



*Jaarverslag & Directiebeoordeling
's-Hertogenbosch
2018*



Jeroen BOSCH  ZIEKENHUIS

Inhoudsopgave

Introductie.....	3
1. Medisch jaarverslag 2018.....	4
o Nieuwe patiënten	
o IVF	
o ICSI	
o Cryo ET	
o Complicaties en meerlingen	
o IUI	
o Ovulatie inductie	
o Operatieve verrichtingen	
2. Directiebeoordeling 2018.....	15
o Opzet en implementatie van het handboek	
o Cultuur	
o Resultaten van vastgestelde acties uit de systeembeoordeling 2017	
o Interne audits	
o Externe audits	
o Context- en stakeholder analyse	
o Beleidscyclus (meerjarenbeleid, jaarplan en prestatie-indicatoren)	
o Patiënttevredenheidsonderzoek	
o Patiëntveiligheidsbeleid en proces risico-inventarisatie	
o Incidenten, afwijkingen, calamiteiten en klachten	
o Corrigerende maatregelen en verbetercyclus	
o Leveranciersbeoordeling	
o Personeelsbeleid en medewerker-tevredenheidsonderzoek	
o Externe en interne veranderingen.	
3. Wetenschap en onderwijs.....	30
4. Conclusies.....	31



Introductie

Voor u ligt het reviewrapport 2018 over het kwaliteitsbeleid van het Centrum voor Voortplantingsgeneeskunde (Centrum VPG) van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, onderdeel van het Centrum Voortplantingsgeneeskunde Brabant. Deze review omvat een systeembeoordeling en een jaarverslag. In het jaarverslag vindt u de uitkomsten van het primaire proces van ons Centrum: de medische uitkomsten van de fertiliteitbehandelingen, zoals zwangerschapscijfers, maar ook meerlingaantallen en complicaties. De systeembeoordeling is een verslag en analyse van de uitkomsten van alle activiteiten die wij hebben ondernomen binnen ons kwaliteitsmanagementsysteem. Hiermee toetsen wij of dit systeem voldoet aan de eisen om onze bedrijfsvoering en geleverde medische zorg steeds te verbeteren.

1. MEDISCH JAARVERSLAG 2018

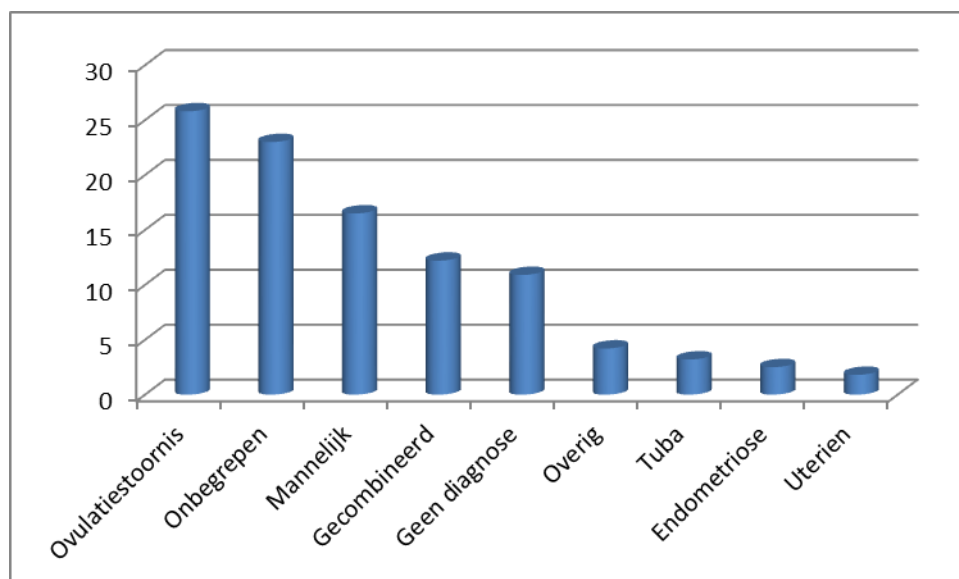
Aantal nieuwe paren in 2010-2018

Jaar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal nieuwe paren	719	630	578	609	592	622	616	633	715
Eerste episode	582	520	488	510	504	425	470	477	567
Prim. subfertiliteit van het paar	427	378	309	330	341	368	352	348	415
Sec. subfertiliteit van het paar	292	252	267	279	251	254	264	285	284
Counseling fertiliteitspreservatie			8	5	8	5	6	9	4

In 2010 was het aantal nieuwe paren historisch hoog door het concentreren van alle fertiliteitszorg van de voormalige Carolus en Groot Ziekengasthuis locaties. Daarna is er een stabilisatie van het aantal nieuwe paren. In 2018 is er een duidelijk stijging te zien in het aantal paren dat zich aanmelden bij het Centrum Voortplantingsgeneeskunde.

De gemiddelde leeftijd van de vrouw was 31,3 jaar en de gemiddelde duur van de kinderwens was 1,1 jaar.

Procentuele verdeling gestelde diagnoses 1^e episode in 2018





Ovulatiestoornis, onbegrepen fertiliteitstoornis en mannelijke factor zijn de meest gestelde diagnoses. Bij een deel van de paren kon (nog) geen diagnose worden gesteld. Bijvoorbeeld omdat het fertiliteitsonderzoek nog niet is afgerond. Ook blijkt dat een aanzienlijk deel van de paren het intakegesprek kan annuleren wegens een spontane zwangerschap.

IVF in 2011–2018

Jaar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	1995-2018
Aantal gestarte cycli	173	176	110	115	163	145	147	142	3352
Aantal puncties	157	149	103	101	144	131	127	121	2968
Aantal ET's	142	132	95	88	135	126	114	117	2645
Aantal klin. zw.	51	30	38	34	48	36	30	33	836
Aantal doorg. zw.	43	22	29	30	27	26	23	29	665
Doorg. Eenlingen	37	20	25	28	27	24	20	25	551
Doorg. tweelingen	6	2	4	2	-	2	3	2	111
Doorg. drielingen	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Miskraam	7	8	9	3	20	8	6	4	152
EUG	1	0	1	1	1	1	1	0	16
Jaar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2011-2018
Zw./gest. cyclus %	29,5	17,0	34,5	29,6	29,4	24,8	20,4	23,2	24,9
Zw./punctie %	32,5	20,1	36,9	33,7	33,3	27,5	23,6	27,3	28,2
Zw./ET %	35,9	22,7	40,0	38,6	35,6	28,6	26,3	28,2	31,6
Miskraam %	13,7	26,7	23,7	8,8	41,7	22,2	20,0	12,1	18,2
Doorg. zw./gestarte cyclus %	24,9	12,5	26,4	26,1	16,6	17,9	15,6	20,4	19,8
Doorg. zw./ punctie %	27,4	14,8	28,2	29,7	18,8	19,8	18,1	24,0	22,4
Doorg zw./ ET %	30,3	16,7	30,5	31,8	20,0	20,6	20,2	24,8	25,1

Het aantal IVF behandelingen is iets gedaald ten opzichte van 2015, maar nog aanmerkelijk hoger dan in 2013 en 2014. Het doorgaand zwangerschapscijfer is hersteld en op het meerjaren-gemiddelde. Er lijkt effect te zijn geweest van de corrigerende maatregelen die zijn getroffen naar aanleiding van de analyse van de matige resultaten van 2017. Het aantal miskramen was met 12% ruim onder het meerjarig gemiddelde van 18%.

