([Perined jaarboeken](#))

Definities

We hanteren de volgende definities conform [de regels voor periodiek evaluatieonderzoek](#):

- De effectiviteit – ook wel doeltreffendheid genoemd – is de mate waarin het gevoerde beleid heeft bijgedragen aan het halen van de algemene doelstelling.
- Bij de doelmatigheid moeten de kosten van het beleid worden afgewogen tegen het effect van het beleid (en de eventuele neveneffecten) en wordt de vraag beantwoord of met een andere beleidsmix hetzelfde effect tegen minder kosten had kunnen worden bereikt, of een groter effect tegen dezelfde kosten. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de uitvoeringskosten van het beleid.

Deze ontwikkelingen tonen aan dat er een positieve ontwikkeling is rondom perinatale sterfte. Hierbij zijn wel kanttekeningen te plaatsen:

- Allereerst stond Nederland ondanks een snelle daling – ook ten opzichte van andere Europese landen – op plaats 10 van landen in Europa met de laagste perinatale sterfte in 2015 (van de 21 OECD landen, waarvan 5 met missende sterftecijfers).
- Ten tweede zijn de aangetoonde effecten in de eerdere evaluatie voornamelijk indirect; zonder een aantoonbare causale link tussen de inspanningen van CPZ en Perined en de uitkomsten perinatale en maternale sterfte.

Onze visie is daarmee om in het plan van aanpak niet te richten op de generieke vraag of de beleidsdoelstelling bereikt is, maar juist op het volgende:

1. In welke mate hebben het CPZ en Perined bijgedragen aan de verbetering (de causaliteitsvraag)?
2. Doelmatigheid: had hetzelfde effect voor minder middelen bereikt kunnen worden, of met dezelfde middelen meer effect?
3. Wat kunnen we leren van het buitenland en met name van 'good practices', Europese landen die het beter doen dan Nederland, hoe richten zij hun geboortezorg keten in. Hoe wordt er invulling gegeven aan de rollen van het CPZ / Perined en hoe worden deze gefinancierd?
4. Hoe werkt het krachtenveld van de stakeholders in op de effectiviteit van CPZ en Perined?

Ons plan van aanpak is geordend rondom deze vier vragen. Op de volgende pagina's gaan we hier dieper op in.

1.2 Analytisch kader

1. Causaliteit en mate van effectiviteit

De causale relatie tussen de beleidsschakels (zie Figuur 1) moet in kaart worden gebracht. Hierbij sluiten we aan bij de beleidstheorie van Hoogerwerf (1989) in de [Handleiding Beleidsdoorlichtingen](#). Inzicht in aanwezige confounders die deze relatie beïnvloeden is daarbij van belang. Dit kunnen omgevingsfactoren zijn, generieke trends of beleid dat niet door CPZ en Perined geïmplementeerd is.

De input (middelen) centraal in deze evaluatie zijn de instellingssubsidies voor CPZ en Perined. De activiteiten, output, outcome en impact staan in de doelenboom (Bijlage F van de aanbestedingsdocumenten) beschreven. Dit is de basis voor het in kaart brengen van de schakels volgend op input (zie Figuur 1).

De doelenboom vertalen naar een diensten-/activiteitencatalogus en deze aanvullen met confounders is een belangrijke eerste stap om inzicht te krijgen wat al onderbouwd kan worden en waar in de volgende stappen van deze evaluatie de focus op moet liggen. We maken hiervoor gebruik van

documentenanalyse en een focusgroep met experts uit het veld.

Causaliteit is altijd lastig (volledig) aan te tonen in beleidsevaluaties. Onze aanpak is erop gericht dit zo goed mogelijk te benaderen. Een belangrijke methode om dit te bereiken is een triangulatie van methoden en bronnen, aangezien de kans dat er een causaal effect is groter is als verschillende bronnen de zelfde richting op wijzen. Daarom hanteren we de volgende methoden:

- Documentenanalyse (bijv. jaarrekeningen, jaarverslagen, maar ook effectstudies van bijvoorbeeld terugkoppeling van auditgegevens);
- Een survey en interviews met experts om input op te halen;
- Vergelijkende analyse met het buitenland;
- Het plaatsen van resultaten in de context: een krachtenveldanalyse;
- Focusgroepen om onze (concept) bevindingen te toetsen.

Figuur 1: Analytisch kader



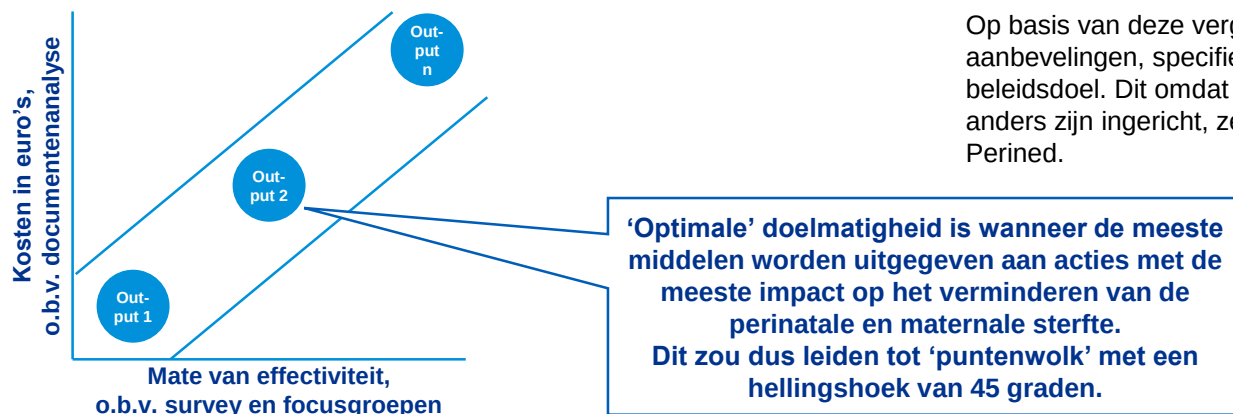
I.2 Analytisch kader

2. Doelmatigheid

Een doelmatigheidsanalyse evalueert of de gerealiseerde effecten van het beleid in verhouding staan tot de geleverde inspanning (uitvoering van activiteiten en gemaakte kosten). De vraag daarbij is of met een andere beleidsmix hetzelfde effect tegen minder kosten had kunnen worden bereikt, of een groter effect tegen dezelfde kosten.

Het is in deze evaluatie lastig om doelmatigheid in een exact cijfer uit te drukken, zoals een DALY of QALY, vanwege de veelheid aan factoren die een rol spelen bij het uiteindelijke impact. Een zeer kwantitatieve benadering van de doelmatigheidsvraag creëert daarmee een schijnnaauwkeurigheid. Daarom is ons voorstel om alle output (resultaten) te plotten langs twee assen: kosten in euro's gespendeerd aan output versus de effectiviteit. Om de kosten per output in kaart te brengen wordt gebruik gemaakt van de jaarverslagen en verantwoordingsdocumenten van CPZ en Perined. In de survey aan geïnterviewde vragen we om de mate van effectiviteit per output te scoren en zo creëren we een relatieve ranking.

Figuur 2: Doelmatigheid: weging van effecten en kosten



3. Lessen uit andere landen (good practices)

Ondanks de verbetering in perinatale sterfte in Nederland zijn er andere landen in Europa met een nog lagere perinatale en maternale sterfte. We kunnen leren van het zwangerschaps- en geboortebelief in die landen. Met deze informatie zijn betere aanbevelingen te doen voor verbetering van de inzet van de instellingssubsidies bij CPZ en Perined.

