

# Stappenplan Kwaliteitsmanagementsysteem voor Integrale Geboortezorg

Inhoud en ontwikkeling van een kwaliteitssysteem voor een  
Lerend Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV) en een  
Lerende Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO)

Definitieve versie  
19 december 2017

Productteam Stappenplan  
Kwaliteitssysteem

# Inhoud

Inleiding .....	3
Stap 1 Cyclisch evalueren als lerende organisatie .....	5
Stap 2 Implementatie Zorgstandaard Integrale geboortezorg en basis ingrediënten voor het Kwaliteitsmanagementsysteem voor VSV of IGO .....	8
Stap 3 Kwaliteitsmanagementsysteem voor VSV of IGO .....	11
Stap 4 Benchmark VSV of IGO met landelijke gegevens .....	17
Stap 5 Benchmark VSV of IGO onderling .....	18
Stap 6 Intern en extern auditsysteem voor VSV of IGO .....	19
Planning ontwikkeling kwaliteitssysteem .....	20
BIJLAGEN .....	21
1. Voorbeeld PDCA cyclus .....	21
2. Format PDCA plan .....	24
3. Voorbeeld Algemeen meerjarenbeleidsplan (AMJP) VSV en IGO .....	25
4. Kwaliteitsbeleidsplan (KBP).....	27
5. Format Kwaliteitsjaarplan .....	30
6. Indicatorenset Integrale Geboortezorg .....	31
7. Voorbeeld Perinatale Audit .....	32
8. Voorbeeld audit HPP .....	36
9. Aanleveren Indicatoren aan Zorginstituut (ZiN) en Transparantie .....	39
10. Implementatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg .....	41
11. Checklist ontwikkelen kwaliteitssysteem .....	46
12. Voorbeeld benchmark AOI-5 VSV of IGO met landelijke cijfers .....	53
13. Format onderlinge benchmark tussen VSV's of IGO's .....	55
14. Voorbeeld interne audit.....	56
15. Voorbeeld externe audit.....	59

# Inleiding

## Aanleiding

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<sup>12</sup>, 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<sup>3</sup>.

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.

Dit document beschrijft hoe een kwaliteitsmanagementsysteem voor VSV's en IGO's kan worden vormgegeven. Het is bedoeld als hulpmiddel voor VSV's en IGO's bij de inrichting van hun eigen systeem.

## Achtergrond

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<sup>4</sup>. 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.

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. Het 'cyclisch evalueren' is vormgegeven aan de hand van de Kwaliteitscirkel van Deming (de Plan-Do-Check-Act – PDCA-cyclus).

Zelfevaluatie volgens het model van INK kan helpen 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 (zie [www.ink.nl](http://www.ink.nl)). 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.

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

Belangrijkste uitgangspunt bij de inrichting is het 'continu verbeteren', op welke wijze dit ook wordt vormgegeven.

---

<sup>1</sup> Zie ook: Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: Ill. : Health Administration Press; 1980.

<sup>2</sup> Structuur uitkomsten zijn bv randvoorwaarden voor een organisatie (bv aanwezigheid van protocollen). Procesuitkomsten hebben te maken met de processen binnen een organisatie (bv wachttijd tijdens het spreekuur. Gezondheidsuitkomsten zijn bijvoorbeeld de AOI-5.

<sup>3</sup> Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. Health Aff (Millwood) 1991 Winter;10(4):254-267.

<sup>4</sup> P. Henge. The fifth dimension: The art and practice of the learning organization. 1990, New York: Doubleday.

## Gebruik van dit Stappenplan

Dit stappenplan is bedoeld voor VSV's en IGO's om hun kwaliteitssysteem in te richten. VSV's en IGO's zijn verschillend wat betreft hun 'niveau' van werken aan kwaliteit. Dit stappenplan geeft VSV's en IGO's de gelegenheid om hun eigen 'lerende organisatie die werkt volgens het cyclisch evalueren' te kunnen inrichten.

Het stappenplan is zo opgebouwd dat op verschillende momenten kan worden 'ingestapt'. Alle stappen hebben als uitgangspunt het cyclisch evalueren voor een lerende organisatie.

De **eerste stap** bevat achtergrondinformatie over cyclisch evalueren en lerende organisatie: wat is het, hoe doe je het en wat betekent het voor je VSV of IGO?

De **tweede stap** bevat basis-ingrediënten waarop een VSV of IGO activiteiten zou kunnen ondernemen om als lerende organisatie integrale geboortezorg te realiseren. Deze ingrediënten zijn grotendeels gebaseerd op het implementatieplan van de Zorgstandaard en bevat voornamelijk het werken op aspecten van kwaliteit die te maken hebben met gezondheidsuitkomsten en ervaren kwaliteit van zorg.

De **derde stap** bevat verschillende ingrediënten van het kwaliteitssysteem die aan de hand van het INK-model beschreven zijn. Deze stap maakt de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor optimale uitkomsten voor moeder en kind vanuit het samenwerkingsverband nog meer zichtbaar. Deze hebben betrekking op onderdelen van zowel structuur- en procesaspecten van het VSV of IGO, als op uitkomsten.

De **vierde stap** bevat een opzet voor een methode hoe het VSV of IGO om kan gaan met haar eigen kwaliteitsgegevens: vergelijken van regionale Perined-gegevens met landelijke cijfers (met behulp van bv Perined Insight).

De **vijfde stap** bevat een opzet voor het benchmarken van VSV's en IGO's onderling met als doel om te leren van elkaars resultaten: lerende organisaties die van *elkaar* leren. Deze stap kan natuurlijk ook door VSV's of IGO's ingericht worden op basis van ingrediënten uit stap twee<sup>5</sup>.

De **zesde stap** bevat een opzet voor een intern- en extern auditsysteem: 1) een methode waarbij *binnen* VSV's en IGO's die hieraan deelnemen, auditors vanuit hun organisaties aanwijzen die VSV's en IGO's 'beoordelen' aan de hand van zelfevaluaties: voldoen ze aan de normen die met elkaar zijn afgesproken met betrekking tot kwaliteitsmanagement; 2) een methode met certificering voor VSV's en IGO's. Hierbij toetst een onafhankelijke *externe* partij VSV's en IGO's aan vooraf afgesproken voorwaarden voor certificering.

Alle onderdelen worden geïllustreerd met voorbeelden uit de praktijk en, indien mogelijk en van toepassing, met behulp van een 'format'.

Niet alle ingrediënten zullen door elk VSV of IGO volledig ingevoerd kunnen (of willen) worden. Dit is afhankelijk van de wensen van de betrokkenen in de regio. Een volledig geïmplementeerd kwaliteitsmanagementsysteem voor Integrale Geboortezorg, zoals in stap 3 beschreven, is 'Zorgstandaard-proof' en kan de Indicatorenset Geboortezorg van Zorginstituut Nederland (ZiN) verwerken: verbeteringen kunnen direct worden doorgevoerd.

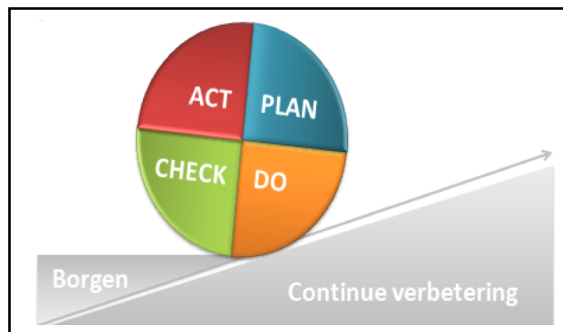
Het stappenplan eindigt met een 'checklist' met behulp waarvan VSV's en IGO's hun eigen kwaliteitssysteem kunnen inrichten.

In dit stappenplan wordt regelmatig gesproken over 'moeder en kind' en 'cliënt'. Hiervoor kan ook 'patiënt' gelezen worden. Uiteraard vervullen de partner of andere naasten van de vrouw ook een belangrijke rol in de periode van zwangerschap, bevalling en kraambed. Omwille van de leesbaarheid van dit Kwaliteitsmanagementsysteem worden deze niet steeds expliciet benoemd.

---

<sup>5</sup> Deze ingrediënten zijn grotendeels gebaseerd op het implementatieplan van de Zorgstandaard en bevat voornamelijk het werken op aspecten van kwaliteit die te maken hebben met gezondheidsuitkomsten en ervaren kwaliteit van zorg

## Stap 1 Cyclisch evalueren als lerende organisatie



Bron: [www.pdcacycus.nl](http://www.pdcacycus.nl)

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<sup>6</sup>.

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.

### 1. 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.

#### **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 het belangrijk dat er draagvlak voor het te bereiken doel is. Iedereen moeten 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.

<sup>6</sup> Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf* 2013;bmjqs-2013.

### **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.*

### **2. 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).

### **3. 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.

### **4. 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.

*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.*

### Voorbeelden cyclisch evalueren binnen lerende organisatie<sup>7</sup>

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<sup>8</sup> : levert het de resultaten op die we er van 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.

---

<sup>7</sup> Zie voor voorbeelden en format pdca cyclus bijlage 1 en 2

<sup>8</sup> Zie ook <http://www.actiontoolkit.nl> voor toepassing van de pdca-cyclus bij monitoren verbeterplannen

## Stap 2 Implementatie Zorgstandaard Integrale geboortezorg en basis ingrediënten voor het Kwaliteitsmanagementsysteem voor VSV of IGO

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 de bijlagen voor het tijdspad van deze implementatie.

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.<sup>9</sup>

- Elk kwartaal monitort het VSV of de IGO de voortgang van de activiteiten die nodig zijn voor de implementatie van de ZIG, zoals geformuleerd in het implementatieplan. Zo nodig worden de activiteiten bijgesteld.

### 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

---

<sup>9</sup> Zie ook <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geboortezorg-en-kraamzorg/toezicht-op-geboortezorg>



## **Basingrediënten van het Kwaliteitsmanagementsysteem voor VSV of IGO**

Deze stap bevat basisingrediënten 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**

- Het VSV of IGO heeft een Missie en Visie geformuleerd
- Door het VSV of IGO wordt een meerjarenbeleidsplan<sup>10</sup> 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<sup>11</sup>.
- 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)<sup>12</sup>.

### **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.

### **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.

### **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<sup>13</sup>. Zo nodig worden verbetertrajecten geformuleerd met SMART doelstellingen.
- Jaarlijks worden geformuleerde verbetertrajecten gemonitord, besproken en zo nodig bijgesteld.

---

<sup>10</sup> Bijvoorbeeld bedrijfsplan, plan van aanpak, werkplan etc. Hou dit heel eenvoudig. Zie bijlage 3,4 en 5 voor voorbeelden en formats

<sup>11</sup> De voorgenomen activiteiten uit het meerjarenbeleidsplan worden vertaald naar activiteiten die in het komende jaar ondernomen worden om de meer-jaren doelstellingen te kunnen behalen: wat gaan we het komende jaar doen om onze visie waar te maken.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Zie stap 4 hoe het VSV/IGO hier mee om zou kunnen gaan

### **Eisen Zorginstituut Nederland (ZiN)**

Vanaf 2018 dient het VSV of IGO de Indicatorenset Integrale Geboortezorg op te leveren<sup>14</sup>. 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](http://www.zorginzicht.nl)) (aan openbare database ZiN en op de website van het VSV of IGO)<sup>15 16</sup>
- 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.

### **Cliëntervaringen opvragen en gebruiken**

- Ervaringen van alle cliënten van het VSV of IGO worden bepaald met behulp van de Net Promotor Score (NPS)<sup>17</sup>.
- 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<sup>18</sup>.
- 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.

---

<sup>14</sup> Zie bijlage 7 voor een overzicht van de indicatoren.

<sup>15</sup> Zie Indicatorenset Integrale Geboortezorg in bijlage 7

<sup>16</sup> Zie ook bijlage 10 voor beschrijving van indienen van gegevens.

<sup>17</sup> Zie Indicatorenset Integrale Geboortezorg in bijlage 7

<sup>18</sup> Idem. aan (een deel van) de cliënten zal tevens een andere, uitgebreidere gevalideerde vragenlijst voorgelegd. 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

## Stap 3 Kwaliteitsmanagementsysteem voor VSV of IGO

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

1. Organisatie en randvoorwaarden
2. Zorgprocessen
3. Cliënten
4. Kwaliteits-Indicatoren
- 5.

De verschillende onderdelen bevatten zowel organisatiegebieden (structuur en proces) als resultaatgebieden (uitkomsten).

Op de verschillende onderdelen worden in het kwaliteitssysteem activiteiten beschreven met betrekking tot de inrichting, het monitoren van de ontwikkeling, het cyclisch evalueren en zo nodig bijstellen van de inrichting. Zie bijlage 11 voor een checklist ter ondersteuning bij het invoeren van de verschillende onderdelen in een VSV/IGO.

### 1. 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**

- Het VSV of IGO heeft een missie en visie geformuleerd
- Door het VSV of IGO wordt een meerjarenbeleidsplan<sup>19</sup> 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<sup>20</sup>.
- 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)<sup>21</sup>.

#### **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.

<sup>19</sup> Bijvoorbeeld bedrijfsplan, plan van aanpak, werkplan etc. Hou dit heel eenvoudig. Zie bijlage 3,4 en 5 voor voorbeelden en formats

<sup>20</sup> De voorgenomen activiteiten uit het meerjarenbeleidsplan worden vertaald naar activiteiten die in het komende jaar ondernomen worden om de meer-jaren doelstellingen te kunnen behalen: wat gaan we het komende jaar doen om onze visie waar te maken.

<sup>21</sup> 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.