Opbrengst per IVF cyclus	
Aantal ET's	117
Gem. aantal oocyten	10,7
Gem. aantal embryo's per ET	1,1
Gem. aantal embryo's ingevroren	2,5

De opbrengst per IVF cyclus was gemiddeld 3 eicellen meer per cyclus dan in het voorgaand jaar. Ook werden er gemiddeld meer embryo's ingevroren.

Beleid embryotransfer en leeftijdsopbouw IVF-populatie (verse cycli)

Jaar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Single embryo transfers (SET)	47,3	52,5	59,2	72,6	69,3	71,9	65,9	58,8	79,5
vrouwen 38 jaar of ouder %	34,7	32,9	27,8	22,7	29,6	33,2	55,5	41,5	39,3
vrouwen van 40 jaar of ouder %	20,0	17,9	13,1	11,8	16,5	15,0	17,9	23,1	41,2

Invloed van leeftijd vrouw op IVF uitkomsten (verse cyclus) 2018

Leeftijd vrouw IVF	<38j	≥38j	≥40j	totaal
Aantal gestarte cycli	107	35	18	142
Doorg. Zw/gestarte cyclus %	22,4	14,3	16,7	20,4

Mede als gevolg van de IVF pakketmaatregelen is het aantal SET's na 2012 sterk toegenomen. Nog niet eerder pasten we zo vaak SET toe als in 2018. In 2018 werd 25% van alle IVF-cycli uitgevoerd bij vrouwen boven de 38 jaar. Dit is beduidend minder dan in 2017 toen dit ruim 40% was. Dit zal effect hebben op het overall succespercentage. Er is in 2018 ook bewust gestuurd op het verminderen van IVF bij een slechte prognose, zoals een volgende poging na een eerdere poor response bij vrouwen boven de 40 jaar.

ICSI in 2011-2018

Jaar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	1995-2018
Aantal gestarte cycli	131	121	152	117	135*	131	147	149	2596
Aantal puncties	130	112	137	109	117	121	129	131	2380
Aantal ET's	124	102	130	104	115	115	121	123	2219
Aantal klin zw.	30	29	48	36	42	35	23	36	698
Aantal doorgaande zw.	27	21	40	34	39	25	18	33	580
Doorg. eenlingen	26	20	38	32	39	24	17	31	503
Doorg. tweelingen	1	1	2	1	-	1	1	2	76
Doorg. drielingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miskraam	3	8	7	3	3	10	5	3	94
EUG	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Jaar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2011-2018
Zw/gest. cyclus %	22,9	24,0	31,6	30,8	31,1	26,7	15,6	24,2	26,9
Zw/punctie %	23,1	25,9	35,0	33,0	35,8	28,9	17,8	27,5	29,3
Zw/Et %	24,2	28,4	36,9	34,6	37,4	30,4	19,0	29,3	31,5
Miskraam %	10	27,6	14,6	8,3	7,1	28,6	21,7	9,1	13,5
Doorg zw/gestarte cyclus %	20,6	17,4	26,3	27,4	28,9	19,1	12,2	22,1	22,3
Doorg zw/punctie %	20,8	18,8	29,2	29,4	33,3	20,6	14,0	25,2	24,4
Doorg zw/ ET %	21,8	20,6	30,8	30,5	33,9	21,7	14,9	26,8	26,1

Opbrengst per ICSI cyclus

Aantal ET's	123
Gem. aantal oocyten	10,0
Gem. aantal embryo's per ET	1,1
Gem. aantal embryo's ingevroren	2,0

Beleid embryotransfer en leeftijdsopbouw ICSI-populatie (verse cycli)

Jaar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Single embryo transfers %	58,0	44,0	56,0	76,9	69,2	79,5	77,8	80,2	77,2
vrouwen van 38 jaar of ouder %	18,5	30,5	19,8	18,4	27,4	22,4	13,0	10,9	23,1
vrouwen van 40 jaar of ouder %	5,5	7,6	5,6	3,9	6,8	9,7	7,6	0,7	0,0

Invloed van leeftijd vrouw op ICSI uitkomsten (verse cyclus) 2018

Leeftijd vrouw ICSI	<38j	≥38j	≥40j	totaal
Aantal gestarte cycli	132	17	6	149
Doorg. Zw/gestarte cyclus %	23,5	11,8	16,7	22,1

Evenals bij de IVF behandelingen is bij de ICSI behandelingen de stijging van het aantal SET's na 2012 duidelijk waarneembaar. Het percentage SET's lijkt te stabiliseren rond de 80%. Zoals gebruikelijk ligt het percentage ICSI cycli bij vrouwen 38 jaar lager dan bij IVF. In 2018 werd 11% van alle ICSI-cycli bij vrouwen van 38 jaar of ouder uitgevoerd.

Na een recordjaar in 2015 is het doorgaand zwangerschapscijfer in 2017 voor de ICSI cycli tot een dieptepunt van 12,2% gedaald. In 2018 is evenals bij IVF een goed herstel van het doorgaand zwangerschapscijfer waar te nemen. Het aantal meerlingen is als in de voorgaande jaren beperkt.

Cryopreservatie in 2011-2018

Jaar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal gestarte cycli	145	162	190	235	242	321	281	264
Aantal ET's	128	130	165	221	218	281	262	260
Aantal klin. zw.	27	25	34	41	43	32	41	45
Aantal doorgaande zw.	23	17	21	26	33	24	31	26
Doorg. eenlingen	21	17	21	25	33	23	31	26
Doorg. tweelingen	2	-	-	1	-	1	-	-
Zw/Et %	21,1	19,2	20,6	18,6	19,7	11,4	15,6	17,3
Doorg. zw/ ET %	18,0	13,0	12,7	11,8	13,6	8,5	11,0	10,0

Het doorgaand zwangerschapscijfer na cryo ET wad beperkt tot 10%, met name ook door een hoog aantal miskramen. Het eventuele herstel van de cryo cijfers ijlt meestal na op dat van de verse IVF/ICSI dat jaar. Ze zijn deels een reflectie van de cycli van het voorgaand jaar waarvan ze afkomstig waren en 2017 was voor de verse cycli een teleurstellend jaar. Het aantal cryo ET's laat vanaf 2011 een duidelijk stijgende trend zien en was dit jaar verantwoordelijk voor 26 van de 88 doorgaande zwangerschappen na IVF en ICSI.

Complicaties van IVF/ICSI en cryopreservatie

Jaar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
OHSS met opname	2	1	-	1	2	0	1	2
Infecties	1	-	-	3	-	1	1	-
Bloeding	5	2	-	3	3	0	1	2

Het aantal complicaties is vrij constant over de jaren. OHSS met opname en bloeding kwam beiden tweemaal voor in 2018. Van de te bloedingen moest en vaginaal worden overhecht op OK. Zeven keer was sprake van mild ovarieel hyperstimulatie syndroom zonder noodzaak van opname. Daarmee is de totale incidentie OHSS 9/285 (3%).

