

NIAZ 3.0-Qmentum onder de loep

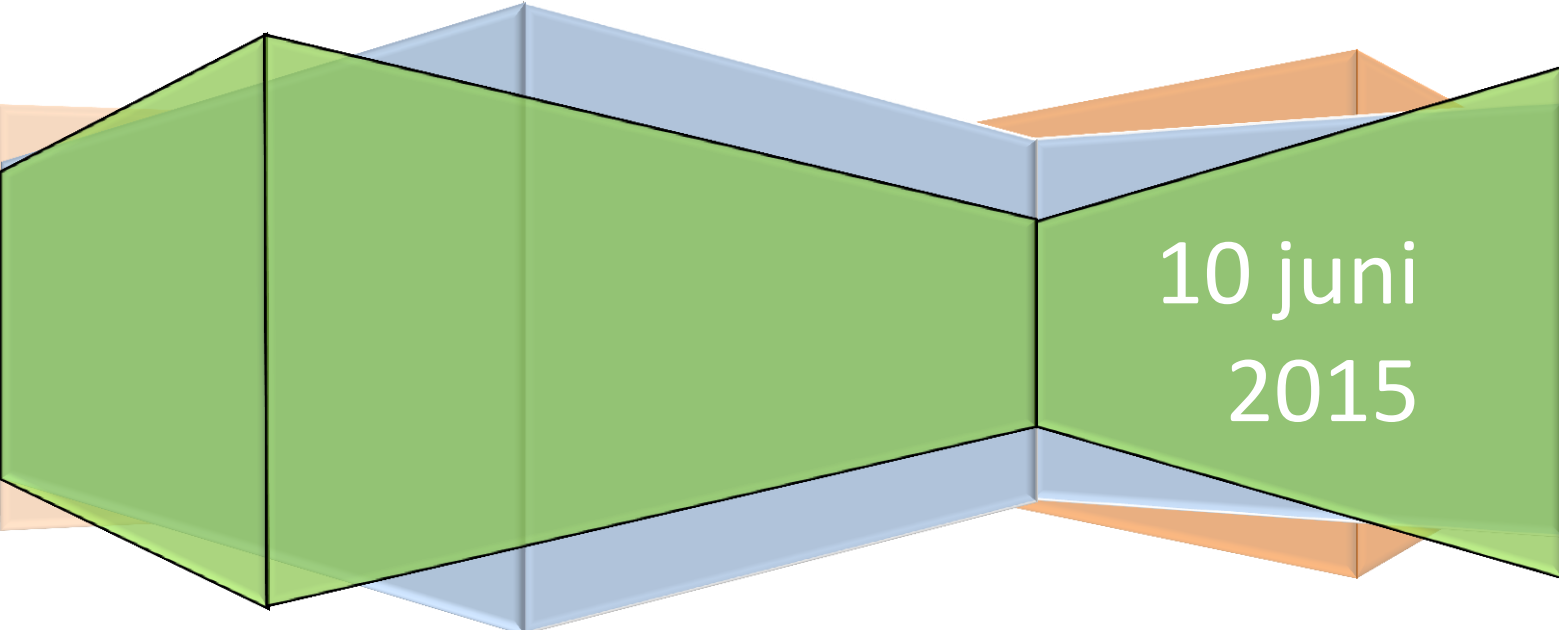
“Er leiden meerdere wegen naar Rome”

W. Hermans

Zuyd Hogeschool

Faculteit Management en Recht

Opleiding People and Business Management



10 juni
2015

NIAZ 3.0-Qmentum onder de loep

“Er leiden meerdere wegen naar Rome”



Naam	:	W. (Whitney) Hermans
Opleidingsinstituut	:	Zuyd Hogeschool
Faculteit	:	Management & Recht
Opleiding	:	People & Business Management
Studentnummer	:	1130641
Stageverlenende organisatie	:	Atrium-Orbis
Afdeling	:	Kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering
Werkplekbegeleider	:	Dhr. C. Haenen
Plaats	:	Heerlen
Datum	:	10 juni 2015

VOORWOORD

Voor u ligt de uitwerking van het scriptieverslag rondom het implementeren van de nieuwe kwaliteitsnormen binnen Atrium-Orbis. Het verslag is geschreven in opdracht van Zuyd Hogeschool faculteit Management & Recht, opleiding People & Business Management te Sittard. Dit verslag is onderdeel van de afstudeerstage van leerjaar vier. Het onderzoek naar de implementatie van de kwaliteitsnormen door middel van zelfevaluaties is uitgevoerd in opdracht van Atrium-Orbis.

Ik zal mij allereerst even voorstellen. Mijn naam is Whitney Hermans en ben vierdejaars studente. Gedurende een periode van twintig weken, van februari 2015 tot en met juni 2015, heb ik met veel vreugde mijn afstudeerstage gelopen bij Atrium-Orbis. Specifiek bij de afdeling Kwaliteit, Veiligheid en Bedrijfsvoering.

Ik kijk met groot plezier terug op een leuke, ook wel stressvolle, maar vooral leerzame periode. Sinds dag één heb ik mij op mijn plek gevoeld bij Atrium-Orbis. Dit is zo omdat ik een interessante stageopdracht had, die ik in een prettige sfeer heb kunnen uitvoeren. Door de vele wijzigingen tijdens het onderzoek, heb ik ervaren en geleerd dat er meerdere wegen naar Rome leiden.

Ik wil graag van de gelegenheid gebruik maken om mijn stagegenote Laurien Schoenmakers ontzettend te bedanken voor de leuke tijd en het bieden van ruggensteun. Wij hebben enkele delen van onze scriptie samen kunnen en mogen schrijven. Daarnaast ook een woord van dank aan mijn stagebegeleiders Chrétien Haenen en Miriam Schiltmans voor de goede begeleiding, adviezen en feedback die zij tijdens mijn stageperiode hebben gegeven. Als ook aan mijn collega's, die ondanks de drukke periode, het uiteindelijk mogelijk hebben gemaakt om mijn onderzoek uit te voeren.

Ik wens u veel leesplezier.

Whitney Hermans

Heerlen, juni 2015

“Hierbij verklaar ik, dhr. C.Haenen dat ik akkoord ga met de inhoud van dit afstudeerwerkstuk.

Datum: 10 juni 2015 Handtekening: _____

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting.....	
Management summary	
Figuren- en tabellenlijst	
Lijst met afkortingen.....	
Begrippenlijst	
1. Inleiding	11
2. Probleemstelling.....	12
2.1 Managementprobleem.....	12
2.2 Aanleiding	12
2.3 Probleemstelling en deelvragen	13
2.4 Doelstelling	14
2.5 Het onderzoekskader.....	14
2.5.1 Het doel.....	14
2.5.2 De doelgroep	14
2.5.3 De opdrachtgever	14
2.5.4 De randvoorwaarden	15
3. Atrium-orbis.....	16
3.1 De ziekenhuizen	16
3.1.1 Afdeling kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering	16
3.2 Resultaat Verantwoordelijke Eenheid	17
3.3 Dialyse-afdeling.....	17
3.4 Zelfstandig Behandel Centrum Mitralis	17
3.5 Afdeling psychologie	18
3.6 Macro-economische ontwikkelingen.....	18
3.7 Uitgangspunten Atrium-Orbis.....	19
3.7.1 Mission statement	19
3.7.2 Kernwaarden.....	19
3.7.3 Visie & Ambitie	19
3.7.4 Strategie.....	20
3.8 SWOT-analyse	20
3.9 Conclusie	20
4. Onderzoeksaanpak	21
4.1 Deskresearch.....	21

4.1.1	Bronnen van secundaire data	21
4.2	Fieldresearch.....	21
4.2.1	Bronnen primaire data.....	21
4.2.2	Benaderingswijze(n) van de bronnen van primaire data.....	23
4.2.3	Betrouwbaarheid en validiteit	24
4.3	Tijdsplanning/-fasering onderzoeksactiviteiten	25
5.	Theoretische achtergronden en modellen	26
5.1	Vijfkrachten model van mars.....	26
5.2	Stoplichtmodel.....	27
5.3	OGSM-methode en pdca-cyclus	28
5.4	PKF-kwaliteitskostenmodel	29
6.	NIAZ 3.0-Qmentum.....	30
6.1	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg	30
6.2	NIAZ 3.0-Qmentum.....	30
6.3	Verschillen NIAZ 3.0-Qmentum en NIAZ 2.4.....	30
6.4	Accreditatie-eisen NIAZ 3.0-Qmentum.....	31
6.5	Conclusie	31
7.	Implementeren nieuwe NIAZ normen.....	32
7.1	Voorheen en nu	32
7.2	Vijfkrachtenmodel van Mars toegepast	32
7.2.1	Urgentie	32
7.2.2	Ambitie.....	33
7.2.3	Planning	33
7.2.4	Interactie.....	34
7.2.5	Leiderschap	37
7.3	Conclusie.....	37
8.	Verantwoording feitelijk onderzoek	38
8.1	Resultaten vooronderzoek.....	38
8.2	Doelgroep	38
8.3	Respons.....	38
8.4	Vragenlijst	39
8.5	Wijze van data handling.....	39
8.6	Conclusie.....	39
9.	Onderzoeksresultaten.....	40

9.1	Dialyse-afdeling.....	40
9.2	Afdeling wondzorg van mitralis	40
9.3	Voorbeeld resultaten zelfevaluatievragenlijst.....	41
9.4	Conclusie	42
10.	Verbeterpunten zelfevaluatie	43
10.1	Dialyse-afdeling atrium mc	43
10.1.1	Trainingen medewerkers	43
10.1.2	Vastleggen responstijden op zorg- en informatievragen	44
10.1.3	Informed consent.....	44
10.1.4	Screening en inenting besmettelijke ziekten.....	44
10.1.5	Valpreventie.....	45
10.1.6	Pijnbeoordeling door patiënt.....	45
10.1.7	Verbeterplan: Dialyse Atrium MC	46
10.2	Mitralis Expertise Centrum Wondzorg	48
10.2.1	Patiëntveiligheid als prioriteit.....	48
10.2.2	Veiligheid bevorderen.....	48
10.2.3	Erkenning van teamleden	48
10.2.4	Informed consent.....	49
10.2.5	Tijdig toegang tot cliëntgegevens	49
10.2.6	Verbeterplan: Mitralis Expertise Centrum Wondzorg (MECW).....	50
10.3	Conclusie.....	49
11.	Kwaliteitskosten.....	52
11.1	Punt één verbeterplan omtrent trainingen	52
11.1.1	Trainingen nieuwe medewerkers	52
11.1.2	Continue training infuuspompen.....	53
11.2	Punt twee verbeterplan omtrent bijhouden responstijden	53
11.3	Punt drie verbeterplan omtrent verkrijging van informed consent	54
11.4	Punt vier verbeterplan omtrent voorkoming besmettelijke ziekten.....	54
11.5	Punt vijf verbeterplan omtrent valpreventie.....	55
11.6	Punt zes verbeterplan omtrent pijnbeoordeling	56
11.7	Conclusie	56
11.8	Schematisch overzicht kosten verbeterplan Dialyse atrium mc.....	57
	Conclusies	59
	Aanbevelingen	61

LITERATUURLIJST	66
Bijlagen	
Bijlage I	Organogram RVE 3
Bijlage II	model van mars
Bijlage III	Gesprekspuntenlijst groepsdiscussie
Bijlage IV	zelfevaluatievragenlijst
Bijlage V	Gesprekspuntenlijst groepsdiscussie ingevuld
Bijlage VI	resultaten Dialyse leidinggevende
Bijlage VII	resultaten Dialyse medewerkers
Bijlage VIII	resultaten Wondzorg leidinggevende
Bijlage IX	resultaten Wondzorg medewerkers
Bijlage X	Presentatie NIAZ 3.0-Qmentum
Bijlage XI	Standaard mail uitzetten van zelfevaluatie
Bijlage XII	Voorbeeld OGSM-model
Bijlage XIII	Veranderstrategieën Mars
Bijlage XIV	Overzicht normensets

MANAGEMENTSAMENVATTING

Atrium-Orbis kiest ervoor om geaccrediteerd te worden aan de hand van kwaliteitsnormen. Deze accreditatie, door het Nederlands instituut voor Accreditatie in de zorg (NIAZ), zorgt voor een bevestiging van het leveren van kwalitatief goede zorg. NIAZ is echter overgegaan op een nieuw accreditatiesysteem, genaamd NIAZ 3.0-Qmentum. Dit nieuwe systeem is aangepast naar de tijd, taal en cultuur van nu in de Nederlandse ziekenhuizen en voldoet hierdoor beter dan het vorige accreditatiesysteem NIAZ 2.4. Dit nieuwe systeem met bijbehorende kwaliteitsnormen dient geïmplementeerd te worden binnen Atrium-Orbis. Een handig tool en tevens vereiste hiervoor is een zelfevaluatie binnen de gehele organisatie.

Om in juni 2016 volgens het accreditatiesysteem NIAZ 3.0-Qmentum geaccrediteerd te kunnen worden, dient er onderzoek gedaan te worden naar de wijze waarop de zelfevaluatie opgezet en uitgevoerd worden. Het is van belang dat inzichtelijk wordt in hoeverre de afdelingen voldoen aan deze nieuwe normen en waar dit niet het geval is dient onderzocht te worden hoe dit aangepast kan worden.

In dit onderzoeksrapport is middels theorieën, modellen, desk- en fieldresearch beschreven hoe de normen te implementeren, om zo door NIAZ in juni 2016 geaccrediteerd te worden. Eerst wordt gekeken welke afdelingen mee willen doen aan de verandering, vervolgens wordt door middel van een zelfevaluatievragenlijst gekeken in hoeverre aan de normen wordt voldaan. Waar nodig zijn er verbeterpunten opgesteld om de norm nog beter te implementeren, hierbij is gekeken naar de kwaliteitskosten. Het gehele onderzoek heeft plaatsgevonden bij de afdelingen: dialyse en wondzorg van Mitralis. Een deel van het onderzoek bij de afdelingen: psychologie, cardiologie en reumatologie.