### **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<sup>22</sup>. Zo nodig wordt beleid aangepast.
- Elk kwartaal worden 'productiecijfers' (onder meer aantal bevallingen) gepresenteerd en gespiegeld aan de in het jaarplan geformuleerde prognose van bv het aantal bevallingen<sup>23</sup>.

### **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<sup>24</sup>.
- Minimaal elke twee jaar wordt onder leden van de VSV of IGO de tevredenheid en ervaringen (of werkbeleving professionals) onderzocht<sup>25</sup>. 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.

### **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<sup>26</sup>.
- 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.

---

<sup>22</sup> 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 s uren indien er problemen (dreigen te ) ontstaan.

<sup>23</sup> Bijvoorbeeld: Hoeveel bevallingen verwachtten we de komende jaren en hoeveel zijn het er daadwerkelijk geworden? Wat betekent dit voor ons beleid?

<sup>24</sup> Dit is van belang om met elkaar de verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor de kwaliteit die door elke betrokken zorgverlener van het samenwerkingsverband geleverd wordt; dit vinden wij minimaal van belang dat iedere zorgverlener doet.

<sup>25</sup> Bijvoorbeeld aan de hand van een online vragenlijst.

<sup>26</sup> Alle deelnemers dragen een eigen verantwoordelijkheden ten aanzien van de ruimtes die zij in gebruik hebben en het naleven van hygiëne eisen en andere wettelijke eisen. Als organisatie die integrale geboortezorg levert dien je zicht te hebben op de kwaliteit van de accommodaties van de verschillende disciplines. De deelnemers moeten het naleven van deze eisen ten alle tijden kunnen aantonen. (er kan bv periodiek getoetst worden met behulp van audits).

### **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.

## **2. Zorgprocessen (State of the Art)**

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.

### **Perinatale 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.

### **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.

### **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 bijtijds bijgesteld/vervangen kunnen worden<sup>27</sup>.
- Binnen het VSV of IGO worden samenhangende activiteiten om de zorg te verlenen voor de cliënt (primaire processen) die binnen de organisatie plaatsvinden beschreven<sup>28</sup>.
- 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<sup>29</sup>.

<sup>27</sup> 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.

<sup>28</sup> Bv. manier waarop je intakes inricht, zorgpaden, etc.

<sup>29</sup> Denk aan regelgeving vanuit NZa, ACM, Fiscus, contracteisen zorgverzekeraar, IGJ (Inspectie), etc)

### **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<sup>30</sup>.
- Jaarlijks wordt geëvalueerd welke verbeter suggesties er gedaan zijn en hoe ze zijn afgehandeld door een daartoe ingestelde commissie of werkgroep.

### **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<sup>31</sup> 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.

### **Commissies onder het bestuur van het VSV of IGO**

- In het jaarplan van VSV of IGO wordt vastgesteld welke commissies<sup>32</sup> 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.

### **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<sup>33</sup>.
- 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.

### **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.

<sup>30</sup> Bijvoorbeeld met behulp van een ideeën-bus

<sup>31</sup> Bv interprofessioneel geboortezorgteam, inrichting MultiDisciplinair Overleg (MDO)

<sup>32</sup> Of werkgroepen/projectgroepen ed.

<sup>33</sup> Bijvoorbeeld om te kijken of bepaalde handelingen anders ingericht of uitgevoerd kunnen worden om meer doelmatiger te kunnen werken.

### 3. Cliënten

#### **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.

#### **Cliëntgerichte 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.

#### **Cliëntervaringen opvragen en gebruiken**

- Ervaringen van alle cliënten van het VSV of IGO worden bepaald met behulp van de Net Promotor Score (NPS)<sup>34</sup>.
- 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<sup>35</sup>.
- Tenminste elk half jaar worden resultaten van cliëntervaringsonderzoek besproken en zo nodig worden verbetertrajecten geformuleerd. Enerzijds op het niveau van de uitraag 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.

#### **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<sup>36</sup>
  - 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.

---

<sup>34</sup> Zie Indicatorenset Integrale Geboortezorg in bijlage 7

<sup>35</sup> Idem. aan (een deel van) de cliënten zal tevens een andere, uitgebreidere gevalideerde vragenlijst voorgelegd. 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

<sup>36</sup> Bij voorkeur werkt het VSV/IGO met één portaal voor het indienen van klachten door cliënten.

### **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<sup>37</sup>.
- 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.

## **4. Kwaliteits-Indicatorenset**

### **Eisen Zorginstituut Nederland**

Vanaf 2018 dient het VSV of IGO de Indicatorenset Integrale Geboortezorg op te leveren<sup>38</sup>. 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](http://www.zorginzicht.nl)) (aan openbare database ZiN en op de website van het VSV of IGO)<sup>39 40</sup>
- 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.

### **Eisen Inspectie Gezondheidszorg Jeugd (IGJ<sup>41</sup>)**

- Jaarlijks wordt op de website van de Inspectie [www.igj.nl](http://www.igj.nl) vastgesteld of er aandachtsgebieden zijn waar het VSV of IGO zich de komende periode op zou moeten richten.

<sup>37</sup> Het gaat hierbij om Behandelingsrisico's, Organisatie-gerelateerde risico's en Beheersrisico'

<sup>38</sup> Zie bijlage 7 voor een overzicht van de indicatoren.

<sup>39</sup> Zie Indicatorenset Integrale Geboortezorg in bijlage 7

<sup>40</sup> Zie ook bijlage 10 voor beschrijving van indienen van gegevens.

<sup>41</sup> Vanaf 1 oktober 2017 is de naam IGZ veranderd in IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd)



## 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

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.<sup>42</sup> 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.

### Gebruik P'Insight gegevens<sup>43</sup>

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.<sup>44</sup>

### Ondersteuning gebruik P'Insight gegevens

De "Handleiding P'Insight" kan gebruikt worden als ondersteuning bij het gebruik van de webapplicatie<sup>45</sup>. Ook is een instructiefilm beschikbaar en verzorgt Perined op verzoek bij het VSV of IGO een training om alle mogelijkheden van de webapplicatie goed te kunnen benutten<sup>46</sup>.

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.

---

<sup>42</sup> Zie <https://www.perined.nl/producten/perined-insight>

<sup>43</sup> Zie ook het voorbeeld van de PDCA cyclus in bijlage 1 en 2

<sup>44</sup> Zie bijlage 13 voor voorbeeld benchmark met AOI-5

<sup>45</sup> zie <https://assets.perined.nl/docs/75bb9a8a-dd6f-4882-a507-d520c62891ab.pdf>.

<sup>46</sup> Zie <https://www.perined.nl/producten/perined-insight/perined-insight-training>

## 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 geduid 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).

## 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. 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 de zelfde 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.

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

# 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

- 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*

## Jaar 1

- 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*

## Jaar 2

- 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**

## Jaar 3

- Uitvoering kwaliteitsbeleid zoals geformuleerd in Kwaliteitsmanagementsysteem en Kwaliteitsjaarplan

# BIJLAGEN

## 1. Voorbeeld PDCA cyclus <sup>47</sup>

### Probleemstelling

Binnen VSV XX is een dalende trend zichtbaar in het percentage vaginale stuitpartussen terwijl de landelijke cijfers stabiel blijven. Van alle nullipara met stuitligging beviel in 2015 nog slechts 3% vaginaal tegenover 14% landelijk (tabel 1). Als we kijken naar de cijfers van de multipara in 2015, dan beviel slechts 3% vaginaal tegenover een landelijk gemiddelde van 20% (tabel 2).<sup>48</sup>

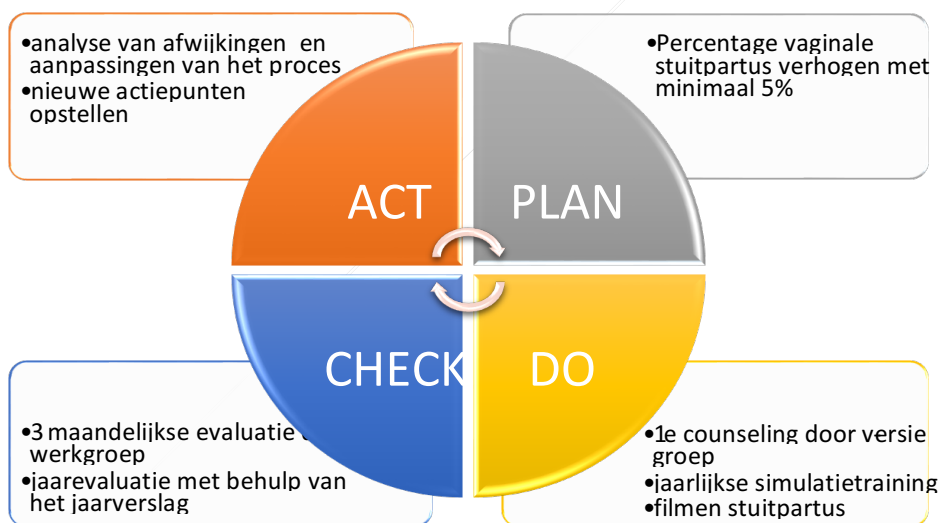
**Tabel 1:** Percentage vaginale stuitpartus bij nullipara (Perined gegevens: fictieve data)

	2012	2013	2014	2015
VSV XX	15 %	6 %	7%	4%
Landelijk	15%	14%	15%	14%

**Tabel 2:** Percentage vaginale stuitpartus bij multipara (Perined gegevens: fictieve data)

	2012	2013	2014	2015
VSV XX	21%	18%	18%	6%
Landelijk	22%	19%	20%	20%

### PDCA-cyclus ter kwaliteitsverbetering:



<sup>47</sup> Bron L. Verhoeven MSc. MPA klinisch verloskundige

<sup>48</sup> Op basis van fictieve getallen.

## Toelichting

### Plan

Op het einde van 2017 is het percentage vaginale stuitpartus bij nullipara en multipara binnen het VSV XX met minimaal 5% gestegen.

### Do

Kwaliteitbevorderende acties:

- Eerste counselingsgesprek door versie-team:
  - Counseling met behulp van NVOG-folder voor patiënten, daarin worden de vaginale stuitpartus, de geplande sectio en de sectio in anamnese meegenomen
  - Implementatie vanaf heden:
    - Voldoende folders op verloskamers aanwezig, bestelling door afdelingssecretaresse
    - Kennis van inhoud en counseling door leden versieteam: NVOG- richtlijn doorlezen
    - Counseling van elke zwangere na mislukte versie
    - Een tweede counseling vindt plaats op eerste volgende poli controle bij de gynaecoloog of arts assistent in opleiding fase 3 of 4
- Minimaal één simulatietraining per jaar:
  - Training van de vaginale stuitpartus, handgrepen inclusief stuitextractie, forceps op het nakomende hoofd en de symfyiotomie
  - Training wordt gegeven door leden acute zorg training met MOET-certificaat en een deskundig gynaecoloog
  - Training wordt gegeven voor alle leden van de maatschap gynaecologie, de artsassistenten en klinisch verloskundigen
  - Implementatie:
    - Tijdens de eerste cyclus van de acute zorg trainingen (februari, maart en april 2017) wordt deze training meegenomen in het scholingsaanbod.
- Filmen van vaginale stuitpartus:
  - Doel: Verkregen beeldmateriaal kan dienen als scholings-, verbeterings- en intervisie materiaal. Deze beelden worden tijdens het scholingsuur voor maatschap, assistenten en verloskundigen op elke laatste vrijdagochtend van elk kwartaal besproken. o

Zaken omtrent wetgeving en protocollering moeten uitgezocht worden door de ziekenhuisjurist:

  - Wettelijke omkadering verduidelijken patiëntgebonden beeldmateriaal
  - Toestemmingsprocedure voor patiënt
  - Opslag beeldmateriaal o Inkoop zorgt voor offertes en aanschaf materiaal na goedkeuring offerte door de medisch manager en de bedrijfsmanager
  - Implementatie:
    - Tijdspad moeilijk in te schatten, vanwege de complexiteit van privacy gebonden materie. Mogelijk is dit in 2017 nog niet ingevoerd.

## Check en Act:

De evaluatie van het verbetervoorstel gaat in verschillende fases:

- Elke drie maanden wordt door de werkgroep een korte evaluatie gemaakt van de reeds ingezette acties en mogelijke knelpunten. Zo kunnen kleine aanpassingen gemaakt worden en teamleden aangestuurd worden.
- Een jaar na invoering wordt een grote evaluatie gemaakt aan de hand van de jaarcijfers. In deze evaluatie wordt duidelijk of de opgestelde punten haalbaar waren en uitgevoerd zijn. Bovendien worden er eventuele nieuwe actiepunten en maatregelen opgesteld en meegenomen in de verbetercyclus. Indien het vooropgestelde doel behaald is, wordt het bestaande doel aangepast en geïmplementeerd in de volgende cyclus.