[OECD data](#) laat in 2015 de volgende top 5 zien van landen in Europa met de laagste perinatale sterfte: 1) Estland, 2) Slovenië, 3) Finland, 4) Tsjechië, 5) Portugal. De top 5 voor de laagste maternale sterfte is: 1) Estland, 2) Denemarken, 3) Luxemburg, 4) Noorwegen en 5) Zweden.

Uit ervaring weten we dat het slechts zinnig is om met andere landen te vergelijken indien: 1) ze beter presteren dan Nederland, 2) het zorgsysteem en/ of de specifieke functies die we onderzoeken ook aanwezig zijn in het zorgsysteem en 3) we toegang hebben tot experts die het stelsel goed kennen en we de OECD data van context kunnen voorzien. In ons plan van aanpak staat beschreven op welke wijze we tot een selectie van enkele goed presterende landen willen komen om te onderzoeken op welke wijze zij de functies van CPZ en Perined in hun systeem hebben belegd.

Op basis van deze vergelijking verzamelen we input voor de aanbevelingen, specifiek ook om te bezien of er alternatieven zijn voor het beleidsdoel. Dit omdat onze ervaring is dat verschillende zorgsystemen elk anders zijn ingericht, zeker bij tamelijk specifieke functies, zoals het CPZ en Perined.

I.2 Analytisch kader

4. Krachtenveldanalyse

Naast lessen uit het buitenland, biedt een krachtenveldanalyse ook aanknopingspunten voor verbetermogelijkheden hoe de instellingssubsidie voor CPZ en Perined het beste ingezet en structureel geëvalueerd kan worden. Uw vraag aan ons is dan ook om een krachtenveldanalyse te maken van de twee instellingen CPZ en Perined.

Een krachtenveldanalyse geeft inzicht in de positie van alle partijen in het speelveld en hun belang bij bepaalde uitkomsten. Per betrokken partij kan een actorenkaart worden gemaakt met daarin de volgende elementen opgenomen:

- Rol
- Belang
- Invloed
- Relatie
- Benadering
- Korte termijn actie

Op basis van onze kennis van het veld brengen we de spelers (zie Hoofdstuk 4) in kaart en maken we een eerste opzet voor de krachtenveldanalyse. Onderliggende vragen zijn onder andere de verwachting of de speler de inhoud van het instellingen steunt en het vertrouwen in de relatie met die speler (zie Hoofdstuk 4). Deze opzet toetsen we middels interviews met CPZ en Perined en een aantal focusgroepen met partijen uit het veld.

Deze analyse is met name nuttig om de aanbevelingen voor verbetering zo sterk mogelijk te maken en om de resultaten rondom de effectiviteit van CPZ en Perined in context te plaatsen. Daarom includeren we in onze analyse hoe het krachtenveld het werk van CPZ/Perined beïnvloedt en wat randvoorwaarden zijn voor CPZ/Perined om succesvol te zijn. Indien relevant nemen we in onze aanbevelingen ook opties op voor het beïnvloeden van het krachtenveld.

5. Aanbevelingen

De resultaten van alle vier de verdiepingsslagen (effectiviteits-, doelmatigheids-, good practice en krachtenveldanalyse) dienen als basis voor de concrete aanbevelingen die wij doen in de eindrapportage.

Deze aanbevelingen gaan – conform het offerteverzoek – over:

- Of en zo ja, hoe de subsidies gecontinueerd dienen te worden met mogelijke verbetermogelijkheden. Hierin worden alternatieven meegenomen hoe het beleidsdoel eveneens bereikt kan worden.
- Een advies over hoe een evaluatie op structurele wijze ingebed kan worden voor de twee instellingssubsidies.

Alleen goede inhoud is niet genoeg

Draagvlak voor de aanbevelingen is van belang. In onze aanpak hebben we in de methoden frequent contact met diverse betrokkenen. We organiseren tot slot een focusgroep met het krachtenveld om te toetsen of deze aanbevelingen haalbaar zijn en breed gedragen worden door het veld (i.r.t. krachtenveldanalyse).

Hierdoor hebben we inzicht in belangen en rollen van de diverse partijen en zijn we ook in staat deze met elkaar te verbinden waardoor overeenkomsten en verschillen duidelijk worden. Deze inzichten maken het mogelijk om in onze rol als onafhankelijk onderzoeker een passende koers te formuleren.

1.3 Overzicht plan van aanpak

Fase 0 Voorbereiding	Fase 1 Effectiviteitsanalyse / causaliteit	Fase 2 Doelmatigheidsanalyse	Fase 3 Buitenlandse good practice analyse	Fase 4 Krachtenveldanalyse	Fase 5 Aanbevelingen
Doel en methode Afhechten van uiteindelijke plan van aanpak, planning en afstemmingsmomenten gedurende project, door middel van een startbijeenkomst	Doel en methode Kwalitatief en kwantitatief onderbouwen welke inspanningen effectief zijn, d.m.v. documentenanalyse survey en focusgroepen	Doel en methode Onderbouwen door middel van weging welke inspanningen doelmatig zijn	Doel en methode Leren van beleid in goed presterende landen omtrent perinatale sterfte en maternale sterfte	Doel en methode Het in kaart brengen van het krachtenveld in relatie tot het beleid vanuit CPZ en Perined	Doel en methode Op basis van de resultaten uit fase 2 t/m 5 aanbevelingen doen voor verbetering
Activiteiten - Startbijeenkomst met de opdrachtgever (twee medewerkers van de directie curatieve zorg) - Vorbereiden van gegevensverzameling (documentanalyse plan, deelnemers en plannen sessies)	Activiteiten - Integrale analyse van externe (bijv. RIVM en IGZ) en interne (CPZ en Perined) documenten - Survey onder deelnemers focusgroep ter kwantitatieve onderbouwing van de output (resultaten) en de effecten - Focusgroep met experts om survey resultaten te duiden en verdiepen	Activiteiten - Wegen van effecten en kosten. - Valideren van resultaten in focusgroep met betrokken partijen	Activiteiten - Documentenanalyse hoe zij hun zwangerschaps- en geboortebelief hebben ingericht. - Semi-gestructureerde interviews met de landelijke experts betrokken bij het zwangerschap- en geboortebelief	Activiteiten - Opzetten krachtenveldanalyse - Groepsinterviews met betrokkenen bij CPZ en Perined om onze bevindingen te valideren en een krachtenveldanalyse te maken. - Impactanalyse	Activiteiten - Synthetiseren van aanbevelingen - Focusgroep met experts uit het veld om de aanbevelingen te valideren incl. krachtenveld - Schrijven van eindrapportage
Tussenproduct Definitief plan van aanpak en planning	Tussenproduct Diensten-/activiteitscatalogus (inclusief kosten en confounders)	Tussenproduct Onderbouwing van de doelmatigheid	Tussenproduct Casusbeschrijving met 'lessons learned' om mee te nemen voor de aanbevelingen	Tussenproduct Inzicht in het bestaande krachtenveld	Eindproduct Eindrapportage met aanbevelingen voor verbetering

I.4 Fase 0

Fase 0 Voorbereiding

Stap 1: Startbijeenkomst met de opdrachtgever

Tijdens een startbijeenkomst met de opdrachtgever (twee medewerkers van de directie curatieve zorg) stemmen we het definitieve plan van aanpak, de planning en afstemmingsmomenten gedurende het project af en worden openstaande punten ingevuld in samenspraak met de opdrachtgever. Deze punten worden onder stap 2 toegelicht.