Het onderzoek heeft onder meer geleid tot de volgende conclusies:

1. het grootste verschil in de accreditatiesystemen is het aantal normensets dat veranderd van één naar negentien, hierdoor kost het uitvoeren van zelfevaluatie meer tijd;
2. een goede manier om bewust bezig te zijn met het meekrijgen van de medewerkers binnen de verandering, is de theorie van Mars en de daarbij behorende vijf krachten;
3. belangrijk is het geven van inspraak aan medewerkers zodat er het gevoel gecreëerd wordt dat zij belangrijk zijn binnen dit verandertraject;
4. de zelfevaluatievragenlijsten leverden een goed beeld voor de afdelingen door het toepassen van het stoplichtmodel;
5. een extra manier bij het uitzetten van de zelfevaluatievragenlijst is een combinatie van het via papier overhandigen en het digitaal toesturen hiervan;
6. verbeterpunten opstellen door middel van het OGSM-model zorgt voor extra aandacht op het gebied van verbetering binnen de afdeling omdat dit model herkenbaar en makkelijk toe te passen is;
7. het per verbetering berekenen van de kwaliteitskosten zorgt voor een afweging tussen de acties die het minste kosten aan preventiekosten, maar het meeste opleveren aan besparing op fout- en controlekosten.

Op basis van het uitgevoerde onderzoek en de conclusies zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

1. Atrium-Orbis dient bij het implementeren van de nieuwe normen binnen alle afdelingen de theorie van Mars toe te passen aan de hand van de volgende stappen: het geven van een presentatie aan het RVE-management over de nieuwe kwaliteitsnormen; overleg met iedere afdeling binnen de RVE over wanneer er meegedaan wordt aan de zelfevaluatie; groepsdiscussie met de werkgroep over de opzet van de zelfevaluatie; de werkgroep de manieren van uitzetten van de vragenlijst laten bepalen; alle medewerkers de zelfevaluatievragenlijst uitleggen door de werkgroep; aanmaken en uitzetten van de vragenlijst die het beste bij de afdeling past; verbeterplan opstellen aan de hand van de resultaten.
2. De preventie-, controle- en foutkosten dienen per verbeteractie berekend te worden om een afweging te maken of deze actie rendabel is.
3. het jaarlijks uitzetten van de zelfevaluatievragenlijst dient aan de hand van een verbetercyclus te geschieden.

MANAGEMENT SUMMARY

Atrium-Orbis chooses to get accredited on the basis of quality standards. This accreditation, by the Dutch institute for Accreditation in the healthcare (NIAZ), makes sure that a qualitative good healthcare will be delivered. NIAZ however is switched to a new accreditation system, named NIAZ 3.0-Qmentum. This new system is adapted to the time, language and culture from now in the Dutch hospitals and complies hereby better than the previous accreditation system NIAZ 2.4. This new system with the corresponding quality standards needs to be implemented within Atrium-Orbis. A useful tool and also a requisite for this is a self-evaluation within the entire organization.

In order to get accredited in June 2016 by the accreditation system NIAZ 3.0-Qmentum, a research will be needed in which way the self-evaluation will be established and performed. It is of interest that it will be insightful to what extent the departments satisfy to these new standards and where this is not the case, it is needed to research how this can be adapted.

In this research report is through theories, models, desk- and fieldresearch described how the standards need to be implemented, in order to get accredited by NIAZ in June 2016. First will be looked at which departments want to participate with the change, then will be looked by means of a self-evaluation to what extend the standards are met. Where needed improvements are established to implement the norm even better, with this is looked to the quality costs. The entire research took place at the departments: dialyze and woundcare of Mitralis. A part of the research took place at the departments: psychology, cardiology, and rheumatology.

The research among other things has led to the following conclusions:

1. the big difference in the accreditation systems is the number of standard sets changing from one to nineteen, because of this the execution of the self-evaluations costs more time;
2. a good way to be conscious involved with getting the employees to participate within the changes, is the theory of Mars and the five strengths;
3. in order to create the feeling that the employees also are important within this change trajectory, it is important is to give them participation;
4. the self-evaluation lists delivered a good image for the departments by applying the traffic light model;
5. an extra option with the distribution of the self-evaluation survey is a combination of sending the survey on paper and also digital;
6. setting up improvement points by the means of the OGSM-model ensures for extra attention in terms of improvements within the department, because this model is recognizable and easy to apply;
7. calculating the quality costs per improvement allows for a tradeoff between the actions that cost the least for prevention costs, but deliver the most at saving on fault- and control costs.

On basis of the conducted research and the conclusions are the following recommendations formulated:

1. Atrium-Orbis has to apply the theory of Mars with the implementation of the new standards within all departments according to the next steps: giving a presentation about the new accreditation standards, consultation with each department about the implementation period, group discussions with the workgroup about the implementation of the self-evaluation and determine methods of distribution, explain the surveys to the remaining employees, creating and implementing the evaluation which is most suiting for the department and setting up an improvement plan;
2. The prevention, control and error costs need to be calculated for every improvement point, to be able to evaluate is the improvement is profitable;
3. the distribution from the self-evaluation survey must be done according to an improvement cycle.

FIGUREN- EN TABELLENLIJST

Tabel 1: Overzicht fases en afdelingen binnen het onderzoek.....	15
Tabel 2: SWOT-matrix.....	20
Tabel 3: Verschillen NIAZ 2.4 / NIAZ 3.0-Qmentum (NIAZ, 2013)	31
Tabel 4: Manieren van uitzetten zelfevaluatie	36
Tabel 5: Voorbeeld opzet resultaten zelfevaluatie.....	42
Figuur 1: PFK-kwaliteitskostenmodel	29
Figuur 2: Resultaten medewerkers dialyse-afdeling.....	42
Figuur 3: Resultaten leidinggevende dialyse-afdeling	40
Figuur 4: Resultaten medewerkers afdeling wonzorg.....	43
Figuur 5: Resultaten leidinggevendenden afdeling wonzorg	41

LIJST MET AFKORTINGEN

Atrium MC	Atrium Medisch Centrum Parkstad
DIS	Document informatie systeem
IGZ	Inspectie voor Gezondheidszorg
JCI	Joint Commission International
MUMC+	Maastricht Universitair Medisch Centrum
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
Orbis MC	Orbis Medisch en Zorgconcern
PDCA	Plan-Do-Check-Act cyclus
RVE	Resultaatverantwoordelijke eenheid
STZ	Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen
VIM	Veilig Incident Melden
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WZV	Wet Ziekenhuis Voorzieningen
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum

BEGRIPPENLIJST

0e lijnszorg: men spreekt van nulde lijnszorg wanneer er zorg wordt aangeboden, zonder dat er een hulpvraag is. Dit is preventieve gezondheidszorg.

1e lijnszorg: deze vorm van zorg is direct toegankelijk. Het gaat hier om huisartsenzorg, eerstelijns psychologische zorg, fysiotherapie, mondzorg en verloskundige zorg.

2e lijnszorg: wanneer patiënten te maken krijgen met tweede lijnszorg is hier een verwijzing voor nodig van de eerste lijn. 2^e lijnszorg is onder andere ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde jeugdzorg.

3e lijnszorg: bij derde lijnszorg gaat het om specialistische zorg. Hier is in alle gevallen een doorverwijzing voor nodig (Ministerie voor Volksgezondheid en Milieu, 2013).

Care: betreft de zorg aan onder andere mensen in een verzorgingstehuis, thuiszorg of jeugdgezondheidszorg.

Cure: term die gehanteerd wordt voor de zorg in ziekenhuizen.

Center of excellence: een onderdeel van een organisatie dat erom bekend staat dat het over veel kennis en kunde over een bepaald onderwerp beschikt (Cambridge University, 2014).

Compliance: het naleven van geldende gedragsregels, wet- en regelgeving binnen een organisatie.

Non-compliance: het niet naleven van geldende regels binnen een organisatie.

SAP: is een wereldwijd opererend bedrijf dat zich specialiseert in bedrijfssoftware oplossingen voor kleine, middelgrote en internationale ondernemingen.

STZ: de STZ is de vereniging van Samenwerkende Topklinische opleidings- Ziekenhuizen. Kern van de samenwerking zijn de opleidingen binnen het hele zorgcontinuüm in samenhang met topklinische en topreferente zorg, toegepast wetenschappelijk onderzoek en innovatie.

Zorgproces: het zorgproces betreft het traject dat de patiënt doorloopt van de eerste tot eventueel de derde lijnszorg.

1. INLEIDING

Ziekenhuizen in Nederland kiezen ervoor om op kwaliteit geaccrediteerd te worden, zo ook Atrium-Orbis. Dit is iets waar zorgverzekeraars en patiënten op letten bij het kiezen van een ziekenhuis. Bij een accreditatie wordt er gecontroleerd of de organisatie aan de kwaliteitsnormen van de controlerende organisatie voldoet. In het geval van Atrium-Orbis is dit het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg). NIAZ heeft ervoor gekozen om nieuwe verbeterende normen, namelijk NIAZ 3.0-Qmentum, te gaan hanteren. Deze normen zullen ervoor zorgen dat medewerkers en patiënten binnen een organisatie meer betrokken raken. Het normenkader waarop wordt gecontroleerd is aangepast naar de tijd, taal en cultuur van nu in Nederlandse ziekenhuizen en hierdoor is het sterk veranderd ten opzichte van de vorige versies. Het uitgangspunt van NIAZ 3.0-Qmentum is het tot stand komen van kwaliteitsverbetering door het doen van kennisoverdracht en het creëren van draagvlak binnen zorginstellingen, één van de manieren waarop dit kan geschieden is het uitzetten van een zelfevaluatie binnen de verschillende afdelingen.

Door bovenstaande verandering is de vraag vanuit Atrium-Orbis gekomen om deze nieuwe kwaliteitsnormen te gaan implementeren en toetsen binnen enkele afdelingen aan de hand van een zelfevaluatievragenlijst. Dit gebeurt aan de hand van de volgende probleemstelling:

“Op welke wijze kan Atrium-Orbis binnen de RVE’s en hun afdelingen de zelfevaluatievragenlijsten zodanig opzetten en implementeren, om een helder beeld te krijgen in hoeverre de afdelingen en hiermee ook heel Atrium-Orbis voldoet aan de nieuwe NIAZ 3.0-Qmentum normen c.q. compliance is aan de nieuwe normen en daar waar dit niet het geval is, bepaald worden welke verbeteringen doorgevoerd moeten worden, waarbij tevens wordt gekeken naar de kwaliteitskosten die hierbij naar voren komen?”

In dit onderzoeksrapport is middels desk- en fieldresearch beschreven hoe de normen te implementeren, om zo door NIAZ in juni 2016 geaccrediteerd te worden. Hierbij wordt door middel van een zelfevaluatievragenlijst gekeken in hoeverre aan de normen voldaan wordt. Indien nodig worden er verbeterpunten opgesteld om de norm nog beter te implementeren, waarbij gekeken wordt wat dit voor de afdeling zal kosten. Het gehele onderzoek zal plaatsvinden bij de afdelingen: dialyse en wondzorg van Mitralis. Een deel van het onderzoek bij de afdelingen: psychologie, cardiologie en reumatologie.

In hoofdstuk twee komen de aanleiding van het onderzoek, de probleemstelling en bijbehorende deelvragen aan bod met als laatste paragraaf het onderzoekskader. Hoofdstuk drie gaat over aspecten rondom Atrium-Orbis, hier wordt alle achtergrond informatie en onderzochte afdelingen beschreven. Hoofdstuk vier is het hoofdstuk waarin alle theoretische achtergronden en modellen beschreven zijn die gebruikt zijn voor het onderzoek. In hoofdstuk vijf wordt de onderzoeksaanpak onderbouwd. Dit hoofdstuk wordt onderverdeeld in desk- en fieldresearch. In hoofdstuk zes wordt alles rondom de nieuwe NIAZ 3.0-Qmentum normen uitgelegd. Verder komt in hoofdstuk zeven het implementeren van deze nieuwe normen aan bod aan de hand van de theorie van Mars. In hoofdstuk acht wordt het feitelijke onderzoek verantwoord. Hierin staat welke aspecten goed zijn gegaan, maar ook welke niet zoals gepland verliepen. Vervolgens komen in hoofdstuk negen de onderzoeksresultaten aan bod, waarna in hoofdstuk tien de verbeterpunten hiervan worden uitgeschreven. In hoofdstuk elf is gekeken naar de kwaliteitskosten aan de hand van preventie-, controle- en foutkosten van een deel van de verbeterpunten. Ten slotte komen in de twee volgende hoofdstukken de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek aan bod.

2. PROBLEEMSTELLING

In het hoofdstuk 'Probleemstelling' wordt gekeken naar verschillende onderdelen van het onderzoek. Allereerst wordt het managementprobleem en de aanleiding van het onderzoek beschreven. Vervolgens komt de, in dit rapport centraal gestelde, probleemstelling met de bijbehorende deelvragen aan bod. Paragraaf vier gaat over de doelstelling van het onderzoek. De vijfde en laatste paragraaf beschrijft het onderzoekskader met daarbij het doel, de doelgroep, de opdrachtgever en de randvoorwaarden.

2.1 MANAGEMENTPROBLEEM

Indien Atrium-Orbis niet voldoet aan de NIAZ 3.0-Qmentum kwaliteitsnormen, heeft dit het gevolg dat de zorginstelling niet geaccrediteerd wordt. Het kwaliteitssysteem en interne verbetercultuur zijn dan niet aantoonbaar op orde waardoor onderhandelingen met zorgverzekeraars moeilijk wordt en ook de IGZ vaker een controle komt uitvoeren om de kwaliteit in de gaten te houden. Wanneer de kwaliteit niet meer bewaakt wordt zullen patiënten eerder kiezen voor een ziekenhuis waarbij dit wel het geval is.