## Literatuurlijst

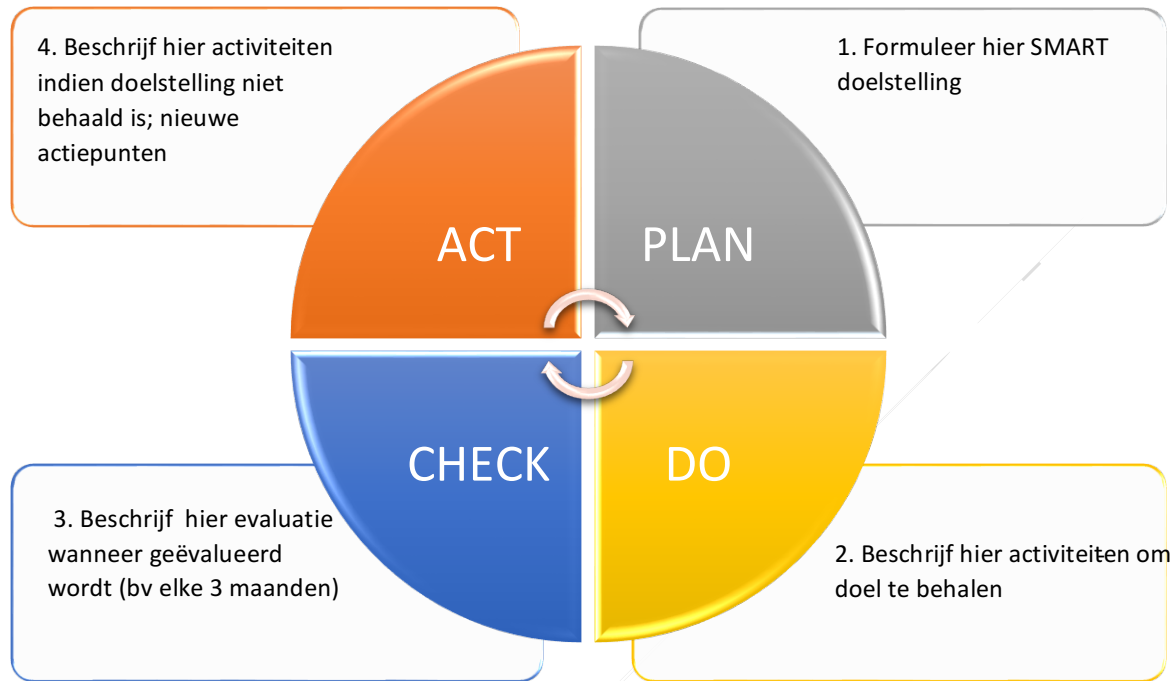
- Buerkle, B., Rueter, K., Hefler, L.A., Tempfer-Bentz, E.K. & Tempfer, C.B. (2013). Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS) evaluation of theoretical versus hands-on training of vaginal breech delivery management: a randomized trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171(2), 252–256.
- Deering, S., Brown, J., Hodor, J. & Satin, A. (2006). Simulation training and resident performance of singleton vaginal breech delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 107(1), 86-89.
- Dugas, M., Shorten, A., Dubé, E., Wassef, M., Bujold, E. & Chaillet, N. (2012). Decision aid tools to support women's decision making in pregnancy and birth: A systematic review and meta-analysis. *Social science and medicine*, 74(12), 1968-1978.
- Guittier, M.J., Bonnet, J., Jarabo, G., Boulvain, M., Irion, O. & Hudelson, P. (2011). Breech presentation and choice of mode of childbirth: A qualitative study of women's experiences. *Midwifery*, 27, 208-213.
- Hu, Y.Y., Peyre, S.E., Arriage, A.F., Osteen, R.T., Corso, K.A., Weiser, T.G. et al. (2012). Postgame Analysis: using video-based coaching for continuous professional development. *Journal of the American College of Surgeons*, 214(1), 115-124.
- Makary, M.A., Xu, T. & Pawlik, T.M. (2015). Can video recording revolutionise medical quality? *Journal of Investigative Medicine*, 351, h5169.
- Merién, A.E., Ven, J. van de, Mol, B.W., Houterman, S. & Oei, S.G. (2010). Multidisciplinary Team Training in a Simulation Setting for Acute Obstetric Emergencies: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 115(5), 1021-1031.
- Riley, W., Davis, S., Miller, K., Hansen, H., Sainfort, F. & Sweet, R. (2011). Didactic and Simulation Nontechnical Skills Team Training to Improve Perinatal Patient Outcomes in a Community Hospital. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(8), 357-364.
- Siddiqui, G., Miller, A., McKinley, S., Maduekwe, U. & Schwaitzberg, S.D. (2014). The rise of wearable recording devices: opportunities and risks in medical setting. *Surgical Innovation*, 21(5), 453-455.

## 2. Format PDCA plan

### Probleemstelling

<Beschrijf hier probleem dat je wilt oplossen. Onderbouw zo mogelijk met gegevens.

### PDCA-cyclus ter kwaliteitsverbetering:



### Toelichting

#### Plan

<SMART doelstelling>

#### Do

<beschrijf benodigde activiteiten om doelstelling te bereiken, zo mogelijk inclusief taken en verantwoordelijkheden)

#### Check en act:

<beschrijf wanneer evaluatie momenten plaats zullen vinden en wat je met resultaten doet>.

### Literatuurlijst

<voeg eventueel literatuurverwijzingen toe om je voorgenomen activiteiten te onderbouwen>



### 3. Voorbeeld Algemeen meerjarenbeleidsplan (AMJP) VSV en IGO<sup>49</sup>

#### **Inleiding**

In de inleiding zet u uiteen waar de organisatie voor staat. Wat wil de organisatie bereiken, hoe wil zij dit bereiken en wat is er voor nodig om dit doel te bereiken (mensen en middelen). U geeft aan waar de focus van de organisatie de aankomende jaren op komt te liggen. Met andere woorden wat zijn de plannen voor de aankomende jaren.

Wanneer u verder uitwerkt hoe de organisatie concreet gaat proberen de doelstelling te behalen hoort daar een analyse van de omgeving bij: welke ontwikkelingen zijn relevant voor de organisatie. En vormen deze ontwikkelingen een bedreiging of een kans voor de organisatie (SWOT-analyse).

#### **Termijn van een beleidsplan**

De meeste organisaties schrijven een beleidsplan voor de komende 3 jaar. Hierin wordt de doelstelling vertaald in werkdoelen. Kleinere organisaties volstaan veelal met een korte termijn beleidsplan van een jaar. Dit houdt in dat er een jaarplan/werkplan wordt opgesteld met een jaarbegroting. De activiteiten voor het aankomende jaar worden eenvoudig beschreven.

#### **Missie, visie en strategie**

U kunt beginnen met het ontstaan van de organisatie. Wat heeft u ertoe bewogen om deze organisatie op te zetten. Wat is uw drijfveer, welke verandering wilt u met uw organisatie teweegbrengen of voor wie wilt u het verschil maken. In hoeverre heeft de aan- of afwezigheid van soortgelijke organisaties u geïnspireerd om deze organisatie op te zetten. In de missie beschrijft u feitelijk waar de organisatie voor staat. Waar wil zij voor gaan, hoe wil zij zich onderscheiden en hoe wil zij handelen. Welk doel wil de organisatie bereiken (bijvoorbeeld: 'geen honger meer in Afrika').

#### **Doelstelling**

Om de missie/visie te realiseren formuleert u als organisatie doelstellingen. Hoe gaat u concreet proberen uw missie/visie te bereiken (bijvoorbeeld: 'iedereen in een bepaald gebied voorzien van voedsel').

#### **Strategie**

In de strategie gaat u de doelstelling verder uitwerken. Hoe gaat u deze precies bereiken. Welke activiteiten gaat uw organisatie voor wie, op welke tijdstippen en welke plaatsen ondernemen (bijvoorbeeld: we gaan in Kenia voedselpakketten uitdelen en cursussen geven hoe mensen zelf voedsel kunnen verbouwen).

#### **Huidige situatie**

Waar staat de organisatie op dit moment? Wat heeft de organisatie tot nu toe allemaal bereikt. Welke doelen heeft u kunnen realiseren. Zijn alle ontwikkelingen naar verwachting gegaan. Zijn de gestelde doelen van voorgaande jaren gehaald. Als dit niet het geval was, waar heeft dit aan gelegen. Moeten de werkzaamheden en werkdoelen misschien aangepast worden om de doelstelling te kunnen halen.

#### **Activiteiten van de organisatie**

Welke concrete werkdoelen zijn er voor de aankomende periode. Welke doorlopende werkzaamheden heeft de organisatie en welke zijn alleen voor de aankomende jaren. Houdt hierin rekening met de sterke en zwakke punten van de organisatie en geef aan hoe u deze gaat benaderen.

---

<sup>49</sup> Bron: <https://nlfi.nl/wp-content/uploads/2016/07/30.08.2016-Voorbeeld-Beleidsplan.pdf>

**Organisatie**

Hier worden de gegevens van de organisatie overzichtelijk weergegeven. Denk hierbij aan het KvK nummer, het fiscale nummer of lidmaatschap van een brancheorganisatie. Geef duidelijk aan hoe mensen in contact kunnen komen met uw organisatie (email- en postadres), wie de bestuursleden zijn en wat hun werkzaamheden & taken zijn. Hoe ziet het bestuur eruit? Wie zijn er werknemers?

**Financiën**

Geef in algemene bewoording aan wat vermeldingswaardig is (b.v. extra geld voor projecten of tegenvallende inkomsten uit donaties). Het is in het beleidsplan niet nodig een gedetailleerd overzicht van de kosten en baten op te nemen. Dat gebeurt in het jaarverslag.

***In een Meerjarenbeleidsplan worden de missie en visie en lange termijndoelen van het VSV of IGO beschreven. Onderdeel hiervan is ook hoe het VSV of IGO haar kwaliteitsbeleid vormgeeft - Kwaliteitsbeleidsplan (KBP). Dit wordt vervolgens jaarlijks uitgewerkt in het Kwaliteitsjaarplan (KJP)***

## 4. Kwaliteitsbeleidsplan (KBP)

Onderwerpen die opgenomen zouden kunnen worden in een Kwaliteitsbeleidsplan zijn<sup>50</sup>:

- Gedeelde visie op beleidsniveau
- Verdeling verantwoordelijkheden (hieronder valt o.a.: taken, werkwijze en samenstelling van het interprofessioneel geboortezorgteam en vormen van overleg binnen dit team (regionaal en individueel) (incl. afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording, transparantie, borgen keuzevrijheid zwangere)
- Hoe ga je om met klachten binnen het VSV?
- Risico inschatting op basis van VIL
- Hanteren informatiestandaard voor vastleggen gegevens
- Waarborgen privacy vrouw mbt patiëntendossier
- Deelname aan audit
- Cliëntvoorlichting : wat is het beleid? (specifiek pijnbestrijding ism anesthesisten)
- Cliëntenraad: beleid instellen
- Hoe richt je het primaire proces in? Zorgpaden (prenataal, nataal en postnataal), afspraken over intake. Hoe vindt de risico selectie plaats?
- Voorzien in een volledig en actueel dossier en zorgdragen voor heldere overdracht tussen zorgverleners.
- Administratieve onderdelen:
  - Regelen dat geregistreerd wordt tot welk VSV de zwangere behoort (wie en hoe?)
  - Registratieprotocol betreffende zorggegevens PRN
- Jaarverslag wordt opgeleverd incl jaarcijfers, kwaliteit, benchmark, analyse en beleidsafspraken. Dit wordt ook jaarlijks besproken
- Hoe wordt het bovenstaande beleid geëvalueerd? Dit punt kan als onderdeel opgenomen worden in het hoofdstuk kwaliteitsbeleid

### Voorbeeld uitgewerkt Kwaliteitsjaarplan (KJP)

Een Kwaliteitsjaarplan (KJP) wordt jaarlijks opgesteld vanuit het Kwaliteitsbeleidsplan (KBP) van het VSV of IGO.

Dit is een voorbeeld van een uitwerking op een aantal onderwerpen van een kwaliteitsjaarplan van IGO XX. (In bijlage 5 is een format opgenomen dat ingevuld kan worden voor uw eigen VSV of IGO).

Het KJP op de volgende pagina is bedoeld om leden en cliënten IGO XX inzicht te geven in hoe hun organisatie het werken aan kwaliteit vorm wil geven de komende periode. De IGO streeft naar een hoog kwaliteitsniveau en dit betekent dat we ons voortdurend willen verbeteren. Suggesties voor verbetering, zowel van leden als cliënten, zijn van harte welkom.

In dit voorbeeld wordt per onderdeel aangegeven waaraan de komende periode door de organisatie gewerkt zal worden.

---

<sup>50</sup> Zie ook de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

Patiënt	Processen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Een vast aanspreekpunt voor iedere zwangere organiseren incl. een coördinerende rol</li> <li>- Meer kleinschaligheid met persoonlijk contact en minder verschillende gezichten organiseren: voorbereiding inrichting geboortezorgpraktijken &amp; geboortezorgkringen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interprofessioneel Geboortezorgteam incl. MDO organiseren</li> </ul>
Professional	Financieel
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taakoptimalisatie: verkenning mogelijkheden en consequenties &amp; voorbereiding van het zetten van eerste stappen</li> </ul>	

Dit KJP is onderdeel van een meerjarenbeleidsplan voor de organisatie en bevat de beleidsvoornemens wat betreft kwaliteit van zorg. Jaarlijks zal gereflecteerd worden op de voorgenomen activiteiten en worden opgenomen in het kwaliteitsjaarverslag (KJV).

In het meerjarenbeleidsplan zijn voor het komende jaar de volgende activiteiten beschreven:

1. Opstellen meerjarenbeleidsplan en kwaliteitsjaarplan
2. Implementatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg
3. Uitvoering medewerkerstevredenheid/ervaringen- onderzoek

## **Voorgenomen activiteiten 2018**

### **1. Opstellen meerjarenbeleidsplan en kwaliteitsjaarplan**

#### *Aanleiding*

Een meerjarenbeleidsplan geeft richting aan de activiteiten van een organisatie: waar staan we voor, wat willen we bereiken en hoe gaan we dat doen.