Meerlingen na IVF/ICSI/Cryo per doorgaande zwangerschap

Jaar	Doorg zw	tweeling	drieling	% meerlingen
2002	65	19	-	29,2
2003	56	12	-	21,4
2004	62	12	1	19,4
2005	72	10	-	13,9
2006	80	16	1	21,3
2007	90	16	-	17,8
2008	68	9	-	13,2
2009	74	10	-	13,5
2010	84	8	-	9,5
2011	93	9	-	9,7
2012	60	3	-	5,0
2013	86	6	-	7,0
2014	89	4	-	4,5
2015	99	-	-	0,0
2016	75	4	-	5,3
2017	72	4	-	5,6
2018	88	4	-	4,5

2015 was een uitzonderlijk jaar zonder meerlingen. Daarbuiten schommelt het meerlingpercentage de laatste 5 jaren rond de 5%. Er waren 2 doorgaande meerlingen bij IVF, 2 bij ICSI waarvan een monochoriale tweeling en 0 meerlingen na een cryo terugplaatsing. Het meerlingpercentage is in 2018 onder onze streefwaarde van 5%. Nadere analyse van de casuïstiek van tweelingen laat zien dat het voornamelijk gaat om een derde cyclus bij vrouwen onder de 38 jaar.

IUI 2018

	Nat. cyclus	CC	FSH	Totaal 2018	Totaal 2018
Aantal gestarte cycli	13	22	410		445
Aantal IUI	13	20	343		376
Aantal klin zwangersch	1	3	51		55
Aantal doorg. Zw	1	3	41		45
Doorg. eenlingen	1	2	32		35
Doorg. tweelingen	0	1	7		8
Doorg. drielingen	0	0	2		2
Doorg. vierlingen	0	0	0		0
Miskraam	0	0	9		9
EUG	0	0	1		1
Zw/cyclus %	7,7	13,6	12,4		12,4
Zw/IUI %	7,7	15,0	14,9		14,6
Doorg. Zw/cyclus %	7,7	13,6	10,0		10,1
Doorg. Zw/IUI %	7,7	15,0	12,0		12,0
Doorg. Meerling %	0	33,3	22,0		22,2

Met ingang van 1 januari 2014 is rFSH stimulatie de standaard geworden, behalve in de behandeling met Clomid wegens een ovulatiestoornis waarbij tevens een IUI indicatie is wegens verminderde zaadkwaliteit. De aantallen zijn daarom vergeleken met andere jaren verschoven richting rFSH. Het doorgaand zwangerschapspercentage is in 2018 boven de 10%. Dit heeft waarschijnlijk te maken met een protocolwijziging in 2017 waarbij het interval tussen de hCG-gift en de IUI is verkort, waarna we in 2017 en 2018 duidelijk betere resultaten zagen dan de jaren ervoor. In voorgaande jaren was het meerlingpercentage 6-8%. Het aantal meerlingen in 2017 en 2018 is duidelijk hoger dan ons streven. Er waren helaas ook 2 drielingzwangerschappen. Beide zwangerschappen waren trichoriale triplets welke ongecompliceerd werden gereduceerd tot een gemelli in het Erasmus MC. Uiteraard streven we ernaar het meerlingaantal te laten dalen. Hiervoor zijn eind 2018 de cancelcriteria bij de cyclusmonitoring aangepast zodat minder follikels worden geaccepteerd.

Ovulatie-inductie met gonadotrofines in 2011-2018

Jaar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gestarte cycli	123	154	209	173	187	203	173	243
hCG toegediend	98	130	166	143	160	172	136	185
Klinische zwangerschap	20	25	34	31	32	44	31	47
Doorgaande zwangerschap	17	21	26	26	27	37	26	43
Doorg. eenlingen	27	20	24	23	24	36	23	38
Doorg. tweelingen	-	1	2	2	3	1	1	4
Doorg. drielingen	-	-	-	1	-	-	1	1
Miskraam	3	4	6	4	3	7	5	4
EUG	-	-	1	1	2	-	-	1
Zwangerschap/gestarte cyclus %	16,2	16,2	16,3	17,9	17,1	21,7	17,9	19,3
Zwangerschap/ovulatie %	20,4	19,2	20,5	21,6	20,4	25,6	22,8	25,4
Doorg. zw/cyclus %	13,8	13,6	12,4	15,0	14,4	18,2	15,0	17,7
Doorg.zw/ovulatie %	17,3	16,5	15,7	18,2	17,2	21,5	19,1	23,2
Doorg. Meerling %	0	4,8	7,7	11,5	11,1	2,7	8,0	11,6

Reden staken cyclus (ovulatie-inductie met gonadotrofines)

Jaar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Te veel follikels	2	9	11	9	8	15	17	19
Onvold. respons	6	8	10	7	6	5	5	11
Geövuleerd	5	3	4	2	3	-	2	5
Cyste	3	-	5	5	-	7	9	9
Overig (niet medisch)	9	4	3	3	2	2	3	3
Intercurrente ziekte			10	3	7	2	1	2
Totaal gestaakt	25 (20,3%)	24 (15,6%)	43 (20,6%)	29 (16,8%)	26 (13,9%)	31 (15,3%)	37 (21,4%)	49 (20,2%)

Het doorgaand zwangerschapscijfer per gestarte cyclus is ruim boven de streefnorm van 15%. Het aantal gecancelde cycli is relatief hoog, vooral werd gecanceld wegens een over- of onder-respons of de aanwezigheid van een cyste. Het meerlingpercentage is hoger dan de streefnorm. Eenmaal betrof dit een trichoriale triamniotische triplet. Deze zwangerschap werd ongecompliceerd gereduceerd tot een dichoriale gemelli. Evenals voor de IUI geldt dat wij maatregelen zullen nemen om bij FSH OI het aantal meerlingen terug te brengen.

Operatieve en diagnostische ingrepen per jaar

Ingreep	2016	2017	2018
Hysterosalpingografie	174	193	250
Therapeutische laparoscopie bij vruchtbaarheidsproblematiek.	16	11	8
Diagnostische laparoscopie bij vruchtbaarheidsproblematiek	11	14	26
Laparoscopische behandeling endometriosis, zoals cystepunctie	0	3	5
Laparoscopische of laparotomische behandeling endometriosis, stadium 4	2	2	7
Laparoscopische of laparotomische behandeling endometriosis, stadium 1-3	9	13	18
Plastische reconstructie van de tubae via laparoscopie, niet	1	0	0

Van medio 2012 tot medio 2016 werd gebruik gemaakt van de elektronische database POMT voor alle gynaecologische ingrepen. Vanaf medio 2016 worden alle operatieve ingrepen geregistreerd in HIX. Hieruit zijn door het JBZ Team Management Informatie overzichten te genereren. Onder invloed van de uitkomsten van de H2Olie studie, die het therapeutische effect van het HSG bevestigde, is er een duidelijke toename van het aantal HSG's te zien. Ook is er een toename van het aantal laparoscopische ingrepen, vooral voor endometriose (+ 67%). In de complicatieregistratie binnen HIX is betreffende deze ingrepen een enkele complicatie geregistreerd. Het betrof een perforatie van de uterus bij een diagnostische hysteroscopie en laparoscopie. Patiënte is restloos genezen.

2. DIRECTIEBEOORDELING AFDELING FERTILITEIT

Inleiding

Begin 2019 is de tweede directiebeoordeling van het Centrum Voortplantingsgeneeskunde van het Jeroen Bosch Ziekenhuis uitgevoerd door Dr. J.P. de Bruin (gynaecoloog) en Elma de Vaan (IVF verpleegkundige en kwaliteitscoördinator). De directiebeoordeling heeft betrekking op de periode januari 2018 – december 2018 en omvat het functioneren en onderhouden van het kwaliteitssysteem.

