

Wegwijzer inrichting kwaliteitssysteem voor integrale geboortezorg

In de [Zorgstandaard Integrale Geboortezorg](#) staat dat kwaliteitsbevordering en – bewaking planmatig en gestructureerd aangepakt moet worden binnen een VSV of IGO. Maar hoe pak je zo iets aan? Waar begin je? Wat doe je met de uitkomsten van de indicatoren en de cliëntervaringen? En hoe kom je gezamenlijk tot verbeterplannen om de kwaliteit van zorg te verbeteren? En hoe hou je vervolgens de vinger aan de pols? Hoe helpt een PDCA-cyclus hierbij?

Deze wegwijzer is opgesteld om VSV's en IGO's te ondersteunen bij het inrichten van een dergelijk kwaliteitssysteem.

Wat is een kwaliteitssysteem?

Voorwaarden kwaliteitssysteem volgens Zorgstandaard Integrale geboortezorg

VSV of IGO als lerende organisatie

Stap 1

Evalueer cyclisch aan de hand van PDCA cyclus

Stap 2

Implementatie ZIG en basis-ingrediënten voor Kwaliteitsmanagement-systeem

Stap 3

Kwaliteitsmanagement-systeem voor VSV of IGO

Stap 4

Benchmark VSV of IGO met landelijke gegevens

Stap 5

Benchmark VSV of IGO onderling

Stap 6

Intern en extern auditsysteem voor VSV of IGO

Planning





[beginscherm <](#)

Wat is een kwaliteitssysteem voor integrale geboortezorg?

Uitgangspunt voor Integrale Geboortezorg is dat uitkomsten voor moeder en kind optimaal zijn. Om kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren zullen deze uitkomsten dus centraal moeten staan. Uitkomsten bevatten zowel 'technische' uitkomsten als [structuur-, proces- en gezondheidsuitkomsten](#) maar ook interpersoonlijke aspecten. Deze hebben te maken met de mate van cliëntgerichte zorg en verwijst naar informatie die aansluit bij de behoeften van de cliënt.

Om kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren en bewaken, is het noodzakelijk om op de verschillende uitkomsten regelmatig gegevens te verzamelen, te analyseren en te bespreken met alle betrokkenen die bij het leveren van integrale geboortezorg betrokken zijn. Dit vraagt om een structurele aanpak. Een kwaliteitsmanagementsysteem kan organisaties die integrale geboortezorg leveren (Verloskundige SamenwerkingsVerbanden (VSV's) en Integrale Geboortezorg Organisaties (IGO's)) ondersteunen om optimale uitkomsten voor moeder en kind te realiseren.

[meer info >](#)



[beginscherm <](#)

Structuur-, proces- en gezondheidsuitkomsten

Structuuruitkomsten zijn bijvoorbeeld randvoorwaarden voor een organisatie (bijvoorbeeld aanwezigheid van protocollen). Procesuitkomsten hebben te maken met de processen binnen een organisatie (bijvoorbeeld wachttijd tijdens het spreekuur. Gezondheidsuitkomsten zijn bijvoorbeeld de AOI-5).



beginscherm <

Om VSV's en IGO's te kunnen ondersteunen bij het structureel werken aan kwaliteit zijn (onderdelen van) het INK-model (van het Instituut Nederlandse Kwaliteit) en normen voor HKZ/ISO-certificering als basis gebruikt om te beschrijven op welke onderwerpen activiteiten beschreven zouden moeten worden. Uitgangspunt voor dit kwaliteitsmanagementsysteem is het principe van een "[lerende organisatie](#)" aan de hand van "[cyclisch evalueren](#)". Dit is vormgegeven aan de hand van de Kwaliteitscirkel van Deming (de Plan-Do-Check-Act – PDCA-cyclus).

Uiteraard kunnen VSV's en IGO's ook andere modellen in hun eigen regio's implementeren (bijvoorbeeld zoals beschreven door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in Zorg (zie www.niaz.nl) of het Joint Commission International (www.jointcommission.org), of andere methodes gebruiken om continue te verbeteren (bijvoorbeeld Lean, Agile, Scrum).



[beginscherm <](#)

Voorwaarden kwaliteitssysteem volgens Zorgstandaard Integrale geboortezorg

In de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg staat dat een VSV of IGO per 1 januari 2018 kwaliteitsbeleid hebben, inclusief een kwaliteitscyclus en indicatoren:

- Er is een kwaliteitssysteem opgezet, dat tevens rekening houdt met aspecten als effectiviteit en doelmatigheid.
- Kwaliteitsbevordering en -bewaking is methodisch aangepakt, in een cyclisch proces en is structureel ingebed binnen de zorgorganisatie.
- Het gezamenlijk continu monitoren van de kwaliteit in de eigen regio en opstellen verbeterplannen. Het analyseren en verbeteren van prestaties vanuit het perspectief van zowel de zorgverlener als zwangere. Aanbevelingen voor verbetering samenwerking, richtlijnontwikkeling/zorgpaden, inventariseren en scholingsnoodzaak.
- Deelname zorgverleners aan perinatale audits en perinatale registratie van Perined
- De gemeten resultaten worden besproken, geanalyseerd en leiden tot verbeter- en borgingsplannen

Zie ook [Implementatietool ZIG](#)



beginscherm <

VSV of IGO als lerende organisatie

Uitgangspunt voor dit kwaliteitsmanagementsysteem is het principe van een “lerende organisatie” aan de hand van [“cyclisch evalueren”](#). De gedachte bij een lerende organisatie is dat mensen werkelijk veranderen als mensen leren; als zij nieuwe vaardigheden leren en leren deze vaardigheden toe te passen in hun werkzaamheden om zo hun gezamenlijke ambitie te verwezenlijken. Zelfevaluatie is hierbij een hulpmiddel: het geeft aan waar een organisatie zich bevindt in haar streven naar optimale kwaliteit (een ‘excellente organisatie’). Tegelijkertijd maakt een zelfevaluatie duidelijk wat er in de eigen organisatie nog moet gebeuren vóór die status van excellente organisatie wordt bereikt.

Zelfevaluatie volgens het model van [INK](#) helpt verbeterpunten te identificeren en kan zo bijdragen om te bepalen wat de beste aanpakken zijn. Het helpt organisaties om bij het formuleren van verbeteractiviteiten te focussen op de belangrijkste aandachtsgebieden waar verbetering nodig is. Door de PDCA-cyclus op de verschillende onderdelen van het INK-model toe te passen, wordt zowel gewerkt aan continue kwaliteitsverbetering als aan het borgen ervan.



beginscherm <

Stap 1

Evalueer cyclisch aan de hand van PDCA-cyclus

Cyclisch evalueren wordt gebruikt als hulpmiddel voor een lerende organisatie. Deze methode om te verbeteren, is binnen de gezondheidszorg algemeen geaccepteerd. Er zijn hierbij verschillende stappen te onderscheiden: [plannen](#), [uitvoeren](#), [evalueren](#) en eventueel [bijstellen](#) van activiteiten.