#### *Doelstelling*

- 31 december 2018 is door het bestuur een meerjarenbeleidsplan voor de IGO opgesteld, dat tenminste de missie en visie van de organisatie, strategische doelstellingen en benodigde middelen bevat voor de komende 3 jaar. Dit beleidsplan is geaccordeerd door de leden van de organisatie.
- 31 december 2018 is door het bestuur een jaarplan voor 2019 opgesteld gebaseerd op het meerjarenbeleidsplan, met SMART geformuleerde doelstellingen (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden). Dit jaarplan is geaccordeerd door de leden van de organisatie.

#### *Activiteiten*

- Uit te voeren door het bestuur

## **2. Implementatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG)**

### *Aanleiding*

In het "Implementatieplan van de zorgstandaard Integrale Geboortezorg" wordt de wijze waarop de implementatie van de Zorgstandaard wordt bevorderd beschreven. Alle elementen dienen uiterlijk per 2020 geïmplementeerd te zijn. Voor diverse elementen geldt een eerdere streefdatum

### *Doelstelling*

- 31 december 2017 is een plan van aanpak opgesteld om de doelstellingen wat betreft implementatie fase 0 en 1 te kunnen behalen.
- 31 december 2017 zijn de onderdelen zoals geformuleerd voor fase 0 en fase 1 geïmplementeerd.

### *Activiteiten*

- Uit te voeren door Commissie ZIG

## **3. Uitvoering medewerkerstevredenheid/ervaringen- onderzoek**

### *Aanleiding*

Het inrichten van zowel de IGO als de ontwikkeling ervan vraagt veel aanpassingen in de huidige werkwijze van de betrokken zorgverleners. Om dit goed te kunnen monitoren is het wenselijk de tevredenheid en ervaringen regelmatig te peilen.

### *Doelstelling*

- 1 juli 2018 is een online medewerkerstevredenheid- en ervaringsonderzoek ingericht.
- 31 december 2018 is een medewerkerstevredenheid/ervaringen- onderzoek uitgevoerd en wordt daarna aan de leden van de IGO gepresenteerd. 1 januari 2018 is geformuleerd hoe betrokken zorgverleners ideeën en suggesties voor verbetering van zorg kunnen indienen en hoe dit wordt opgepakt.

### *Activiteiten*

- Uit te voeren door kwaliteitsmedewerker, in nauwe samenwerking met bestuur en Commissie Zorgstandaard

## 5. Format Kwaliteitsjaarplan

Patiënt	Processen
- <>	- <>
Professional	Financieel
- <>	- <>

<Inleiding: beschrijf hier bv welke onderdelen vanuit het meerjarenbeleidsplan in dit jaarplan opgenomen zullen worden.

### Voorgenomen activiteiten 2018

#### Onderwerp 1

*Aanleiding*

<>

*Doelstelling*

- <>

*Activiteiten*

- Uit te voeren door <>

#### Onderwerp 2

*Aanleiding*

<>

*Doelstelling*

- <>

*Activiteiten*

- Uit te voeren door <>

#### Onderwerp 3

*Aanleiding*

<>

*Doelstelling*

- <>

*Activiteiten*

- Uit te voeren door <>

## 6. Indicatorenset Integrale Geboortezorg

Nr	Ketenindicator geboortezorg	Type indicator
1	AOI-5 (Adverse Outcome Index) een combinatie van: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Neonatale of intrapartum sterfte bij <math>\geq 2500</math> gram of <math>\geq 37.0</math> weken</li> <li>2. Opname op NICU <math>\geq 37.0</math> weken</li> <li>3. APGAR <math>&lt; 7</math> na 5 minuten</li> <li>4. Fluxus post partum</li> <li>5. 3<sup>e</sup> of 4<sup>e</sup> graad perineumruptuur</li> </ol>	Uitkomst
2	Aard zorg: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. spontane partus in NTSV-groep (Nulliparous Term Singleton Vertex – à terme nulliparae met eenling in hoofdligging)</li> <li>2. percentage sectio's (totaal, ongepland/gepland) in NTSV-groep (Nulliparous Term Singleton Vertex – à terme nulliparae met eenling in hoofdligging)</li> <li>3. vrouwen met epidurale analgesie (totaal, 's nachts/in het weekend) in NTSV-groep</li> </ol>	Uitkomst/ (Proces)
3	Borstvoeding	Uitkomst
4	Plaats zorg: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. start zwangerschapsbegeleiding vóór 10 weken (algemeen, c.q. uit achterstandssituatie)</li> <li>2. bevallingen: totaal, thuis/poliklinisch/klinisch, type baring bij klinische bevalling (normaal vaginaal/instrumenteel/met sectio)</li> <li>3. bevallingen durante partu overgedragen (een medische indicatie verkregen): totaal, type baring (normaal vaginaal/instrumenteel/met sectio), reden overdragen (een medische indicatie verkrijgen): wegens niet vorderende ontsluiting, sedatie en/of pijnstilling</li> <li>4. kinderen direct post partum overgedragen</li> </ol>	Uitkomst/Proces
5	Cliëntervaringen: NPS en gevalideerde klantervaringslijst naar keuze bv ReproQ	Uitkomst/Proces
6	Klantpreferenties <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Samenwerking binnen VSV</li> <li>2. Zorgaanbod VSV</li> <li>3. Organisatie en zorgaanbod verloskundigenpraktijk</li> <li>4. Zorgaanbod kraamzorg</li> </ol>	Proces/ Structuur

## 7.Voorbeeld Perinatale Audit <sup>51</sup>

### Doel

Doel van de audits is om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren door reflectie op het eigen handelen. Het uiteindelijke doel is een daling van de perinatale sterfte.

Jaarlijks worden alle gevallen van perinatale sterfte en alle voldragen kinderen die op een NICU worden opgenomen vanwege asfyxie, besproken in de werkgroep volgens de methodiek van Perined. Hiervan wordt van 4 casus de sub standard care besproken in 2 bijeenkomsten van de lokale audit.

Ieder kalenderjaar worden de multidisciplinaire verbeterpunten uit de 2 lokale audits door het VSV of IGO omgezet in verbeteracties (bv protocollen, werkafspraken en scholing) volgens de PDCA cyclus (plan-do-check-act cyclus)

### Definitie

Tijdens een perinatale audit analyseren zorgverleners op kritische en gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg rond perinatale mortaliteit en morbiditeit (opname op een NICU vanwege asfyxie)

### Aanleiding

In 2003 bleek de perinatale sterfte in Nederland binnen de EU het hoogst te zijn voor de jaren 1999-2000. In het peiljaar 2004 is de sterfte in Nederland gedaald ten opzichte van de vorige periode, maar de daling in de andere landen is sterker. Daardoor is de positie van Nederland binnen de EU nog steeds ongunstig .

Sinds 2010 worden in Nederland met ondersteuning van de Perinatale Audit Nederland van Perined, perinatale audits georganiseerd, op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Met als doel alle gevallen van perinatale sterfte te evalueren, sub standard factoren in de zorg te onderkennen en hierop verbeterplannen te maken.

### Uitvoerenden

De werkgroep bestaat uit: Gynaecoloog, 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijns verloskundigen, kinderarts, patholoog. Tijdens de 2-jaarlijkse audit is er een onafhankelijk voorzitter.

### Doelgroep

Zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg aan een zwangere, barende of pas bevallen vrouwen en hun kinderen. Primair zijn dat: **Verloskundigen (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn), gynaecologen, kinderartsen en pathologen.**

### Op welke gebieden zijn resultaten te verwachten

Het houden van perinatale audits leidt tot resultaten op diverse gebieden. Door in een open en veilige omgeving de geleverde zorg te evalueren krijgen de verschillende beroepsgroepen inzicht in elkaars werkwijze, dit leidt tot meer wederzijds begrip en betere samenwerking. Het blootleggen van sub standard care geeft aanleiding tot het maken van (multidisciplinaire) protocollen of organiseren van bijscholing ter verbetering van de zorg.

- betere samenwerking binnen de perinatale keten;
- aanbevelingen voor richtlijnontwikkeling;
- scholing;
- hogere kwaliteit van zorg

---

<sup>51</sup> Bron: IGO Jij Wij Samen in geboortezorg



### **Wat zijn belangrijke aandachtspunten/te verwachten weerstanden (intern en extern)**

- Open en veilige sfeer (dit is nu zeker het geval, maar we moeten ervoor blijven waken dat de sfeer open en veilig blijft)
- Daadwerkelijk actie ondernemen op verbeterpunten (dit blijft nu te vaak liggen)
- Opdracht/ advies aan IGO: neem de verbeterpunten uit de audits mee en laat deze in de diverse werkgroepen uitwerken

### **Evaluatie**

De evaluatie vindt plaats door middel van PDCA-cyclus. Plan volgens SMART, Do is beschrijven en uitvoeren, Check is evalueren Act is bijstellen

- Na iedere perinatale audit bijeenkomst worden enquêteformulieren uitgedeeld
- Voorafgaand aan iedere audit worden de verbeterpunten uit de vorige audit nog eens besproken en geëvalueerd of de verbeteracties zijn ingevoerd

### **Benodigde middelen**

De middelen die de werkgroep Perinatale audit nodig heeft zijn **kennis, inzet en tijd** van de deelnemers aan deze werkgroep.

#### **- Benodigde kennis & inzet**

- Alle deelnemers van de werkgroep hebben diverse trainingen gevolgd (georganiseerd door Stichting PAN)
- 2 klinisch verloskundigen voeren alle casus in en maken een chronologisch verslag

*(1-2 uur per casus)*

- Voorzitter voert alle casus in PARS (Perinatale Audit Registratie Systeem)

*(± 4 uur per jaar)*

- 4x per jaar komt de werkgroep bijeen *(1-2 uur)*
- 2x per jaar wordt een lokale audit georganiseerd

*(2 uur)*

Ondersteuning hierbij wordt gegeven vanuit het regioteam XX

### **Planning**

VSV XX is in 2010 gestart met het houden van Perinatale Audits. Deze vinden 2 maal per jaar plaats (voorjaar en najaar) voor alle betrokken zorgverleners. Hieruit volgen mogelijk acties ter verbetering van de zorg.

Daarnaast komt de werkgroep Perinatale Audit nog ± 4x per jaar bij elkaar. Hierin worden alle doodsoorzaken geclassificeerd en de lokale audit voorbereid

### **Rapportage**

Jaarlijks aan het einde van het kalenderjaar vindt er een rapportage plaats aan de IGO. De rapportage vindt schriftelijk plaats door de werkgroep met indien gewenst een mondelinge toelichting.

## **Bijlage A**

### **Auditthema 2017-2019**

#### **Vier thema's voor perinatale audit 2017-2019**

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

#### **1. Maternale morbiditeit/mortaliteit: uterusruptuur**

*Inclusiecriteria:*

- Complete (myometrium en peritoneum) of incomplete (myometrium met intact peritoneum) ruptuur van de uterus, waarbij er sprake is van minimaal één van de volgende criteria:

- er is sprake van maternale mortaliteit of morbiditeit, gedefinieerd als: (HPP ( $\geq 1000$ ml); embolisatie of hysterectomie), en/of
- er is sprake van foetale mortaliteit of morbiditeit (gedefinieerd als neonatale asfyxie volgens Perined schema, met uitzondering van de 37-weeken grens), en/of
- er is een verzoek tot audit vanuit de hulpverleners zelf

#### **2. Neonatale morbiditeit: hyperbilirubinemie**

*Inclusiecriteria*

- pasgeborenen geboren na een zwangerschapsduur van  $\geq 35.0$  weken
- met ongeconjugeerde hyperbilirubinemie
- en een totaal serum bilirubine boven de wisseltherapiegrens

*Exclusiecriteria*

- premature neonaten met zwangerschapsduur  $< 35.0$  weken
- neonaten met een hyperbilirubinemie op basis van een antenataal bekende ernstige bloedgroep incompatibiliteit
- neonaten met een geconjugeerde hyperbilirubinemie

#### **3. Neonatale casus van à terme asfyxie**

Niet wezenlijk gewijzigd ten opzichte van de in- en exclusiecriteria in voorgaande jaren

*Inclusiecriteria*

- NICU-opname (opname van minstens 24 uur)
- van à terme geboren kinderen (zwangerschapsduur  $\geq 37.0$  weken)
- met asfyxie (vermeld in de ontslagbrief)
- ook neonataal overleden asfycten komen in aanmerking voor audit

*Exclusiecriteria*

- preterme asfyxie (zwangerschapsduur

#### 4. Premature mortaliteit

##### *Inclusiecriteria*

- perinatale sterfte (durante partu of neonataal t/m 28 dagen)
- laat-premature geboorte: zwangerschapsduur 32.0 t/m 36.6 weken

##### *Exclusiecriteria*

- intra-uteriene vruchtdood (IUVD)
- letale congenitale afwijkingen

#### **Selectie van de casus:**

Het heeft de voorkeur om alle cases binnen deze thema's te auditen, maar dat zal in sommige VSV's niet doenlijk zijn. Geef in zo'n geval voorrang aan casus binnen de nieuwste thema's: uterusruptuur & hyperbilirubinemie. Daarna spreidt u de selectie van de casus voor de audit zoveel mogelijk over de andere thema's.

Wij realiseren ons dat we daarmee niet meer voldoen aan de volledigheid van alle te auditen cases.

Houd u wel aan minimaal 2 auditbijeenkomsten per VSV per jaar.

[Download hier het stroomschema voor de auditthema's](#)

[Download hier meer informatie over de nieuwe thema's](#)

Bekijk [hier](#) het artikel over de auditthema's dat verschenen is in het Tijdschrift voor Verloskundigen (02-2017)

#### **Auditthema 2013-2016**

Het thema voor de perinatale audit 2013 -2016:

- à terme sterfte van kinderen die aan het begin van de baring nog in leven waren.
- NICU-opname van à terme geboren kinderen met asfyxie die langer dan 24 uur opgenomen zijn geweest.