Stap 2: Voorbereiden van gegevensverzameling

In samenspraak met de opdrachtgever stellen we een lijst met relevante documenten op. Documenten die in ieder geval worden geïncludeerd zijn:

- IGZ, [Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut](#), 2014
- IGZ, [Verloskundige samenwerkingsverbanden: acute zorg veiliger, preventie is blijven liggen](#), 2014
- IGZ, [Afsluitend onderzoek naar de invoering van de normen van 'Een goed begin'](#), 2016
- RIVM, [Zorgbalans 2014](#), 2014
- Subsidieverantwoordingen richting VWS en voortgangsrapportages van CPZ en Perined
- Jaarverslagen van CPZ en Perined (bijv. jaarboek PRN met cijfermateriaal rondom geboortezorg)

Op internet zoeken we naar additionele documenten, bijvoorbeeld via Pubmed (wetenschappelijke literatuur) en Google Scholar (grijze literatuur). We bezoeken ook de website van relevante partijen, zoals CPZ, Perined, ZorgInstituut Nederland, IGZ, RIVM, et cetera.

We stellen – gezamenlijk met de opdrachtgever – een lijst met experts op van betrokkenen bij het CPZ en Perined en experts uit het brede krachtenveld. Hierbij denken we aan koepelorganisaties van de branches en professionele partijen, zoals KNOV, NVOG, LHV en VVAH, NVK, NVA, BO geboortezorg, NVZ, NFU, ZN en de NPCF, maar ook hun professionele en organisatorische achterban, zoals gynaecologen, verloskundigen en betrokkenen bij de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's). Deze lijst dient als basis voor de interviews, survey en focusgroepen. Per onderdeel wordt gekeken welke partijen worden betrokken.

Alle afspraken worden na de startbijeenkomst met de opdrachtgever ingepland.

Tussenproduct fase 0

Aan het einde van fase 0 leveren we een definitief plan van aanpak op met daarin de planning, afstemmingsmomenten, lijst met documenten, lijst met deelnemers en data voor bijeenkomsten.

I.4 Fase 1

Fase 1 Effectiviteitsanalyse/ causaliteitanalyse

Stap 1: Integrale documentenanalyse

Voordat kan worden overgegaan naar het toetsen van de effectiviteit en doelmatigheid in een focusgroep zijn een aantal onderwerpen relevant om verder uit te zoeken:

1. Mogelijke confounders die de relatie tussen de inspanningen van CPZ en Perined en de landelijke trends in perinatale en maternale sterfte beïnvloeden.
2. Financiële investering van CPZ en Perined per output onderdeel en investeringen vanuit andere instellingen/organisaties per output onderdeel.

In deze stap duiken we dieper in deze vraagstukken door de lijst met documenten opgesteld in fase 0 te verzamelen en analyseren. Om confounders in kaart te brengen maken we een overzicht van andere activiteiten rondom kwaliteitsverbetering die gaande waren in de periode van de evaluatie. Zodoende kunnen de activiteiten/diensten verder worden aangevuld, met geldstromen in euro's en mogelijke confounders.

Stap 2: Survey aan deelnemers focusgroepen

Voorafgaand aan de focusgroep in stap 3 is een korte survey verstuurd aan alle experts (zie fase 0). De survey heeft als doel om de effecten van de diensten en activiteiten kwantitatief te toetsen: met andere woorden hoe groot de effecten zijn geweest van de bereikte output (resultaten) met de instellingssubsidies voor CPZ en Perined. De doelenboom dient als basis voor de survey en is uitgebreid op basis van interviews en documentanalyses.

Een voorbeeld vraag is: *“Heeft de nieuwe zorgstandaard geleid tot een hogere kwaliteit en veiligheid (Helemaal niet – niet – neutraal – wel – helemaal wel)?”*

Tevens vragen we deelnemers de verschillende outputs te rangschikken naar mate van effectiviteit.

De antwoorden op de survey dienen als startpunt voor de focusgroep in stap 3 van deze fase en als input voor de doelmatigheidsanalyse (de ranking van outputs naar effectiviteit in Fase 2).

Stap 3: Focusgroep met experts

Deelnemers aan deze focusgroep zijn betrokkenen uit het veld die de effecten en ontwikkelingen in het veld goed kunnen overzien, zoals gynaecologen, verloskundigen en betrokkenen bij de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's), maar ook afgevaardigden via branche- en beroeps/ patiëntenorganisaties. De definitieve selectie wordt gemaakt in fase 0 samen met opdrachtgever.

De diensten-/activiteitscatalogus en survey dienen als basis voor de gespreksleidraad voor de focusgroepen. Specifiek gaan we in tijdens de focusgroep in op de vraag van mogelijk confounders en de relatieve effectiviteit van de verschillende outputs. Tijdens een 2-uur durende focusgroep met experts wordt gereflecteerd op de antwoorden op de survey. De belangrijkste resultaten uit de focusgroepen vatten we samen en worden via de mail gevalideerd bij de deelnemers.

Tussenproduct fase 1

Aan het einde van fase 1 leveren we een diensten-/activiteitscatalogus op basis van de doelenboom op, met daarin de effecten, de mogelijke confounders en de kosten per output.

I.4 Fase 2 en 3

Fase 2 Doelmatigheidsanalyse

Stap 1: Wegen van effecten en kosten

Op basis van de documentenanalyse, survey en focusgroepen worden alle output-onderdelen gerangschikt op kosten en op effecten (zie Figuur 2 op pagina 8). De kosten worden gerangschikt op basis van het aantal euro's. De effecten op basis van een 5-puntsschaal: *Helemaal niet – niet – neutraal – wel – helemaal wel*. De positie langs de assen kosten en mate van effectiviteit duiden we ook kwalitatief.

Stap 2: Valideren van resultaten in focusgroep met partijen

Met alle betrokkenen in het veld wordt een focusgroep gehouden om de resultaten uit fase 1 en 2 te valideren. De diensten-/activiteitencatalogus en weging van effecten en kosten (stap 1 van deze fase) dienen als startpunt voor dit gesprek.

Alle betrokkenen uit het veld (Bijlage 2) worden voor deze 3-uur durende focusgroep uitgenodigd. De betrokken partijen zijn in ieder geval: KNOV, NVOG, LHV en VVAH, NVK, NVA, BO geboortezorg, NVZ, NFU, ZN en de NPCF. De definitieve selectie wordt gemaakt in fase 0 samen met opdrachtgever.

Tussenproduct fase 2

Aan het einde van fase 2 leveren we een onderbouwing op van de doelmatigheid van de instellingssubsidie voor CPZ en Perined. Hierbij worden ook knelpunten benoemd. Oplossingen voor deze knelpunten om zodoende te (blijven) verbeteren, kunnen ook komen uit het buitenland (Fase 3).

Fase 3 Buitenlandse good practice analyse

Stap 1: Documentenanalyse

We brengen op hoofdlijnen het zorgstelsel van de 3 goed presterende OECD landen in kaart o.b.v. documentstudie. Vervolgens benaderen we per mail / telefoon auteurs van vergelijkende (OECD) studies naar perinatale en maternale sterfte voor een korte duiding per land en specifiek of en zo ja op welke wijze de CPZ en Perined functie is ingericht. Ook benaderen we KPMG zorgpraktijken in de verschillende landen. Op deze wijze ontstaat een beeld van de organisatie van de 'CPZ en Perined functie' per land en ook of we toegang hebben tot experts in het betreffende land. We structureren deze eerste inzichten en relateren deze aan de Nederlandse situatie. Op basis daarvan selecteren we in samenspraak met de opdrachtgever 1 à 2 landen voor verdiepende interviews.