Cyclisch evalueren heeft betrekking op het planmatig regelmatig terug laten komen van voorgenomen activiteiten, om te kijken of datgene wat je je hebt voorgenomen ook daadwerkelijk gerealiseerd is. De cyclus wordt vervolgens herhaald, totdat het gewenste resultaat is bereikt (of nieuwe doelstellingen geformuleerd worden). Op deze wijze 'leert' de organisatie van de eigen activiteiten en metingen met als doel continue verbetering.



[Ideeën voor cyclisch evalueren binnen lerende organisatie](#)

[Toepassing PDCA cyclus](#)

[Voorbeeld PDCA cyclus](#)

[Format PDCA plan](#)



beginscherm <

Plannen

De eerste stap ('Plan') is het helder formuleren van wat je wilt bereiken (bv verbeteren). Bij voorkeur aan de hand van [SMART](#) formuleringen: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden. Aan de hand van helder geformuleerde doelstellingen kan later goed beoordeeld worden of wat je met elkaar hebt voorgenomen ook daadwerkelijk gerealiseerd is.



beginscherm <

SMART

Specifiek

Een heldere doelstelling geeft antwoord op de zes w-vragen: wat, wie, waar, wanneer, welke en waarom:

- Wat willen we bereiken?
- Wie zijn erbij betrokken?
- Waar gaan we het doen?
- Wanneer gebeurt het?
- Welke delen van de doelstelling zijn essentieel?
- Waarom willen we dit doel bereiken?

Meetbaar

Er moet bepaald kunnen worden of het doel ook daadwerkelijk bereikt is. Hoeveel gaan we doen? Hoe kunnen we dat meten? Wat is er af als het af is? Doe zo mogelijk een nulmeting, om de startsituatie te bepalen.

Acceptabel

Het is belangrijk dat er draagvlak voor het te bereiken doel is. Iedereen moet het ook willen, anders wordt een doel niet gehaald of beklijft de verandering niet. Hierbij is het belangrijk dat je zoveel mogelijk mensen betreft bij het kiezen en formuleren van een doelstelling.

Realistisch

Een doel moet wel haalbaar zijn. Dit is belangrijk, want een onbereikbaar doel motiveert mensen niet.

Een realistische doelstelling houdt rekening met de praktijk. In geen enkele organisatie kunnen mensen 100% aan één doel werken. Er zijn altijd andere activiteiten, onverwachte gebeurtenissen en afleidingen. Moeilijk bereikbare doelstellingen kun je opsplitsen in kleinere haalbare subdoelstellingen. De tussentijdse resultaten geven telkens nieuwe energie.

Tijdgebonden

Een duidelijke doelstelling heeft een duidelijke einddatum, en bij voorkeur ook een startdatum. Wanneer is het doel bereikt?

Een voorbeeld van een SMART doelstelling is

31 december 2018 is door het bestuur een meerjarenbeleidsplan voor het VSV / de IGO opgesteld, dat tenminste de missie en visie, strategische doelstellingen en benodigde middelen bevat voor de komende 3 jaar. Dit beleidsplan is geaccordeerd door de leden van het VSV / de IGO.



[beginscherm <](#)

Uitvoeren

De tweede stap binnen een kwaliteitscyclus ('Do'), is het beschrijven en uitvoeren van activiteiten die nodig zijn om je doel te kunnen bereiken. Beschrijf dit zo helder mogelijk, zodat voor iedereen duidelijk is wat er gedaan moet worden. Neem hierin ook eventueel taakverdeling op (wie doet wat en is waar verantwoordelijk voor).



[beginscherm <](#)

Evalueren

De derde stap is het controleren ('Check' of 'Study) of de doelstellingen ook behaald zijn en of de voorgenomen activiteiten ook daadwerkelijk uitgevoerd worden. Het is aan te bevelen om dit regelmatig te doen. Bijvoorbeeld elke 3 maanden, zodat regelmatig bijgestuurd kan worden indien blijkt dat voorgenomen activiteiten niet zijn uitgevoerd.



[beginscherm <](#)

Bijstellen

De laatste stap is het bijstellen “Act” op basis van bevindingen van de evaluatie: wat is er nodig om de doelstellingen te behalen of activiteiten volgens afspraak uit te voeren. Voor de komende periode worden doelstellingen en actiepunten opnieuw geformuleerd.



beginscherm <

Ideeën voor cyclisch evalueren binnen lerende organisatie

Cyclisch evalueren binnen een lerende organisatie kan betrekking hebben op allerlei soorten activiteiten:

- 1 Doelstellingen binnen je VSV of IGO: het monitoren of de doelstellingen ook daadwerkelijk behaald worden en wat er eventueel nodig is om dit alsnog voor elkaar te krijgen
- 2 Uitkomsten van de perinatale audit: welke verbeterpunten zijn beschreven en ingezet: na een vooraf afgesproken periode kijken of de verbeteringen ook daadwerkelijk zijn doorgevoerd
- 3 Protocollen, werkafspraken, zorgpaden etc: nadat deze vastgesteld zijn regelmatig met elkaar doornemen of de afspraken die met elkaar gemaakt zijn ook daadwerkelijk werken en of ze nog up to date zijn (State of the Art).
- 4 Resultaten van AOI, cliëntervaringen, medewerkerservaringen etc; hoe zien onze resultaten eruit? Wat willen we met elkaar verbeteren? Opnieuw gegevens verzamelen: is daadwerkelijk verbeterd wat we wilden verbeteren?
- 5 Evalueren en inzetten van verbeteracties: levert het de resultaten op die we ervan verwachtten?
- 6 Ideeënbus voor cliënten of medewerkers: een punt waar medewerkers of cliënten suggesties ter verbetering kunnen inleveren. Vervolgens gegevens over deze ideeën/suggesties verzamelen, activiteiten bedenken en uitvoeren en na een vooraf afgesproken periode kijken of de voorgenomen activiteiten ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Eventueel meten of er ook daadwerkelijk verbeteringen zijn opgetreden.

[Voorbeeld PDCA cyclus](#)

[FORMAT PDCA plan](#)



[beginscherm <](#)

Stap 2

Implementatie ZIG en basis ingrediënten voor Kwaliteitsmanagementsysteem

Vanaf juli 2017 dienen VSV's en IGO's een Plan van Aanpak voor de invoering van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG) te hebben geformuleerd. Zie [Tijdpad Implementatie ZIG](#) en [Implementatietool ZIG](#).

Dit Plan van Aanpak ondersteunt de implementatie, signaleert knelpunten en adresseert ze waar nodig. De Inspectie houdt toezicht op de implementatie en zal dit monitoren aan de hand van een toetsingskader voor toetsing bij VSV's en IGO's. Het implementatieplan van de zorgstandaard is hierbij één van de leidende onderdelen.