Bekijk [hier](#) het stroomschema voor de inclusie van de te auditen kinderen

## 8.Voorbeeld audit HPP <sup>52</sup>

### Doel

Doel van de audits is om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren door reflectie op het eigen handelen. Het uiteindelijke doel is een daling van het aantal fluxus post partum.

Jaarlijks worden alle gevallen van HPP geregistreerd en besproken in de werkgroep. 1 keer per jaar wordt er een regionale audit gehouden voor alle zorgverleners.

Ieder kalenderjaar worden de multidisciplinaire verbeterpunten uit de lokale audits door de IGO omgezet in verbeteracties (bv protocollen, werkafspraken en scholing) volgens de PDCA cyclus (plan-do-check-act cyclus)

### Definitie

**HPP** → haemorrhagia post partum

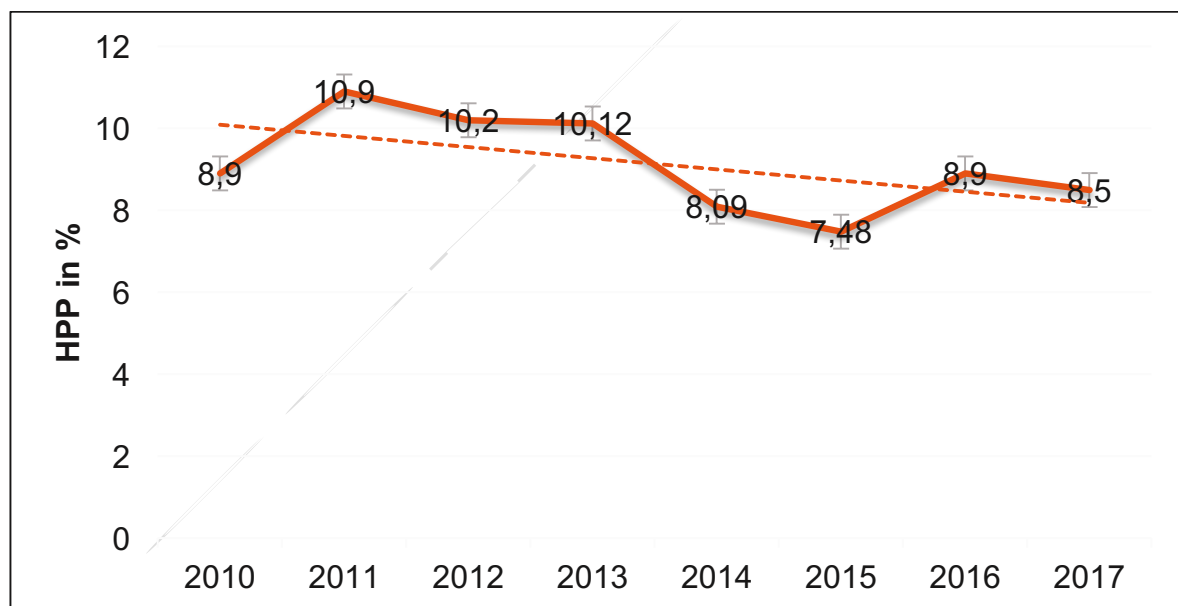
Bloedverlies van meer dan 1000 ml binnen 24 uur na de geboorte van het kind

### Prevalentie

Massaal bloedverlies rondom de partus is de derde meest frequente (8%) oorzaak van directe maternale sterfte (NVOG)

Hetgeen voorkomt bij 5% van de bevallingen.

**HPP** (2010 tot September 2017) in de regio XX.



### Aanleiding

In 2016 heeft IGO xx als eerste integrale geboorteorganisatie de integrale contracten afgesloten met ziektekostenverzekeraars. In deze overeenkomsten zijn duidelijk afspraken gemaakt ten aanzien van de verbeteringen van kwaliteit van de geboortezorg. Een van de kwaliteitsverbeteringen is het verlagen van het aantal HPP per jaar. Om dit te verwezenlijken is de audit HPP ingericht. De eerste heeft plaats gevonden in september 2017

<sup>52</sup> Bron: IGO Jij Wij Samen in geboortezorg

## **Uitvoerenden**

De werkgroep bestaat uit: Gynaecoloog, 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijns verloskundigen.

## **Doelgroep**

Zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg aan een zwangere, barend of pas bevallen vrouwen en hun kinderen. Primair zijn dat: **Verloskundigen (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn), gynaecologen, verpleegkundigen en kraamverzorgende.**

## **Op welke gebieden zijn resultaten te verwachten**

Het houden van HPP audits leidt tot resultaten op diverse gebieden. Door in een open en veilige omgeving de geleverde zorg te evalueren krijgen de verschillende beroepsgroepen inzicht in elkaars werkwijze, dit leidt tot meer wederzijds begrip en betere samenwerking. Het blootleggen van sub standard care geeft aanleiding tot het maken van (multidisciplinaire) protocollen of organiseren van bijscholing ter verbetering van de zorg.

- Betere samenwerking binnen de perinatale keten;
- Aanbevelingen voor richtlijnontwikkeling;
- Scholing;
- Hogere kwaliteit van zorg

## **Wat zijn belangrijke aandachtspunten/te verwachten weerstanden (intern en extern)**

- Open en veilige sfeer (dit is nu zeker het geval, maar we moeten ervoor blijven waken dat de sfeer open en veilig blijft)
- Daadwerkelijk actie ondernemen op verbeterpunten (dit blijft nu te vaak liggen)
- Opdracht/ advies aan IGO: neem de verbeterpunten uit de audits mee en laat deze in de diverse werkgroepen uitwerken

## **Evaluatie**

De evaluatie vindt plaats door middel van PDCA cyclus. Plan volgens SMART, Do is beschrijven en uitvoeren, Check is evalueren Act is bijstellen

- Na iedere HPP audit bijeenkomst worden enquête formulieren uitgedeeld
- Voorafgaand aan iedere audit worden de verbeterpunten uit de vorige audit nog eens besproken en geëvalueerd of de verbeteracties zijn ingevoerd

## **Benodigde middelen**

De middelen die de werkgroep HPP audit nodig heeft zijn **kennis, inzet en tijd** van de deelnemers aan deze werkgroep.

- Benodigde kennis & inzet

- Alle deelnemers van de werkgroep hebben diverse trainingen gevolgd (georganiseerd door Stichting PAN)
- 2 klinisch verloskundigen voeren alle casus in en maken een chronologisch verslag

(1-2 uur per casus)

- 4x per jaar komt de werkgroep bijeen (1-2 uur)
- 1x per jaar wordt een lokale audit georganiseerd

(2 uur)

**Planning**

VSV XX is in 2017 gestart met de HPP Audit. 1 maal per jaar zal de HPP audit plaatsvinden. Hieruit volgen mogelijk acties ter verbetering van de zorg.

Daarnaast komt de werkgroep HPP Audit nog  $\pm$  4x per jaar bij elkaar.

Hierin worden alle HPP casus geclassificeerd en eventueel voorgedragen voor de Audit

**Rapportage**

Jaarlijks aan het einde van het kalenderjaar vindt er een rapportage plaats aan de IGO. De rapportage vindt schriftelijk plaats door de werkgroep met indien gewenst een mondelinge toelichting.

## 9. Aanleveren Indicatoren aan Zorginstituut (ZiN) en Transparantie

Onderstaande indicatoren zijn allen onderdeel van de Indicatorenset Integrale Geboortezorg. Per onderdeel wordt de wijze van aanleveren beschreven.

### Indicatoren AOI-5, Aard van de zorg en Plaats van de zorg

- Indicator AOI-5 is een al bestaande indicator voor de Spoedzorg-Verloskunde. De data hiervoor worden via LVR1, LVR2 en LNR-data door de verschillende disciplines aangeleverd aan Perined. Perined verwerkt deze data tot PRN-cijfers die zichtbaar worden in P'Insight van het betreffende VSV of IGO. Ook de AOI-5 wordt hierin zichtbaar gemaakt.
- Indicator Aard van de zorg en
- Indicator Plaats van de zorg zijn nieuwe indicatoren per 2018 en worden uit de Perinedcijfers gedestilleerd.

Elk jaar vóór 1 mei volgend op het registratiejaar, wordt deze indicatoren door het ziekenhuis namens het VSV aangeleverd aan ZiN. Perined kan, indien gewenst, deze indicatoren ook direct doorleveren aan ZiN.

### Borstvoeding

Deze indicator bestaat uit 2 delen:

- 1) percentage kinderen dat op eerste verzorgingsdag thuis volledige borstvoeding krijgt en dat op de laatste verzorgingsdag nog krijgt;
- 2) percentage kinderen dat op de 8<sup>e</sup> dag volledige borstvoeding krijgt.

De eerste indicator is een bestaande indicator voor de kraamzorg. Deze moet per 2018 jaarlijks door de Kraamzorg namens het VSV aangeleverd worden aan ZiN.

De tweede wordt geregistreerd via de LVR1 en LVR2. Ook deze wordt per 2018 elk jaar aan ZiN opgeleverd. Dit kan via het ziekenhuis namens het VSV of rechtstreeks vanuit Perined.

### Net Promotor Score, Cliëntervaringen en Klantpreferenties

#### Net Promotor Score

Vanaf 2018 moeten alle VSV's en IGO's de Net Promotor Score (NPS) bij alle vrouwen uitvragen na afloop van de geleverde zorg. De NPS bestaat uit de volgende vraag:

***Hoe waarschijnlijk is het dat u op basis van uw ervaringen met de zorg (door o.a. verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden verleend) rondom zwangerschap/bevalling, deze zult aanbevelen aan een vriendin?***

Het resultaat én responspercentage dienen uiterlijk 1 mei bij het Zorginstituut Nederland (ZiN) aangeleverd te worden. De ziekenhuizen leveren namens een VSV deze gegevens bij ZiN aan.

De aanleverroute voor de resultaten is als volgt: een VSV of IGO maakt met een erkende gegevensmakelaar, in dit geval Perined, (zie [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl) voor 'Leidraad landelijke aanlevering kwaliteitsgegevens via gegevensmakelaars') afspraken over de verzameling, bewerking, inzage en accordering van de gegevens. Perined zorgt voor tijdige beschikbaarstelling van de gegevens aan de VSV/IGO/ziekenhuizen, dat wil zeggen vóór 1 mei van elk jaar, of levert op afspraak direct door aan ZiN.

### **Mogelijkheden voor het VSV of IGO om de NPS gegevens op te halen en aan te leveren aan ZiN**

- Het is mogelijk de NPS via Perined uit te zetten. Perined werkt hierbij samen met het CPZ. Op basis van door het VSV of IGO aangeleverde lijsten met emailadressen van cliënten kan door het VSV of IGO (of desgewenst namens het VSV of IGO door Perined) een standaard mail aan cliënten gestuurd worden met een link naar de website waar de NPS-vraag op staat. Resultaat en responspercentage worden vervolgens door Perined aan de ziekenhuizen/VSV/IGO aangeleverd teruggekoppeld. De kosten om dit voor 2018 uit te vragen en te verwerken, bedragen per VSV of IGO €1250,- (excl. BTW).
- Als het VSV of IGO al standaard een cliëntervaringsvragenlijst uitzet, dan kan de NPS hieraan toegevoegd worden. Het VSV of IGO kan hiervoor een erkende gegevensmakelaar (waaronder Perined) inschakelen om de gegevens te verwerken en – samen met het responspercentage – aan het ziekenhuis ter doorlevering aan ZiN beschikbaar te stellen.
- Met de kraamzorgorganisaties die onderdeel zijn van het VSV of IGO kan gekeken worden of het mogelijk is aan te sluiten op de huidige verplichte cliëntervaringsmeting binnen de kraamzorg. Dit is met name een optie als deze kraamzorgorganisaties hetzelfde instrument gebruiken. Kosten en afspraken over registratie, verzamelen, bewerken en doorleveren dienen met de betreffende kraamzorgorganisaties geregeld en vastgelegd te worden.

### **Cliëntervaringen**

Elk VSV dient vanaf verslagjaar 2018 jaarlijks systematisch cliëntervaringen te verzamelen met een erkend instrument naar keuze. De resultaten van de meting en de hieruit volgende acties worden opgenomen in het jaarlijks kwaliteitsverslag. De resultaten kunnen onder andere gebruikt worden voor het eigen leren en verbeteren, kwaliteitsverbetering binnen het VSV en voor keuze-informatie voor (potentiële) cliënten op regionaal niveau.

### **Klantpreferenties**

De klantpreferenties dienen jaarlijks uiterlijk 1 mei op de website van het VSV en van de afzonderlijke zorgverleners te worden gepubliceerd.

### **Publicatie en transparantie**

Regionaal worden alle uitkomsten van de Indicatorenset voor de (toekomstige) cliënt transparant gemaakt op de website van het betreffende VSV.

ZiN slaat alle gegevens op in haar openbare Databank.