Stap 2: Semi-gestructureerde interviews

Op basis van de resultaten in Nederland en de documentenanalyse in stap 1 van fase 3, wordt in deze stap een semi-gestructureerd interview gehouden met enkele experts per land. Het doel is om meer inzicht te krijgen in de effectieve en doelmatige onderdelen van hun 'CPZ en Perined functie'. Mogelijke vragen zijn daarom:

- Op welke wijze wordt samenwerking tussen zorgaanbieders gestimuleerd? Vinden er audits plaats? Hoe ziet de PDCA cyclus eruit?
- Hoe worden de inspanningen om dit te bereiken gefinancierd?

Tussenproduct fase 3

Aan het einde van fase 3 leveren we een casusbeschrijving op van de onderzochte landen met '*lessons learned*'. Hierin wordt een feitelijke beschrijving gegeven van hun beleid, maar ook welke onderdelen het effectiefst en doelmatigst zijn en hoe zij dit financieren. Dit vormt tevens input voor de aanbevelingen.

I.4 Fase 4

Fase 4 Krachtenveldanalyse

Stap 1: Opzetten krachtenveldanalyse

Het krachtenveld wordt op basis van alle bestaande kennis in kaart gebracht (zie Hoofdstuk 4, waarbij alle genoemde partijen uit fase 0 in scope zijn). Een uitwerking van dit krachtenveld sturen we ter voorbereiding aan de personen die worden geïnterviewd in stap 2 van de krachtenveldanalyse.

Stap 2: Groepsinterviews met betrokkenen bij CPZ en Perined

In fase 1 is ook gesproken met betrokkenen van CPZ en Perined. Het doel was om de doelenboom aan te vullen. De groepsinterviews hebben tot doel:

1. Om de resultaten uit fase 1 en 2 te valideren (effectiviteits- en doelmatigheidsanalyse)
2. Om het krachtenveld opgesteld in stap 1 van deze fase te valideren.

We streven er naar twee groepsinterviews uit te voeren, met medewerkers van CPZ en Perined (bijv. de bestuurder en secretaris van beide organisaties). De belangrijkste resultaten uit de groepsinterviews vatten we samen en worden via de mail gevalideerd bij de geïnterviewden.

Stap 3: Impactanalyse

Op basis van stap 1 en 2 in deze fase wordt een impact analyse gemaakt van het gedrag van de betrokken partijen op de effectiviteit van het CPZ en Perined. Waar mogelijk wordt ook richting de toekomst gekeken en beschreven of het beschreven gedrag en opvattingen van betrokkenen waarschijnlijk hetzelfde blijft en/ of onder welke voorwaarden zij zich anders zouden opstellen.

Tussenproduct fase 4

Aan het einde van fase 4 leveren we een uitwerking van de krachtenveldanalyse op. Hierin zijn alle betrokken partijen (zie fase 0) opgenomen met daarbij hun rol, belang, relatie, invloed op de effectiviteit, relatie en vermoedelijke toekomstige opstelling.

1.4 Fase 5

Fase 5: Aanbevelingen

Stap 1: Synthetiseren van aanbevelingen

In deze stap brengen we alle resultaten uit fase 1 t/m 4 samen om tot een set aan aanbevelingen te komen. Deze aanbevelingen zijn gericht op verbetering: of en hoe de subsidie voortgezet moet worden en hoe de inzet van de subsidie in de toekomst het beste geëvalueerd kan worden.

Ook worden aanbevelingen gedaan hoe het krachtenveld een bijdrage kan leveren aan het bereiken van de doelen.

Stap 2: Focusgroep met alle betrokken partijen

In fase 2 is ook gesproken met alle betrokkenen in het veld. Het doel van die focusgroep was om de aangevulde doelenboom te valideren. In deze fase doen we een 2^e focusgroep. Deze 3-uur durende focusgroep heeft tot doel om de aanbevelingen door ons geformuleerd op basis van de resultaten te bespreken. Hierbij toetsen we of de aanbevelingen haalbaar zijn en draagvlak ontvangen vanuit de praktijk. Ook kunnen randvoorwaarden worden opgesteld die nodig zijn bij de uitvoering van de aanbevelingen.

Stap 3: Schrijven van eindrapportage

Alle bevindingen worden gerapporteerd in een eindrapportage. Daarbij rapporteren we kwantitatieve resultaten waar mogelijk in tabellen en/ of figuren. De fasen opgenomen in dit plan van aanpak bieden ook de structuur voor de eindrapportage. Een voorstel voor de inhoudsopgave is te vinden in het blauwe blok op deze pagina. We gaan hierbij uit van de vraagstelling en de schakels in de beleidseffectketen (Figuur 1, p.7).

Eindproduct fase 5

Aan het einde van fase 5 leveren we een conceptrapportage op die na bespreking met de opdrachtgever wordt gefinaliseerd. We stellen een kernachtig rapport voor waar we starten vanuit het advies en dat vervolgens stapsgewijs onderbouwen op basis van het analytisch kader.

Voorstel inhoudsopgave voor eindrapportage

1. Aanleiding en scope evaluatie
2. Advies structurele inbedding
 - Toekomstige subsidiëring
 - Concrete aanbevelingen voor verbetering
3. Onderbouwing advies
 - Terugblik: Beleidsinstrumenten
 - Effecten van beleid (incl. causaliteit)
 - Doelmatigheid van beleid
 - Krachtenveldanalyse
 - Verbetermogelijkheden (incl. good practices)
4. Bijlagen
 - Methoden

II.1 Geldstroom per activiteit van het CPZ, bekostigd vanuit de instellingssubsidie verstrekt door het Ministerie van VWS

#	Activiteit	2011 (x1.000€)	2012 (x1.000€)	2013 (x1.000€)	2014 (x1.000€)	2015 (x1.000€)	2016 (x1.000€)	Totaal 2011-2016 (x1.000€)	% van het totaal
I	Paraplu-activiteit: Visieontwikkeling, verbinden en regievoeren	€ 322	€ 322	€ 527	€ 497	€ 530	€ 753	€ 2.951	50%
II	Preventie	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 36	€ 43	€ 79	1%
III	Ontwikkeling kwaliteitskader	€ 46	€ 46	€ 0	€ 326	€ 203	€ 49	€ 670	11%
IV	Ondersteuning van de VSV's	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 155	€ 907	€ 1.062	18%
V	Kennisdeling	€ 0	€ 0	€ 66	€ 57	€ 70	€ 88	€ 281	5%
VI	Ondersteuning van integrale bekostiging	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 907	€ 907	15%
	Totaal	€ 368	€ 368	€ 593	€ 880	€ 994	€ 2.747	€ 5.950	100%

II.1 De belangrijkste aannames om te komen tot de gepresenteerde verdeling van de instellingssubsidie over de activiteiten van het CPZ

Algemene nuances

De belangrijkste nuances die duiding bieden aan de verdeling van de geldstromen over de activiteiten en die worden meegenomen in het rapport, zijn:

- De omvang van de instellingssubsidie is de afgelopen jaren toegenomen. De financiële middelen waren in de eerste operationele jaren van het CPZ beperkt. Dit heeft mogelijk de effectiviteit per activiteit door de jaren heen beïnvloed;
- De paraplu-activiteit van het CPZ heeft een positieve impact gehad op de effectiviteit van de overige activiteiten. Deze impact is niet direct zichtbaar in de cijfers.