2.2 AANLEIDING

Volgens de Kwaliteitswet Ziekenhuizen (KWZ) dienen zorginstellingen verantwoorde zorg aan te bieden. De zorg dient van goed niveau, doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de behoefte van de patiënt te zijn (Overheid, 2015). Hoe verantwoorde zorg wordt gecreëerd, is aan de ziekenhuizen zelf. Atrium-Orbis werkt contractueel samen met NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie Ziekenhuizen) om zo kwaliteit te realiseren, verbeteren en behouden. De aanleiding voor het onderzoek is de geplande certificering voor NIAZ 3.0-Qmentum in juni 2016. De geplande certificering van het nieuwe systeem en recente fusie van Atrium en Orbis zijn de aanleiding dat de kwaliteitsorganisatie opnieuw ingericht moet worden.

Ziekenhuizen zijn gecertificeerd voor kwaliteitszorg en patiënt-veiligheidssystemen. Atrium MC en Orbis MC zijn aangesloten bij NIAZ. NIAZ levert een bijdrage aan de borging en daarbij ook de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland en Vlaanderen. NIAZ doet dit door het hanteren van een internationaal accreditatieprogramma, dat in samenwerking met het Canadese Qmentum is opgesteld: NIAZ 3.0-Qmentum.

In het nieuwe kwaliteitssysteem NIAZ3.0-Qmentum ligt de nadruk op patiëntenprocessen. Voorheen werd er één normenkader gehanteerd voor de gehele zorginstelling. Binnen het nieuwe systeem zijn er negentien normenkaders gericht op de patiëntenprocessen en zijn afdelingsoverstijgend. Het nieuwe kwaliteitssysteem vraagt om een nieuwe inrichting van de kwaliteitsorganisatie. Gedurende de zestien en twaalf jaar dat Atrium MC en Orbis MC geaccrediteerd zijn, hebben beide organisaties op hetzelfde kwaliteitssysteem kunnen voortbouwen. Binnen NIAZ 3.0-Qmentum is het normenkader aangepast naar de huidige tijd en hierdoor wezenlijk veranderd. Het nieuwe systeem is in tegenstelling tot het huidige systeem digitaal ondersteund (NIAZ, 2014).

Voor het toekennen en/of continueren van de accreditatiestatus, is het noodzakelijk dat Atrium-Orbis naar het oordeel van NIAZ aantoonbaar aan een drietal accreditatievoorwaarden voldoet:

1. de cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen;
2. de besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat deze redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg;
3. de veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd.

Om de certificering te behalen zijn er voorbereidingsmaatregelen nodig. Zo dienen er een aantal stappen ondernomen te worden:

1. het uitvoeren van een zelfevaluatie en veiligheidscultuurmeting;
2. het opstellen van en aan de slag gaan met een verbeterplan aan de hand van de resultaten uit de zelfevaluatie en de veiligheidscultuurmeting;
3. het uitvoeren van een interne audit;
4. het uitvoeren van een externe audit (NIAZ, 2015).

Om tijdens de certificering voor NIAZ 3.0-Qmentum in juni 2016 aan alle relevante normen te voldoen moet er nog veel gebeuren. Zowel Atrium MC als Orbis MC moet dan klaar zijn met het invoeren van het nieuwe certificeringssysteem. Dit is een grote uitdaging voor de afdeling 'kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering' (NIAZ, 2014).

2.3 PROBLEEMSTELLING EN DEELVRAGEN

De probleemstelling van een onderzoek laat zien uit welke invalshoek het onderwerp benaderd zal gaan worden en verwijst naar het doel van het onderzoek. De probleemstelling dient aan het eind van de uitvoering van het onderzoek, beantwoord te worden. Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden, zullen er deelvragen naar voren komen. Door deze deelvragen te beantwoorden, kan er aan het eind van het onderzoek een gedegen antwoord gegeven worden op de probleemstelling (Erasmus School of Economics, 2015).

Binnen dit onderzoek naar NIAZ 3.0-Qmentum luidt de probleemstelling als volgt:

“Op welke wijze kan Atrium-Orbis binnen de RVE's en hun afdelingen de zelfevaluatievragenlijsten zodanig opzetten en implementeren, om een helder beeld te krijgen in hoeverre de afdelingen en hiermee ook heel Atrium-Orbis voldoet aan de nieuwe NIAZ 3.0- Qmentum normen c.q. compliance is aan de nieuwe normen en daar waar dit niet het geval is, bepaald worden welke verbeteringen doorgevoerd moeten worden, waarbij tevens wordt gekeken naar de kwaliteitskosten die hierbij naar voren komen?”

De deelvragen behorende bij de probleemstelling zijn:

1. Wat houdt NIAZ 3.0-Qmentum in?
2. Wat verandert er ten opzichte van het oude systeem (NIAZ 2.4/TTA 2.4)?
3. Op welke manieren kunnen de NIAZ 3.0-Qmentum normen getoetst worden middels een zelfevaluatie?
4. Welke NIAZ 3.0-Qmentum normen zijn van belang in de zelfevaluatievragenlijsten en welke resultaten komen hieruit voort?
5. Op welke manier kunnen de resultaten uit het onderzoek gebruikt worden om verbetering op het gebied van kwaliteit en veiligheid te realiseren?
6. Hoe kan er aan de hand van de NIAZ 3.0-Qmentum normen en zelfevaluaties een verbetercyclus levendig gehouden worden?
7. Welke kwaliteitskosten worden gemaakt bij het uitvoeren van stap één van de implementatie van NIAZ 3.0-Qmentum, bepaald aan de hand van de uit te voeren verbeteringen?

2.4 DOELSTELLING

De doelstelling is de reden voor het doen van het onderzoek. In de doelstelling moet naar voren komen, waarom het belangrijk is dat het onderzoek wordt gedaan (Manders, 2014). De doelstelling van dit onderzoek voor de afdeling 'kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering' van de organisatie Atrium-Orbis is:

Op 1 juni 2015 dient Atrium-Orbis ervaring te hebben opgedaan met de zelfevaluatievragenlijsten en in de verschillende afdelingen aan de slag te zijn met de hieruit komende verbeterpunten. Deze afdelingen dienen als pilot voor de invoering van de zelfevaluatievragenlijsten binnen alle RVE's van Atrium-Orbis, om te voldoen aan de eisen van NIAZ om NIAZ 3.0-Qmentum geaccrediteerd te worden.

2.5 HET ONDERZOEKSKADER

In deze paragraaf wordt het onderzoekskader beschreven, hierbij komen de volgende zaken rondom het onderzoek aan bod: het doel, de doelgroep, de opdrachtgever en de randvoorwaarden.

2.5.1 HET DOEL

Om te voldoen aan de eisen van NIAZ om NIAZ 3.0-Qmentum geaccrediteerd te kunnen worden dient heel Atrium-Orbis de negentien NIAZ 3.0-Qmentum normen te toetsen (NIAZ, 2015). Dit zal geschieden door middel van een zelfevaluatievragenlijst per afdeling. Deze vragenlijst zal bestaan uit één of meerdere normelement(en). Vervolgens dient bekeken te worden hoe de non-compliance elementen het beste tot verbetering kunnen leiden. Oftewel na het uitvoeren van de zelfevaluatie dient Atrium-Orbis aan de slag te gaan met de verbeterpunten die uit de meting naar voren komen. Het oorspronkelijke doel van het onderzoek is dan ook om binnen de gehele organisatie Atrium-Orbis een zelfevaluatievragenlijst per afdeling uit te voeren en een daaruit voortkomend verbeterplan te hebben opgesteld en uitgevoerd. Het implementeren van de normen en het toetsen hiervan middels de zelfevaluatie zal tijdens het onderzoek bij enkele afdelingen als pilot geschieden. Voor deze pilot is gekozen, omdat niet alle afdelingen haalbaar zijn en momenteel vanwege implementatie van SAP in de gehele organisatie er geen nieuwe activiteiten opgestart worden, behoudens de afdelingen in de pilot die op vrijwillige basis meedoen.

2.5.2 DE DOELGROEP

De afdelingen in tabel 1 op pagina 15 behoren tot de primaire doelgroep van het onderzoek. Wanneer het onderzoek is afgerond en de normen binnen deze afdelingen (succesvol) zijn geïmplementeerd, is het van belang dat dit organisatie breed wordt ingevoerd vanaf juli 2015. De gehele organisatie Atrium-Orbis is als het ware de secundaire doelgroep.

2.5.3 DE OPDRACHTGEVER

De opdrachtgever voor het implementeren van de normen en tevens uitvoeren van de zelfevaluatievragenlijsten is Atrium-Orbis, specifiek de afdeling kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering. Vanuit de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) is het ziekenhuizen verplicht om verantwoorde zorg aan te bieden. In de wet wordt onder verantwoorde zorg wordt verstaan: zorg van een goed niveau, doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt (Overheid, 1996). Ziekenhuizen zijn verplicht om verantwoorde zorg aan te bieden, maar mogen zelf kiezen op welke wijze dit wordt gedaan. Atrium-Orbis heeft de keuze gemaakt om met NIAZ te werken. Vanuit NIAZ is de zelfevaluatievragenlijst een handige tool binnen het nieuwe kwaliteitssysteem (NIAZ 3.0-Qmentum) om de normen bekend te maken en tevens te berekenen binnen de gehele zorgorganisatie. NIAZ is hierin nog zoekende en verandert steeds haar standpunten op het gebied van accreditatie middels de zelfevaluatie. Dit komt doordat het concept nu pas voor de eerste keer tot uitvoering komt. Er zijn ziekenhuizen die iets voor liggen op Atrium-

Orbis, maar nog geen enkel ziekenhuis is geaccrediteerd. De ziekenhuizen komen gaandeweg achter fouten en problemen. Dit maakt het extra lastig om een vaste structuur aan te houden binnen het onderzoek. In dit kader wordt er dan ook regelmatig contact met NIAZ opgenomen en ook enkele voorlichtingsbijeenkomsten van NIAZ gevolgd.

2.5.4 DE RANDVOORWAARDEN

Voordat het onderzoek gestart zal worden, moet eerst helder zijn wat binnen het onderzoek valt en wat er niet meer toe zal behoren. Het implementeren van de NIAZ 3.0-Qmentum normen geschiedt aan de hand van fases. Fase A: het opzetten van een werkgroep per afdeling zijn, die de zelfevaluatievragenlijst mee zal opstellen en bewaken. Fase B: zal het (vrijwillig) invullen van de vragenlijst zijn door minimaal 25% van de medewerkers van de afdeling. En fase C: het meedenken en aanpakken van verbeteringen door de afdeling. De fases hierna, het jaarlijks herhalen van voorgaande fases, zullen niet worden uitgevoerd binnen dit onderzoek, maar als aanbeveling meegenomen worden in het verslag. Een overzicht van de fases is te zien in onderstaande tabel.

Afdelingen	Fase A Opzetten werkgroep	Fase B Invullen vragenlijst	Fase C Opstellen verbeterplan
Cardiologie			
Reumatologie			
Dialyse			
Wondzorg van Mitralis			
Team Aesclepios van afdeling psychologie			

TABEL 1: OVERZICHT FASES EN AFDELINGEN BINNEN HET ONDERZOEK

Het streven is dat minimaal 25% van de medewerkers per afdeling per jaar de zelfevaluatievragenlijst invult, een andere optie is bijvoorbeeld 100% per vier jaar. Dit percentage is een aanbeveling vanuit Atrium-Orbis en goedgekeurd door NIAZ. De zelfevaluatievragenlijst wordt eerst toegespitst op de kenmerken van de desbetreffende afdeling. Dit gebeurt door middel van kwalitatief onderzoek, namelijk door een houden van een groepsdiscussie met de werkgroep van iedere afdeling. Het betreft vooral het screenen van de vragen zodat alleen vragen overblijven die van toepassing zijn op de afdeling. De werkgroep zal bestaan uit medewerkers met diverse functies en achtergronden, waardoor deze de afdeling zullen vertegenwoordigen. De zelfevaluatievragenlijst is uiteindelijk een gestructureerde vragenlijst gespecificeerd per afdeling en functiegroep. Er wordt als functiegroep onderscheid gemaakt tussen leidinggevend en medewerkers. Dit houdt in dat de vragen per afdeling vaststaan en dus voor elke deelnemer (leidinggevende of medewerker) binnen dezelfde afdeling hetzelfde zijn. Hier is sprake van kwantitatief onderzoek (Right Marktonderzoek, 2014).

3. ATRIUM-ORBIS

Het derde hoofdstuk gaat over aspecten rondom Atrium-Orbis, de organisatie waar het onderzoek plaatsvindt. Allereerst wordt een korte beschrijving van de organisatie Atrium-Orbis gegeven en wordt beschreven met welke afdelingen er wordt gewerkt. Vervolgens worden de macro-economische ontwikkelingen binnen de zorgmarkt omschreven. Paragraaf zeven van dit hoofdstuk is gericht op de uitgangspunten van Atrium-Orbis: missie, visie en strategie. Ook worden de resultaten van de SWOT-analyse weergegeven.

3.1 DE ZIEKENHUIZEN

Atrium-Orbis is een zorgorganisatie die kwalitatief hoogwaardige zorg biedt binnen een voor patiënten en medewerkers veilige omgeving. Door als zorgverlener respect te tonen en oprecht aandacht te schenken aan de cliënt ontstaat er een gastvrije atmosfeer. Sinds januari 2015 is Atrium-Orbis een fusieorganisatie, ontstaan uit de fusie tussen Atrium Medisch Centrum Parkstad (Atrium MC) en Orbis Medisch en Zorgconcern (Orbis MC). Atrium-Orbis is gevestigd in Heerlen en Sittard (deels ook in Brunssum en Kerkrade). Atrium MC is ontstaan uit een fusie tussen de ziekenhuizen in Heerlen, Brunssum en Kerkrade. Orbis MC komt voort uit een fusie tussen de ziekenhuizen van Sittard en Geleen. Tegenwoordig is Atrium-Orbis een van de grootste werkgevers van de regio met ongeveer 8000 medewerkers.

