

Checklist ontwikkelen kwaliteitssysteem

	Wat?	Beschrijving	Stap Kwaliteitssysteem	Jaar
☐	VSV/IGO Leden informeren over cyclisch evalueren als lerende organisatie		1	1
☐	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
☐	Fase 0	Gezamenlijke besluitvorming, bejegening en informed consent	2	0
☐	Fase 0	Kwaliteitsbeleid, inclusief kwaliteitscyclus en indicatoren	2	0
☐	Fase 1	Multidisciplinaire en -lijnoverstijgende samenwerking	2	0
☐	Fase 1	Interprofessioneel geboortezorg team	2	0
☐	Fase 1	Zwangere en (ongeboren)kind centraal	2	0
☐	Fase 1	Eén vast aanspreekpunt: coördinerend zorgverlener	2	0
☐	Fase 1	Prenatale zorg	2	0
☐	Fase 1	Zorg bij bevalling en geboorte	2	0
☐	Fase 1	Zorg na de bevalling en geboorte	2	0
☐	Fase 1	Acute zorg	2	0
☐	Fase 1	Verloskundig samenwerkingsverband muv zorg aan kwetsbare vrouwen en cliëntenraad	2	0
☐	Fase 2	Adequate voorlichting en counseling	2	1
☐	Fase 2	Individueel geboortezorgplan	2	1
☐	Fase 2	Preconceptiezorg	2	1
☐	Fase 2	Doorontwikkeling verloskundig samenwerkingsverband	2	1
☐	Fase 3	Perinataal Webdossier	3	2
☐	Fase 3	Aandacht voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden	3	2

☐	Missie en visie	Het VSV/IGO heeft een Missie en Visie geformuleerd	2	1
☐	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
☐	Schrijven Kwaliteitsjaarplan	Op basis van het meerjarenbeleidsplan wordt jaarlijks een kwaliteitsjaarplan geschreven met SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) geformuleerde doelstellingen.	2	1
☐	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
☐	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
☐	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
☐	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
☐	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. Jaarlijks wordt bekeken of de vastgelegde werkwijze nog van toepassing is. Jaarlijks (uiterlijk 1 mei) worden de indicatoren opgeleverd volgens instructies Zorginstituut (zie www.zorginzicht.nl) (aan openbare database ZiN en op de website van het VSV) [1] [2]	2	1

		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.		
		Jaarlijks worden geformuleerde verbetertrajecten gemonitord, besproken en zo nodig bijgesteld.		
☐	Clientervaringsonderzoek NPS (na afloop van elk zorgtraject)	Ervaringen van alle cliënten van het VSV/IGO worden bepaald met behulp van de Net Promotor Score (NPS)	2	1
		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.		
		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.		
☐	Documentbeheer	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).	3	2
		Minimaal elke 2 jaar wordt van alle beschikbare documenten vastgesteld of deze bijgesteld of aangepast dienen te worden.		
		Jaarlijks wordt vastgesteld of VSV/IGO voldoet aan alle (nieuwe) wet- en regelgeving die aan een dergelijke organisatie wordt gesteld.		
☐	Management van financiële middelen	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.	3	2
		Elk kwartaal wordt inzichtelijk gemaakt hoe omgegaan is met de beschikbare middelen om de activiteiten van de organisatie zo effectief en efficiënt uit te kunnen voeren. Zo nodig wordt beleid aangepast.		
		Elk kwartaal worden 'productiecijfers' (onder meer aantal bevallingen) gepresenteerd en gespiegeld aan de in het jaarplan geformuleerde prognose van bv het aantal bevallingen.		
☐	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 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.	3	2
☐	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. Hieraan gekoppeld wordt een implementatieplan vastgesteld van alle onderdelen die nieuw worden geïmplementeerd. Jaarlijks wordt dit implementatieplan geëvalueerd.	3	2
☐	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). 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. Binnen het VSV/IGO worden samenhangende activiteiten om de zorg te verlenen voor de cliënt (primaire processen) die binnen de organisatie plaatsvinden beschreven. Elke 2 jaar wordt geëvalueerd of de beschrijving van de primaire processen up to date is. Zo nodig wordt deze bijgesteld. Jaarlijks wordt vastgesteld of het VSV/IGO voldoet aan alle (nieuwe) wet- en regelgeving die aan een organisatie die integrale geboortezorg levert wordt gesteld	3	2

☐	Continue Verbetercyclus	Binnen het VSV/IGO wordt beschreven hoe leden van VSV/IGO bijdragen aan continue verbetering van de organisatie en de zorgverlening.	3	2
		Jaarlijks wordt geëvalueerd welke verbeter suggesties er gedaan zijn en hoe ze zijn afgehandeld door een daartoe ingestelde commissie of werkgroep.		
☐	Samenwerkingsprocessen	Binnen het VSV/IGO worden de aanwezige overlegstructuren binnen en met (bijvoorbeeld CJG, sociale kaart) het VSV/IGO beschreven	3	2
		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.		
		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.		
		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/IGO	In het jaarplan van VSV/IGO wordt vastgesteld welke commissies worden ingesteld met welke samenstelling en opdracht	3	2
		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/IGO worden taakherschikkingsmogelijkheden 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.		
☐	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.		

☐	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.		
☐	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.		
☐	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 www.igz.nl 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. 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,	6	3