## 10. Implementatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

Uitwerking cruciale elementen Zorgstandaard

Fase	Wat	Wanneer
<b>Fase 0</b>		
Face 0	<b>Plan van aanpak</b>	1-7-2017 Harde Deadline (HD)
Fase 0	<b>Gezamenlijke besluitvorming, bejegening en informed consent (p.13 ZIG)<sup>10</sup></b>	
	Manier van uitwisseling van informatie tussen vrouw en zorgverlener die leidt tot gezamenlijk genomen beslissing over de te leveren zorg	
	De zorgverlener luistert actief en heeft aandacht voor vragen en wensen van de vrouw	
	De coördinerend zorgverlener en de zwangere stellen samen geboortezorgplan op	
<b>Fase 1</b>		
Fase 1	<b>Kwaliteitsbeleid incl. kwaliteitscyclus en indicatoren (p. 51 e.v.,54 ZIG)</b>	1-1-2018 HD
	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 continue 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 (p. 51 ZIG). Aanbevelingen voor verbetering samenwerking, richtlijnontwikkeling/zorgpaden, inventariseren, scholingsnoodzaak	
	Deelname zorgverleners aan perinatale audits en perinatale registratie van Perined	
	De gemeten resultaten worden besproken, geanalyseerd en leiden tot verbeter- en borgingsplannen	
Fase 1	<b>Multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking (p. 12 ZIG)</b>	1-1-2018 Streefdatum (SD)
	Zorgsysteem integrale zorg waarbij professionals gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor onderlinge afstemming en het regionaal beleid	
	Transparant uitleg geven over de kwaliteit van zorg in het hele zorgtraject	
	Multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking tussen betrokken beroepsgroepen, zorginstellingen en maatschappelijke organisaties en aanstaande ouders op basis van gelijkwaardigheid	
	Bijzondere aandacht voor communicatie en overdracht	

Fase 1	<b>Interprofessioneel geboortezorgteam (p. 12 ZIG) incl. MDO (p. 46, 47, 61 ZIG)</b>	1-1-2018 SD
	Minimaal maandelijks Multidisciplinair overleg (MDO)	
	Organiseren toestemming zwangeren voor bespreking in MDO	
	Beleid samenstelling, taak en werkwijze interprofessioneel geboortezorgteam (p. 4 ZIG) incl. afspraken over kwaliteit, registratie, afwijken van het beleid, verantwoording en transparantie (p. 20 ZIG)	
	Instellen geboortezorgteam met vertegenwoordiging van alle bij de geboortezorg betrokken zorgverleners in de regio	
Fase 1	<b>Zwangere en (ongeboren) kind centraal (p. 10 ZIG)</b>	1-1-2018 SD
	Iedere zwangere heeft zelf de keuze om thuis, in een geboortecentrum of poliklinisch in het ziekenhuis te bevallen (p. 31 ZIG)	
	Voorkómen van over- en onderbehandeling	
Fase	Wat	Wanneer
	Met respect en in veiligheid ondersteunen van de vrouw en creëren van beschikbaarheid en kwaliteit, ongeacht de gekozen plaats van bevalling	
	Vraaggericht zorgaanbod	
	Beleid over hoe omte gaan met vragen van vrouwen die buiten de richtlijnen vallen	
	Iedere vrouw wordt aan het begin van de zwangerschap op de hoogte gebracht van haar recht op geïnformeerde keuze (p. 21 ZIG) en over belang van alle controles (p. 22 ZIG)	
	Elke vrouw heeft te allen tijde de mogelijkheid om af te zien danwel af te wijken van zorgaanbod in de ZIG	
	Zorgverleners ondersteunen iedere vrouw om eigen keuzes te maken (zorg, welk moment, welke plaats)	
	Informeren vrouw registratie van gegevens in haar elektronisch dossier, in de Landelijke Perinatale Registratie, bevolkingsonderzoeken en dat voor delen haar toestemming nodig is.	
	Vastleggen toestemming zwangere over bespreken in MDO, geboortezorgteam, doen van onderzoeken in haar dossier	
Fase 1	<b>Eén vast aanspreekpunt: coördinerend zorgverlener (p. 11, 20, 45 ZIG)<sup>12</sup></b>	1-1-2018 SD
	Iedere zwangere heeft gedurende de zwangerschap één vast aanspreekpunt, de coördinerend zorgverlener	
	Coördinerend zorgverlener bewaakt belangen zwangere, ondersteunt zelfmanagement en ziet toe op integrale geboortezorg volgens individueel geboortezorgplan	
	Vastleggen toestemming zwangere met besluit wie aanspreekpunt is	
	Ondersteunen en adviseren vrouw bij keuze over locatie van de bevalling (p. 31 ZIG)	
Fase 1	<b>Prenatale zorg (p. 20 ZIG)</b>	
	Basiszorg zoals beschreven in ZIG wordt geboden. Bij een gecompliceerd verloop zal aanvullende zorg geboden worden	
	Eerste consult vindt plaats voor 9 weken amenorroeduur	

	Intake anamnese zwangere en partner: risico-inschatting, algemene voorlichting, bespreken van prenatale screening	1-1-2018 SD
Fase 1	<b>Zorg bij bevalling en geboorte (p. 29 e.v. ZIG)</b>	
	Basiszorg zoals beschreven in ZIG wordt geboden. Bij een gecompliceerd verloop zal aanvullende zorg geboden worden	
Fase 1	<b>Zorg na bevalling en geboorte (p. 35 e.v. ZIG)</b>	1-1-2018 SD
	Basiszorg zoals beschreven in ZIG wordt geboden. Bij een gecompliceerd verloop zal aanvullende zorg geboden worden.	
Fase 1	<b>Acute zorg (p. 41, 42, 46 ZIG)</b>	1-1-2018 SD
	Opstellen beleid omgaan met calamiteiten en incidenten	
	Implementatie beleid omgaan met calamiteiten en incidenten	
Fase 1	<b>Verloskundig samenwerkingsverband (p. 4, 46, 47 ZIG) m.u.v. zorg aan kwetsbare vrouwen en cliëntenraad</b>	1-1-2018 SD
	Ontwikkelen regionale netwerken, VSV's (beroepsgroepen: verloskundig zorgverleners, kraamzorgorganisaties en andere regionale geboortezorgprofessionals) <sup>13</sup>	
	Opstellen Regionaal beleid VSV	
	Risico-inschatting (medische, psychosociale, zorg- en leefstijlgerelateerde risico's), met primaire input uit VIL	
	Beschrijven hoe onderling met klachten wordt omgegaan	
	Cliëntvoorlichting pijnbestrijding <sup>14</sup>	
Fase	<b>Wat</b>	<b>Wanneer</b>
	Protocol (p. 4, 12, 13, 20 ZIG): verdeling verantwoordelijkheden, taken en werkwijze interprofessioneel geboortezorgteam incl. afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording, transparantie, borgen keuzevrijheid zwangere incl. protocol "parallele actie" over debriefing	
	Jaarlijkse bespreking jaarcijfers kwaliteit, benchmark, analyse en aanpassing van regionale afspraken	
	Deelname aan Perinatale audit	
	Jaarlijks opleveren gezamenlijk kwaliteit jaarverslag incl. benchmark, analyse, beleidsaanpassingen	
	Ontwikkelen regionale zorgpaden	
	Implementatie regionale zorgpaden	
	Beleid instellen Cliëntenraad/regionale adviesraad zwangeren/(jonge) ouders	
	Regelen dat geregistreerd wordt tot welk VSV de zwanger behoort	
	Hanteren informatiestandaard voor vastleggen gegevens	
	Waarborgen van de privacy van de vrouw m.b.t. patiëntendossier	
	Voorzien in een volledig en actueel dossier en zorgdragen voor heldere overdracht tussen zorgverleners	

<b>Fase 2</b>		
Fase 2	<b>Adequate voorlichting en counseling (p. 11 ZIG)</b>	1-1-2019 SD
	Er is beleid en alle zorgverleners binnen het VSV hanteren uniform informatiemateriaal voor het goed informeren van de zwangere	
	over haar zwangerschap, bevalling, kraamperiode en de begeleidings- en zorgmogelijkheden (incl. pre- en neonatale screening)	
	Elke zwangere krijgt ondersteuning van zelfmanagement	
Fase 2	<b>Individueel geboortezorgplan (p. 11, 44 ZIG) uiterlijk week 16<sup>15</sup></b>	1-1-2019 SD
	Alle behoeften en wensen van de zwangere worden vastgelegd in een individueel geboortezorgplan	
	Alle afspraken met zorgverleners/Het regionaal zorgpad van de zwangere wordt opgenomen in haar individueel geboortezorgplan	
Fase 2	<b>Preconceptiezorg (p. 17 e.v. ZIG)</b>	1-1-2019 SD
	Gestructureerd (laten) aanbieden van voorlichting en educatie over preconceptieconsulten Preconceptieconsult wordt aangeboden Specialistisch preconceptieconsult dat leidt tot preconceptieadvies en plan van aanpak wordt aangeboden Afstemming met o.m. gemeenten, huisartsen over werven en voorlichten vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden Preconceptieconsult wordt aangeboden	
	Specialistisch preconceptieconsult dat leidt tot preconceptieadvies en plan van aanpak wordt aangeboden Afstemming met o.m. gemeenten, huisartsen over werven en voorlichten vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden	
Fase 2	<b>Doorontwikkeling verloskundig samenwerkingsverband (p. 4, 46, 47 ZIG)</b>	1-1-2019 SD
	Uitbreiden regionale netwerken (nieuwe beroepsgroepen in lijn met dan bijgewerkte Zorgstandaard)	
	Aanpassen MDO (welke frequentie, welke beroepsgroepen in lijn met dan bijgewerkte Zorgstandaard)	
	Implementatie Cliëntenraad	
	Jaarlijks aanbieden en bespreken uitkomsten jaarverslag en beleidsplannen met Cliëntenraad	
	In gesprek gaan met Cliëntenraad over de kwaliteitsnorm van zwangere/gepercipieerde kwaliteit (p. 46, 52 ZIG)	
	Betrekken van Cliëntenraad bij uitwerking verantwoordelijkheden VSV rond preconceptie, zwangerschap, geboorte en postnatale periode (incl. interconceptiezorg)	
	Regelen van toegang tot multidisciplinair patiëntendossier voor alle zorgverleners en de patiënt	
Fase	Wat	Wanneer
Fase 2	Vorbereiden Perinataal Webbased Dossier: een volledig en actueel multidisciplinair raadpleegbaar en te vullen dossier voor alle zwangeren	

<b>Fase 3</b>	<b>Alle elementen uit de zorgstandaard</b>	<b>Januari 2020 HD</b>
Fase 3	<b>Perinataal Webbased Dossier (p. 47, 48 ZIG)</b>	1-1-2020
	Voorzien in een volledig, actueel en betrouwbaar multidisciplinair elektronisch dossier dat op ieder moment veilig raadpleegbaar is door alle zorgverleners	
	Implementatie overgaan op Perinataal Webbased Dossier	
	Implementatie overgaan op Perinataal Webbased Dossier	
Fase 3	<b>Aandacht voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden (p. 15 ZIG)</b>	1-1-2020
	Afstemming zoeken met o.m. gemeenten, huisartsen over gestructureerd (laten) aanbieden van voorlichting en educatie aan vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden	
	Alle zorgverleners beschikken over informatie voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden	
	Alle zorgverleners inzicht geven in regionale kanalen/capaciteit voor doorverwijzing vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden	
	HD = Harde Deadline SD= Streefdatum	
10	Gezamenlijke besluitvorming en informed consent volgen uit de WGBO en moet dus al staande praktijk zijn. In de Zorgstandaard is hier bijzondere aandacht voor gevraagd en nadere uitwerking gegeven.	
11	Streefdatum van keuze locatie bevalling is juli 2017	
12	In de zorgstandaard is geen moment genoemd, waarop het aanspreekpunt er zou moeten zijn. Het ligt voor de hand dit samen te laten vallen met het eerste bezoek aan een verloskundig zorgverlener, of uiterlijk in week 16 (registratie in individueel geboortezorgplan).	
13	Dit onderdeel van de oprichting van VSV's is al staande praktijk.	
14	In samenwerking met anesthesisten	
15	Dit kan in de meest eenvoudige vorm door alle informatie, wensen, behoeften, besluiten, zorgpad, bevalplan en kraamplan van de zwangere hardcopy te verzamelen en te bundelen bv. in een eenvoudige ringband	

## 11. Checklist ontwikkelen kwaliteitssysteem

	Wat?	Beschrijving	Stap Kwaliteitssysteem	Jaar
<input type="checkbox"/>	VSV/IGO Leden informeren over cyclisch evalueren als lerende organisatie		1	1
<input type="checkbox"/>	Implementatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg	Elk kwartaal monitort het VSV/IGO de voortgang van de activiteiten die nodig zijn voor de implementatie van de Zorgstandaard, zoals geformuleerd in het implementatieplan. Zo nodig wordt de activiteiten bijgesteld.	2	0
<input type="checkbox"/>	Fase 0	Gezamenlijke besluitvorming, bejegening en informed consent	2	0
<input type="checkbox"/>	Fase 0	Kwaliteitsbeleid, inclusief kwaliteitscyclus en indicatoren	2	0
<input type="checkbox"/>	Fase 1	Multidisciplinaire en -lijnoverstijgende samenwerking	2	0
<input type="checkbox"/>	Fase 1	Interprofessioneel geboortezorg team	2	0
<input type="checkbox"/>	Fase 1	Zwangere en (ongeboren)kind centraal	2	0
<input type="checkbox"/>	Fase 1	Eén vast aanspreekpunt: coördinerend zorgverlener	2	0
<input type="checkbox"/>	Fase 1	Prenatale zorg	2	0
<input type="checkbox"/>	Fase 1	Zorg bij bevalling en geboorte	2	0
<input type="checkbox"/>	Fase 1	Zorg na de bevalling en geboorte	2	0
<input type="checkbox"/>	Fase 1	Acute zorg	2	0
<input type="checkbox"/>	Fase 1	Verloskundig samenwerkingsverband muv zorg aan kwetsbare vrouwen en cliëntenraad	2	0
<input type="checkbox"/>	Fase 2	Adequate voorlichting en counseling	2	1
<input type="checkbox"/>	Fase 2	Individueel geboortezorgplan	2	1
<input type="checkbox"/>	Fase 2	Preconceptiezorg	2	1
<input type="checkbox"/>	Fase 2	Doorontwikkeling verloskundig samenwerkingsverband	2	1