De fusieorganisatie Atrium-Orbis is samen met 27 andere Nederlandse ziekenhuizen aangesloten bij de vereniging 'Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen' (STZ). Dit wil zeggen dat het ziekenhuis naast de basiszorg ook excellente topzorg aanbiedt, die niet in elk ziekenhuis aangeboden mag worden. Daarnaast is het zo dat voortdurend toegepast wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan om het niveau van de zorg zo hoog mogelijk te houden. Atrium-Orbis streeft er continu naar om succesvol nieuwe ideeën, middelen, technieken, diensten en processen voor de zorg en dienstverlening te ontwikkelen en in te voeren. Door innovatief te zijn, kan Atrium-Orbis onderscheidend zijn voor haar patiënten, maar ook de beste artsen en andere professionals aantrekken.

Naast het realiseren van een zo hoog mogelijk niveau van zorg biedt Atrium-Orbis artsen veel mogelijkheden tot specialisatie. Samenwerkend met onder andere Maastricht UMC worden opleidingen aangeboden op topklinisch niveau. Daarnaast wordt voor medici de functie van regionaal opleidingsziekenhuis vervuld. Ook worden, in samenwerking met Zuyd Hogeschool en Zorgacademie Parkstad, opleidingen geboden voor verpleegkundigen, verpleegkundige specialisaties en medisch ondersteunende functies. Door dit aanbod kunnen getalenteerde professionals worden aangetrokken en behouden binnen het ziekenhuis. Tot slot wordt medisch en verpleegkundig onderzoek ondersteund en gefaciliteerd (Atrium MC, 2014) (Orbis MC, 2014).

Doordat Atrium-Orbis recentelijk is gefuseerd zijn er nog veel zaken onduidelijk voor de medewerkers. Goede communicatie en voorlichting zijn op dit moment erg belangrijk. Dit mag niet uit het oog worden verloren. Processen die op beide locaties plaats vinden moeten komende jaren verder op elkaar afgestemd worden en mogelijk verplaatst worden naar één locatie. Ten slotte mag er tussen de twee organisaties geen competitie ontstaan of blijven bestaan. Dit komt niet direct tot uiting, maar vindt indirect toch plaats.

3.1.1 AFDELING KWALITEIT, VEILIGHEID EN BEDRIJFSVOERING

Atrium-Orbis wil goede zorg leveren aan haar patiënten. Dit door veilig, effectief, patiëntgericht, tijdig en doelmatig te werken. De afdeling 'kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering' speelt hierbij een belangrijke rol. Sinds de fusie tussen Atrium Medisch Centrum Parkstad en Orbis Medisch en Zorgconcern is hier het onderdeel bedrijfsvoering bijgekomen.

Op de afdeling ‘kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering’ zijn dertien personen werkzaam, waaronder secretaresses, stafadviseurs, beleidsmedewerkers, onderzoek en data analisten en een coördinator kwaliteitszorg. ‘Kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering’ heeft de taak om het beleid uit te stippelen en toezicht te houden op het behalen van de doelstellingen. Ook heeft de afdeling de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur om namens Atrium-Orbis te rapporteren aan de Inspectie van Gezondheidszorg (IGZ). Tevens is ‘kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering’ bezig met het verwerken en in kaart brengen van de eisen die de overheid en samenleving aan ziekenhuizen stelt. De afdeling zorgt dat deze in beeld zijn via divisies en zorggroepen en verspreiden tevens informatie op het interne ‘Huisnet’ van Atrium-Orbis (Atrium MC, 2014) (Orbis MC, 2014).

3.2 RESULTAAT VERANTWOORDELIJKE EENHEID

Een Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE) is een organisatorische eenheid, geordend rond patiëntenzorg en diensten van het ziekenhuis. Een RVE is te vergelijken met een businessunit rondom specifieke patiëntengroepen of specialismen. Elk ziekenhuis deelt patiënten naar eigen inzicht in. Dit kan gebeuren op basis van specialisme (bijvoorbeeld cardiologie of orthopedie) of een ziekenhuis clustert een aantal specialismen in één RVE. Het doel is om de logistiek en bedrijfsvoering rondom patiënten zo efficiënt mogelijk te regelen (Intermediair, 2014). Atrium-Orbis clustert een aantal specialismen in één RVE waardoor het ziekenhuis komt op een aantal van zeven Zorg-RVE's.

De Raad van Bestuur delegeert taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan de leiding van de RVE. De RVE's houden eigen verantwoordelijkheid voor de (markt-)resultaten en het eigen budget en leggen aan de Raad van Bestuur verantwoording af over prestaties en functioneren. De Raad van Bestuur wil hiermee bereiken dat beslissingen genomen worden op de plek waar de kennis van en betrokkenheid bij de patiëntenzorg het grootst is. Een RVE werkt op basis van een afgesproken jaarplan en begroting, waarvoor verantwoording wordt afgelegd aan de Raad van Bestuur (Martini Ziekenhuis, 2015).

Het onderzoek zal deels plaatsvinden binnen de Zorg-RVE 3 locatie Sittard en Heerlen. Deze RVE bestaat uit de volgende vier hoofdafdelingen: cardiologie, longgeneeskunde, interne geneeskunde en reumatologie. Deze hoofdafdelingen zijn weer onderverdeeld in zestien specifieke afdelingen, het organogram van RVE 3 is te vinden in bijlage I. De afdelingen waarbij fase A van het onderzoek heeft plaatsgevonden zijn: cardiologie en reumatologie.

3.3 DIALYSE-AFDELING

Op een dialyse-afdeling worden patiënten behandeld die niet voldoende nierfunctie meer hebben. Deze afdeling biedt nierfunctievervangende behandelingen aan voor patiënten met nierziekten. Dialyse-afdelingen hebben een eigen keurmerk (HKZ-dialyse) en hoeven niet te voldoen aan de voorwaarde tot het uitvoeren van de zelfevaluatievragenlijst van NIAZ, omdat de afdeling met het HKZ-certificaat ook aan de eisen van NIAZ voldoet. De meting wordt echter wel uitgevoerd, omdat patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg hoog in het vaandel staan (Atrium Medisch Centrum Parkstad, 2014). De fases A tot en met C worden uitgevoerd binnen de dialyse-afdeling van RVE 3 locatie Heerlen.

3.4 ZELFSTANDIG BEHANDEL CENTRUM MITRALIS

Mitralis is een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) en onderdeel van Atrium-Orbis. Mitralis is een gemeenschappelijk initiatief van de medische staf en het ziekenhuis, waar patiënten terecht kunnen voor verzekerde en onverzekerde behandelingen. Mitralis verenigt de ervaring en kwaliteit van een topklinisch ziekenhuis met de efficiëntie en klantgerichtheid van een particuliere zorgaanbieder: “the best of both worlds”. ZBC Mitralis is een combinatie van een Zelfstandig Behandel Centrum en een privé-kliniek.

Een ZBC is, net als het Atrium-Orbis, een zorgaanbieder die valt onder het vergunningenstelsel van de WZV (Wet Ziekenhuis Voorzieningen) en WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen). Het ZBC sluit contracten met zorgverzekeraars voor de levering van verzekerde zorg. Dit is van toepassing op zorg uit het basis pakket alsmede zorg, die de zorgverzekeraar wellicht in het aanvullende pakket voor vergoeding in aanmerking laat komen. Om als ZBC te kunnen optreden dient een vergunning te worden aangevraagd bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Deze vergunning "Erkenning Toegelaten Zorginstelling" heeft Mitralis in 2006 verkregen. De overheid garandeert met deze vergunning dat de cliënt te maken heeft met een professionele zorgverlener met dezelfde kwaliteits- en integriteitsmaatstaven als een reguliere publieke zorginstelling. Volgens de heer Haenen (persoonlijke mededeling, 12 maart 2015) is een ZBC te beschouwen als een soort RVE dat is doorgegroeid in haar zelfstandigheid, voor het verder onderzoek wordt een ZBC dan ook beschouwd als een soort RVE.

Mitralis heeft vier afdelingen: KNO, Diagnostisch Centrum, Expertise Centrum Wondzorg en Cosmetisch Dermatologisch Centrum. De zelfevaluatievragenlijsten zullen alleen worden uitgevoerd binnen Mitralis Expertise Centrum Wondzorg (MECW). Dit is een onafhankelijk centrum voor verpleegkundige wondzorg. Ziekenhuizen, huisartsen en verpleeghuisartsen hebben allen toegang tot het MECW. Binnen deze afdeling worden fases A, B en C uitgevoerd.

Doelstellingen van het MECW zijn:

1. goede service en bereikbaarheid bieden voor cliënten en zorgverleners;
2. excellente wondverzorging door het gebruik maken van experts op het gebied van wondzorg en de nieuwste ontwikkelingen en technieken;
3. kwaliteit van leven van cliënten verbeteren (Mitralis, 2007).

3.5 AFDELING PSYCHOLOGIE

Binnen de afdeling psychologie zit het team Aesclepios. Voor de meeste patiënten met kanker, ongeveer driekwart, is de voorlichting, communicatie en ondersteuning van bijvoorbeeld verpleegkundigen en artsen toereikend. Voor het overige deel is daarnaast gespecialiseerde psychosociale zorg nodig. Die zorg biedt het team Aesclepios. De werkzaamheden van het team zijn er op gericht om patiënten met kanker, maar ook de partner, familie en/of vrienden hulp te bieden op psychisch en sociaal gebied. Tijdige herkenning van problemen en verwijzing naar de juiste zorgverlener levert een bijdrage aan de kwaliteit van leven na de confrontatie met kanker (Atrium MC, 2014). Dit team doet in dit onderzoek mee aan de fases A en B.

3.6 MACRO-ECONOMISCHE ONTWIKKELINGEN

De zorgmarkt is onderworpen aan continue verandering. De overheid heeft de regie en de zorgverzekeraars krijgen een steeds belangrijkere rol binnen de zorg. Ontwikkelingen in de patiëntenpopulatie en het goede aanbod van professionals en technologie beïnvloeden de zorgvraag in de regio en de wijze waarop Atrium MC en Orbis MC zorg kunnen bieden. De druk van directe concurrenten, zoals andere ziekenhuizen, wordt steeds heviger gevoeld. Tot slot staan de partners in de zorgketen ook niet stil.

Door de snel stijgende zorgkosten staat de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de Nederlandse zorg onder grote druk. Om kosten te beheersen en de zorg betaalbaar te houden is de overheid stappen aan het zetten om de marktwerking te vergroten. Zorgverzekeraars kopen selectiever zorg in, waardoor concurrentie toeneemt. Ook patiënten zijn aan het veranderen en wensen tegenwoordig meer regie over hun eigen gezondheid te hebben. Dit en de vergrijzende bevolking in Limburg zorgen voor een complexere zorgvraag. Doordat de arbeidsmarkt voor professionals op dit moment krap is, wordt het moeilijker om gekwalificeerd personeel te werven en behouden.

Op het gebied van technologie worden de medische mogelijkheden groter, maar deze maken de zorg aan de andere kant complexer. Door aan taakherschikking tussen de eerste, tweede en derde lijn van zorg te werken kan de laagcomplexiteit van het ziekenhuis verschuiven naar de eerste lijn. Hierdoor krijgt het ziekenhuis enkel nog met hoogcomplexiteit zorg te maken. Zo kan zorg minder complex worden gemaakt. Ook moeten ziekenhuizen sterk samenwerken. Atrium-Orbis werkt samen met MUMX+ in Maastricht en ziekenhuizen in België en Duitsland¹.

3.7 UITGANGSPUNTEN ATRIUM-ORBIS

In deze paragraaf worden de uitgangspunten van de fusieorganisatie Atrium-Orbis beschreven. Hierbij kan gedacht worden aan het mission statement, de kernwaarden, de ambitie en de strategie die de organisatie hanteert.

3.7.1 MISSION STATEMENT

Een mission statement is een beschrijving van de identiteit van een organisatie. Het mission statement bepaalt mede de cultuur van het bedrijf en draagt bij aan saamhorigheid. De in het mission statement geformuleerde kernwaarden moeten 'leven' bij alle medewerkers van de organisatie (Coutinho, 2013). Het mission statement van Atrium-Orbis is gericht op twee zaken: cure en care. Cure is de term die wordt gebruikt om de zorg in ziekenhuizen te beschrijven. Care gaat over zorg aan bijvoorbeeld mensen in een verzorgingstehuis, thuiszorg of jeugdgezondheidszorg (Atrium-Orbis, 2015). Het mission statement van Atrium-Orbis luidt:

Cure: "Als topklinisch opleidingsziekenhuis leveren wij excellente, nabije en innovatieve patiëntenzorg in een gastvrije omgeving met het oog op verbetering van kwaliteit van leven, in samenwerking met onze partners."

Care: "Onze care-tak stelt de cliënt in staat zo lang mogelijk zijn eigen leven te leiden door middel van excellente en nabije zorg, uitgevoerd met passie en betrokkenheid, in nauwe samenwerking met partners in deze regio."

3.7.2 KERNWAARDEN

Ook heeft Atrium-Orbis een aantal kernwaarden beschreven die centraal staan binnen de organisatie en aansluiten op de visie en ambitie. De kernwaarden bepalen en bekrachtigen de identiteit en doelstelling van Atrium-Orbis. De kernwaarden zijn: gastvrij, veilig, doelmatig en professioneel.

Gastvrij: patiënten en begeleiders voelen zich welkom en worden bij het zorgproces betrokken. In elk contact met patiënten en hun begeleiders wordt oprechte aandacht en respect getoond.

Veilig: het ziekenhuis blinkt uit in veilige, kwalitatief hoogwaardige zorg in een veilige (werk)omgeving. Atrium-Orbis is verantwoordelijk en aanspreekbaar voor de veiligheid van patiënten en medewerkers.