Zie ook [Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(IGJ\)](#) Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

[Tijdpad Implementatie ZIG](#)

[Implementatietool ZIG](#)

[Implementatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg \(ZIG\)](#)

[Basisingrediënten van het Kwaliteitsmanagementsysteem voor VSV of IGO](#)



beginscherm <

Implementatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG)

Op 1 januari 2018 dienen de volgende onderdelen van de ZIG geïmplementeerd te zijn door het VSV of IGO (Fase 0 uit Implementatieplan):

- Gezamenlijke besluitvorming, bejegening en Informed Consent
- Kwaliteitsbeleid, inclusief kwaliteitscyclus en indicatoren

Streefdatum 1 januari 2018 voor implementatie onderdelen (Fase 1 uit Implementatieplan):

- Multidisciplinaire en -lijnoverstijgende samenwerking
- Interprofessioneel geboortezorgteam
- Zwangere en (ongeboren)kind centraal
- Eén vast aanspreekpunt: coördinerend zorgverlener
- Prenatale zorg
- Zorg bij bevalling en geboorte
- Zorg na de bevalling en geboorte
- Acute zorg

Streefdatum 1 januari 2019 voor implementatieonderdelen (Fase 2 uit Implementatieplan):

- Adequate voorlichting en counseling
- Individueel geboortezorgplan
- Preconceptiezorg
- Doorontwikkeling verloskundig samenwerkingsverband

Deadline Januari 2020 voor implementatieonderdelen (Fase 3 uit Implementatieplan):

- Perinataal Webbased Dossier
- Aandacht voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden



[beginscherm <](#)

Basingrediënten van het Kwaliteitsmanagementsysteem voor VSV of IGO

Deze stap bevat basis ingrediënten voor een kwaliteitsmanagementsysteem voor een VSV of IGO: het bevat grotendeels activiteiten die VSV's en IGO's momenteel vaak wel al doen, maar soms zonder cyclisch te evalueren.

[Beleidsplan](#)

[Perinatal audits](#)

[Protocollen, richtlijnen, standaarden, zorgpaden, werkinstructies- en afspraken](#)

[Perined Insight](#)

[Eisen Zorginstituut Nederland \(ZiN\)](#)

[Cliëntervaringen opvragen en gebruiken](#)



[beginscherm <](#)

Beleidsplan

Het VSV of IGO heeft een Missie en Visie geformuleerd

Door het VSV of IGO wordt een [meerjarenbeleidsplan](#) opgesteld voor een periode van 3 - 5 jaar, geaccordeerd door alle leden. Dit meerjarenbeleidsplan bevat tenminste de missie en visie van de organisatie, strategische doelstellingen en benodigde middelen. Het meerjarenbeleidsplan wordt jaarlijks geëvalueerd en zo nodig bijgesteld

Op basis van het meerjarenbeleidsplan wordt jaarlijks een [kwaliteitsjaarplan](#) geschreven met [SMART](#) (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) geformuleerde doelstellingen.

Jaarlijks wordt een [kwaliteitsjaarverslag](#) geschreven waarin gereflecteerd wordt op doelstellingen zoals geformuleerd in het jaarplan. Op basis van behaalde resultaten en strategische doelstellingen uit het meerjarenbeleidsplan wordt een nieuw jaarplan opgesteld (aan de hand van de uitkomsten van de [PDCA-cyclus](#)).

[Voorbeeld beleidsplan](#)

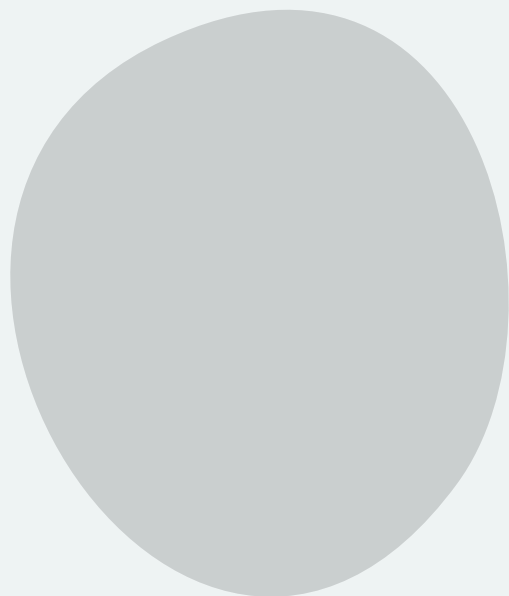
[Voorbeeld kwaliteitsjaarplan](#)

[Format kwaliteits jaarplan](#)

[beginscherm <](#)

Meerjarenbeleidsplan

Bijvoorbeeld bedrijfsplan, plan van aanpak, werkplan etc.





[beginscherm <](#)

Kwaliteitsjaarplan

De voorgenomen activiteiten uit het meerjarenbeleidsplan worden vertaald naar activiteiten die in het komende jaar ondernomen worden om de meerjarendoelstellingen te kunnen behalen: wat gaan we het komende jaar doen om onze visie waar te maken.



[beginscherm <](#)

Kwaliteitsjaarverslag

In het kwaliteitsjaarverslag wordt teruggeblikt op wat er terecht is gekomen van de voorgenomen activiteiten en wat dit betekent voor het komende jaar om toch de meer-jaren doelstellingen te kunnen realiseren.



[beginscherm <](#)

Perinatal audits

Elk half jaar worden met alle zorgverleners perinatale auditbijeenkomsten gehouden waarin opgetreden perinatale sterftes besproken en geëvalueerd worden. Zo nodig worden verbetertrajecten beschreven en in gang gezet.

Jaarlijks wordt geëvalueerd of de hieruit geformuleerde verbetertrajecten geïmplementeerd zijn.

[Voorbeeld perinatale audit](#)

[Voorbeeld audit HPP](#)



[beginscherm <](#)

Protocollen, richtlijnen, standaarden, zorgpaden, werkinstructies- en afspraken

Binnen het VSV of IGO worden de aanwezige protocollen, standaarden, zorgpaden en werkafspraken beschreven en wordt vastgesteld wanneer ze geëvalueerd dienen te worden (bijvoorbeeld elke 2 jaar).

Jaarlijks wordt bekeken welke beschreven protocollen, standaarden, zorgpaden en werkafspraken bijgesteld dienen te worden en of nieuwe protocollen opgesteld dienen te worden.



[beginscherm <](#)

Perined Insight

Jaarlijks bespreken betrokken zorgverleners binnen het VSV of IGO de kwaliteitsgegevens uit [Perined Insight](#) en spiegelen deze aan hun gegevens uit voorgaande jaren en met het landelijke gemiddelde. Zo nodig worden verbetertrajecten geformuleerd met [SMART](#) doelstellingen.

Jaarlijks worden geformuleerde verbetertrajecten gemonitord, besproken en zo nodig bijgesteld.



beginscherm <

Eisen Zorginstituut Nederland (ZiN)

Vanaf 2018 dient het VSV of IGO de [Indicatorenset integrale geboortezorg](#) op te leveren. Het gaat hierbij om Zorg-Uitkomstindicatoren, Cliëntervaringen en Cliëntpreferenties.