<input type="checkbox"/>	Fase 3	Perinataal Webdossier	3	2
<input type="checkbox"/>	Fase 3	Aandacht voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden	3	2
<input type="checkbox"/>	Missie en visie	Het VSV/IGO heeft een Missie en Visie geformuleerd	2	1
<input type="checkbox"/>	Opstellen Meerjarenbeleidsplan	Door het VSV/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	2	1
<input type="checkbox"/>	Schrijven Kwaliteitsjaarplan	Op basis van het meerjarenbeleidsplan wordt jaarlijks een kwaliteitsjaarplan geschreven met SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) geformuleerde doelstellingen.	2	1
<input type="checkbox"/>	Kwaliteitsjaarverslag	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)[3].	2	1
<input type="checkbox"/>	Perinatale 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.	2	1
<input type="checkbox"/>	Protocollen, richtlijnen, standaarden, zorgpaden, werkinstructies- en afspraken	Binnen het VSV/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.	2	1
<input type="checkbox"/>	Perined Insight	Jaarlijks bespreken betrokken zorgverleners binnen het VSV/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.	2	1
<input type="checkbox"/>	Eisen Zorginstituut (opleveren indicatoren zorg-uitkomsten, clientervaringen)	Het VSV/ IGO legt een werkwijze vast met betrekking tot de aanleveren van de kwaliteitsgegevens aan het Zorginstituut. Hierin staat beschreven wie welke gegevens levert aan bij wie en wie verantwoordelijk is voor de aanlevering aan het Zorginstituut.	2	1

		<p>Jaarlijks wordt bekeken of de vastgelegde werkwijze nog van toepassing is.</p> <p>Jaarlijks (uiterlijk 1 mei) worden de indicatoren opgeleverd volgens instructies Zorginstituut (zie <a href="http://www.zorginzicht.nl">www.zorginzicht.nl</a>) (aan openbare database ZiN en op de website van het VSV) [1] [2]</p> <p>Resultaten van de indicatoren uitkomsten worden jaarlijks besproken binnen VSV/IGO en gespiegeld met voorgaande jaren binnen het VSV/IGO. Zo nodig worden verbetertrajecten geformuleerd met SMART doelstellingen.</p> <p>Jaarlijks worden geformuleerde verbetertrajecten gemonitord, besproken en zo nodig bijgesteld.</p>		
<input type="checkbox"/>	Clientervaringsonderzoek NPS (na afloop van elk zorgtraject)	<p>Ervaringen van alle cliënten van het VSV/IGO worden bepaald met behulp van de Net Promotor Score (NPS)</p> <p>Door het VSV/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/IGO en cliëntenraad. Extern: ZiN en website.</p> <p>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).</p> <p>Jaarlijks wordt gemonitord of eventuele verbetertrajecten op deze twee niveaus daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Zo nodig wordt een en ander bijgesteld.</p>	2	1
<input type="checkbox"/>	Documentbeheer	<p>Alle voor VSV/IGO relevante documenten (protocollen, werkafspraken, formulieren, handboeken, contracten, etc.) staan op een voor alle leden van VSV/IGO bereikbare plaats (fysiek dan wel digitaal).</p> <p>Minimaal elke 2 jaar wordt van alle beschikbare documenten vastgesteld of deze bijgesteld of aangepast dienen te worden.</p> <p>Jaarlijks wordt vastgesteld of VSV/IGO voldoet aan alle (nieuwe) wet- en regelgeving die aan een dergelijke organisatie wordt gesteld.</p>	3	2
<input type="checkbox"/>	Management van financiële middelen	<p>Het VSV/ 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.</p> <p>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.</p> <p>Elk kwartaal worden 'productiecijfers' (onder meer aantal bevallingen) gepresenteerd en gespiegeld aan de in het jaarplan geformuleerde prognose van bv het aantal bevallingen.</p>	3	2



□	Management kwaliteit zorgverleners	Door het VSV/IGO wordt een organogram opgesteld aan de hand waarvan verantwoordelijkheden en bevoegdheden van alle zorgverleners die betrokken zijn bij het VSV/IGO beschreven worden.	3	2
		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/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/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/IGO de tevredenheid en ervaringen (of werkbeleving professionals) onderzocht[2]. 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.		
□	Accommodatie	Jaarlijks wordt inzichtelijk gemaakt voor leden van VSV/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	3	2
		Leden van VSV/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.		
□	Communicatie ("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.	3	2
		Hieraan gekoppeld wordt een implementatieplan vastgesteld van alle onderdelen die nieuw worden geïmplementeerd. Jaarlijks wordt dit implementatieplan geëvalueerd.		
□	Procedures ("Zo werken wij")	Van het VSV/IGO worden de aanwezige procedures beschreven en wordt vastgesteld in welke cyclus en hoe ze geëvalueerd dienen te worden (bijvoorbeeld elke 2 jaar).	3	2

		<p>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.</p> <p>Binnen het VSV//IGO worden samenhangende activiteiten om de zorg te verlenen voor de cliënt (primaire processen) die binnen de organisatie plaatsvinden beschreven.</p> <p>Elke 2 jaar wordt geëvalueerd of de beschrijving van de primaire processen up to date is. Zo nodig wordt deze bijgesteld.</p> <p>Jaarlijks wordt vastgesteld of het VSV//IGO voldoet aan alle (nieuwe) wet- en regelgeving die aan een organisatie die integrale geboortezorg levert wordt gesteld</p>		
<input type="checkbox"/>	Continue Verbetercyclus	<p>Binnen het VSV//IGO wordt beschreven hoe leden van VSV//IGO bijdragen aan continue verbetering van de organisatie en de zorgverlening.</p> <p>Jaarlijks wordt geëvalueerd welke verbeter suggesties er gedaan zijn en hoe ze zijn afgehandeld door een daartoe ingestelde commissie of werkgroep.</p>	3	2
<input type="checkbox"/>	Samenwerkingsprocessen	<p>Binnen het VSV//IGO worden de aanwezige overlegstructuren binnen en met (bijvoorbeeld CJG, sociale kaart) het VSV//IGO beschreven</p> <p>Jaarlijks wordt geëvalueerd hoe de overlegstructuren[2] en de samenwerking tussen de verschillende disciplines binnen en met VSV//IGO verlopen en ervaren worden. Deze evaluatie vindt plaats via cliënten, zorgverleners en bestuurders. Zo nodig wordt na evaluatie een verbeterplan opgesteld.</p> <p>In VSV//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.</p> <p>Jaarlijks wordt vastgesteld of er met nieuwe partners samenwerking gezocht zou moeten worden om de doelstellingen vanuit het beleidsplan te kunnen realiseren.</p>	3	2
<input type="checkbox"/>	Commissies onder het bestuur van het VSV//IGO	<p>In het jaarplan van VSV//IGO wordt vastgesteld welke commissies worden ingesteld met welke samenstelling en opdracht</p> <p>Per commissie worden SMART-doelstellingen geformuleerd, om de algemene doelstellingen zoals in het meerjarenbeleidsplan geformuleerd, te behalen.</p> <p>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.</p>	3	2
<input type="checkbox"/>	Taakherschikking over de gehele keten	In het meerjarenbeleidsplan van de VSV//IGO worden taakherschikkingmogelijkheden en doelstellingen geformuleerd, en uitgewerkt in lijn met de geformuleerde Missie/Visie van het VSV//IGO.	3	2

		Jaarlijks wordt vastgesteld hoe de taakherschikkingsdoelstellingen uit het meerjarenbeleidsplan gerealiseerd gaan worden.		
		Jaarlijks wordt geëvalueerd of de voorgenomen doelstellingen gerealiseerd zijn. Zo nodig wordt een verbeterplan opgesteld.		
<input type="checkbox"/>	Integrale voorlichting	Het VSV/IGO zorg ervoor dat een set voorlichtingsmateriaal beschikbaar is die door alle deelnemers van VSV/IGO wordt gedragen en gebruikt – ‘VSV/IGO spreekt naar cliënten met één mond’. Bij voorkeur is deze set (ook) online beschikbaar.	3	
		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/IGO, VWS of andere belangrijke stakeholders, dan worden deze direct verwerkt in het voorlichtingsmateriaal.		
<input type="checkbox"/>	Registratie cliëntgegevens	Binnen het VSV/IGO wordt beschreven hoe cliëntgegevens uniform worden geregistreerd en opgeslagen	3	2
		Binnen het VSV/IGO wordt beschreven hoe cliëntgegevens beveiligd zijn		
		Binnen het VSV/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.		
<input type="checkbox"/>	Cliëntgerichte activiteiten	Binnen het VSV/IGO worden alle cliëntgerichte activiteiten beschreven (inclusief cliëntparticipatie).	3	2
		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.		
<input type="checkbox"/>	Klachtenprocedure cliënten (Bestaand Wettelijk protocol)	Bij het VSV/IGO wordt beschreven:	3	2
		Hoe cliënten geïnformeerd worden over de klachtenprocedure binnen het VSV/IGO		
		Hoe en bij wie klachten binnen het VSV/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.		

□	Patiëntveiligheid	Het VSV/IGO zorgt ervoor dat haar zorgverlening optimaal veilig is voor alle cliënten	3	2
		Bij het VSV/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/IGO wordt beschreven hoe (bijna) incidenten gemeld worden en hoe deze opgepakt en geregistreerd worden.		
		Elk kwartaal worden geregistreerde incidenten binnen VSV/IGO gerapporteerd en worden zo nodig verbetertrajecten ontwikkeld.		
		Jaarlijks wordt gemonitord hoe verbetertrajecten gerealiseerd zijn en zo nodig worden deze bijgesteld.		
□	Eisen Inspectie Gezondheidszorg (IGz)	Jaarlijks wordt op de website van de Inspectie <a href="http://www.igz.nl">www.igz.nl</a> vastgesteld of er aandachtsgebieden zijn waar het VSV/ IGO zich de komende periode op zou moeten richten.	3	2
□	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 doestellingen geformuleerd worden om resultaten te verbeteren. Een eerste stap in benchmarking voor VSV's/IGO's is het gebruik van de gegevens die door Perined worden opgeleverd: Perined-Insight.	4	2
□	Onderlinge benchmark VSV of IGO	Een andere onderlinge benchmark mogelijkheid voor VSV's/IGO's is het onderling vergelijken van gegevens aan de hand van bijvoorbeeld Perined gegevens (maar in principe zouden ook andere gegevens hiervoor gebruikt kunnen worden. Hierbij spreken VSV's/ IGO's die hieraan willen meedoen dat zij periodiek (bijvoorbeeld jaarlijks) elkaars gegevens ontvangen en bespreken. Bij deze methode worden de prestaties van de VSV's/IGO's niet vergeleken met landelijke gemiddelden, maar met (bekende) andere VSV's/IGO's. Hiervoor zijn de organisaties fysiek aanwezig.	5	3
□	Intern en extern auditsysteem voor VSV of IGO	VSV's/IGO's kunnen ook met elkaar een intern auditsysteem opzetten. 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/IGO zou moeten voldoen.	6	3
		Een extern auditsysteem kan gebruikt worden voor het accrediteren van VSV's/IGO's die aan, door de VSV's/IGO's zelf opgestelde eisen voldoen. Het VSV/IGO die geaccrediteerd is krijgt op deze wijze een 'keurmerk' van de accrediterende organisatie. Vergelijkbare accreditatiesystemen zijn bijvoorbeeld NHG-Praktijkaccreditering,		

## 12. Voorbeeld benchmark AOI-5 VSV of IGO met landelijke cijfers <sup>53</sup>

### **0-meting**

Uit P'Insight gegevens blijkt dat de AOI-5 uitkomsten slechter dan het landelijk gemiddelde zijn.

### **Doel:**

AOI\_5 uitkomsten van VSV of IGO XXX zijn beter dan het landelijk gemiddelde

### **Doelgroep:**

Gynaecologen, verloskundigen, kraamzorgorganisaties, kinderartsen, cliënten.

### **Beoogde resultaten:**

1. Neonatale en intrapartale sterfte 2% onder het landelijk gemiddelde
2. Opname nicu >37 weken 2 % onder het landelijk gemiddelde
3. Apgarscore <7 na 5 minuten 5% onder het landelijk gemiddelde
4. Aantal fluxus postpartum 2 % onder het landelijk gemiddelde
5. Derde of vierde graads perineumruptuur 5 % onder het landelijk gemiddelde

Dit project loopt van augustus 2017 - december 2018. Hierna zal het project geborgd worden door jaarlijkse analyse en evaluatie van de resultaten door VSV/IGO xx. Alle werkwijzen zijn vastgelegd.

### **Randvoorwaarden en beperkingen**

#### **Belemmeringen:**

- Tijd werkgroep leden
- Nauwkeurig aanlevering van de LVR gegevens

#### **Kritische punten:**

Kwaliteit

Kosten: tijdsinvesteringen

**Projectteam:** bepalen door de werkgroep (alle disciplines participeren binnen het projectteam)

### **Tijdfasering**

1. Voorbereidingsfase
  - a. Samenstellen projectteam
  - b. Zn wijziging en of goedkeuring plan van aanpak
  - c. Vergaderingen projectteam plannen
  - d. Vaststellen definitief plan van aanpak
2. Ontwerpfase  
Beschrijven en analyseren huidige en gewenste situatie;
  - Analyseren huidige cijfers AOI tov landelijke gemiddelde
  - Inventariseren werkwijzen en afspraken tav de AOI's
  - Inventariseren afspraken tav invoeren LVR gegevens
3. Realisatiefase
  - Verschillenanalyse: analyseren huidige situatie versus gewenste situatie

---

<sup>53</sup> Bron: IGO Zuid aan Zee

- Realiseren randvoorwaarden en benodigdheden
    - Maken van protocollen tav de AOI's
    - Maken van afspraken tav het eenduidig invoeren van de LVR gegevens
4. Implementatiefase
- Start protocollen en afspraken
5. Borgingsfase
- Jaarlijkse analyse van de metingen en verbeterplan naar achterban verspreiden.