Doelmatig: Atrium-Orbis besteedt haar middelen en tijd zinnig en zuinig, zodat het ziekenhuis financieel gezond is en structureel kan investeren in kwaliteit, veiligheid, opleiding, ontwikkeling en innovatie.

Professioneel: het ziekenhuis is professioneel in woord, gedrag en uiterlijk. Naar de patiënten, collega's en zichzelf. Atrium-Orbis is ambitieus en realistisch en werkt continu aan de eigen persoonlijke en professionele ontwikkeling. Deze professionaliteit wordt uit- en overgedragen in de opleidingen die worden aangeboden.

3.7.3 VISIE & AMBITIE

De visie en ambitie van Atrium-Orbis bestaat uit zes speerpunten:

1. Atrium-Orbis staat voor patiëntgerichte benadering en –zorg;
2. de ziekenhuizen zijn een spil in de Zuid-Nederlandse zorgmarkt;
3. de zorginstelling neemt met zorgverzekeraars verantwoordelijkheid voor inrichting van zorg;

¹ Atrium-Orbis. (2014). *Strategienota Cure, Atrium-Orbis 2014-2018: TOP ziekenhuiszorg in Zuid-Limburg*.

4. Atrium-Orbis is toonaangevend op het gebied van kwaliteit en veiligheid;
5. de organisatie is financieel gezond en creëert ruimte voor investeringen;
6. Atrium-Orbis biedt professionals een aantrekkelijke werk- en leeromgeving².

3.7.4 STRATEGIE

Atrium-Orbis hanteert vijf strategische speerpunten aansluitend op de op de visie en ambities:

1. Atrium-Orbis biedt patiëntgerichte zorg, afgestemd op de belangen, behoeften en beleving van de patiënten;
2. Atrium-Orbis biedt topzorg met centers of excellence;
3. Atrium-Orbis zet innovaties om in, om ambities waar te kunnen maken;
4. Atrium-Orbis optimaliseert continu zorgprocessen;
5. Atrium-Orbis biedt een uitstekend opleidings- en onderzoeksklimaat³.

3.8 SWOT-ANALYSE

Om inzicht te krijgen in de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen van Atrium-Orbis is een SWOT-analyse en – matrix opgesteld.

Sterktes	+	Zwaktes	-
• Medisch inhoudelijke speerpunten • STZ¹ ziekenhuis: derdelijnsfuncties, wetenschappelijk onderzoek • Medisch-specialistische opleidingen • Zorglogistiek • Top 10 grootste ziekenhuis van NL met schaal- en inkoopvoordelen • Intensive Care niveau 3 in Heerlen, Sittard niveau 2 • Goede contacten met ketenpartners		• Verbouwing in Heerlen • Hoge fusie- en verbouwingslasten • Reizen dankzij twee hoofdlocaties	
Kansen	+	Bedreigingen	-
• Patiëntgerichte centra • Centers of Excellence, onderzoek en opleiding • Verdieping zorgaanbod • Verbeterde effectiviteit en efficiëntie • Versterken integratie • Verbreding dienstenaanbod		• Verlies van zorgvraag • Druk op arbeidsmarkt door vergrijzing • Concurrentie • Fusierisico's • Verhoogde eisen aan voorzieningen en medewerkers • Verlies van opleidingen en STZ status	

TABEL 2: SWOT-MATRIX

3.9 CONCLUSIE

Uit dit hoofdstuk kan geconcludeerd worden dat Atrium-Orbis, met verschillende ontwikkelingen, kansen en bedreigingen te maken kan en zal gaan krijgen. Hierbij moet gedacht worden aan de ontwikkelingen rondom zorgverzekeraars, bezuinigingen, de veranderende arbeidsmarkt, de steeds strengere gezondheidseisen en de concurrentie. Atrium-Orbis dient hier op in te spelen door middel van het hanteren van de kernwaarden van de organisatie: gastvrij, veilig, doelmatig en professioneel. De afdeling 'kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering' is een onmisbare afdeling binnen de zorginstelling, omdat deze een belangrijke faciliterende rol heeft voor de kwaliteit en veiligheid van zorg voor alle patiënten, medewerkers en bezoekers.

² Atrium-Orbis. (2014). *Strategienota Cure, Atrium-Orbis 2014-2018: TOP ziekenhuiszorg in Zuid-Limburg*.

³ Atrium-Orbis. (2014). *Strategienota Cure, Atrium-Orbis 2014-2018: TOP ziekenhuiszorg in Zuid-Limburg*.

4. ONDERZOEKSAANPAK

Nu duidelijk is wat onderzocht dient te worden, wordt gestart met de onderzoeksaanpak. Het onderzoek zal uitgesplitst worden in deskresearch en fieldresearch, ook wel secundaire data en primaire data genoemd. Hierbij komen de gebruikte bronnen en onderzoeksmethoden aan bod. Het doel van dit hoofdstuk is om inzicht te geven in de wijze en keuze van dataverzameling.

4.1 DESKRESEARCH

Er wordt over deskresearch oftewel secundaire data gesproken wanneer de data al eerder door iemand anders dan de onderzoeker verzameld en/of voor andere doeleinden dan het huidige onderzoeksproject is gebruikt. Wanneer over secundaire data wordt gesproken, kan dit een tweetal betekenissen hebben, namelijk:

- interne secundaire data: data die binnen het bedrijf zijn verkregen. Bijvoorbeeld werkprocesbeschrijvingen of databases met klantgegevens;
- externe secundaire data: data die buiten het bedrijf zijn verkregen. Bijvoorbeeld gepubliceerd onderzoek, literatuur of internetbronnen.

Secundaire data zijn tegenwoordig belangrijker dan ooit. Dit komt voornamelijk doordat er ontzettend veel informatie beschikbaar is. Deskresearch kan ten slotte van achter het bureau worden verkregen (Burns, Bush, 2006).

4.1.1 BRONNEN VAN SECUNDAIRE DATA

Interne secundaire data

Op het gebied van interne secundaire data is gebruik gemaakt van interne beleidsdocumenten. Zo is er informatie gehaald uit de 'Interne Strategie Nota' van Atrium-Orbis, om te kunnen beschrijven wat de strategie, cultuur en structuur van de organisatie is. Ook is gebruik gemaakt van documentatie die is verkregen tijdens een training voor auditoren door NIAZ.

Externe secundaire data

Een groot gedeelte van de gebruikte secundaire data is afkomstig uit literatuur en internetsites. De externe secundaire data is voornamelijk gebruikt voor het opstellen van de theoretische onderbouwing van dit rapport. Een overzicht hiervan is inzichtelijk in de literatuurlijst op pagina 66.

4.2 FIELDRESEARCH

Bij het doen van fieldresearch worden nieuwe gegevens verzameld en geanalyseerd. Het gaat hier om gegevens waar de onderzoeker zelf onderzoek voor heeft moeten doen. Het zijn eigen waarnemingen in het veld. Veelgebruikte fieldresearch-technieken zijn: interviews, enquêtes en observaties (Afstudeerconsultant, z.d.).

4.2.1 BRONNEN PRIMAIRE DATA

Groepsdiscussie

Om erachter te komen welke vragen dienen te komen in de zelfevaluatievragenlijsten, is er fieldresearch gedaan middels groepsdiscussie. Dit is een vorm van kwalitatief onderzoek. Tijdens deze groepsdiscussie wordt met een groep respondenten gesproken. Per discussie praten circa vijf personen onder leiding van de gespreksleider (meestal de projectleider) over een bepaald onderwerp. Hierbij wordt een gesprekspuntenlijst gebruikt, in dit geval de voorgeschreven norm zodat alle punten besproken worden. De gespreksleider zorgt er voor dat alles binnen de afgesproken tijd behandeld is.

De reden dat er gekozen is voor een groepsdiscussie, is dat enkel bij een interview de respondenten apart worden ondervraagd. Hieruit kunnen verschillende antwoorden komen. Door middel van een groepsdiscussie heb je alle respondenten bij elkaar en kunnen onduidelijkheden meteen aangepakt worden. Op deze manier kunnen de personen die verstand van zaken hebben direct reageren op elkaar en ondersteunen waar nodig, wat zorgt voor tijdsbesparing.

Tevens zorgt deze manier van onderzoek ervoor dat de doelgroep het gevoel krijgt dat deze samen werken aan een oplossing. Tot slot zijn de onderzoeksresultaten binnen een kort tijdsbestek beschikbaar (Right Marktonderzoek, 2014).

Bij deze groepsdiscussies zijn de werkgroepen aanwezig, die ieder hun eigen afdeling vertegenwoordigen. De verbetergroep bestaat uit verschillende medewerkers en leidinggevende van de afdeling, om zo een diversiteit aan functies te genereren.

Gespreksvoering/brainstorming

Voor het uitzetten van de zelfevaluatievragenlijsten zijn meerdere gesprekken gevoerd om zaken te verduidelijken of in zijn geheel uit te leggen. Bij onduidelijke situaties zijn er brainstormsessies gehouden om gezamenlijk tot een oplossing te komen.

Een van de belangrijke gesprekken vond plaats na het bijwonen van een presentatie over NIAZ 3.0-Qmentum in Apeldoorn. Dit gesprek heeft er voor gezorgd dat de werkwijze omtrent het uitzetten van de zelfevaluatievragenlijsten alsmede het opstellen hiervan beter verweven zijn geraakt in het onderzoek. Het gesprek na de presentatie heeft geholpen bij het idee om een werkgroep op te stellen die voor continu verbetering zal gaan zorgen.

Tevens is de brainstormsessie met de werkgroep over de wijze van het uitzetten van de vragenlijst per afdeling erg bruikbaar geweest. Hieruit zijn goede ideeën voortgekomen, bijvoorbeeld dat bepaalde afdelingen het op een eigen manier dienen uit te zetten om op deze manier een hogere respons te krijgen.

NIAZ Portal

Om de zelfevaluatievragenlijsten op te kunnen stellen dient gebruik gemaakt te worden van het NIAZ Portal. Dit is een voorgeschreven systeem dat NIAZ gebruikt om te controleren of instellingen de vereiste stappen voor accreditatie hebben ondernomen. Om er achter te komen hoe het systeem werkt, werd contact gelegd met NIAZ en instellingen die bekend zijn met het systeem en weten hoe het functioneert.

Gestructureerde vragenlijst

Om een beeld te krijgen van hoe een afdeling er voor staat op het gebied van de aangewezen normen vanuit NIAZ is gekozen voor de vraaggesprek methode, specifiek een gestructureerde vragenlijst. Het doel van de vraaggesprek methode is het verkrijgen van inzicht in het denken en doen van mensen of organisaties in de verleden, tegenwoordige en toekomstige tijd. Door het afnemen van de gestructureerde vragenlijst krijgt iedere afdeling inzicht in het niveau van de beschikbare kennis, kunde en procedures aan de hand van de voorgeschreven NIAZ 3.0-Qmentum normen. De afdeling wordt een spiegel voorgehouden hoe deze ervoor staat op dit moment. Uit de resultaten van de vragenlijst komen verbeterpunten naar voren en met dit inzicht kan de afdeling, waar nodig, verbeteringen doorvoeren voordat de interne en externe audit plaatsvindt.

Online onderzoek

Er is allereerst gekozen voor een online onderzoek. Bij online onderzoek worden gegevens verkregen uit vragenlijsten die via internet zijn afgenomen. Deze vragenlijst is aan de hand van het NIAZ Portal opgesteld. Doordat er zelf een samenstelling van vragen kan worden gemaakt kunnen verschillende soorten en typen vragen gesteld worden. Er is gekozen voor online onderzoek omdat het relatief snel af te nemen is, hierbij dien je niet naar iedere persoon toe te gaan, maar is het versturen van een overtuigende e-mail vaak voldoende. Tevens zijn hulpmiddelen makkelijk te vinden en is het goedkoop. Ten slotte worden resultaten na invoering direct verwerkt, dit leidt tot snelle verwerking en analyse (Allesovermarktonderzoek, 2015).

Schriftelijk onderzoek

Verder is ook gebruik gemaakt van een schriftelijk onderzoek. Hierbij vult een respondent zelf de vragenlijst ter plekke in, die is uitgedeeld door de onderzoeker. De onderzoeker neemt de vragenlijst vervolgens zelf weer in. Dit is een goed alternatief voor het online onderzoek, aangezien sommige afdelingen niet beschikken over voldoende computers. Er wordt een afspraak gemaakt om deze vragenlijst binnen een bepaald tijdsbestek in te vullen. Een voordeel van deze manier van onderzoek is dat de respons vaak hoger ligt, omdat de respondenten direct worden aangestuurd. Tevens zorgt deze manier er in deze situatie voor dat een lange vragenlijst mogelijk is, omdat er tijd voor ingepland wordt door de medewerkers op de afdeling (Allesovermarktonderzoek, 2015).

4.2.2 BENADERINGSWIJZE(N) VAN DE BRONNEN VAN PRIMAIRE DATA

In deze subparagraaf worden enkele keuzes toegelicht die betrekking hebben op de benaderingswijze van de primaire data van fieldresearch. De keuze voor de dataverzamelingstechnieken is belangrijk met betrekking tot het raadplegen van de primaire bronnen. Daarnaast moet de keuze gemaakt worden of er volledig onderzoek wordt gedaan of dat er een steekproeftrekking plaatsvindt. Ten slotte zal er besloten worden van welke meetinstrumentconstructie gebruikt wordt.

Dataverzamelingstechnieken

Binnen het onderdeel 'Dataverzamelingstechnieken' dient een keuze gemaakt te worden tussen kwalitatief onderzoek en/of kwantitatief onderzoek. Onderstaand is de keuze voor het desbetreffende onderzoek onderbouwd.

Opstellen zelfevaluatievragenlijsten

Het opstellen van de zelfevaluatievragenlijsten is door middel van een kwalitatief onderzoek gebeurd, namelijk aan de hand van groepsdiscussies. Deze vorm van onderzoek geeft diepgaande informatie door in te gaan op achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften van de doelgroep. De reden hiervoor is dat bij het bepalen van de vragen er geen noodzaak is een grote groep respondenten te benaderen. De verbetergroep (ca. vijf personen) beschikt over voldoende kennis om te beslissen welke vragen uit de normensets wel of niet van toepassing zijn (Right Marktonderzoek, 2014).