Bij het maken van de directiebeoordeling is gebruik gemaakt van de volgende gegevens:

- De voorgaande Systeembeoordeling
- Auditbevindingen
- Context- en stakeholderanalyse (ISO 9001:2015)
- Meerjarenbeleid en jaarplan/jaarverslag
- Registratie van afwijkingen (incidenten, afwijkingen en klachten)
- Registratie van verbeter suggesties en complimenten
- Proces risico-inventarisatie
- Leveranciersbeoordeling
- Notulen van overlegsituaties
- Resultaten van gemeten prestatie-indicatoren
- Resultaten van klanttevredenheidsonderzoek
- Resultaten van medewerker-tevredenheidsonderzoek

De onderwerpen die tijdens deze directiebeoordeling aan bod komen, zijn:

- Opzet en implementatie van het handboek
- Cultuur
- Resultaten van vastgestelde acties uit de vorige systeembeoordeling
- Interne audits
- Externe audits
- Context- en stakeholder analyse
- Beleidscyclus (meerjarenbeleid, jaarplan en prestatie-indicatoren)
- Patiënttevredenheidsonderzoek
- Patiëntveiligheidsbeleid en proces risico-inventarisatie
- Incidenten, afwijkingen, calamiteiten en klachten
- Corrigerende maatregelen en verbetercyclus

- Leveranciersbeoordeling
- Personeelsbeleid en medewerker-tevredenheidsonderzoek
- Externe en interne veranderingen.
-

Opzet en implementatie van het handboek

In 2009 is het Centrum Voortplantingsgeneeskunde begonnen met het opzetten van een kwaliteitssysteem. Dit gebeurde onder begeleiding van adviesbureau Limpens & Partners. Bij het opzetten van het kwaliteitshandboek zijn de verschillende medewerkers van de afdeling betrokken. Door het bespreken van alle werkzaamheden van de afdeling zijn verbetermogelijkheden en discussiepunten naar voren gekomen. Deze zijn besproken met het team en hebben geresulteerd in het aanpassen van een aantal werkwijzen. Dit heeft vooral geleid tot het beter afstemmen van de werkwijzen van de verschillende geledingen op elkaar en het vastleggen van eerdere ongeschreven regels en afspraken.

Het opstellen van het kwaliteitshandboek is afgerond en gecertificeerd in 2010. Met de implementatie van het handboek is al tijdens het opstellen van het systeem gestart. In de jaren daarna zijn doorlopend aanpassingen aan het handboek gedaan naar aanleiding van audit uitkomsten, veranderingen en vernieuwingen in procedures et cetera. Eind 2017 is het handboek geüpdatet om aan te sluiten bij ISO 9001-2015.

Cultuur

De heersende cultuur op het Centrum Voortplantingsgeneeskunde levert een positieve bijdrage aan het kwaliteitssysteem. Kwaliteit en patiëntveiligheid zijn belangrijke thema's voor de afdeling. De afdeling is relatief klein en het team is hecht en werkt al langdurig samen. Hierdoor zijn de lijnen zeer kort. Alle teamleden hebben veel verantwoordelijkheidsgevoel en kwesties worden voortvarend opgepakt. Wel is het dan verleidelijk om snel zaken in de wandelgangen te regelen, terwijl het ook belangrijk is de kwesties vast te leggen in het kwaliteitssysteem en planmatig uit te werken. Zo constateren we dat het aantal op tijd afgehandelde Q base activiteiten en bevindingen met een afhandelingsplan nog onder de streefnorm bleef.

Conclusies en actiepunten t.a.v. cultuur in de organisatie:

De cultuur op het Centrum Voortplantingsgeneeskunde draagt bij aan het kwaliteitssysteem.

Actiepunt	Verantwoordelijke persoon	Wanneer klaar
Stimuleren van melden bevindingen en afhandelen activiteiten	JBR, EDV, NCO	Op werkvloer en tijdens ieder werkoverleg
Monitoren op tijd afgehandelde Q base activiteiten $\geq 75\%$	JBR, EDV	Elk kwartaal
Monitoren meldingen met afhandelingsplan $\geq 75\%$	JBR, EDV	Elk kwartaal

Interne audits

Bij de implementatie van ons kwaliteitsmanagementsysteem is door Limpens & Partners een cursus Interne auditing verzorgd. De medewerkers die interne audits uitvoeren, hebben deze training gevolgd. Ook adviseren zij andere medewerkers van binnen en het buiten het team bij het opstellen, uitvoeren en rapporteren van audits op het Centrum Voortplantingsgeneeskunde.

Er is een auditplanning voor het jaar 2018 opgesteld. De audits van procedures van het primair proces worden jaarlijks ingepland. Andere audits worden gepland naar aanleiding van bevindingen uit het voorgaande jaar en verwachte ontwikkelingen. Voor het jaar 2018 waren de extra audit onderwerpen:

- Dossiervorming:
 - o compleetheid behandeluitkomsten en follow up zwangerschap
 - o registratie hoofdbehandelaar
 - o Relevante gegevens Digitale Kinderwenspoli toegevoegd aan LSFD
- Ondersteunende processen:
 - o DOT- en verrichtingenregistratie
 - o SMART doelen medisch maatschappelijk werk
 - o MICT gegevens-beveiling en apparatuur onderhoud
- JCI thema's
 - o Patiëntidentificatie
 - o Closed loop communicatie
 - o Afdelingstracer (o.a. hygiëne en infectiepreventie)
 - o Toediening parenteralia

De audits zijn uitgevoerd door medewerkers van binnen en buiten het team Voortplantingsgeneeskunde. Het wordt als groot voordeel ervaren dat de audit wordt uitgevoerd door medewerkers van een andere afdeling. Het vergroot namelijk de objectiviteit en de onpartijdigheid.

In algemene zin hebben de audits geleid tot een grotere bewustwording in het team en tot verschillende acties. In een aantal gevallen bleek het handboek achter te lopen bij de (aangepaste) werkwijze en in een aantal gevallen kwamen bij de audits zaken aan het licht die nog niet uitgevoerd werden zoals afgesproken. In al die gevallen is gekeken naar de oorzaak van tekortkomingen en zijn corrigerende en preventieve maatregelen uitgevoerd. Ook is er een aantal verbeterpunten uit de interne audits naar voren gekomen. Aan de hand van de Actielijst corrigerende en preventieve maatregelen zijn afspraken gemaakt over de uit te voeren acties.

Conclusies en actiepunten t.a.v. interne auditing:

De interne audit is intussen ingeslepen en nuttig als instrument op het Centrum Voortplantingsgeneeskunde. Ieder kwartaal is een audit uitgevoerd naar de uitkomsten van de behandelingen. Deze gegevens worden beoordeeld en besproken. Na de verbetermaatregelen in 2018 vanwege de slechte IVF/ICSI resultaten is een duidelijk toegenomen zwangerschapsresultaat behaald. Aandachtspunt in 2018 waren de meerlingcijfers van vooral IUI-behandeling. Hierop zijn in het protocol de cancelcriteria aangescherpt. Nieuw is de start van een follow up systeem voor de registratie van levend geboorte.