Algemene aannames

De belangrijkste aannames die ten grondslag liggen aan de verdeling van de geldstromen, zijn:

- De stromen zijn vastgesteld op basis van de jaarverslagen van het CPZ, vaststellingsbrieven en verantwoordingsdocumenten.
- Het overzicht is opgesteld op basis van de aan ons beschikbaar gestelde documentatie.
- Voor de paraplu-activiteit geldt dat de kosten onder andere bestaan uit de kosten voor de voortgang van het CPZ, waaronder kosten voor het bestuur, personeel en administratie vallen.
- Uitgaven aan de activiteit ontwikkeling kwaliteitskader, zijn gecorrigeerd voor de ontvangen (aanvullende) financiering vanuit ZonMw voor het ontwikkelen van de PIL.
- Voor alle stromen geldt dat deze zijn opgesteld op basis van kwalitatieve beschrijvingen van de gerealiseerde output in combinatie met de omschrijving per activiteit.
- De verdeling van de stromen is ter validatie voorgelegd aan het CPZ

Aannames per activiteit

- I. Gerealiseerde bedragen voor de **Paraplu-activiteit: Visieontwikkeling, verbinden en regievoeren** bestaan uit de kosten die zijn gemaakt voor de voortgang van het CPZ. Deze bestaan bijvoorbeeld uit de kosten voor het bestuur, personeel en administratie.
- II. Gerealiseerde bedragen voor de activiteit **Preventie** bestaan uit een combinatie van kosten die direct herleidbaar zijn tot 'preventie/preconceptiezorg'.
- III. Gerealiseerde bedragen voor de activiteit **Ontwikkeling kwaliteitskader** bestaan voornamelijk uit de kosten die herleidbaar zijn tot de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen, kwaliteitskaders en de VIL. Kosten die zijn gemaakt rondom de ontwikkeling van de PIL zijn hierin niet meegenomen, hiervoor was een aanvullende financiering vanuit ZonMw beschikbaar gesteld.
- IV. Gerealiseerde bedragen voor de activiteit **Ondersteuning van de VSV's** bestaan uit de kosten die herleidbaar zijn tot het coördineren, ondersteunen en stimuleren van regionale samenwerkingsverbanden (inclusief een deel van de ontvangen aanvullende subsidie in 2016).
- V. Gerealiseerde bedragen voor de activiteit **Kennisdeling** bestaan uit de kosten die herleidbaar zijn tot het ontwikkelen en onderhouden van de websites, het verspreiden van de nieuwsbrief en het organiseren van het CPZ-jaarcongres.
- VI. Gerealiseerde bedragen voor de activiteit **Ondersteuning van integrale bekostiging** zijn de kosten die herleidbaar zijn tot de Taskforce (inclusief een deel van de ontvangen aanvullende subsidie in 2016).

II.2 Geldstroom per dienst van PRN, PAN en Perined, bekostigd vanuit de instellingssubsidie verstrekt door het Ministerie van VWS

#	Org.	Diensten	2010 (x1.000€)	2011 (x1.000€)	2012 (x1.000€)	2013 (x1.000€)	2014 (x1.000€)	2015 (x1.000€)	2016 (x1.000€)
1	Perined	Audit	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 21	€ 131	€ 377
		Registratie	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 21	€ 131	€ 377
		Ondersteuning van de kwaliteitscyclus	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 21	€ 131	€ 428
		Ondersteuning van ICT	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 21	€ 131	€ 657
2	PAN	Audit	€ 737	€ 753	€ 762	€ 763	€ 737	€ 767	€ 0
		Registratie	€ 79	€ 88	€ 71	€ 79	€ 66	€ 62	€ 0
		Ondersteuning van de kwaliteitscyclus	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
		Ondersteuning van ICT	€ 79	€ 88	€ 71	€ 79	€ 66	€ 62	€ 0
3	PRN	Audit	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
		Registratie	€ 441	€ 456	€ 537	€ 684	€ 557	€ 556	€ 0
		Ondersteuning van de kwaliteitscyclus	€ 20	€ 50	€ 71	€ 121	€ 85	€ 90	€ 0
		Ondersteuning van ICT	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0

II.2 Geldstroom per dienst van PRN, PAN en Perined, bekostigd vanuit de instellingssubsidie verstrekt door het Ministerie van VWS

	Diensten	2010 (x1.000€)	2011 (x1.000€)	2012 (x1.000€)	2013 (x1.000€)	2014 (x1.000€)	2015 (x1.000€)	2016 (x1.000€)	Totaal (x1.000€)*	% van totaal
Totaal per dienst	Audit	€ 737	€ 753	€ 762	€ 763	€ 758	€ 897	€ 377	€ 5.048	44%
	Registratie	€ 520	€ 544	€ 608	€ 763	€ 645	€ 749	€ 377	€ 4.207	36%
	Ondersteuning van de kwaliteitscyclus	€ 20	€ 50	€ 71	€ 121	€ 106	€ 221	€ 428	€ 1.017	9%
	Ondersteuning van ICT	€ 79	€ 88	€ 71	€ 79	€ 88	€ 193	€ 657	€ 1.255	11%
Totaal per jaar*		€ 1.356	€ 1.436	€ 1.513	€ 1.726	€ 1.597	€ 2.061	€ 1.838	€ 11.527	

* Totaal kan afwijken van optelsom in verband met afronden

II.2 De belangrijkste aannames die ten grondslag liggen van de gepresenteerde verdeling van gerealiseerde kosten

Algemene aannames

De belangrijkste aannames die ten grondslag liggen aan de verdeling van de geldstromen, zijn:

- De stromen zijn vastgesteld op basis van de subsidievestigingen van PAN en PRN (2010-2015) en Perined (2014-2016) en zijn gefinancierd vanuit de instellingssubsidie;
- Alle stromen zijn opgesteld op basis van kwalitatieve beschrijvingen van de gerealiseerde output in combinatie met de omschrijving per dienst;
- Wanneer er sprake is van andere baten naast de instellingssubsidies (zoals bijvoorbeeld eigen bijdragen), dan worden deze afgetrokken van het totaal gerealiseerde bedrag voor de dienst waar zij invloed op uitoefenen. Op deze manier worden alleen de kosten meegenomen die zijn bekostigd door de instellingssubsidies; en
- Bedragen die niet direct herleidbaar zijn tot een specifieke dienst, maar die wel worden bekostigd vanuit de instellingssubsidie, zijn evenredig verdeeld over de verschillende diensten. Dit geldt bijvoorbeeld voor de fusie- en innovatiekosten van Perined in de jaren 2014 en 2015.
- De verdeling van de geldstromen is ter validatie voorgelegd aan Perined.