Uitzetten zelfevaluatievragenlijsten

De zelfevaluatievragenlijsten hebben allen een kwantitatief karakter. De uitkomsten zijn harde cijfers en er worden gegevens verkregen aan de hand van percentages. De reden voor de keuze voor kwantitatief onderzoek is dat er een zo nauwkeurig en betrouwbaar mogelijk onderzoek kan geschieden (A. Rombouts, persoonlijke mededeling 16 september 2014). De respondenten krijgen (onderverdeeld op functie van leidinggevende of medewerker) binnen hun eigen afdeling allen dezelfde vragen om zo eenduidige antwoorden te verkrijgen.

Volledig of steekproeftrekking

Er is vervolgens de keuze om volledig onderzoek te doen of een steekproeftrekking te hanteren. Bij een volledig onderzoek dient de gehele populatie ondervraagd te worden. Het is echter niet haalbaar om de hele populatie (Atrium-Orbis) in een tijdsbestek van zestien weken te ondervragen. Tevens is het zo dat als één respondent niet meewerkt om de vragenlijst in te vullen, er volgens de heer Rombouts niet meer gesproken kan worden van een volledig onderzoek (persoonlijke mededeling, 16 september 2014). Door voorgaande redenen is gekozen voor een steekproeftrekking en wordt een deel van de populatie ondervraagd.

Het aantal elementen dat uit de populatie getrokken wordt en een uitnodiging ontvangt, wordt vóór aanvang van de feitelijke steekproeftrekking vastgesteld. Hier is sprake van een vaste steekproef, want er is specifiek voor gekozen alleen de medewerkers van een bepaalde afdeling te ondervragen en minimaal 25% van alle medewerkers binnen die afdeling.

Verder zal de steekproef van attributieve aard zijn omdat alle medewerkers aan de hand van kenmerk- en discrete vragen naar hun mening gevraagd worden. De antwoorden op de vragen zullen hierdoor niet heel verschillend zijn. Op deze manier kunnen de antwoorden grondiger en geordend vergeleken worden.

Bovendien zal er sprake zijn van een waarschijnlijkheidssteekproef. Dit houdt in dat ieder element van de populatie een bepaalde kans heeft om in het onderzoek betrokken te worden. Volgens A. Rombouts (persoonlijke mededeling, 16 september 2014) geeft dit de meeste garantie op een representatief onderzoek. Bij een 'niet waarschijnlijkheidssteekproef' is de kans dat een element van de populatie in het onderzoek betrokken wordt niet vooraf bepaald, maar afhankelijk van de willekeur van de onderzoeker (Rombouts, 2014).

Het soort waarschijnlijkheidssteekproef die het beste bij de zelfevaluatie past is de clustersteekproef. Bij deze wijze van steekproef trekken deelt de onderzoeker de populatie eerst in clusters. Vervolgens wordt een selectie gemaakt van een aantal clusters. Alle elementen in dat cluster doen mee aan het onderzoek en vormen gezamenlijk de steekproef (van der Zee, 2015). De gehele populatie (100%) van de afdeling zal binnen een tijdsbestek van vier jaar meedoen aan het onderzoek, maar om continue verbetering te hanteren zal jaarlijks (minimaal) 25% van de populatie ondervraagd worden. De populatie wordt opgesplitst in vier clusters. Door ieder jaar 25% te ondervragen kan er tussentijds gekeken worden of 'oude' verbeterpunten al zijn opgelost en kunnen nieuwe verbeterpunten eerder worden opgepakt, dit is een vorm van continue verbetering.

Meetinstrument constructie

De meetinstrument constructie van het kwalitatief onderzoek bestaat uit een gesprekspuntenlijst, namelijk de normaspecten die ondervraagd worden. Hierin wordt aangegeven welke vragen wel en niet gesteld worden en aan wie. Een voorbeeld is als bijlage toegevoegd en is te vinden in bijlage III. Verder bestaat de meetinstrument constructie van het kwantitatief onderzoek uit een gestructureerde vragenlijst, zoals al eerder in dit hoofdstuk is beschreven. Iedere norm heeft een ander aantal instellingen waaraan voldaan moet worden, hierdoor zijn de vragenlijsten ook in het aantal vragen verschillend. Deze vragenlijst wordt per afdeling toegespitst op de kenmerken en eisen van de afdeling. De vragenlijst bestaat uit stellingen die met de volgende antwoordmogelijkheden kunnen worden beantwoord: 'Helemaal mee eens', 'Mee eens', 'Neutraal', 'Mee oneens', 'Zeer mee oneens', 'Weet niet' en 'Niet van toepassing'. Een voorbeeld van een deel van de vragenlijst staat in bijlage IV. Er wordt slechts een deel van één vragenlijst in de bijlage geplaatst, omdat er qua opzet geen afwijking is tussen de verschillende vragenlijsten. De overige vragenlijsten hebben alleen betrekking op een andere norm. Vragen kunnen een gewoon criterium zijn of een met een hoge prioriteit. Vragen met een hogere prioriteit hebben te maken met veiligheid, ethiek, risicobeheer en kwaliteitsverbetering. Bij het invullen van de vragenlijst is dit echter niet zichtbaar, wel naderhand bij de resultaten. Vragen met een hoge prioriteit worden anders berekend, zie paragraaf 5.2 'Stoplichtmodel' voor extra uitleg.

4.2.3 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

Bij onderzoek is het van belang aandacht te besteden aan de betrouwbaarheid en validiteit. De betrouwbaarheid van een onderzoek vertelt in welke mate de uitkomsten representatief zijn voor de gehele groep en niet alleen de bevroegden. De validiteit verwijst naar de juistheid of accuraatheid van metingen. Het meetinstrument meet hetgeen het moet meten (Tilburg University, 2015).

Kwalitatief onderzoek

Betrouwbaarheid in een kwalitatief onderzoek is moeilijk te beschrijven, er zijn veel omgevingsfactoren die meespelen. Een kwalitatief onderzoek kan betrouwbaarder gemaakt worden door triangulatie. Triangulatie houdt in dat een punt bekeken wordt vanuit verschillende perspectieven (Harinck, 2008). Hierdoor is bewust gekozen om de normen eerst te laten screenen door alle personen van de werkgroep.

De werkgroep bestaat uit een vijftal medewerkers van de desbetreffende afdeling. Op deze manier wordt de vragenlijst beoordeeld door personen met verschillende functies en belangen. Vragen en onduidelijkheden worden eerst aangepakt. Vervolgens is deze groep gezamenlijk door middel van een Excel lijst alle punten gaan nalopen en gaan bediscussiëren welke vragen adequaat en gepast zijn voor de respondenten.

Kwantitatief onderzoek

De steekproefomvang wordt bepaald aan de hand van verschillende criteria. Te denken valt aan betrouwbaarheid, ervaring, tijd en kosten. Aangezien er weinig tot nauwelijks tijd is binnen Atrium-Orbis voor extra opdrachten als een zelfevaluatievragenlijst, is gekozen om 25% van de populatie te onderzoeken in plaats van 100%. Tevens is het zo dat de populatie een homogene groep is, een groep die op meerdere kenmerken overeenkomt. De groep bestaat uit medewerkers van dezelfde locatie, dezelfde afdeling, maar ook nog eens uit dezelfde functiegroep binnen deze afdeling, waardoor de steekproef van 25% van de medewerkers een representatieve groep is. Verder wordt de respons berekend door de NIAZ-portal waardoor rekenfouten geminimaliseerd worden. De validiteit verwijst naar de juistheid of accuraatheid van metingen. Dit wordt gecontroleerd door eerst met de werkgroep te analyseren en bespreken welke vragen onduidelijk zijn en welke van toepassing zijn voor de respondenten. Hier is voorafgaand een kwalitatief onderzoek voor uitgevoerd.

4.3 TIJDSPLANNING/-FASERING ONDERZOEKSACTIVITEITEN

Voor de uitvoering van het onderzoek naar de implementatie van de zelfevaluatievragenlijsten is voorafgaand aan het onderzoek een strakke tijdsplanning opgesteld. Deze planning is echter niet gehanteerd wegens tijdsdruk en wisselwerkingen tussen de leidinggevenden, afdelingen, Atrium MC en Orbis MC en NIAZ. Dit kwam doordat er weinig tot geen ruimte op de afdelingen was vanwege majeure projecten als de implementatie van SAP, de voorbereiding voor de verhuizing naar groot gedeelte nieuwbouw en de fusiewerkzaamheden. De groep respondenten veranderden voortdurend doordat sommige afdelingen toch niet mee konden doen en uiteindelijk andere afdelingen wel bereid waren om aan deze pilot mee te doen. Hierdoor liepen de onderzoeksactiviteiten vertraging op. Uiteindelijk heeft dit voor het onderzoeksrapport geen nadelige gevolgen gehad. De volgorde van de onderzoeksactiviteiten is als volgt:

- bestuderen theorie NIAZ 3.0-Qmentum en de Portal leren te begrijpen;
- het analyseren van de voorgeschreven normen;
- opstellen gesprekspuntenlijsten voor de afdelingen;
- inventariseren hoe de zelfevaluatievragenlijst het snelst geïmplementeerd kan worden;
- groepsdiscussies met verbetergroep omtrent de bijbehorende vragenlijst bij de afdeling;
- besproken punten verwerken in Excel;
- vragenlijst opstellen in de NIAZ Portal en omzetten in Word;
- de gestructureerde vragenlijst uitzetten bij de medewerkers;
- de ontvangen schriftelijke vragenlijsten invoeren in de Portal;
- enkele verbeterpunten omzetten in een verbeterplan;
- kwaliteitskosten inschatten van de verbeterpunten.

5. THEORETISCHE ACHTERGRONDEN EN MODELLEN

In dit hoofdstuk worden verschillende theorieën en modellen beschreven die gebruikt zijn tijdens het onderzoek. De volgende modellen komen aan bod: het vijfkrachtenmodel van Mars, de stoplicht-methode, de OGSM-methode, de PDCA cyclus en ten slotte het PKF-kwaliteitskostenmodel. Er wordt uitgelegd wat de theorie inhoudt, waarom ervoor gekozen is en waar het zal worden toegepast.

5.1 VIJFKRACHTEN MODEL VAN MARS

Tijdens het traject van het implementeren van de NIAZ 3.0-Qmentum normen zullen enkele zaken veranderen voor medewerkers. Het is van belang dat het traject door de medewerkers wordt ondersteund. Weerstand moet voorkomen worden. Wanneer er alsnog weerstand ontstaat is het van belang dat er op een juiste manier mee wordt omgegaan. Om te zorgen dat medewerkers zich betrokken voelen en meewerken tijdens het traject, zal er gedurende het onderzoek gebruik gemaakt worden van het model van Annemarie Mars. Dit model is te zien in bijlage II. Het meeste profijt van het boek, heeft de minder ervaren veranderaar. Voor deze veranderaar biedt het boek een mooi overzicht van ingrediënten die van belang zijn bij het doorvoeren van veranderingen. Dit is tevens ook een reden voor de keuze van dit model.

Weerstand kan zich uiten op vele manieren. Dit kan zich actief (boos worden, organisatie verlaten) of passief (ja zeggen nee doen, onttrekken van discussie) voordoen. Om weerstand te doorbreken kan een veranderaar gebruik maken van de vijf krachten van het model van Mars. De verandering dient gezien te worden als een weg naar de streefsituatie. De weg zal nooit rechtdoor lopen, organisaties zijn verschillend en vaak onvoorspelbaar.

Het model van Mars wordt gebruikt om medewerkers mee te krijgen tijdens de verandering. Het model maakt gebruik van vijf krachten: urgentie, ambitie, planning, interactie en leiderschap.

Urgentie

De urgentie weerspiegelt het belang en de noodzaak van verandering. Er zijn drie soorten aanleidingen voor een verandering, namelijk: een plichtsgedreven, wensgedreven en probleemgedreven verandering. De soort aanleiding dient kenbaar gemaakt te worden aan de doelgroep. Een extra optie om de urgentie van de verandering over te dragen is pijnmanagement. Pijnmanagement kan omschreven worden als het uitvoeren van bewuste interventies om het probleem voor de doelgroep zichtbaar en voelbaar te maken.

Ambitie

Ambitie gaat om het duidelijk maken van de gewenste situatie. Zo kunnen medewerkers vanaf het begin bepalen of deze heil zien in de verandering. Het al vóór de invoering voelbaar maken van wat de verandering concreet inhoudt, is hierbij een belangrijk hulpmiddel. Verder is de manier van het overbrengen en voorkomen van valse consensus belangrijk bij het uitdragen van ambitie. Bij valse consensus denken de betrokkenen dat iedereen het over hetzelfde heeft, terwijl iedereen juist een eigen verandering in zijn hoofd heeft.

Planning

Binnen planning is het van belang om de juiste veranderstrategie te kiezen. Dit legt een brug tussen het veranderverhaal en het veranderingsproces. In de veranderstrategie wordt duidelijk hoe er aan verbinding gewerkt gaat worden. Binnen de theorie van Mars wordt er onderscheid gemaakt tussen vier veranderstrategieën: de weten-, de moeten-, de leren & ontdekken- en de willen-veranderstrategie. Er bestaat de mogelijkheid om meerdere strategieën te combineren. Er zijn combinaties die elkaar helpen en versterken en er zijn combinaties die elkaar hinderen. Bij de keuze dient rekening te worden gehouden met de inhoud van de verandering, de cultuur en het veranderverleden. Het veranderverleden maakt namelijk duidelijk wat wel en niet goed in een organisatie heeft gewerkt. De veranderstrategieën van Mars zijn te zien in bijlage XIII.