Daarnaast zijn van januari 2017 tot maart 2018 25 interne audits uitgevoerd. De auditplanning wordt daarmee goed gevolgd behoudens de closed loop communicatie. Aangezien incidenten met betrekking tot communicatie nog wel zijn gemeld in het VIM-systeem zal dit nogmaals aandacht behoeven. Het merendeel van de audits werd uitgevoerd door de leden van het kwaliteitsteam, maar ook was bijvoorbeeld het secretariaat actief betrokken bij de uitvoer van een aantal audits, b.v. naar de compleetheid van DOT- en verrichtingenregistratie. Zoals gepland en gewenst zijn ook audits uitgevoerd op het Centrum Voortplantingsgeneeskunde door medewerkers van andere afdelingen zoals de JCI afdelingstracer, de beoordeling van de bereiding van parenteralia en de MICT. Goede resultaten werden behaald op registratie hoofdbehandelaarschap, het toevoegen van relevante informatie van de Digitale kinderspoli aan het LSFD, de bereiding van parenteralia, de afdelingstracer en de DOT- en verrichtingenregistratie. Door dit laatste werd een negatief bedrijfsresultaat omgebogen naar ± €100.000 positief! Hieronder een opsomming van de nog openstaande actiepunten vanuit de interne audits

Actiepunt	Verantwoordelijke persoon	Wanneer klaar
Monitoren meerlingzwangerschappen	JBR	Elk kwartaal
Audit closed loop communicate (noteer & herhaal)	DGG/EDV	01/05/2019

Audit hoofdbehandelaar na intake door AIOS	NCO	01/06/2019
Bepalen en monitoren/publiceren afdelingsveiligheidsdoel	EDV/JBR	01/04/2019
Protocol gegevensoverdracht bij zwangerschap	JBR	31/01/2019
Aanpassen intakeformulier risicofactoren zwangerschap (PE/IUGR i.a., PE in FA)	JBR	01/04/2019
Verzoek LSFDe toevoegen diagnose antifosfolipidensyndroom	JBR	01/03/2019

Externe audits

Op 3 en 4 april 2018 is door Lloyd's Register LRQA een transitie audit uitgevoerd op basis van NEN-EN-ISO 9001: 2015. Hierbij is 1 minor conformity betreffende de validatie van software naar voren gekomen. De minor conformity is kort na de audit naar tevredenheid van de assessor afgehandeld. Verder waren er vele positieve opmerkingen over het volwassen kwaliteitsmanagementsysteem en het sterke teamgevoel. Daarmee is de transitie van ISO 9001-2008 naar ISO 9001-2015 succesvol afgerond.

Op 5 oktober 2018 is het Centrum VPG voor een audit bezocht door een afvaardiging van het IVF laboratorium. Focus was de naleving van de WVKL. Aandachtspunten waren het loggen van materialen die in contact komen met lichaamscellen en de juiste CE markering van deze materialen. Ten tweede de aantoonbare bewaking van de temperatuur van de eicellen. Ten derde controle van de omgevingseisen van de punctiekamer.

Conclusies en actiepunten t.a.v. externe auditing:

Actiepunt	Verantwoordelijke persoon	Wanneer klaar
Validatie naar tevoren bepaald testprotocol en aantoonbaar in rapportage	JBR/ Karin vd Voort MICT	Bij elke significante software update van LSFDe of aanverwante producten
Vaststellen omgevingseisen punctiekamer	JBR	01/03/2019

Context- en stakeholder analyse

In 2018 is voor het eerst een context- en stakeholderanalyse uitgevoerd door Jan Peter de Bruin, Jan Willem van der Steeg en Elma de Vaan. Eerder werd dit impliciet beschreven in de systeembeoordeling en het jaarplan. Nu is er gestructureerd in kaart gebracht wie de (belangrijkste) stakeholders van de afdeling zijn. Vervolgens is bekeken wat volgens ons hun doelen, behoeften en verwachtingen zijn.

De context- en stakeholderanalyse zullen ten tijde van het volgende meerjarenbeleidsplan worden geüpdatet.

Beleidscyclus (meerjarenbeleid, jaarplan en prestatie-indicatoren)

Aan het begin van 2018 is op basis van een eerdere sterkte-zwakte analyse uit 2017 en het meerjarenbeleidsplan 2018-2021 een jaarplan opgesteld. Hierbij is aangesloten op de strategie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis naar 2025. De richting waarin het ziekenhuis wil laat zich schetsen door de volgende thema's:

- Focus op gezondheid
- Eigen regie, service en compassie
- Klinische uitkomstindicatoren (VBHC en PROM's)
- Orgaangerichte zorg en teamwork
- Netwerkgeneeskunde

In het jaarplan 2018 zijn ten eerste de kritische prestatie indicatoren met hun streefwaarden voor het primaire proces benoemd, waarover wordt gerapporteerd in het medisch jaarverslag. Ten tweede zijn onderwerpen voor verbeterprojecten en innovaties vastgelegd:

- Multidisciplinaire endometriose zorg. Doel optimaliseren multidisciplinaire endometriose zorg, bestendig voor toekomstige landelijke eisen
- Innovatieve zorg: afronden pilot videoconsulting Centrum VPG JBZ, afronden opzet business model Fertility Consult, identificatie key partners YourFertility@home
- Businesscase verpleegkundig specialisten
- Openstelling zomerperiode
- ISO-transitie
- Analyse motieven patiënten voor behandeling in het buitenland

De meeste van deze projecten zullen zich uitstrekken over meerdere jaren. In 2018 zijn onder meer de volgende aantoonbare deelresultaten behaald:

- ISO 9001-2015 certificering

- Fertility Consult is positief geëvalueerd en er is in opdracht van de Raad van Bestuur is de business case al voor een aanzienlijk deel ingevuld. Hierbij is ook meer duidelijk geworden ten aanzien van mogelijke samenwerkende partijen voor Fertility Consult en YourFertility@home.
- De pilot videoconsulting is afgerond. Helaas met als conclusie dat er op dit moment geen werkbare technische oplossing is binnen het JBZ.
- Het Centrum VPG was open gedurende de zomerperiode en positief geëvalueerd.
- De pilot echospreekuur heeft geleid tot een structurele echo carrousel in de ochtend.
- Na een risicoanalyse zijn transportkoffers n gebruik genomen.
- De mogelijkheid van continue patiënttevredenheidsmeting met benchmarking is gerealiseerd.
- De pilot CALM temperatuurmonitoring uitgegeven IVF-medicatie is uitgevoerd.

Om te kunnen beoordelen of alle risicovolle handelingen correct worden uitgevoerd, zijn hiervoor enkele specifieke indicatoren benoemd, die zijn geaudit als herhaling van de JCI thema's. Hieruit blijkt dat de afdeling in voldoende mate de werkwijze heeft geborgd om risicovolle processen correct uit te voeren.

Conclusies en actiepunten t.a.v. beleidscyclus:

De beleidscyclus werkt in het Centrum Voortplantingsgeneeskunde. Aan de hand van analyses en verwachte ontwikkelingen is meerjarenbeleid en een jaarplan geformuleerd. De inhoud hiervan wordt vertaald in concrete stappen ter uitbreiding en verbetering van onze patiëntenzorg en onze organisatie. De geformuleerde thema's zijn omvangrijk en zullen ook input zijn voor verbeterprojecten voor 2019

Actiepunt	Verantwoordelijke persoon	Wanneer klaar
Reductie meerlingen	JBR/ STG	Dec 2019
Temperatuurbewaking eicellen	ASC/MVH	Maart 2019
Stroomlijnen zorg 1 ^e trimester zwangerschap	JBR/MDA	Feb 2019
Implementatie en evaluatie nieuwe behandelingschema's	JBR/EBM	Mei 2019
Regiozorg endometriose opzetten	STG/JBR	Dec 2019
Digitalisering behandelingschema's en recepten	JBR/EVH	Juni 2019
VPG rookvrij	ASC/EVH	Okt 2019
Integratie LSFD-HIX	JBR/MICT	Aug 2019

Patiëntveiligheidsbeleid en proces risico-inventarisatie

Alle primaire processen zijn in procedures vastgelegd en worden op schema geactualiseerd. Hierdoor en door de vastgestelde JCI-normen is het patiëntveiligheidsbeleid vormgegeven, bekend, vindbaar en uitvoerbaar. Door ingeplande audits worden regelmatig processen aangaande bijvoorbeeld patiëntverificatie, time out procedures en medicatieveiligheid gecontroleerd.