Aannames per dienst

1. Kosten voor **Audit** bestaan voornamelijk uit kosten voor de coördinatie van audit activiteiten, de ondersteuning van lokale audits en kosten rondom het organiseren van landelijke thematische audits door het PAN. Ook een evenredige verdeling van de kosten voor fusie-, innovatie- en de reguliere activiteiten van Perined maken deel uit van de gerealiseerde kosten.
2. Kosten voor **Registratie** bestaan voornamelijk uit kosten voor de categorie 'Gebruik' (waaronder bijvoorbeeld het leveren van spiegelinformatie valt) en 75% van de categorie 'Technisch Beheer en Ontwikkeling' (waaronder bijvoorbeeld technisch beheer van de landelijke databank valt), beide onderdeel van de activiteiten van het PRN. Ook een evenredige verdeling van de kosten voor fusie-, innovatie- en de reguliere activiteiten van Perined maken deel uit van de gerealiseerde kosten.
3. Kosten voor **Ondersteuning van de kwaliteitscyclus** bestaan uit 25% van de categorie 'Technisch Beheer en Ontwikkeling' (waaronder bijvoorbeeld koppeling van verschillende bestanden valt), als onderdeel van de activiteiten van het PRN. Ook een evenredige verdeling van de kosten voor de reguliere activiteiten van Perined en een evenredige verdeling van de kosten voor fusie-, innovatie- en de reguliere activiteiten van Perined maken deel uit van de gerealiseerde kosten.
4. Kosten voor **Ondersteuning van ICT** bestaan uit de specifiek door VWS extra aan Perined toegekende bedragen voor 'PWD' (en 'Eenheid van Taal'). Ook een evenredige verdeling van de kosten voor fusie-, innovatie- en de reguliere activiteiten van Perined maken deel uit van de gerealiseerde kosten.

III.1 Deelnemers focusgroepen en genodigden survey

	Uitgenodigd voor survey	Aanwezig bij focusgroep 1	Aanwezig bij focusgroep 2	Aanwezig bij focusgroep 3	Toelichting
Patiëntenfederatie Nederland	Anne Mooij	Anne Mooij	Anne Mooij	Anne Mooij	
ZN	Sjoerd Terpstra	Sjoerd Terpstra	X	X	
KNOV	Willem-Jan Lieve en Stella Salden	X	X	Willem-Jan Lieve	Telefonisch gesproken met Stella Salden i.v.m. niet kunnen vinden van afvaardiging
NVZ	Lilianne van der Velde	X	X	X	Telefonisch gesproken met Marenne Terlingen i.v.m. te grote tijdsinvestering
NFU	Birgit Meulenbroek	X	X	X	Laten zich vertegenwoordigen door NVZ
NVOG	Guid Oei en Veronique van Dooren (plus twee leden)	Guid Oei	Veronique van Dooren	Guid Oei	
NVK	Willem de Vries	X	X	Willem de Vries	
Bo Geboortezorg	Corina Munts	X	Corina Munts	Corina Munts	
Kenniscentrum kraamzorg	Marie-Pauline van der Ven – de Vries	X	X	X	Laten zich vertegenwoordigen door Bo geboortezorg
RIVM	Peter Achterberg en Jeroen Struijs	X	X	Peter Achterberg	
ZonMw	Marieke Hendriks-Breden en Milly Vesters	X	Marieke Hendriks-Breden	Marieke Hendriks-Breden	
NZa	Britt Huijbregts en Richard Heijink	Britt Huijbregts en Richard Heijink	Richard Heijink	Britt Huijbregts	

IV.1 Bronnen confounders

Kenmerken moeder

- I. **Leeftijd moeder:** CBS Statline, [Geboorte: kerncijfers – gemiddelde leeftijd van de moeder](#). Geraadpleegd op 12-02-2018
- II. **Afkomst moeder:** CBS Statline, [Geboorte: kerncijfers – levend geborten kinderen](#). Geraadpleegd op 12-02-2018
- III. **Rookgedrag moeder:** TNO, [Roken tijdens de zwangerschap: Percentages over de periode 2001-2015 \(2015\)](#). Geraadpleegd op 12-02-2018
- IV. **Chronische aandoeningen:** CBS Statline, [Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken – langdurige aandoeningen](#) Geraadpleegd op 12-02-2018 & CBS Statline, [Lengte en gewicht van personen, ondergewicht en overgewicht – Ernstig overgewicht](#). Geraadpleegd op 12-02-2018
- V. **Verschillen in opleidingsniveau:** CBS Statline, [Sociale Monitor, welvaart en welzijn in de Nederlandse samenleving – Personen met opleidingsniveau HBO of WO](#). Geraadpleegd op 12-02-2018

Kenmerken zwangerschap

- VI. **Aantal meerlingen:** CBS Statline, [Geboorte: kerncijfers – geboorte één- en meerlingen](#). Geraadpleegd op 12-02-2018
- VII. **Big 4 aandoeningen:** Volksgezondheidszorg.info, [Vroeggeboorte en laag geboortegewicht](#). Geraadpleegd op 12-02-2018

Demografische ontwikkelingen

- VIII. **Sociaal Economische Status (SES):** SCP, [Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010 \(2012\)](#). Geraadpleegd op 12-02-2018

V.1 Organisatie van de geboortezorg in Noorwegen

De perinatale sterfte in Noorwegen is sterk gedaald en ligt lager dan in Nederland

Op basis van cijfers van het OECD kan een vergelijking worden gemaakt tussen de perinatale sterftecijfers in Nederland en Noorwegen. In 2015 was het perinatale sterftecijfer in Noorwegen 4,1 op de 1.000 geboren. In Nederland was dit aantal 4,6. Het gaat hierbij om cijfers over perinatale sterfte in de eerste week na de geboorte, na een zwangerschap van ten minste 28 weken¹. Ruim 30 jaar geleden was het perinatale sterftecijfer in Noorwegen nog 12 op de 1.000¹. Het perinatale sterftecijfer in Noorwegen is inmiddels zo ver gedaald, dat er geen sterke additionele daling meer wordt verwacht². De maternale morbiditeitscijfers zijn minder eenvoudig te vergelijken tussen Nederland en Noorwegen. De onderzoeken die er zijn laten zien dat de verschillen tussen de Nederlandse en Noorse situatie beperkt zijn^{3,4}.

Geboortezorg in Noorwegen is decentraal belegd en wordt aangestuurd en gefinancierd door het Ministerie

De verantwoordelijkheid rondom de geboortezorg in Noorwegen is belegd bij de 422 Noorse gemeenten. Het Ministerie van Volksgezondheid en Zorg geeft de kaders waarbinnen gewerkt kan worden door middel van wetgeving en subsidiering van de gemeenten.

Binnen de gemeenten vertolken de verloskundigen een coördinerende taak en zij begeleiden, gezamenlijk met de huisartsen, het grootste deel van de zwangerschappen. Het staat de zwangere volledig vrij te bepalen door wie zij begeleid wil worden. Thuisbevallingen komen niet of nauwelijks voor in Noorwegen. De ziekenhuizen vallen vrijwel allemaal onder één van de vier regionale gezondheidsorganisaties (*Regional Health Authorities; RHA*), welke direct worden aangestuurd door het Ministerie⁵. Via de RHA's wordt het budget toegekend aan ziekenhuizen. Hieruit ontvangen onder andere de verloskundigen en gynaecologen een vast salaris. Vrijwel alle zorginstellingen en ziekenhuizen worden publiek gefinancierd.

Noorwegen beschikt niet over een eenduidige 'CPZ-functie'

In Noorwegen bestaat er geen directe noodzaak om de landelijke partijen in de geboortezorg samen te brengen en te verbinden (één van de activiteiten van het CPZ). Zorgaanbieders werken goed samen⁹. 'The Norwegian Directorate of Health' is onder andere verantwoordelijk voor het ontwikkelen van landelijke richtlijnen in de geboortezorg. Dit gebeurt op basis van beschikbare literatuur en een breed gedragen en transparante systematische methode. In het proces worden alle belanghebbenden in staat gesteld om input te leveren. Specialistische zorgrichtlijnen stellen de zorgprofessionals zelf op. Slechts wanneer zorgprofessionals er onderling niet uitkomen, gebruikt het directoraat haar doorzettingsmacht⁹. Andere CPZ activiteiten, zoals preventie, vallen onder de verantwoordelijkheid van de RHA's of de gemeenten.