Na het kiezen van de strategie(ën) wordt het veranderplan opgesteld. Het veranderplan dient aan de hand van verschillende bijbehorende interactievormen opgesteld te worden. Voorbeelden van interactievormen zijn: informeren, onderhandelen, luisteren en inspireren. Ten slotte dienen werkgroepen ingesteld te worden die (mede) gevormd zijn met mensen uit de doelgroep. Deze kunnen dan meedenken over de invulling van de gekozen hoofdrichting. Mars geeft namelijk aan dat als de veranderaar sterk afhankelijk is van de medewerking van kritische en onmisbare medewerkers, het honoreren van de voorkeuren en wensen van de medewerkers, de enige manier is om hen mee te krijgen.

Interactie

Interactie is van groot belang. Medewerkers veranderen niet van papier of een scherm. Bij interactie kan de doelgroep een inbreng leveren, worden de medewerkers blootgesteld aan het verhaal, kunnen weerstanden opgevangen worden, leren medewerkers het nieuwe gedrag en wordt men gestimuleerd om het nieuwe gedrag te tonen. Een handige manier om goede interactie te creëren is het instellen van een werkgroep die de organisatie of afdeling zal vertegenwoordigen. De interactievormen die bij de gekozen veranderstrategie horen moeten worden toegepast. Iedere veranderstrategie heeft namelijk zijn eigen set interactievormen.

Leiderschap.

“Dat leiderschap een essentiële voorwaarde is om een verandering te laten slagen wordt door niemand betwist. Het googlen van de woorden *leadership* en *change* leverde maar liefst 214 miljoen treffers op”, vertelt Annemarie Mars. Dit geeft aan hoe belangrijk leiderschap is bij een verandering. De manier van leiderschap verschilt per veranderaar en verandering. De hoogste leidinggevende is een belangrijk boegbeeld binnen een veranderingsproces. Deze bepaalt namelijk welke problemen om een oplossing vragen en zal de afweging maken tussen het oplossen van het probleem en de inzet van schaarse middelen. Dit hoeft niet altijd de directeur of de CEO te zijn. Verder is het middenmanagement ook onderdeel van het aspect ‘leiderschap’. Het middenmanagement is een belangrijke schakel tussen de hoogste leidinggevend en de medewerkers en zorgt ervoor dat de boodschap goed wordt overgebracht naar de medewerkers. De opgestelde werkgroepen hebben ook de bevoegdheid om leiderschap uit te voeren. Deze groepen vertegenwoordigen de afdeling of organisatie door het communiceren en instrueren van de overige medewerkers bij het doorvoeren van een verandering. Ten slotte hoort een bijeenkomst waarbij een gastspreker zijn ervaringen presenteert over de verandering, ook bij het onderdeel leiderschap. In een goede bijeenkomst van een externe adviseur kan namelijk energie loskomen, omdat deze persoon een voorbeeldfunctie bekleedt.

In de vijf krachten ligt de nadruk op wat de veranderaar allemaal kan doen, hoe de veranderaar actief en met voorbedachten rade kan bemiddelen in een veranderingsproces. Daarmee blijft onvermijdelijk dat veranderingen ook worden gekleurd door toeval, geluk, domme pech en onverklaarbare wendingen onderbelicht (Mars, 2006).

5.2 STOPLICHTMODEL

De resultaten die uit de zelfevaluatie naar voren komen zullen worden weergegeven aan de hand van het stoplichtmodel. De resultaten worden gepresenteerd in een Excel-sheet. Per vraag van de zelfevaluatie zal er met rood (hoge prioriteit), geel (gemiddelde prioriteit) of groen (de kleuren van een stoplicht) een indicatie worden gegeven of er dringend, minder dringend of geen verbetering nodig is.

Als antwoordmogelijkheden is er de keus tussen: ‘Helemaal mee eens’, ‘Mee eens’, ‘Neutraal’, ‘Mee oneens’, ‘Zeer mee oneens’, ‘Weet niet’ en ‘Niet van toepassing’. Allereerst is het van belang dat de antwoorden ‘Weet niet’ en ‘Niet van toepassing’ niet meetellen voor het toekennen van de vlaggen. Vandaar dat achter deze antwoorden geen percentages zullen staan.

Dan is de eerste stap het onderscheid tussen een gewoon criterium en een criterium met een hoge prioriteit.

- Een gewoon criterium krijgt een groene vlag als 50% of meer antwoorden gegeven zijn in de categorieën 'Helemaal mee eens' en 'Mee eens' tezamen.
- Een criterium met hoge prioriteit krijgt een groene vlag als 80% of meer antwoorden gegeven zijn in de categorieën 'Helemaal mee eens' en 'Mee eens' tezamen.

Pas wanneer aan deze voorwaarden niet is voldaan, dus een gele of rode vlag aan de orde is, zijn de overige percentages van belang.

- Een criterium dat volgens bovenstaande voorwaarden geen groene vlag heeft, krijgt een gele vlag als het percentage 'Neutraal' hoger is dan de percentages voor 'Mee oneens' en 'Zeer mee oneens' tezamen.
- Een criterium dat volgens bovenstaande voorwaarden geen groene vlag heeft, krijgt een rode vlag als het percentage 'Neutraal' lager is dan de percentages voor 'Mee oneens' en 'Zeer mee oneens' tezamen (NIAZ, 2015).

Wanneer een vraag van de zelfevaluatie rood oplicht, betekent dit dat er dringend behoefte is aan verbetering. Er is namelijk door een (grote) meerderheid van de medewerkers aangegeven dat het niet is zoals het zou moeten zijn. Wanneer een vraag geel wordt, houdt dit in dat er wellicht verbetering nodig is, maar dat dit niet op stel en sprong hoeft te geschieden. Een geel resultaat is als het ware een aandachtsgebied. Wanneer een vraag groen is, houdt dit in dat er geen verbetering nodig is en dat het grootste deel van de medewerkers vindt dat het goed is/gaat. De resultaten en markeringen aan de hand van het stoplichtmodel zijn te vinden in de bijlages VI, VII, VIII en IX.

Er is gekozen voor het stoplichtmodel, omdat dit in één oogopslag voor iedereen zichtbaar maakt waar de verbeterpunten liggen (de hoeveelheid verbeteringen) en/of deze dringend of minder dringend zijn. Ook kan het motiverend werken wanneer medewerkers de groene vlakken zien. Deze groene vlakken zijn als het ware een bevestiging van het goed doen van het werk.

5.3 OGSM-METHODE EN PDCA-CYCLUS

Voor het opstellen van het verbeterplan wordt er gebruik gemaakt van de OGSM-methode en de PDCA-cyclus. OGSM staat voor Objective, Goals, Strategies en Measures. Met Objective wordt het doel van de verbetering bedoeld: waar moet de organisatie staan als de verbetering is doorgevoerd. Waar Objective een kwalitatief doel is, zijn Goals kwantitatieve doelen: het zijn de coördinaten van het punt op de horizon, een kwantitatieve vertaling van de elementen die in de Objective worden genoemd. In het stuk van Strategies worden de wegen die gekozen worden om het doel te behalen beschreven. Measures staat tot slot voor dashboard en acties. Bij dashboard worden de meetbare elementen beschreven, bij acties wordt de strategie naar concrete actiestappen vertaald. Kortom wordt er met het invullen van de Objective en Goals bepaald wat er bereikt moet worden en geven Strategies en Measures aan hoe de organisatie daar kan komen (Eck & Leenhouts & Tielen, 2013).

Om te kunnen monitoren of er sprake is van een verbetercyclus zal er gebruik gemaakt worden van het PDCA-model van Deming. PDCA staat voor Plan (wat is het doel), Do (voer het plan uit), Check (controleren op resultaten) en Act (bij onjuiste resultaten bijsturen). Het model wordt gebruikt om het verbeterproces binnen Atrium-Orbis te bewaken (123Management, 2010) (INK, z.d.). De PDCA-cyclus wordt gekoppeld aan het OGSM-model. Deze theorieën zijn als het ware te verweven. OGSM is gericht op het verbeterplan en de PDCA-cyclus voegt hier het continu controleren en verbeteren aan toe. De 'Plan' van het PDCA-model komt overeen met de 'Goals' en 'Strategies' van het OGSM-model. De 'Do' van de PDCA is gelijk aan het 'Action plan' en de 'Check' valt samen met het 'Dashboard' van het OGSM-model. Er is voor de combinatie van deze twee modellen gekozen omdat de medewerkers reeds bekend zijn met de PDCA-cyclus. De OGSM-methode zorgt voor een duidelijke weergave van de verbeterpunten en de bijbehorende verbeteracties en is hierdoor makkelijk herkenbaar. Een voorbeeld van het OGSM-model is te zien in bijlage XII. Het model wordt in het hoofdstuk 'Verbeterpunten zelfevaluaties' op pagina 43 toegepast.

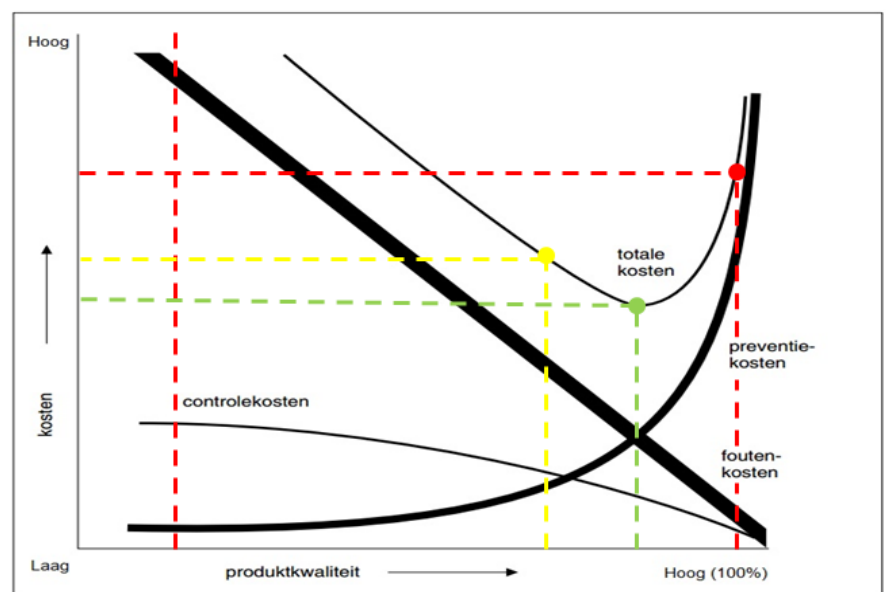
5.4 PKF-KWALITEITSKOSTENMODEL

Om de kosten van het uitvoeren van de verbeterpunten uit de zelfevaluatie te kunnen berekenen, zal er gebruik worden gemaakt van het PKF-kwaliteitskostenmodel (figuur 1). Het PKF-model vergelijkt de kosten die met kwaliteitszorgaspecten samenhangen met de kosten die ontstaan door onvoldoende preventie. Het kwaliteitskostenmodel is opgesteld door de ASQC: American Society for Quality Control. PKF staat voor preventie, keuring en fouten. Aan de hand van deze drie onderdelen kunnen de kwaliteitskosten worden berekend. Het PKF-kwaliteitskostenmodel maakt onderscheid tussen drie soorten kosten: preventiekosten, controlekosten en foutkosten.

Preventiekosten zijn kosten die worden gemaakt om het niveau van kwaliteit te borgen en te verbeteren. Het zijn de kosten van het voorkomen van kwaliteitsfouten. Controlekosten zijn kosten die naar voren komen uit de handelingen die worden gedaan om zaken op kwaliteit te beoordelen zodat fouten tijdig kunnen worden vastgesteld. Foutkosten worden veroorzaakt door kwaliteitsgebreken van producten en/of diensten. Vaak zijn foutkosten het gevolg van verspilling, reparatie en verliezen (WEKA, z.d.). Het verzamelen en analyseren van kwaliteitskosten geeft richtingen aan voor het nemen van acties, het doen van investeringen en het verschuiven van capaciteit. De resultaten die naar voren komen uit het invullen van het kwaliteitskostenmodel worden weergegeven in een tabel. De horizontale as beschrijft de kwaliteit, terwijl de verticale as gericht is op de kosten die hierbij komen kijken. In het model lopen verschillende lijnen: totale kosten, foutkosten, preventiekosten en controlekosten (Goedemondt, 1991).

Naast de normale lijnen in het figuur zijn er rode, gele en groene lijnen geplaatst. Bij de eerste rode lijn heeft een organisatie geen beleid op het gebied van kwaliteit. Er is als het ware een lopende band, met aan het eind een controleur die fabricaten goed of afkeurt. Er is geen sprake van preventiekosten, hier wordt geen aandacht aan besteed. De controlekosten zijn vrij laag, doordat er maar één controleur is. Foutkosten zijn daarentegen enorm. Fabricaten die zijn afgekeurd kunnen namelijk niet worden hergebruikt. Bij de gele lijn bevinden zich de meeste organisaties. De inschatting is dat ook Atrium-Orbis zich daar bevindt. Bij deze lijn hebben organisaties beleid op het gebied van kwaliteit, maar is er nog ruimte voor verbetering. Er wordt al aan preventie gedaan: de medewerkers aan de loopband kijken na of hun fabricaten aan de benodigde kwaliteit voldoen, hierdoor worden de foutkosten lager. Er is echter nog steeds een controleur nodig. De groene lijn is het ideale punt in het figuur. Preventiekosten zijn redelijk en foutkosten en controlekosten zijn laag. Bij de groene lijn is kwaliteit ingebouwd binnen in organisatie, waardoor een controleur aan het einde van de band niet of nauwelijks meer nodig is. Bij de rechtse rode lijn is kwaliteit optimaal, maar weegt het niet op tegen de enorme preventiekosten die ontstaan. De kans op fouten is dan immers zo klein, dat het weinig tot geen zin heeft om veel geld te investeren in preventie.