- Het VSV of IGO legt een werkwijze vast met betrekking tot het aanleveren van de kwaliteitsgegevens aan het Zorginstituut. Hierin staat beschreven wie welke gegevens levert aan wie en wie verantwoordelijk is voor de aanlevering aan het [Zorginstituut](#).
- Jaarlijks wordt bekeken of de vastgelegde werkwijze nog van toepassing is.
- Jaarlijks (uiterlijk 1 mei) worden de indicatoren opgeleverd volgens instructies Zorginstituut (zie www.zorginzicht.nl) (aan openbare database ZIN en op de website van het VSV of IGO)
- Resultaten van de indicatoren uitkomsten worden jaarlijks besproken binnen VSV of IGO en gespiegeld met voorgaande jaren binnen het VSV of IGO. Zo nodig worden verbetertrajecten geformuleerd met SMART doelstellingen.
- Jaarlijks worden geformuleerde verbetertrajecten gemonitord, besproken en zo nodig bijgesteld.

[Indienen indicatoren](#)



beginscherm <

Indicatorenset integrale geboortezorg

Vanaf 2018 dient het VSV of IGO de indicatoren op te leveren. Het gaat hierbij om Zorg-Uitkomstindicatoren, Cliëntervaringen en Cliëntpreferenties.

- Het VSV of IGO legt een werkwijze vast met betrekking tot het aanleveren van de kwaliteitsgegevens aan het Zorginstituut. Hierin staat beschreven wie welke gegevens levert aan wie en wie verantwoordelijk is voor de aanlevering aan het [Zorginstituut](#).
- Jaarlijks wordt bekeken of de vastgelegde werkwijze nog van toepassing is.
- Jaarlijks (uiterlijk 1 mei) worden de indicatoren opgeleverd volgens instructies Zorginstituut (zie www.zorginzicht.nl) (aan openbare database ZIN en op de website van het VSV of IGO)
- Resultaten van de indicatoren uitkomsten worden jaarlijks besproken binnen VSV of IGO en gespiegeld met voorgaande jaren binnen het VSV of IGO. Zo nodig worden verbetertrajecten geformuleerd met SMART doelstellingen.
- Jaarlijks worden geformuleerde verbetertrajecten gemonitord, besproken en zo nodig bijgesteld.

[Indienen indicatoren](#)



[beginscherm <](#)

Clëntervaringen opvragen en gebruiken

Ervaringen van alle cliënten van het VSV of IGO worden bepaald met behulp van de Net Promotor Score (NPS).

Door het VSV of IGO wordt beschreven hoe en wanneer cliëntervaringen geëvalueerd worden, hoe de resultaten verwerkt worden in de zorgverlening (protocollen, afspraken ed) en hoe en naar wie wordt gerapporteerd - Intern: VSV of IGO en cliëntenraad. Extern: [ZiN en website](#).

Tenminste elk half jaar worden resultaten van cliëntervaringsonderzoek besproken en zo nodig worden verbetertrajecten geformuleerd. Enerzijds op het niveau van de uitvraag en de verzameling van antwoorden (logistiek). Anderzijds op het niveau van het zorgaanbod (inhoudelijk).

Jaarlijks wordt gemonitord of eventuele verbetertrajecten op deze twee niveaus daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Zo nodig wordt een en ander bijgesteld.

[Indicatorenset Integrale Geboortezorg](#)



[beginscherm <](#)

ZiN en website

Een deel van de cliënten zal tevens een andere, uitgebreidere gevalideerde vragenlijst voorgelegd moeten krijgen. Dit kan de ReproQ, ICHOM (Value Based Health Care-lijst), de LadyX of een andere gevalideerde vragenlijst zijn. Zorgverzekeraars bevelen aan de ReproQ hiervoor de gebruiken.



[beginscherm <](#)

Stap 3

Kwaliteitsmanagementsysteem voor VSV of IGO

Een volledig Kwaliteitsmanagementsysteem Integrale Geboortezorg zal bestaan uit activiteiten op de volgende onderdelen:

[Organisatie en randvoorwaarden](#)

[Zorgprocessen](#)

[Cliënten](#)

[Kwaliteits-Indicatoren](#)

De verschillende onderdelen bevatten zowel organisatiegebieden (structuur en proces) als resultaatgebieden (uitkomsten) en worden beschreven met betrekking tot de inrichting, het monitoren van de ontwikkeling, het cyclisch evalueren en zo nodig bijstellen van de inrichting.

Voor ondersteuning van het invoeren: zie de [checklist in pdf](#).

[Klik hier voor het downloaden van de checklist in word](#)



[beginscherm <](#)

Organisatie en randvoorwaarden

Dit onderdeel heeft betrekking op de organisatie van het VSV of IGO: het geeft o.a. richting aan de uitvoering van de plannen van het VSV of IGO en geeft helderheid over de verantwoordelijkheden van deelnemers van het VSV of IGO.

[Beleidsplan](#)

[Documentbeheer](#)

[Management van financiële middelen](#)

[Management kwaliteit zorgverleners](#)

[Accommodatie](#)

[Communicatie of te wel 'Zo communiceren wij'](#)



[beginscherm <](#)

Beleidsplan

[Ga naar stap 2 - Beleidsplan](#)





[beginscherm <](#)

Documentbeheer

Alle voor VSV of IGO relevante documenten (protocollen, werkafspraken, formulieren, handboeken, contracten, etc.) staan op een voor alle leden van VSV of IGO bereikbare plaats (fysiek dan wel digitaal).

Minimaal elke 2 jaar wordt van alle beschikbare documenten vastgesteld of deze bijgesteld of aangepast dienen te worden.

Jaarlijks wordt vastgesteld of VSV of IGO voldoet aan alle (nieuwe) wet- en regelgeving die aan een dergelijke organisatie worden gesteld.



[beginscherm <](#)

Management van financiële middelen

Het VSV of IGO streeft zoveel mogelijk doelmatige zorgverlening na, vanuit de gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid. Hiervoor worden beleidsafspraken gemaakt in het meerjarenbeleidsplan (bv over mogelijkheden taakherschikking, differentiatie en substitutie). Jaarlijks wordt de doelmatigheid van de organisatie geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Elk kwartaal wordt inzichtelijk gemaakt hoe omgegaan is met de [beschikbare middelen](#) om de activiteiten van de organisatie zo effectief en efficiënt uit te kunnen voeren. Zo nodig wordt beleid aangepast.

Elk kwartaal worden 'productiecijfers' (onder meer aantal bevallingen) [gepresenteerd en gespiegeld](#) aan de in het jaarplan geformuleerde prognose van bijvoorbeeld het aantal bevallingen.



[beginscherm <](#)

Beschikbare middelen

Dit onderdeel heeft betrekking op het zicht houden op de financiën van het VSV/IGO: worden de beschikbare middelen inderdaad ingezet op de voorgenomen activiteiten? Zijn er voldoende middelen? Hoe financieel gezond is het VSV?IGO. Belangrijk om dit regelmatig vast te stellen om tijdig bij te kunnen sturen indien er problemen (dreigen te) ontstaan.