Ieder jaar wordt beoordeeld of bepaalde (nieuwe) processen onderworpen moeten worden aan een risico-inventarisatie. In 2018 waren dat de implementatie van transportkoffers en de openstelling van de zomerperiode. In 2019 zullen de temperatuurbewaking van eicellen en de implementatie van nieuwe (digitale) behandelprogramma's worden geïnventariseerd.

Conclusies en actiepunten t.a.v. risico-inventarisatie:

Conform ISO 9001:2015 is een start gemaakt met gestructureerde risico inventarisaties welke worden vastgelegd in Q-safe. De actiepunten die hieruit voortvloeien worden beheerd in Q-base.

Actiepunt	Verantwoordelijke Persoon	Wanneer klaar
PRI temperatuurbewaking eicellen	EDV/MVH/ASC	April 2019
PRI behandelprogramma's	EDV/EBM/JBR	Mei 2019

Patiënttevredenheidsonderzoek

Werkt het proces het meten van klanttevredenheid/professioneel handelen?

Jaarlijks wordt door klanttevredenheid gemeten. Hierbij worden diverse onderzoeksmethoden toegepast zoals de PCQ Infertility, het spiegelgesprek en meldingen met betrekking tot klachten of complimenten. Gezamenlijk wordt zo een goed beeld verkregen van de patiëntbeleving van onze zorg. De uitkomsten van deze metingen leveren belangrijke input voor onze beleidsplannen. Het proces helpt om concrete verbetermogelijkheden te identificeren en realiseren.

In 2018 werd opnieuw een klanttevredenheidsonderzoek uitvoeren met de PCQ Infertility. Waar deze voorheen eenmaal per jaar via de website werd afgenomen werd nu gebruik gemaakt van de PCQ app. Deze biedt ons ook de mogelijkheid om continue patiënttevredenheid te meten. Ook biedt de app en het bijbehorende dashboard de

mogelijkheid tot benchmarking. In korte termijn waren er meer dan 200 respondenten. Het overall tevredenheidscijfer was gemiddeld 7,9. Twee derde van de patiënten scoort 8 of hoger. Vooral op de domeinen patiëntinformatie, autonomie patiënt en professionaliteit scoren we hoger dan de landelijke benchmark.

onder landelijke benchmark	boven landelijke benchmark
communicatie	
Hoe vaak kreeg u direct iemand te spreken wanneer u naar de fertiiteitsafdeling belde?	Was het een probleem om bij vragen het behandelteam te bereiken (per telefoon of mail)? Heeft u informatie gekregen over hoe u het behandelteam buiten kantooruren kunt bereiken (bij dringende vragen of problemen)?
informatie	
Zijn de mogelijke bijwerkingen van de medicijnen die u voorgeschreven kreeg aan u uitgelegd? Had u tijdens het traject toegang tot uw eigen medische dossier?	Heeft naast mondelinge ook schriftelijke informatie ontvangen? Was de uitleg over de onderzoeken die u zou krijgen duidelijk? Bent u voorgelicht over de verschillende behandelingsmethoden? Was de uitleg over de behandeling die u zou krijgen duidelijk? Waren de instructies over hoe u de medicijnen moest spuiten duidelijk? Waren uw behandelaars eerlijk en duidelijk over wat u kon verwachten van de zorg? Bijvoorbeeld over uw kansen en mogelijkheden. Zijn de uitslagen van uw onderzoeken met u besproken?
respect voor patientwaarden	
Besteedde het behandelteam ook aandacht aan uw partner? Had het behandelteam aandacht voor de mogelijke emotionele gevolgen van vruchtbaarheidsproblemen?	Hoe vaak luisterde de arts aandachtig naar u? Hoe vaak nam de arts u serieus? Hoe vaak nam de arts de tijd voor u? Hoe vaak was er tijdens de behandeling(en) persoonlijke begeleiding van verpleegkundigen?
autonomie	
	Hoe vaak stond de arts open voor uw mening en ideeën? Hoe vaak kreeg u de ruimte om vragen te stellen aan de arts? Was er - indien u dit wilde - ruimte om mee te beslissen over uw behandeling?
professionaliteit	
	Hoe vaak was uw arts goed voorbereid als u bij hem/haar kwam voor een afspraak? Maakte(n) de arts(en) een deskundige indruk op u? Hoe vaak verliep de organisatie op de polikliniek soepel (goed georganiseerd)?
continuïteit van zorg	
Hoe vaak had u te maken met een wachttijd langer dan 3 weken wanneer u een afspraak wilde maken met de arts? Hoeveel verschillende artsen zijn er in uw huidige ziekenhuis betrokken (geweest) bij uw behandeling?	

De hulpverlening door het medisch maatschappelijk werk is separaat via een continue kwaliteitsmeting onderzocht. Hier in komt duidelijk naar voren dat deze vorm van begeleiding zeer welkom is en op prijs wordt gesteld. Het overall gemiddelde waarderingcijfer was 8,4. Meer dan 90% van de respondenten zou bij nieuwe problemen opnieuw een beroep doen op de maatschappelijk werkers.

Om de kwaliteit van de fertiliteitszorg in Nederlandse ziekenhuizen inzichtelijk te maken, heeft patiëntenorganisatie Freya de Monitor Fertiliteitszorg ontwikkeld. Een ziekenhuis komt in aanmerking voor een Pluim als zij voldoen aan minimaal 13 van de 15 kwaliteitscriteria die door Freya zijn opgesteld. Dit zijn criteria op gebied van informatievoorziening, volume, het behandelteam, onderzoek & behandeling, patiënten ervaringen en organisatie & faciliteiten.

Het team Voortplantingsgeneeskunde heeft ook in 2018 een Freya-pluim ontvangen.

Conclusies en actiepunten t.a.v. klanttevredenheid:

Actiepunt	Verantwoordelijke persoon	Wanneer klaar
Toevoegen bijwerkingen en uitleg behandeltraject aan stimulatieschema's	EBM/JBR	Mei 2019
Aandacht voor partner	team	continu
Bewaken toegangstijd Centrum VPG	JMR	maandelijks
Bespreken seksualiteit, aanbieden MMW	Artsen en verpleegkundigen	Bij evaluatiegesprekken

Incidenten, afwijkingen, calamiteiten en klachten

Sinds 2009 worden door de afdeling incidenten, calamiteiten en klachten geregistreerd. Hiervoor werd aanvankelijk voornamelijk gebruik gemaakt van Q-base. Per 2017 wordt gebruik gemaakt van het ziekenhuissysteem VIM om hiermee conform JBZ brede protocollen te registreren en rapporteren. Noor Coppens en Elma de Vaan hebben de scholing: "Hoe verwerk ik en analyseer ik een VIM?" doorlopen. De registratie in het VIM beperkt zich voornamelijk tot incidenten of bijna-incidenten die door de medewerkers gesignaleerd worden. Alle meldingen worden besproken op het VIM-overleg dat elke twee maanden plaatsvindt. Alle geregistreerde incidenten, afwijkingen en klachten uit de voorgaande twee maanden worden geanalyseerd om hierin trends te ontdekken. Aan de hand van analyses worden vervolgens actiepunten uitgezet. Deze actiepunten worden beheerd in Q-base.