Audit en registratie wordt los van elkaar uitgevoerd, verantwoordelijkheden liggen met name bij de ziekenhuizen

De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van perinatale audits ligt bij de ziekenhuizen en is onderdeel van het werk van zorgprofessionals. Perinatale sterfgevallen die als (mogelijk) te voorkomen worden aangemerkt, worden gerapporteerd aan het regionale audit comité. De volledigheid van deze rapportage is toevertrouwd aan de ziekenhuizen. Het regionale audit comité analyseert de casussen en rapporteert risicofactoren en bijzonderheden aan de regionale en nationale zorgautoriteiten. De registratie van perinatale- en maternale gezondheidscijfers is in handen van het 'Medical Birth Registry' (MBR). Het MBR is onderdeel van het 'Institute of Public Health' en valt daarmee direct onder het Ministerie. Alle ziekenhuizen zijn verplicht om gegevens rondom geboorte en perinatale sterfte via een automatisch systeem aan te leveren aan het MBR. Het MBR deed voorheen veelvuldig onderzoek op de geregistreerde data. Tegenwoordig ligt de focus op het verwerken van data, voorbereiden van databestanden voor onderzoekers, statistische analyses en maken van benchmarks op instellingsniveau. Daarnaast zet het MBR sterk in op kennisdeling.

V.2 Observaties buitenlandanalyse Noorwegen

Op basis van de interviews en literatuurstudie hebben we zes observaties gedaan waaruit mogelijke lessen voor het Nederlandse systeem kunnen worden getrokken (zie blauwe kaders). In deze bijlage worden deze observaties per categorie nader toegelicht en onderbouwd.

A. Observaties ten aanzien van de 'CPZ-functie' in Noorwegen met betrekking tot het ontwikkelen van richtlijnen en kwaliteitskaders

1. Het directoraat combineert haar eigen expertise en een gedegen literatuurstudie met ervaringen uit het veld. De richtlijnen worden via een transparante methode ontwikkeld en alle stakeholders hebben de mogelijkheid om input te leveren. Dit vergroot de kwaliteit van de richtlijnen en het draagvlak.
2. Het proces van scoping en prioritering van projecten is transparant en gebeurt op basis van de best beschikbare informatie. Op die manier gaat het directoraat om met een gebrek aan capaciteit.
3. Richtlijnen voor specialistische geboortezorg worden opgesteld door het veld. Het directoraat speelt slechts een rol wanneer partijen er onderling niet uitkomen.

B. Observaties ten aanzien van de 'Perined-functie' in Noorwegen met betrekking tot de uitvoer van perinatale audits

4. Perinatale audits worden op ziekenhuisniveau uitgevoerd en regionaal verzameld op basis van vertrouwen. De voornaamste inzichten en risico's worden jaarlijks gerapporteerd aan regionale en nationale autoriteiten.

C. Observaties ten aanzien van de 'Perined-functie' in Noorwegen met betrekking tot de registratie van perinatale gegevens

5. Ziekenhuizen zijn verplicht om gegevens rondom de geboorte te rapporteren. Gegevens worden automatisch en centraal verzameld door deskundige zorgprofessionals die de kwaliteit van de data vaststellen en terugkoppelen aan ziekenhuizen.
6. BMR faciliteert kennisdeling en benchmarking. Door bezuinigingen wordt er niet langer zelfstandig onderzoek uitgevoerd. Dit heeft een negatieve invloed op de datakwaliteit.

1. Het directoraat combineert haar eigen expertise en een gedegen literatuurstudie met ervaringen uit het veld. De richtlijnen worden via een transparante methode ontwikkeld en alle stakeholders hebben de mogelijkheid om input te leveren.

Het ontwikkelen van richtlijnen door 'the Norwegian Directorate of Health' gebeurt op transparante en gestructureerde wijze. Kennis vanuit het directoraat en het veld en de beschikbare literatuur staan hierbij centraal.

Suggesties voor projecten en onderwerpen worden aangeleverd door zorgprofessionals, patiëntorganisaties, het Ministerie en directoraat en onafhankelijke experts. Na prioritering van deze onderwerpen – zie observatie 2 – gaat een formeel ontwikkelproces van start. Hierin wordt een eerste aanzet voor de richtlijnen gevormd op basis van de best beschikbare literatuur en de kennis en ervaring vanuit het directoraat. Vervolgens worden vertegenwoordigers uit het veld via de vier gezondheidsregio's uitgenodigd om deel te nemen in een multidisciplinaire werkgroep. Deze werkgroepen bestaan over het algemeen uit 8 tot 20 deelnemers uit het veld, het directoraat en onafhankelijke experts. De geïnterviewden gaven aan dat er niet of nauwelijks onenigheid is binnen deze werkgroepen⁷. De inrichting van het Noorse zorgstelsel en het feit dat de richtlijnen zijn gebaseerd op de best beschikbare literatuur vormen hier mogelijk een verklaring voor⁷.

Publieke consultatie vindt plaats als de richtlijnen in concept zijn vastgesteld. Gedurende 3 maanden staat het iedereen vrij om aanvullende input te leveren op de richtlijnen. Het directoraat stelt de definitieve richtlijnen vast en ontwikkelt een implementatieplan. Daarnaast bepaalt zij de kwaliteit van de richtlijnen en de gebruikte literatuur middels het GRADE systeem. Wanneer er weinig literatuur beschikbaar is, kan dit invloed hebben op de mate waarin het directoraat het gebruik van de richtlijnen aanbeveelt. Volgens de betrokkenen draagt de procesinrichting en de rolverdeling binnen het veld bij aan een goede kwaliteit van richtlijnen en een grote mate van draagvlak onder stakeholders⁷.

V.3 A. De 'GPZ-functie': Ontwikkelen van richtlijnen en kwaliteitskaders

2. Het proces van scoping en prioritering van projecten is transparant en gebeurt op basis van de best beschikbare informatie. Op die manier gaat het directoraat om met een gebrek aan capaciteit.

Het ontwikkelen van kwaliteitskaders binnen de Noorse geboortezorg valt binnen het directoraat onder het departement voor ziekenhuisdiensten ('Department of Hospital Services'). Binnen dit departement zijn twee tot drie professionals verantwoordelijk voor het ontwikkelen van organisatorische richtlijnen rondom ziekenhuisdiensten. Uit de interviews kwam naar voren dat er vrijwel altijd sprake is van een gebrek aan capaciteit rondom het ontwikkelen van richtlijnen⁷.

Sinds een aantal jaar beschikt het directoraat over een 'Guideline Board'. Deze raad komt elke zes tot zeven weken bij elkaar en bepaalt welke projecten worden gestart, welke scope wordt gehanteerd en welke projecten klaar zijn voor publieke consultatie. De scope en prioriteit worden onder andere bepaald op basis van urgentie, beschikbare literatuur en financiële middelen. Uit de gesprekken is gebleken dat met de komst van deze raad, het selecteren van onderwerpen verder is gestructureerd en verbeterd⁷.

3. Richtlijnen voor specialistische geboortezorg worden opgesteld door het veld. Het directoraat speelt slechts een rol wanneer partijen er onderling niet uitkomen.

De verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van specialistische zorgrichtlijnen ligt bij de zorgprofessionals. Uit de interviews bleek dat hierbij veel overeenstemming bestaat omtrent de inhoud van deze richtlijnen. De inrichting van het Noorse zorgstelsel in vier RHA's, waardoor financiële prikkels zijn uitgesloten, draagt hier mogelijk aan bij⁷. Daarnaast vindt 99,5% van alle bevallingen in Noorwegen plaats in het ziekenhuis⁶. Dit maakt dat samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders gemakkelijk verloopt. In het ziekenhuis begeleiden de verloskundigen de meeste zwangerschappen. Een zwangerschap wordt alleen overgedragen in het geval van complicaties aan de daarvoor verantwoordelijke professional.

Deze nauwe samenwerking vergroot het wederzijds begrip tussen zorgprofessionals en versimpelt het ontwikkelen van specialistische zorgrichtlijnen⁷. Wanneer er toch onenigheid bestaat, interenieert het directoraat. Zij heeft doorzettingsmacht en baseert zich op de best beschikbare informatie. Hierbij is expliciet aangegeven dat men zich niet laat leiden door ervaringen van zorgprofessionals, wanneer deze niet worden bevestigd door de literatuur⁷.

V.4 B. De 'Perined-functie': Audit en registratie

4. Perinatale audits worden op ziekenhuisniveau uitgevoerd en regionaal verzameld op basis van vertrouwen. De voornaamste inzichten en risico's worden jaarlijks gerapporteerd aan regionale en nationale autoriteiten.

Perinatale audits in Noorwegen vinden plaats in ziekenhuizen en worden uitgevoerd door multidisciplinaire teams⁸. De ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Het uitvoeren van audits draagt hier aan bij. Voor de zorgprofessionals vormt deelname aan deze audits onderdeel van hun algemene werkzaamheden. Per perinataal sterfgeval wordt beoordeeld of deze mogelijk te voorkomen was. De volledigheid van deze rapportage aan de vier regionale audit comités is toevertrouwd aan de ziekenhuizen. Het comité analyseert de aangeleverde casussen en rapporteert mogelijke risicofactoren en overige observaties aan het regionale zorg directoraat⁸.

Het comité in Zuidoost Noorwegen bestaat uit 13 zorgprofessionals, waaronder verloskundigen, gynaecologen en huisartsen. Met uitzondering van de voorzitter worden de leden voorgedragen en is deelname aan het comité onderdeel van hun algemene werkzaamheden. De voorzitter en één verloskundige worden separaat gefinancierd vanuit de RHA voor hun (parttime) werkzaamheden.

5. Ziekenhuizen zijn verplicht om gegevens rondom de geboorte te rapporteren. Gegevens worden automatisch en centraal verzameld door deskundige zorgprofessionals die de kwaliteit van de data vaststellen en terugkoppelen aan ziekenhuizen.

Ziekenhuizen in Noorwegen zijn verplicht om gegevens rondom geboorte en perinatale sterfte aan te leveren aan het 'Medical Birth Registry' (MBR). Sinds 2014 haalt een softwaresysteem automatisch de gegevens die

relevant zijn voor het MBR uit de elektronische patiëntendossiers. Verloskundigen zijn hierdoor geen extra tijd kwijt aan administratie⁹. Het MBR is gekoppeld aan een aantal andere registers zoals het 'Cause of Death Registry' en het 'Abortion Registry'. Alle registers vallen onder het Institute of Public Health. Data die binnenkomen voor deze registers worden centraal verzameld. Uit de interviews bleek dat het belangrijk is om binnen dit centrale verzamelpunt over voldoende zorg gerelateerde expertise te beschikken⁸. Vier medewerkers werken aan het verzamelen van data voor het geboorteregister. Zij staan in contact met de ziekenhuizen en signaleren ontbrekende of mogelijk onjuiste data. Dit wordt direct teruggekoppeld aan de ziekenhuizen. Ook verspreiden zij ter controle een overzicht van de aan hen ter beschikking gestelde gegevens per ziekenhuis⁹.

6. Het register faciliteert kennisdeling en benchmarking. Door bezuinigingen wordt er niet langer zelfstandig onderzoek uitgevoerd. Dit heeft een negatieve invloed op de datakwaliteit.

Tot voor kort voerde het MBR zelfstandig onderzoek uit. Deze functie is door recente bezuinigingen verdwenen. Uit de buitenlandanalyse in Noorwegen komt naar voren dat dit de kwaliteit van de data negatief beïnvloedt. De aan het MBR gelieerde onderzoekers controleerde de kwaliteit van de data. Onderzoeksresultaten of onvolkomenheden in de data werden direct teruggekoppeld aan de ziekenhuizen⁹. Door externe onderzoekers worden onvolkomenheden in de data minder snel opgemerkt en/ of vindt nauwelijks terugkoppeling plaats⁹.

Tot slot organiseert het MBR een jaarlijks evenement voor alle Noorse geboorte units. Aan de hand van een thema wordt kennis gedeeld en gereflecteerd op de statistieken van afgelopen jaar. Zowel het kennisdelen als het benchmarken wordt als zeer effectief ervaren⁹.

V.5 Verantwoording

In de buitenlandanalyse zijn interviews gehouden met verschillende professionals uit de Noorse geboortezorg. Daarnaast is er literatuuronderzoek gedaan naar de inrichting van het zorglandschap en de aanwezigheid van de 'CPZ-functie' en de 'Perined-functie' in Noorwegen. De geraadpleegde bronnen en gesprekspartners staan op deze pagina weergegeven.

Publicaties:

[1] Health Status: Maternal and infant mortality. OECD. Geraadpleegd op 22 februari 2018, van <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30116>

[2] Perinatal mortality in Norway - fact sheet (2015). Norwegian Institute of Public Health. Geraadpleegd op 23 januari 2018 van <https://www.fhi.no/en/hn/cause-of-death-and-life-expectancy/perinatal-mortality-in-norway---fac/>

[3] Bouvier-Colle MH, Mohangoo AD, Gissler M, Novak-Antolic Z, Vutuc C, Szamotulska K, Zeitlin J; Euro-Peristat Scientific Committee (2012). What about the mothers? An analysis of maternal mortality and morbidity in perinatal health surveillance systems in Europe. BJOG, 119(7), p. 880-889

[4] European perinatal health report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. (2013). Euro-Peristat. Geraadpleegd op 23 januari 2018, van www.europeristat.com

[5] Ånen Ringard, Ingrid Sperre Saunes, Anna Sagan (2016). The 2015 hospital treatment choice reform in Norway: Continuity or change? Health Policy, 120 (2016), p. 350-355

[6] F. Wieman, A.K. de Leeuw, L. Hingstman en G. Berghs; Nivel (1991). Verloskundige zorg in een aantal Europese landen: een inventarisatie. Geraadpleegd op 13 februari 2018, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000983.pdf?>

Interviews:

[7] Aase Serine Devold Pay, Torunn Janbu, Morten Græsli en Jens Grøgaard. Allen betrokken vanuit verschillende functies bij het ontwerpen van kwaliteitsrichtlijnen in de geboortezorg in Noorwegen.

[8] dr. Branka Yli, voorzitter van het regionale audit comité voor Zuidoost Noorwegen.

[9] Prof. Kari Klungsøyr, 'senior medical advisor' bij 'the Medical Birth Registry'



KPMG on social media



KPMG app

© 2018 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.