[beginscherm <](#)

Gepresenteerd en gespiegeld

Bijvoorbeeld: Hoeveel bevallingen verwachtten we de komende jaren en hoeveel zijn het er daadwerkelijk geworden? Wat betekent dit voor ons beleid?



beginscherm <

Management kwaliteit zorgverleners

Door het VSV of IGO wordt een organogram opgesteld aan de hand waarvan verantwoordelijkheden en bevoegdheden van alle zorgverleners die betrokken zijn bij het VSV of IGO beschreven worden.

Bij voorkeur jaarlijks, maar minimaal elke twee jaar, wordt gereflecteerd op het organogram en verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Zo nodig worden deze bijgesteld.

Zorgverleners uit de verschillende disciplines van VSV of IGO maken hun bevoegd- en bekwaamheid inzichtelijk door het overhandigen van relevante documenten. Dit wordt minimaal elke 5 jaar herhaald.

Jaarlijks dient elke zorgverlener die betrokken is bij het VSV of IGO een overzicht in van de door hen gevolgde na- en bijscholingen. In het meerjarenbeleidsplan wordt opgenomen welke [nascholingen verplicht](#) door de verschillende disciplines gevolgd dienen te worden.

Minimaal elke twee jaar wordt onder leden van de VSV of IGO [de tevredenheid en ervaringen](#) (of werkbeleving professionals) onderzocht. Hierin worden ook ervaringen met de in het jaarplan opgenomen zorg- en organisatie gerelateerde doestellingen opgenomen. Op basis van de resultaten wordt zo nodig een verbetertraject geformuleerd. Jaarlijks wordt dit verbetertraject gemonitord en geëvalueerd.



[beginscherm <](#)

Nascholingen verplicht

Dit is van belang om met elkaar de verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor de kwaliteit die door elke betrokken



[beginscherm <](#)

De tevredenheid en ervaringen

Bijvoorbeeld aan de hand van een online vragenlijst.





[beginscherm <](#)

Accommodatie

Jaarlijks wordt inzichtelijk gemaakt voor leden van VSV of IGO hoe de [accommodaties](#) die gebruikt worden door de verschillende zorgverleners (bv. verloskamers, echokamer, verloskundige praktijken, etc) voldoen aan de wettelijke eisen zoals hieraan gesteld worden.

Leden van VS of IGO kunnen ten alle tijden wensen en klachten over de accommodaties kenbaar maken aan de hiervoor ingestelde werkgroep. Jaarlijks wordt inzichtelijk gemaakt hoe de werkgroep met de wensen en klachten is omgegaan.



[beginscherm <](#)

Accommodaties

Dit is van belang om met elkaar de verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor de kwaliteit die door elke betrokken



[beginscherm <](#)

Communicatie of te wel 'Zo communiceren wij'

Voor de interne en externe communicatie wordt een plan 'Zo communiceren wij' vastgesteld. Hierin wordt vastgelegd welke overleggen er in- en extern zijn, in welke vorm, door wie en met welk mandaat daaraan wordt deelgenomen. Het betreft regelmatige overleggen op het gebied van de zorg (bijvoorbeeld overdrachten) en de organisatie van zorg. In het plan is ook opgenomen hoe en door wie bij onderlinge conflicten/meningsverschillen wordt gehandeld. Jaarlijks wordt dit plan geëvalueerd en bijgesteld.

Hieraan gekoppeld wordt een implementatieplan vastgesteld van alle onderdelen die nieuw worden geïmplementeerd. Jaarlijks wordt dit implementatieplan geëvalueerd.



[beginscherm <](#)

Zorgprocessen

Dit onderdeel heeft betrekking op zorginhoudelijke onderwerpen: het geeft o.a. helderheid over State of the Art te leveren zorg en zorgverlening aan cliënten, en de zorgprocessen binnen de eigen- en aanpalende zorgorganisaties.

[Perinatal audits](#)

[Protocollen, richtlijnen, standaarden, zorgpaden, werkinstructies- en afspraken](#)

[Procedures of te wel: 'Zo werken wij'](#)

[Continue verbetercyclus](#)

[Samenwerkingsprocessen](#)

[Commissies onder het bestuur van het VSV of IGO](#)

[Taakherschikking over de gehele keten](#)

[Integrale voorlichting](#)



beginscherm <

Perinatal audits

[Ga naar stap 2 - Perinatale audits](#)



beginscherm <

Protocollen, richtlijnen, standaarden, zorgpaden, werkinstructies- en afspraken

[Ga naar stap 2 - Protocollen, richtlijnen, standaarden, zorgpaden, werkinstructies- en afspraken](#)



beginscherm <

Procedures of te wel: 'Zo werken wij'

Van het VSV of IGO worden de aanwezige procedures beschreven en wordt vastgesteld in welke cyclus en hoe ze geëvalueerd dienen te worden (bijvoorbeeld elke 2 jaar).

Jaarlijks wordt bekeken welke beschreven procedures bijgesteld dienen te worden en of nieuwe procedures opgesteld dienen te worden. Daarnaast wordt er een [signaleringssysteem](#) ingericht waardoor verkeerde/overbodige procedures tijds bijgesteld/vervangen kunnen worden.

Binnen het VSV of IGO worden samenhangende activiteiten om de [zorg te verlenen voor de cliënt](#) (primaire processen) die binnen de organisatie plaatsvinden beschreven.

Elke 2 jaar wordt geëvalueerd of de beschrijving van de primaire processen up to date is. Zo nodig wordt deze bijgesteld.

Jaarlijks wordt vastgesteld of het VSV of IGO voldoet aan alle [\(nieuwe\) wet- en regelgeving](#) die aan een organisatie die integrale geboortezorg levert wordt gesteld.



[beginscherm <](#)

Signaleringsysteem

Om er voor te zorgen dat gemaakte afspraken mbt 'zo werken wij' ook regelmatig opnieuw worden bekeken. Dit zelfde geldt voor protocollen etc. Om ervoor te zorgen dat regelmatig even gekeken wordt of de afspraken nog up-to-date zijn, helpt het om in te plannen in welk jaar er opnieuw naar gekeken zal worden.



[beginscherm <](#)

Zorg te verlenen voor de cliënt

Bijvoorbeeld manier waarop je intakes inricht, zorgpaden, etc.





[beginscherm <](#)

(Nieuwe) wet- en regelgeving

Denk aan regelgeving vanuit NZa, ACM, Fiscus, contracteisen zorgverzekeraar, IGJ (Inspectie), etc)



[beginscherm <](#)

Continue verbetercyclus

Binnen het VSV of IGO wordt beschreven hoe leden van VSV of IGO bijdragen aan [continue verbetering van de organisatie en de zorgverlening](#).