Complimenten, klachten en suggesties van patiënten die mogelijk tot verbetering zouden kunnen leiden worden geregistreerd en geanalyseerd via Q-base. Daarnaast wordt een overzicht ontvangen van geregistreerde klachten van de JBZ klachtfunctionaris.

Hoewel blijkt dat er niet altijd gedacht wordt aan het registreren van klachten en incidenten worden steeds meer bijzonderheden vastgelegd. Ter verhoging van het bewustzijn worden de uitkomsten van de VIM-overleggen besproken op het teamoverleg.

In 2018 zijn in Qbase 2 (bijna-)incidenten, 5 klachten en 7 complimenten geregistreerd. In het VIM systeem zijn in Q1 t/m 3 53 (bijna-)incidenten geregistreerd. Er zijn geen calamiteiten geregistreerd.

De 55 incidenten betroffen vaak losse meldingen. Er waren zes incidenten met risicoclassificatie groot. Meerdere malen betrof het toedienen van een verkeerd medicament

of een medicament op de verkeerde tijd door de patiënt. Hiervoor is de instructie voor de medicatie voorafgaand aan de IVF/ICSI punctie gedigitaliseerd en verduidelijkt. Tweemaal werd een operatieve behandeling geannuleerd door het vaststellen van een (mogelijke) zwangerschap. Hiervoor is de informed consent procedure en voorlichting bij planning van een OK aangepast. Eén melding betrof een storing van de transportkoffer. Hier is een analyse op uitgevoerd door MICT en de leverancier.

Er werd zeven maal een compliment geregistreerd. Paren danken voor zorg en begeleiding. Dit is hartverwarmend en een prachtige motivatie voor ons werk. Er werd vijf maal een klacht van een patiënt geregistreerd. Deze klachten werden naar tevredenheid van betrokken patiënten afgesloten.

Conclusies en actiepunten t.a.v. omgaan met afwijkingen:

Er is een goede meldingsbereidheid in het team en het melden en bespreken gebeurt in een veilige sfeer. De software programma's Q-base en I-task (VIM systeem) zijn voorhanden en gebruiksvriendelijk. Wel is er druk op de uren die de teamleden aan het verwerken en analyseren van de meldingen kunnen besteden. Hierover zijn in 2018 wel duidelijker afspraken gemaakt met de poli leiding.

Actiepunt	Verantwoordelijke persoon	Wanneer klaar
Jaarplanning analyse incidenten en VIM team bijeenkomsten	DDG	Maart 2019
Gebruik PDCA format afhandeling VIM's	JBR/EDV	continu

Leveranciersbeoordeling

In 2009 is voor het eerst een leveranciersbeoordeling uitgevoerd. Hiervoor is allereerst een overzicht van kritische leveranciers opgesteld. Leveranciers die uitbestede zorgprocessen uitvoeren voor de afdeling worden in alle gevallen als kritische leverancier aangemerkt. Een van onze belangrijkste partners/ leveranciers, het IVF Centrum in het ETZ ziekenhuis is inmiddels ook ISO gecertificeerd.

Bij de leveranciersbeoordeling voor 2018 is bij een aantal leveranciers opnieuw geconstateerd dat ze niet op alle punten voldoende scores, namelijk de operatieafdeling, MICT/Chipsoft, Cleancare (onder andere op basis van een werkplekonderzoek) en STB. Daar waar dit van toepassing is, is dit doorgegeven aan de leveranciers. Bij beoordeling in 2019 zullen vooral de volgende punten kritisch beoordeeld worden:

Operatieafdeling: mogelijkheden plannen punctie onder sedatie
MICT/Chipsoft: realisatie koppeling LSFD-HIX
Cleancare: uitvoering schoonmaak werkzaamheden
STB: optreden storingen LSFD en afhandeling ervan, vooral stabiliteit koppelingen met het IVF laboratorium

Personeelsbeleid en medewerker-tevredenheidsonderzoek

Het opleidingsplan hebben de medewerkers doorlopen, de fertiliteitgynaecologen hebben het aantal verplichte nascholingspunten behaald. Een aantal activiteiten was met het team gezamenlijk, zoals de klinische lessen gekoppeld aan het teamoverleg. Een afvaardiging van gynaecologen, fertiliteitartsen en verpleegkundigen bezochten gezamenlijk de ESHRE-meeting in Barcelona. Periodiek worden bekwaamheidsverklaringen afgegeven voor relevante handelingen zoals echo-onderzoek en IUI. Dit wordt geregistreerd in het JBZ-leerplein.

Na nadere beschouwing is besloten de business case verpleegkundig specialist niet verder uit te werken.

In 2018 heeft het teamoverleg volgens schema 6x plaatsgevonden, waarbij vrijwel alle medewerkers aanwezig zijn. Ook in 2019 zal deze frequentie gehandhaafd worden. Van het overleg worden notulen gemaakt en worden besluiten en actiepunten vastgelegd in Q base. Op het teamoverleg werden de verbeterpunten besproken en geïmplementeerd.

Jaargesprekken worden jaarlijks gehouden met alle geledingen van het team waarbij wordt gestimuleerd persoonlijke concrete en haalbare doelen te stellen. Voor 2019 zal dit verder worden uitgewerkt in een persoonlijk ontwikkelingsplan.

Er zijn voldoende personeelsleden, hoewel er door geplande bezuinigingen druk staat op het aantal inzetbare uren. We proberen dit probleem te beheersen door flexibeler te plannen afhankelijk van piek en dal momenten. De directe patiëntenzorg wordt zo ontzien. We zullen monitoren of het niet ten koste gaat van noodzakelijke niet-patiëntgebonden activiteiten. Het secretariaat werd versterkt met Nanda van Beekveld.

Helaas bleek dat onze gewaardeerde collega Natascha Krols wegens aanhoudende gezondheidsklachten niet bij ons zal terugkeren. Haar taken zijn overgedragen aan Maija Dam.

In 2018 werd JBZ breed het tweejaarlijkse medewerker-tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Voor de IVF verpleegkundigen geldt dat zij hoog scoren op bevlogenheid en betrokkenheid. Troespunten zijn de aanspreekcultuur, samenwerking en innovaties. Ook verbeterpunten zijn genoemd en in het teamoverleg vastgesteld als aandachtspunten voor 2019.

Fertiliteit



Tijdens een RVE brede bijeenkomst is een bijdrage geleverd over de volgende thema's,

- o Omdat jij het waard bent

Multitasking verlaagd effectiviteit, vergroot de kans op fouten en geeft stress. Doel was bewustwording en afspraken maken om elkaar niet onnodig tijdens werkzaamheden te storen.

- o Exnovatie

Dit is als nieuw thema aan de JBZ strategie toegevoegd en beoogd onnodige of inefficiënte handelingen te identificeren en zo mogelijk te elimineren.

Conclusies en actiepunten t.a.v. personeelsbeleid:

Het personeel is een hecht en toegewijd team waarvan de meesten al langdurig op het Centrum Voortplantingsgeneeskunde werkzaam zijn. Deskundigheidsbevordering is ingebed en gewaarborgd.

Actiepunt	Verantwoordelijke persoon	Wanneer klaar
Persoonlijk ontwikkelingsplan personeel	JMR/EDV	Oktober 2019
Vervanging Erato Buisman	JBR/STG	Mei 2019
Bevordering lifestyle patiënten, VPG rookvrij	ASC/EVH	Oktober 2019

Geschiktheid van middelen

De ruimte en inrichting van het Centrum Voortplantingsgeneeskunde is afdoende en voldoet aan eisen voor privacy van patiënten. Er is voldoende apparatuur zoals echotoestellen, gynaecologische stoelen etc. De koelkast waar onder andere transportmedium in wordt bewaard is in 2017 aangesloten op de centrale temperatuurmonitoring. De ICT-voorzieningen zijn compleet behoudens de koppeling LSFD-HIX. In 2019 volgt de update naar LSFD versie 6. Het werkplekconcept van het JBZ faciliteert de bescherming van persoonsgegevens en medische data.