Tijdspad:

<b>Fase</b>	<b>Tijdspad gereed</b>	<b>Actiehouder</b>
Vorbereidingsfase	augustus 2017	XX
Ontwerpfase	1 september 2017	projectteam
Realisatiefase		projectteam
-verschillenanalyse	15 september 2017	
-randvoorwaarden/benodigdheden	29 september 2017	
Implementatiefase	24 november 2017	projectteam
Borgingsfase	Vanaf december 2017	XX

### **13. Format onderlinge benchmark tussen VSV's of IGO's**

#### **Doel**

Beschrijf het doel van de benchmark (ten opzichte van andere VSV's of IGO's)

#### **Beoogd resultaat**

Wat wil je bereiken.

#### **Definitie**

Beschrijf de definitie van het item dat je wilt vergelijken

#### **Prevalentie**

Beschrijf de algemene (landelijke) prevalentie

#### **Doelgroep**

Wie zijn betrokken bij het item wat je wilt benchmarken

#### **Uitvoerende**

Projectteam

#### **Op welke vlakken zijn verbeteringen te verwachten**

Beschrijf de te verwachten verbeteringen en hoe deze te realiseren

#### **Wat zijn belangrijke aandachtspunten/ te verwachten weerstanden (intern en extern)**

Bijvoorbeeld openheid van cijfers, transparantie

#### **Randvoorwaarden**

- Belemmeringen
  - Tijd
  - Uniform en goed aanleveren data
- Kritische punten
  - Kwaliteit
  - Geld

#### **Planning**

Beschrijf hier tijdsfasering

- Voorbereidingsfase
- Ontwerpfase
- Realisatiefase / de benchmark
- Acties ten aanzien van de uitkomsten
- Borgingsfase

#### **Rapportage**

#### **Evaluatie**

## 14. Voorbeeld interne audit

### Het doel van een interne audit is:

- Het beoordelen van beschreven werkprocessen en hierdoor zicht te krijgen op de stand van zaken van het kwaliteitssysteem van de organisatie
- Medewerkers actief te betrekken bij de kwaliteit van de werkprocessen / deelprocessen

### Definitie Interne audit

Een interne audit is een onderzoek van een bepaald werkproces op een afdeling of dienst in het ziekenhuis. Het onderzoek wordt gedaan in de vorm van een of meer interviews met in het proces werkzame medewerker(s) en het raadplegen van relevante documenten door twee interne auditors.

### Toepassingsgebied

Interne audits in VSV of IGO XX

### Deming cyclus

Plan vastgelegde afspraken

Do uitvoering

Check controle, interne audit, is iets aantoonbaar

Act aanpassen op basis van bevindingen

### Werkwijze

De auditors ontvangen van de werkgroep kwaliteit/kwaliteitsadviseur een verzoek om een interne audit te doen.

#### 1. Voorbereiding van de audit

- het betreffende meegestuurde proces doorlezen en eventueel andere relevante documenten opvragen;
- gezamenlijk opstellen van een vragenlijst;
- gezamenlijk bepalen welke documenten je zou willen zien die in werkproces worden genoemd;
- afspreken hoe de rolverdeling tijdens de audit zal zijn: 1 persoon vraagt, de ander schrijft en vat tijdens de audit regelmatig samen wat is gezegd. Eventueel kun je halverwege de rollen omdraaien;
- bespreken hoe om te gaan met mogelijke weerstanden, angst en onwetendheid bij de auditee;
- werkwijze interne audit doornemen.

#### 2. De audit

- leid het gesprek in: wie ben je en wat kom je doen;
- maak de afgesproken rolverdeling duidelijk en houd je hieraan;
- geef aan dat de audit ongeveer 1 uur duurt;
- benadruk de geheimhoudingsplicht van de auditors;
- maak het interessant voor jezelf en plezierig voor de ander;
- nieuwsgierigheid mag...;
- SAMEN het proces kritisch bekijken: DOORVRAGEN !
- SAMEN constateren, dus zoveel mogelijk consensus. Probeer direct tot overeenstemming te komen met de auditee hoe een onderwerp in het verslag komt te staan. De samenvattingen in het gesprek vormen dan direct het auditverslag met de bevindingen;
- bevindingen kunnen over de tekst van een procedure gaan, maar dat hoeft niet. Een bevinding kan ook een kleiner of groter verbetervoorstel zijn.



### **3. De auditrapportage**

- het maken van de auditrapportage kan het beste zo snel mogelijk na het interview plaatsvinden, liefst dezelfde dag maar in ieder geval binnen 2 weken. Dan kost het nl. de minste tijd;
- bevindingen invullen op het onderdeel bevindingen;
- onderteken het verslag en laat het vervolgens door de auditer ondertekenen. Stuur het verslag binnen 2 weken naar de werkgroep kwaliteit/adviseur kwaliteit

### **4. Afhandeling Bevindingen Interne Audit**

- binnen 2 weken nadat het auditverslag is getekend vult de adviseur kwaliteit per bevinding een formulier Afhandeling Bevindingen Interne Audit (ABIA) in. Dit wordt samen met een kopie van het getekende auditverslag aan de auditee verstrekt;
- de auditee wordt verzocht binnen 2 maanden de bevinding te analyseren, een oplossing te zoeken hiervoor en deze tevens te implementeren. De auditee stuurt de ingevulde ABIA formulieren naar de adviseur kwaliteit;
- de adviseur kwaliteit stuurt de formulieren ABIA naar de auditors met het verzoek om binnen 1 maand te toetsen of de acties naar aanleiding van de bevindingen aantoonbaar zijn geïmplementeerd;
- de auditors vullen het toetsingsresultaat in op het formulier ABIA in sturen het naar de adviseur kwaliteit;
- de adviseur kwaliteit sluit, na controle, de audit af of plant vervolg controlemomenten in betreffende de streefdata van geplande acties;
- indien de audit niet kan worden afgesloten plant de adviseur kwaliteit een nieuwe audit in met andere auditors.

## **Toelichting bij de audit rapportage**

### *Voorblad:*

- procedure: titel + datum + nummer;
- versienummer audit: in te vullen door de adviseur kwaliteit;
- gesproken met: naam + functie.

### *Gespreksverslag*

- noteer hier een samenvatting van de gestelde vragen met de antwoorden en de bespreking ervan.

### *Conclusie*

- vermeld hier de algemene indruk van de beschreven procedure en van het gesprek.

### *Ondertekening*

- door beide auditoren, daarna door auditee;
- datum ondertekening vermelden.

### *Bevindingen*

- beschrijf bij bevinding nr... kort wat is geconstateerd waarop actie moet worden ondernomen;
- geef bij opmerkingen zo nodig aanvullende informatie betreffende de bevinding.

### Principes bij een interne audit

- de audit is geen examen voor de auditee maar een leermoment
- blijf neutraal
- kijk niet alleen wat er niet is maar merk ook op wat er wel is
- houd je eigen mening op de achtergrond, je bent geen deskundige op de afdeling die wordt geaudit
- geef bij je planning aan wat je wilt zien, eventueel ook andere documenten
- wees spits bij het formuleren wat je ziet en noteer dit precies
- verklein het terrein, audit niet teveel
- geef de mogelijkheid aan om bij de audit een andere medewerker / collega te laten deelnemen
- benadruk de vertrouwelijkheid en de geheimhoudingsplicht van de auditors

### Schema audit gesprek

- introductie / taakverdeling / geheimhouding
- nagaan of doel van de audit is gehaald
- prestatie-indicatoren
- beheersing van documenten
- referenties
- rapportage en vervolg

### Wat doe je **WEL** en **NIET** bij een interne audit

<b>WEL</b>	<b>NIET</b>
Luisteren	Argumenteren
Opmerken	Kennis uitstralen
Analyseren	Gemakkelijk te beïnvloeden
Doorvragen	Snel conclusies trekken
Flexibiliteit	Alles geloven
Punctueel	Agressief
Correct	Formeel
	Advies geven

### Soort vragen

- Open vragen (een vraag waarop je niet met JA of NEE kunt antwoorden, het levert betere informatie op)
- Gerichte of lineaire vragen (korte vraag naar concrete gegevens of feiten)
- Gesloten vragen (korte vraag die je alleen kunt beantwoorden met ja of nee)
- Doorvragen (om bewijs vragen)
- Keuze vragen
- Suggestieve vragen (een vermeend juist antwoord wordt al in de vraag gegeven, dit moet worden voorkomen)
- Reflecterende vragen (vraag waarin een indruk wordt samengevat om te toetsen of men het goed heeft begrepen)
- Retorische vragen (mededeling in de vorm van een vraag, je weet het antwoord al)

## 15. Voorbeeld externe audit

### Checklist voorbereiding externe audit

#### Algemeen

- Wat speelt er momenteel in het VSV of IGO (actualiteit)? Wat kost nu veel tijd?
- Welke risico's of risicovolle processen er zijn binnen het VSV of IGO? Zijn deze goed in beeld en
- op welke wijze worden de genoemde risico's beheerst en teruggebracht?
- Is er een jaarplan met duidelijke doelstellingen en hoe is dit tot stand gekomen?
- Welke doelstellingen uit dit jaarplan wil het VSV of IGO dit jaar bereiken?
- Hoe weet je dat de doelstellingen zijn gerealiseerd en hoe check je dat?
- Is de PDCA-cyclus goed geborgd?
- Is er een jaarverslag van het VSV of IGO? En een management review of -beoordeling?
- (optioneel)
- Heeft het VSV of IGO een visie?
- Hoe wordt in het VSV of IGO vorm gegeven aan een continue verbetermethodiek? Is er een verbeterteam? Bestaat er een overzicht van alle verbeteracties?
- Is binnen het VSV of IGO duidelijk op welke wijze elke medewerker kan bijdragen aan dit continue verbeterproces?

#### Organisatie

- Is er een organogram?
- Is in het VSV of IGO duidelijk wat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn van alle zorgverleners? Zijn deze verantwoordelijkheden vastgelegd?
- Is de overlegstructuur beschreven en functioneert deze aantoonbaar? (is verslaglegging van overlegvormen aanwezig en voor betrokkenen toegankelijk).

#### Hoofdproces

- Welke indicatoren (Kritische Prestatie Indicatoren - KPI's) gelden voor het VSV of IGO en hoe wordt hierop gestuurd? Hoe vaak en door wie worden de indicatoren bekeken?
- Hoe is de productie, hoe verhoudt deze zich tot de gemaakte afspraken en hoe wordt hierop gestuurd? (dashboard / maand / kwartaalrapportage).
- Hoe wordt er gestuurd op financiën? Blijft het VSV of IGO binnen budget?
- Met welke andere organisaties vindt afstemming plaats betreffende het hoofdproces van het VSV of IGO?
- Zijn eventuele doorlooptijden / wachttijden voor relevante processen bekend?
- Waar begint en eindigt het proces (en verantwoordelijkheid) van het VSV of IGO?
- Is het voor cliënten duidelijk wat men kan verwachten van het VSV of IGO?
- Zijn de cliënt wensen bekend en op welke wijze kom je hier achter?
- Hoe worden klachten van o.a. patiënten behandeld?
- Zijn dossiers en casuïstiek ter inzage / beschikbaar tijdens de audit? (Zo mogelijk hierin tevoren keuzes maken).

#### Personeelsaspecten

- Zijn alle zorgverleners binnen het VSV of IGO bevoegd en bekwaam?
- Is een overzicht van (verplichte) bij- en nascholing van zorgverleners in te zien (bekwaamhedenpaspoort).
- Is er een inwerkprogramma voor nieuwe zorgverleners en wordt dit (aantoonbaar) gebruikt?
- Wordt er gewerkt met aandachtsvelden?

## **Documentbeheer**

- Staan de voor het VSV of IGO relevante documenten (protocollen) voor iedereen beschikbaar? Is de documenteigenaar en versie actueel?
- Is een overzicht van alle documenten beschikbaar en ter inzage?
- Weten de zorgverleners waar de documenten zijn te vinden en kunnen ze dit ook?
- Hoe is het documentbeheer binnen het VSV of IGO geregeld?
- Aan welke wet- en regelgeving moet het VSV of IGO zich aan houden? En hoe wordt gecontroleerd dat de protocollen/documenten aan de wet- en regelgeving voldoen?

## **Documenten (digitaal) beschikbaar bij externe audit**

1. Jaarplan / meerjarenbeleidsplan
2. Maand / kwartaalrapportage / managementrapportage
3. Verslagen van bestaande overlegvormen
4. Complicatieregistraties
5. Protocollen
6. Resultaat cliëntervaringsonderzoek
7. Overzicht DIM meldingen
8. Klachtenrapportages
9. Resultaat medewerkers tevredenheidsonderzoek
10. PRI (Prospectieve Risico Inventarisatie)
11. Uitkomsten interne audits
12. Verslagen van de vorige externe audit
13. Overzicht voorbehouden handelingen
14. Inwerkprogramma nieuwe zorgverlener
15. Registratie verbetervoorstellen