Jaarlijks wordt geëvalueerd welke verbeter suggesties er gedaan zijn en hoe ze zijn afgehandeld door een daartoe ingestelde commissie of werkgroep.



[beginscherm <](#)

Continue verbetering van de organisatie en de zorgverlening

Bijvoorbeeld met behulp van een ideeën-bus.





beginscherm <

Samenwerkingsprocessen

De binnen het VSV of IGO aanwezige overlegstructuren en die met bijvoorbeeld CJG (Centrum Jeugd en Gezin) en andere instanties binnen de Sociale kaart beschreven.

Jaarlijks wordt geëvalueerd hoe de [overlegstructuren](#) en de samenwerking tussen de verschillende disciplines binnen en met VSV of IGO verlopen en ervaren worden. Deze evaluatie vindt plaats via cliënten, zorgverleners en bestuurders. Zo nodig wordt na evaluatie een verbeterplan opgesteld.

In VSV of IGO wordt met elkaar op alle niveaus van de zorg en organisatie samengewerkt. Indien problemen in de samenwerking ontstaan, worden die zoveel mogelijk onderling opgelost. Indien dit onvoldoende resultaat heeft, kan een vertrouwenscommissie ingeschakeld worden.

Jaarlijks wordt vastgesteld of er met nieuwe partners samenwerking gezocht zou moeten worden om de doelstellingen vanuit het beleidsplan te kunnen realiseren.



[beginscherm <](#)

Overlegstructuren

Bijvoorbeeld interprofessioneel geboortezorgteam, inrichting MultiDisciplinair Overleg (MDO).



[beginscherm <](#)

Commissies onder het bestuur van het VSV of IGO

In het jaarplan van VSV of IGO wordt vastgesteld welke [commissies](#) worden ingesteld met welke samenstelling en opdracht

Per commissie worden SMART-doelstellingen geformuleerd, om de algemene doelstellingen zoals in het meerjarenbeleidsplan geformuleerd, te behalen.

Elk half jaar rapporteren de commissies in hoeverre de geformuleerde doelstellingen behaald zijn en wordt besproken hoe de resultaten worden gebruikt in de organisatie en en/of de zorgverlening.



[beginscherm <](#)

Commissies

Of werkgroepen/projectgroepen en dergelijk.





[beginscherm <](#)

Taakherschikking over de gehele keten

In het meerjarenbeleidsplan van de VSV of IGO worden [taakherschikkingmogelijkheden en doelstellingen](#) geformuleerd, en uitgewerkt in lijn met de geformuleerde Missie/Visie van het VSV of IGO .

Jaarlijks wordt vastgesteld hoe de taakherschikkingdoelstellingen uit het meerjarenbeleidsplan gerealiseerd gaan worden.

Jaarlijks wordt geëvalueerd of de voorgenomen doelstellingen gerealiseerd zijn. Zo nodig wordt een verbeterplan opgesteld.



[beginscherm <](#)

Taakherschikingsmogelijkheden en doelstellingen

Bijvoorbeeld om te kijken of bepaalde handelingen anders ingericht of uitgevoerd kunnen worden om meer doelmatiger te kunnen werken.



[beginscherm <](#)

Integrale voorlichting

Het VSV of IGO zorg ervoor dat een set voorlichtingsmateriaal beschikbaar is die door alle deelnemers van VSV of IGO wordt gedragen en gebruikt – ‘VSV of IGO spreekt naar cliënten met één mond’. Bij voorkeur is deze set (ook) online beschikbaar.

Elke 2 jaar wordt met de cliënten geëvalueerd of het beschikbare voorlichtingsmateriaal nog relevant is en aan de verwachtingen voldoet. Zo nodig wordt het materiaal aangepast. Indien er tussentijds wijzigingen worden ingevoerd door VSV of IGO, VWS of andere belangrijke stakeholders, dan worden deze direct verwerkt in het voorlichtingsmateriaal.



[beginscherm <](#)

Clënten

[Registratie cliëntgegevens](#)

[Cliëntgerichte activiteiten](#)

[Cliëntervaringen opvragen en gebruiken](#)

[Klachtenprocedure cliënten \(bestaand Wettelijk protocol\)](#)

[Patiëntveiligheid](#)



[beginscherm <](#)

Registratie cliëntgegevens

Binnen het VSV of IGO wordt beschreven hoe cliëntgegevens uniform worden geregistreerd en opgeslagen

Binnen het VSV of IGO wordt beschreven hoe cliëntgegevens beveiligd zijn

Binnen het VSV of IGO wordt beschreven hoe privacy van cliënten gewaarborgd is wordt

Jaarlijks wordt gemonitord of de beschreven procedures voldoende uniform en veilig zijn en of de privacy voldoende gewaarborgd is. Zo nodig worden procedures aangepast.



[beginscherm <](#)

Clëntgerichte activiteiten

Binnen het VSV of IGO worden alle cliëntgerichte activiteiten beschreven (inclusief cliëntparticipatie).

In het meerjarenbeleidsplan wordt beschreven welke cliëntgerichte activiteiten opgepakt dienen te worden.

Jaarlijks wordt vastgesteld hoe nieuwe cliëntgerichte activiteiten gerealiseerd gaan worden.

Jaarlijks wordt geëvalueerd of de cliëntgerichte doelstellingen gerealiseerd zijn. Zo nodig wordt een verbeterplan opgesteld.



beginscherm <

Cliëntervaringen opvragen en gebruiken

[Ga naar stap 2 - Cliëntervaringen opvragen en gebruiken](#)



[beginscherm <](#)

Klachtenprocedure cliënten (bestaand Wettelijk protocol)

Bij het VSV of IGO wordt beschreven:

- Hoe cliënten geïnformeerd worden over de klachtenprocedure binnen het VSV of IGO
- Hoe en bij wie klachten binnen het VSV of IGO terecht komen en hoe deze [afgehandeld en geregistreerd](#) worden
- Hoe de klachten en afhandeling gemonitord worden.

Elk kwartaal wordt door de Klachtencommissie gerapporteerd over de ingediende klachten en hoe deze zijn afgehandeld. Tevens wordt beschreven of er trends zichtbaar zijn, en zo ja hoe werkprocessen eventueel zijn aangepast op basis van ingediende klachten.

[beginscherm <](#)

Afgehandeld en geregistreerd

Bij voorkeur werkt het VSV/IGO met één portaal voor het indienen van klachten door cliënten.



beginscherm <

Patiëntveiligheid

Het VSV of IGO zorgt ervoor dat haar zorgverlening optimaal veilig is voor alle cliënten

Bij het VSV of IGO wordt beschreven welke [risico's er op het gebied van patiëntveiligheid](#) zijn en welke beheersmaatregelen er zijn om deze risico's tot een minimum te beperken

Binnen het VSV of IGO wordt beschreven hoe (bijna) incidenten gemeld worden en hoe deze opgepakt en geregistreerd worden.

Elk kwartaal worden geregistreerde incidenten binnen VSV of IGO gerapporteerd en worden zo nodig verbetertrajecten ontwikkeld.