Actiepunt	Verantwoordelijke persoon	Wanneer klaar
Testen en implementatie LSFD v6	ASC/JBR/MICT	Maart 2019

Externe veranderingen

- Vermindering winstmarges farmaceuten
Minder mogelijkheden sponsoring kwaliteits- en wetenschapsprojecten
- Gebruik wearables patiënten
Blijven inzetten op digitale poli en ontwikkelen nieuwe concepten als Fertility Consult en Yourfertility@home
- Eisen VIPP, openstellen dossier voor patiënt
- Value based healthcare
Heldere KPI's, meten PROM's, transparantie over uitkomsten
- NVOG kennisagenda
Blijvende aansluiting bij Onderzoeksconsortium NVOG voor deelname aan onderzoeksprojecten en identificeren effectieve zorg
- Nieuwe IVF vergunningen, o.a. Nij Geertgen
Veranderde concurrentiepositie?
- Endometriose zorg ontwikkeling in regio
Oriëntatie nodig op voortzetten verwijsbeleid naar VUMC of opzetten regionaal endometriose netwerk

Interne veranderingen

- Behalen topklinische status STZ
- Hoog meerlingpercentage MOH/IUI en OI

Analyse verricht, effect verbetermaatregelen monitoren

- Bezuinigingen JBZ
Effect op bedrijfsvoering en kwaliteit? Zoals druk op inzetbaarheid uren verpleegkundigen
- Personeelsbeleid, wisselingen
Vervanging Erato Buisman
- Meerjarenbeleidsplan vakgroep Gynaecologie
Analyse overlap, synergiemogelijkheden, waar schuurt het?

Conclusies en actiepunten t.a.v. interne en externe veranderingen:

Actiepunt	Verantwoordelijke persoon	Wanneer klaar
Voortgang Fertility Consult en YourFertility@Home uitwerken	JBR/STG	Sept 2019
Uitwerken mogelijkheden regionetwerk endometriose	STG/NCO	Dec 2019
Monitoring meerling cijfers	JBR	Elk kwartaal
Oriëntatie subsidiemogelijkheden onderzoek	STG/JBR	Juni 2019
Beleidsplan 2019	JBR/team	Feb 2019

Corrigerende maatregelen en verbetercyclus

De verbetercyclus is geïmplementeerd. Met behulp van Q-base kunnen we overzicht en inzicht krijgen van meldingen, metingen geformuleerde en uitgevoerde vervolgacties. Vooral op de belangrijkste KPI, de uitkomsten van het primair proces is de verbetercyclus een levend instrument. Monitoring vindt frequent plaats en bij verbetermaatregelen wordt na verloop van tijd geëvalueerd of zij effectief waren. Ten aanzien van interne audits en incidentmeldingen zijn niet altijd afhandelingsplannen geformuleerd. Van een aantal audits blijkt dat na herhaling de uitkomst goed is (bv. overzetten informatie Digitale Kinderwenspoli) en dat een audit daar niet meer jaarlijks hoeft te worden ingepland. Bij andere audits blijkt dat de praktijk weerbarstig kan zijn en dat bewustwording en verbetermaatregelen nog onvoldoende effect hebben (bv. compleetheid dossier). Hier is dus nog voortdurende inzet nodig

3. Wetenschap en onderwijs

Onderwijs

De AIOS gynaecologie worden in hun 1^e 2 jaar ingedeeld voor een basis stage VPG. Aan de hand van een omschreven stageplan wordt uitvoerig kennis genomen van het vakgebied en behaalde doelen en competenties vastgelegd in hun digitale portfolio. Ook wordt aan iedere AIOS gevraagd en verdiepingsopdracht uit te voeren, zoals het schrijven van een protocol. Ten slotte maken zij kennis met kwaliteitsmanagement door het uitvoeren van een interne audit. Dit jaar betrof het Lean Beulen (protocol herhaalde miskraam), Sophieke van der Steen (protocol PCOSS) en Edith van Es (protocol fertiliteitspreservatie). Alle AIOS waren zeer positief over de stagemogelijkheden en de welkome sfeer in het team.

Naast de basis stage was er dit jaar ook weer een ouderejaars differentiant VPG, Dana Huppelschoten. Zij bekwaamde zich in supervisie van het team en begeleidde de andere AIOS. Tevens is zij betrokken bij wetenschappelijk onderzoek van het Centrum VPG. Co-assistenten lopen regelmatig mee tijdens het spreekuur als korte oriëntatie.

Wetenschap

Alle lokale hoofdonderzoekers en de research verpleegkundige zijn GCP gecertificeerd. Registratie van trials vindt plaats in Research Manager. Toetsing vindt plaats door het JBZ Wetenschapsbureau. In 2018 werd aan diverse multicenter studies deelgenomen, o.a. T4life, Alife2, FOAM, Scratch, Zin en Zwanger, SUMMER en STIM. Hierbij vervult Elma de Vaan als research verpleegkundige een cruciale rol. Eigen onderzoek wordt gedaan op het gebied van pijn en IVF (promotieonderzoek Erato Buisman, copromotor Jan Willem van der Steeg), PCOS (promotieonderzoek Sanne Braam, copromotor Jan Peter de Bruin), online fertiliteitszorg (Dana Huppelschoten). Verder trad Jan Peter de Bruin toe als projectleider en copromotor van de Antarctica2 studie. Erato Buisman ontving het JBZ stipendium voor onderzoek.

In 2018 waren Jan Peter de Bruin en Jan Willem van der Steeg auteur van 14 peer reviewed artikelen.

4. CONCLUSIE

Het werken met het kwaliteitssysteem, het laten lezen door de medewerkers en het toetsen van de uitvoering door interne audits heeft geleid tot verschillende wijzigingen op de afdeling. Vooral op gebied van het registreren is er veel veranderd. Door de medewerkers wordt het als positief ervaren dat er duidelijke afspraken gemaakt zijn en dat iedereen op dezelfde manier werkt. De ervaring met de ISO 9001:2015 normering is positief. Het is prettig om zelf keuzen te kunnen maken in voor onze relevante uitkomstmaten. Maar door de normen wel vereist worden het kwaliteitsbeleid en de uitvoering ervan compleet en gestructureerd vorm te geven.

Duidelijke afspraken en een eenduidige manier van werken leiden tot kwaliteitsverbetering in de afdeling en daarmee hopen we ook de klanttevredenheid verder te vergroten.

Door de gestructureerde, planmatige werkwijze in de toekomst verder uit te bouwen, verwachten we nog een behoorlijke kwaliteitswinst te kunnen boeken. De basis hiervoor is nu duidelijk aanwezig.

Het risico-gestuurd denken zullen wij steeds nadrukkelijker gaan toepassen. Hiervoor is een de module Q-safe toegevoegd aan ons digitaal kwaliteitsmanagementsysteem. Dit zal helpen met het overzicht van risico beheersende maatregelen en eventuele restrisico's.

Voor elk komende jaar zal een goede balans gevonden moeten worden in het aantal verbeterprojecten, de uitvoer van interne audits en de analyse en opvolging van meldingen ten opzichte van de beschikbare menskracht.