Jaarlijks wordt gemonitord hoe verbetertrajecten gerealiseerd zijn en zo nodig worden deze bijgesteld.



[beginscherm <](#)

Risico's er op het gebied van patiëntveiligheid

Het gaat hierbij om Behandelingsrisico's, Organisatie-gerelateerde risico's en Beheersrisico's.



[beginscherm <](#)

Kwaliteits-Indicatoren

[Eisen Zorginstituut Nederland](#)

[Eisen Inspectie Gezondheidszorg Jeugd \(IGJ\)](#)

Jaarlijks wordt op de website van de Inspectie www.igj.nl vastgesteld of er aandachtsgebieden zijn waar het VSV of IGO zich de komende periode op zou moeten richten.



College Perinatale Zorg

[beginscherm <](#)

Eisen Zorginstituut Nederland

[Ga naar stap 2 - Eisen Zorginstituut Nederland](#)



[beginscherm <](#)

Eisen Inspectie Gezondheidszorg Jeugd (IGJ)

Vanaf 1 oktober 2017 is de naam IGZ veranderd in IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd).



[beginscherm <](#)

Stap 4

Benchmark VSV of IGO met landelijke gegevens

Benchmarking is een methode om resultaten van je organisatie (bijvoorbeeld prestatiegegevens) te vergelijken met die van vergelijkbare organisaties. Op basis van deze vergelijkingen kunnen bijvoorbeeld doelstellingen geformuleerd worden om resultaten te verbeteren. Een eerste stap in benchmarking voor VSV's en IGO's is het gebruik van de gegevens die door Perined worden opgeleverd via [Perined insight \(P'Insight\)](#).

[Spiegelinformatie in P'Insight](#)

[Gebruik P'Insight gegevens](#)



[beginscherm <](#)

Spiegelinformatie in P'Insight

P'Insight is een webbased programma, waarmee zorgverleners hun rapportages en indicatoren kunnen bekijken: bijvoorbeeld de AOI-5, maar ook zelfgekozen combinaties en selecties. Deze gegevens kunnen vergeleken worden met de regio en met het landelijke beeld, maar ook om trends in de eigen regio zichtbaar te maken. P'Insight is ontwikkeld als instrument voor kwaliteitsverbetering. Het is een verzameling van de LVR1, LVR2 en LNR oorspronkelijke jaarbestanden. Het VSV of IGO kan aan de hand van deze verzameling gegevens zelf aan de slag om kwaliteit te verbeteren.



[beginscherm <](#)

Gebruik P'Insight gegevens

Bij het bestuderen van de P'Insight gegevens van het VSV of IGO blijkt bijvoorbeeld het percentage vaginale stuitbevallingen lager te zijn dan het landelijke gemiddelde. Ook is een trend zichtbaar van de laatste 5 jaar dat het aantal vaginale stuitbevallingen is afgenomen. Het VSV of IGO besluit dat ze het percentage stuitbevallingen willen verhogen en formuleren een doelstelling hierop. Een voor dit doel ingestelde werkgroep bestaande uit zorgverleners (uit minimaal de betrokken disciplines) beschrijft met elkaar hoe ze de activiteiten die nodig zijn om het aantal vaginale stuitbevallingen te verhogen. Vervolgens worden deze activiteiten uitgevoerd en gemonitord. Een jaar na invoering wordt, aan de hand van de nieuwe P'Insight gegevens, beoordeeld of het aantal vaginale stuitbevallingen daadwerkelijk gestegen is. Zo nodig wordt een verbeterplan opgesteld.

[meer info >](#)

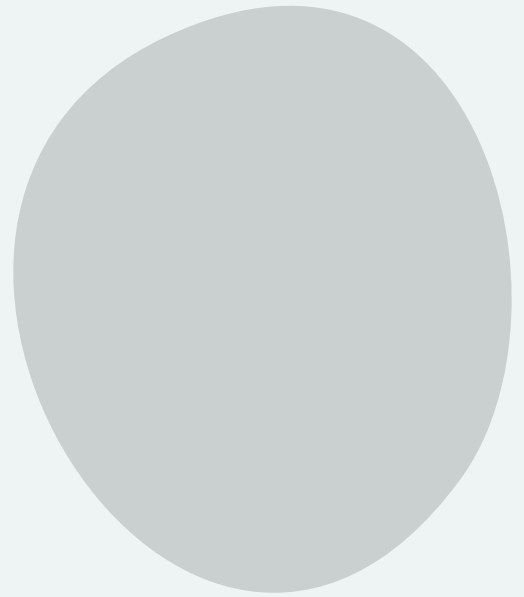


[beginscherm <](#)

[Voorbeeld PDCA cyclus in pdf](#)

[Download PDCA cyclus in word](#)

[Voorbeeld benchmark AOI-5](#)





[beginscherm <](#)

Ondersteuning gebruik P'Insight gegevens

De [Handleiding P'Insight](#) kan gebruikt worden als ondersteuning bij het gebruik van de webapplicatie. Ook is een [instructiefilmpje](#) beschikbaar en verzorgt Perined op verzoek bij het VSV of IGO een training om alle mogelijkheden van de webapplicatie goed te kunnen benutten.

Tot nu toe werden de gegevens van P'Insight jaarlijks gepresenteerd en leverden de zorgverleners dit ook jaarlijks aan. Vanaf maart 2018 (is de planning) kunnen ook kwartaalgegevens gepresenteerd gaan worden. Dit betekent dat veel sneller feedback-gegevens van Perined gebruikt kunnen worden als ondersteuning van kwaliteitsverbetering. Dit is natuurlijk uitsluitend mogelijk indien VSV's en IGO's ook elk kwartaal hun gegevens aanleveren.



[beginscherm <](#)

Stap 5

Benchmark VSV of IGO onderling

Een andere benchmarkmogelijkheid voor VSV's en IGO's is het onderling vergelijken van gegevens aan de hand van Perined-gegevens (maar in principe zouden ook andere gegevens hiervoor gebruikt kunnen worden - bv declaratiegegevens en/of CBS-cijfers).

Hierbij spreken VSV's en IGO's die hieraan willen meedoen, af dat zij periodiek (bijvoorbeeld jaarlijks) elkaars gegevens ontvangen en bespreken. Bij deze methode worden de prestaties van de VSV's en IGO's niet vergeleken met landelijke gemiddelden maar met elkaars uitkomsten. Hiervoor is het VSV of IGO fysiek aanwezig.

Aan de hand van vooraf afgesproken indicatoren (waar kijken we met elkaar dit jaar naar? of opmerkelijke geconstateerde verschillen in uitkomsten) bevragen deelnemende VSV's en IGO's elkaar over hoe verschillen geïdentificeerd kunnen worden: wat doen jullie wat maakt dat je dit resultaat hebt? Zouden we dit ook in onze regio op kunnen pakken?

Met behulp van deze benchmarkmethode kunnen organisaties van elkaars werkwijze leren als lerende organisaties. Ook zouden deelnemende organisaties bijvoorbeeld met elkaar af kunnen spreken welke doelen ze gezamenlijk zouden willen bereiken (waarop zouden we de komende periode met elkaar kunnen verbeteren).



[beginscherm <](#)

Stap 6

Intern en extern auditsysteem voor VSV of IGO

Intern auditsysteem

VSV's en IGO's kunnen ook met elkaar een [intern auditsysteem](#) opzetten.

Extern auditsysteem

Een [extern auditsysteem](#) kan gebruikt worden voor het accrediteren van VSV's en IGO's die aan, door de VSV's en IGO's zelf opgestelde eisen voldoen.



[beginscherm <](#)

Intern auditsysteem

Hiervoor wordt allereerst met elkaar afgesproken welk onderwerp of onderwerpen onder de loep genomen worden (bijvoorbeeld de aanwezigheid en werkzaamheid van het kwaliteitssysteem). Vooraf zou met elkaar bepaald kunnen worden wat minimale eisen zijn waaraan een kwaliteitssysteem van een VSV of IGO zou moeten voldoen.

Om de interne audits uit te kunnen voeren zullen interne auditoren aangesteld (en opgeleid) moeten worden (bij voorkeur een aantal). Om audits te kunnen uitvoeren door de auditoren, wordt het onderwerp van de audit uitgewerkt in een beoordelingskader, zodat de verschillende auditoren op dezelfde wijze de VSV's en IGO's kunnen beoordelen en aangeven waar verbetermogelijkheden liggen.

Vervolgens worden in een auditprotocol verschillende rollen (voorzitter, lid, secretaris) uitgewerkt en beschreven wie waarvoor verantwoordelijk is. Voorafgaand aan de audit evalueren de VSV's en IGO's zelf hun functioneren met betrekking tot het onderwerp dat onder de loep genomen wordt. De audits worden afgenomen aan de hand van de zelfevaluaties.



[beginscherm <](#)

Extern auditsysteem

Het VSV of IGO die geaccrediteerd is krijgt op deze wijze een 'keurmerk' van de accrediterende organisatie. Vergelijkbare accreditatiesystemen zijn bijvoorbeeld NHG-Praktijkaccreditering.



[beginscherm <](#)

Planning ontwikkeling kwaliteitssysteem

VSV's en IGO's zijn in ontwikkeling. Het opzetten en inrichten van een kwaliteitsmanagementsysteem loopt parallel aan de ontwikkeling van een integraal werkend VSV of IGO, waarbij de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg richting geeft. Het inrichten van zowel een integraal werkend VSV of IGO als de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem vraagt veel aanpassingen in de huidige werkwijze van de betrokken zorgverleners. Daarom is de doelstelling om drie jaar uit te trekken voor de ontwikkeling van een goed functionerend kwaliteitsmanagementsysteem.

De globale planning ziet er dan als volgt uit:

[Jaar 0 \(2017\)](#)

[Jaar 1 \(2018\)](#)

[Jaar 2 \(2019\)](#)

[Jaar 3 \(2020\)](#)



[beginscherm <](#)

Jaar 0 (2017)

[Implementatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg](#) onderdelen:

- Gezamenlijke besluitvorming, bejegening en Informed Consent
- Kwaliteitsbeleid, inclusief kwaliteitscyclus en indicatoren
- Multidisciplinaire en -lijnoverstijgende samenwerking
- Interprofessioneel geboortezorg team
- Zwangere en (ongeboren)kind centraal
- Eén vast aanspreekpunt: coördinerend zorgverlener
- Prenatale zorg
- Zorg bij bevalling en geboorte
- Zorg na de bevalling en geboorte
- Acute zorg

Zie ook [Implementatietool ZIG](#)



beginscherm <

Jaar 1 (2018)

Introduceren begrip “[lerende organisatie](#)” aan de hand van de [PDCA-cyclus](#).

[Implementatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg](#) onderdelen:

- Adequate voorlichting en counseling
- Individueel geboortezorgplan
- Preconceptiezorg
- Doorontwikkeling verloskundig samenwerkingsverband

Onderdelen uit [stap 2](#):

- Meerjarenbeleidsplan en kwaliteitsjaarplan
- Perinatal audits
- Protocollen, richtlijnen, standaarden, zorgpaden, werkinstructies- en afspraken
- Perined Insight
- Eisen Zorginstituut
- Cliëntervaringen opvragen en gebruiken (NPS)
- Cliëntervaringsonderzoek naar keuze (naast NPS)
- Opzet medewerkerstevredenheid / ervaringen instrument



[beginscherm <](#)

Jaar 2 (2019)

[Implementatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg](#) onderdelen:

- Perinataal Webbased Dossier
- Aandacht voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden

Ontwikkelen onderdelen uit [stap 3](#):

- Systeem
 - monitoren en evalueren alle onderdelen (inclusief meerjarenplanning)
 - continue verbetering
 - financiële verantwoording
 - (verplichte) nascholing
 - patiëntveiligheid
- Klachtenregeling
- Oplevering indicatoren externe verantwoording (ZiN en website) en intern kwaliteitsbeleid



[beginscherm <](#)

Jaar 3 (2020)

Uitvoering kwaliteitsbeleid zoals geformuleerd in Kwaliteitsmanagementsysteem en Kwaliteitsjaarplan.



beginscherm <

Over deze wegwijzer

Deze wegwijzer is een pdf die geopend kan worden met het programma Acrobat reader. Er zijn verschillende links opgenomen in de wegwijzer. Links naar andere pagina's in de pdf maar ook externe links. Door het aanklikken van een externe link verlaat u de pdf en gaat u naar het internet. U kunt weer terug naar de pdf door naar het programma Acrobat reader te gaan.

Disclaimer

Hoewel de informatie op deze pdf zo actueel mogelijk wordt weergegeven en gebaseerd is op de zorgstandaard integrale geboortezorg, kunnen er geen rechten aan ontleend worden. Wij besteden de uiterste zorg aan het zo actueel, toegankelijk, correct en compleet mogelijk maken en behouden van de inhoud van deze tool. Het CPZ neemt geen verantwoordelijkheid voor het foutief gebruik van de geboden informatie, een verkeerde interpretatie van de teksten of de juistheid ervan. Mocht u onverhoopt onjuistheden of onvolledigheden tegenkomen dan horen wij dat graag van u. Elke suggestie om deze tool te verbeteren, wordt op prijs gesteld. Stuur hiervoor een mail naar cpz@collegepz.nl.

Links naar websites van derden

Het College Perinatale Zorg is niet verantwoordelijk voor de inhoud van de via de links te ontsluiten websites, voor de privacybescherming op die websites of voor diensten die eventueel via die websites worden aangeboden.

Ontwikkeling

Deze tool is een product van de IGO-pioniers, ontwikkeld door het Jan van Es Instituut (Inge Boesveld) in samenwerking met het College Perinatale Zorg.