Het model wordt gehanteerd om een kostenraming te maken van de actiepunten die uit het verbeterplan van de dialyse-afdeling van Atrium MC naar voren komen en is toegepast in het hoofdstuk 'Kwaliteitskosten' op pagina 52. Er is gekozen voor dit model omdat dit een theorie is die financiën en kwaliteit combineert.



FIGUUR 1: PFK-KWALITEITSKOSTENMODEL

6. NIAZ 3.0-QMENTUM

In dit hoofdstuk wordt het accreditatiesysteem NIAZ 3.0-Qmentum toegelicht en de organisatie die het hanteert, NIAZ. Allereerst wordt beschreven wat NIAZ voor organisatie is en waarom Atrium-Orbis een contract is aangegaan met de instelling. Vervolgens wordt duidelijk gemaakt wat het NIAZ 3.0-Qmentum inhoudt, om tot slot te kijken naar verschillen tussen het oude (NIAZ 2.4) en het nieuwe accreditatiesysteem (NIAZ 3.0-Qmentum). In dit hoofdstuk worden deelvragen één en twee beantwoord.

6.1 NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ACCREDITATIE IN DE ZORG

Ziekenhuizen in Nederland kiezen ervoor om op het gebied van kwaliteit geaccrediteerd te worden, zo ook Atrium-Orbis. Bij een accreditatie wordt er gecontroleerd of de organisatie aan de normen van de controlerende organisatie voldoet; in het geval van Atrium-Orbis is dit het NIAZ: Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg. Naast de organisatie NIAZ bestaat er nog een accreditatieorganisatie in Nederland: Joint Commission International (JCI). Dit is een internationale organisatie, gericht op de accreditatie van gezondheidszorginstellingen. Wanneer er naar accreditatievoorwaarden wordt gekeken, zit er niet veel verschil tussen NIAZ en JCI. Het grootste verschil is de taal waarin het accreditatiesysteem wordt verstrekt. NIAZ levert een bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van de Nederlandse en Vlaamse gezondheidszorg. Dit doet NIAZ door middel van een kwaliteitscontrolesysteem: NIAZ 3.0-Qmentum.

Atrium MC en Orbis MC werken sedert zestien en twaalf jaar samen met NIAZ. De voorkeur voor NIAZ in plaats van JCI komt voort uit het feit dat NIAZ toegespitst is op de Nederlandse zorg en de accreditatienormen zijn vertaald in het Nederlands, terwijl JCI momenteel enkel in het Engels verkrijgbaar is (JCI, 2015). Een andere reden om niet van beoordelende organisatie te wisselen, is dat beide ziekenhuizen (Orbis MC en Atrium MC) reeds gebruik maakten van NIAZ.

6.2 NIAZ 3.0-QMENTUM

NIAZ 3.0-Qmentum is voor Nederland een relatief nieuwe norm uit Canada, die is overgenomen en vertaald door NIAZ. Het normenkader waarop wordt gecontroleerd, is aangepast naar de tijd, taal en cultuur van nu. Hierdoor is het sterk veranderd ten opzichte van de vorige versies. Het uitgangspunt van NIAZ 3.0-Qmentum is het tot stand komen van kwaliteitsverbetering door het doen van kennisoverdracht en het creëren van draagvlak binnen zorginstellingen. Medewerkers uit alle onderdelen van de organisatie dienen betrokken te zijn bij de kwaliteitsverbeteringen die worden uitgevoerd, maar dienen ook betrokken te worden tijdens het accreditatieproces. NIAZ 3.0-Qmentum biedt zorgorganisaties een kwaliteitskader met instrumenten waarbinnen de kwaliteit ingericht dient te worden. Zo kan NIAZ de zorginstelling aan deze kwaliteitskaders toetsen.

Zoals al eerder beschreven, maakt NIAZ 3.0-Qmentum gebruik van negentien normensets. Deze zijn gericht op het bestuur van de organisatie, de effectiviteit van de organisatie, hygiëne en infectiepreventie en tot slot het beheer van medicatie. Binnen deze normenkaders gelden verschillende dimensies: omgeving, toegankelijkheid, veiligheid, werkomstandigheden, cliëntgerichtheid, continuïteit van zorg, effectiviteit en efficiëntie. Ziekenhuizen kunnen aan de hand van de bovenstaande normen op verschillende niveaus geaccrediteerd worden: goud, platina en diamant. Diamant is het hoogste niveau van accreditatie.

6.3 VERSCHILLEN NIAZ 3.0-QMENTUM EN NIAZ 2.4

Het nieuwe accreditatiesysteem gehanteerd door NIAZ, is NIAZ 3.0-Qmentum. Dit verschilt in veel opzichten van het systeem dat tot op heden werd gehanteerd: NIAZ 2.4. In deze paragraaf worden beide systemen op verschillende vlakken vergeleken (Qconsult Bedrijfskundige Adviseurs., z.d.).

	NIAZ 2.4 (oud)	NIAZ 3.0-Qmentum (nieuw)
Accreditatiecyclus:	Vier jaar	Vier jaar
Focus:	Toetsen en verbeteren van organisatorische randvoorwaarden	Toetsen en verbeteren van organisatorische randvoorwaarden en werk van professionals

Monitoring:	Intern auditsysteem opzetten door zorginstelling	Quality Performance Roadmap geeft weer hoe de organisatie aan kwaliteit moet werken. Intern auditsysteem geïntegreerd in kwaliteitsaanpak
Auditoren en opleiding:	Gelijkgestelden uit Nederland en Vlaanderen Trainen wanneer normen veranderen	Gelijkgestelden uit Nederland en Vlaanderen Continue training door e-learning
Accreditatienormen:	Eén norm waar alle afdelingen op worden getoetst	Negentien normensets, toegespitst op verschillende afdelingen van zorginstellingen
Software:	Geen beschikbare software	Software voor het opmaken van rapportages en zelfevaluaties en biedt extra informatie en tools voor auditoren
Zelfevaluatie:	Zelfevaluatie-rapport geschreven door afdelingshoofd Verplicht aanleveren bij NIAZ	Zelfevaluatie door invullen van normenlijsten door leidinggevenden en medewerkers van de afdeling Niet verplicht om aan te leveren bij NIAZ

Tabel 3: Verschillen NIAZ 2.4 / NIAZ 3.0-Qmentum (NIAZ, 2013)

6.4 ACCREDITATIE-EISEN NIAZ 3.0-QMENTUM

Voor het toekennen of continueren van de accreditatiestatus van het ziekenhuis is het noodzakelijk dat Atrium-Orbis naar het oordeel van het NIAZ aantoonbaar aan een drietal accreditatievoorwaarden voldoet:

1. de cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen;
2. de besturing en organisatie van de (zorg)processen is zo ingericht dat dit redelijkerwijs en reproduceerbaar leidt tot verantwoorde zorg;
3. de veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd.

Bij het werken met NIAZ 3.0-Qmentum zijn vier belangrijke stappen te onderscheiden:

1. de instelling voert een zelfevaluatie en veiligheidscultuurmeting uit;
2. actieteams gaan aan de slag met het actie- / verbeterplan dat uit beide aspecten volgt;
3. interne audits vinden plaats;
4. de externe audit vindt plaats.

Professionals uit de zorginstelling voeren zelf de stappen één tot en met drie uit.

NIAZ 3.0-Qmentum heeft een accreditatiecyclus van vier jaar, die start bij een eerste accreditatie met de online aanmelding door de instelling bij de accreditatie-instelling. Het beantwoorden van introducerende vragenlijsten en een eerste bezoek door de senior adviseur van NIAZ maakt duidelijk of de instelling klaar is voor accreditatie. Vervolgens dient de instelling te starten met stap één van de invoering: het uitzetten van zelfevaluatie- en cultuurmetingvragenlijsten. De resultaten uit de zelfevaluatie en veiligheidscultuurmeting maken duidelijk waar nog acties nodig zijn binnen de organisatie voordat de externe auditoren komen. Met het actieplan, dat voortkomt uit de zelfevaluatielijsten en veiligheidscultuurmeting, gaat de instelling aan de slag. Wanneer de verbeterpunten die uit de vragenlijsten naar voren kwamen, zijn verbeterd, vindt het externe auditbezoek plaats. Tot slot ontvangt de instelling het auditrapport en accreditatiebesluit en dient de instelling te laten zien hoe acties zijn opgepakt en wat daarvan de resultaten zijn, aan de hand van indicatoren die de instelling jaarlijks aanlevert (NIAZ, 2013). Het onderzoek in dit rapport is gericht op stap één van de stappen die Atrium-Orbis dient te ondernemen om geaccrediteerd te kunnen worden.

6.5 CONCLUSIE

Geconcludeerd kan worden dat het accreditatiesysteem NIAZ 3.0-Qmentum sterk verschilt van het vorige, NIAZ 2.4. Dit komt voornamelijk door de verandering in het aantal normensets. Verder is het gebruik van software nieuw. Bij NIAZ 3.0-Qmentum kan in tegenstelling tot NIAZ 2.4 alle informatie (waaronder de zelfevaluatie) online verwerkt worden door de servers van Canada en biedt de online portal een handvat voor auditoren om de interne en externe audits uit te voeren.

7. IMPLEMENTEREN NIEUWE NIAZ NORMEN

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de wijze van het implementeren van de nieuwe NIAZ normen. Allereerst komt het verschil tussen de oude en nieuwe situatie omtrent de zelfevaluatie gebaseerd op de NIAZ normen aan bod. Vervolgens wordt uitgelegd hoe de nieuwe normen door middel van de theorie van Mars zijn geïmplementeerd. In dit hoofdstuk worden deelvragen drie en vier beantwoord.

7.1 VOORHEEN EN NU

Zoals in voorgaand hoofdstuk beschreven, zal de organisatie van het toetsen van één overkoepelende norm naar negentien nieuwe normen gaan. Dit werd en zal worden gedaan middels een handige tool, een zelfevaluatievragenlijst. Dit is een vragenlijst die bestaat uit dezelfde items als de norm zelf. De afdeling krijgt als het ware een spiegel voorgehouden waaruit duidelijk wordt in hoeverre de afdeling aan de norm voldoet. Aan deze items dient te worden voldaan om geaccrediteerd te worden.

Voorheen was één persoon verantwoordelijk voor de zelfevaluatie van de gehele organisatie, namelijk de kwaliteitscoördinator. Deze persoon diende alle vragen uit de zelfevaluatievragenlijst te beantwoorden en onderbouwen aan de hand van bewijsstukken. De kwaliteitscoördinator moest zelf alle afdelingen benaderen om aan alle bewijsstukken te komen. Vervolgens diende de zelfevaluatie opgestuurd te worden naar NIAZ om aan te tonen dat aan de norm werd voldaan. De NIAZ auditoren gaven daarna een “go” of “no go”, indien een “go” gegeven was kwamen de auditoren toetsen of aan de norm voldaan was. Voorafgaand werd een planning gegeven waarin duidelijk werd met wie gesproken zal worden en welke punten aan bod kwamen, hierdoor konden medewerkers zich voorbereiden op het auditgesprek (Atrium MC, 2010).

Nu zegt NIAZ alleen wanneer de audit wordt uitgevoerd en welke processen aan bod komen. De auditor zoekt de weg binnen de organisatie en spreekt random medewerkers aan. Het is hierdoor van groot belang dat alle afdelingen en medewerkers zijn voorbereid op de nieuwe NIAZ normen. Iedereen dient te weten waar de zwakke en sterke punten zitten. Door het beantwoorden van de nieuwe zelfevaluatievragenlijst krijgen de afdelingen inzicht in hoeverre er aan de norm(en) wordt voldaan en wordt er tevens kennis van genomen. Deze informatie is puur voor intern gebruik om te kunnen verbeteren voordat NIAZ überhaupt komt controleren of er aan de normen wordt voldaan.

Vanaf dit jaar dient de zelfevaluatie voor het eerst zelf opgezet en geïmplementeerd te worden in alle afdelingen, dit zal een hoop tijd in beslag nemen. De essentie van de zelfevaluatievragenlijst is de nieuwe norm(en) helder te krijgen bij de afdeling en hen te leren hoe ze ermee dienen te sturen. Dit is gedaan door middel van de theorie van het vijfkrachtenmodel van Mars, zoals beschreven in de paragraaf 5.1 op pagina 26. De toepassing van het model binnen de organisatie komt in de volgende paragraaf aan bod.

7.2 VIJFKRACHTENMODEL VAN MARS TOEGEPAST

Hoe het vijfkrachtenmodel bij de verandering omtrent het implementeren van de nieuwe NIAZ3.0-Qmentum normen is toegepast wordt in deze paragraaf duidelijk. Per onderdeel is uitgelegd hoe deze kracht is geïmplementeerd binnen de afdelingen van Atrium-Orbis die meededen aan het onderzoek. De volgende vijf krachten zullen de revue passeren: urgentie, ambitie, planning, interactie en leiderschap.

7.2.1 URGENTIE

Allereerst wordt gekeken hoe de aard, de ernst en de oorzaken van de noodzaak van verandering onderbouwd kunnen worden om urgentiegevoel maximaal te kunnen aanboren. Er dient een keuze gemaakt te worden uit een plichtsgedreven-, wensgedreven- en probleemgedreven verandering (Mars, 2006). Bij Atrium-Orbis gaat het om een plichtsgedreven verandering: “We moeten een nieuw accreditatiesysteem met bijbehorende kwaliteitsnormen implementeren.” Als de urgentie blijft hangen in een plicht van boven, weten de medewerkers niet beter dat er veranderd wordt omdat het

nu eenmaal moet. Door deze reden is de verandering ook omschreven als een wensgedreven verandering: “We willen continue verbetering realiseren door de nieuwe normen per afdeling te implementeren die ervoor zorgen dat medewerkers meer betrokken raken en de norm(en) concreter en herkenbaarder wordt”. Deze omschrijving geeft aan dat er geen groot probleem is maar het altijd beter kan, iets waar Atrium-Orbis naar streeft. De bedoeling is dat iedere afdeling een eigen zelfevaluatievragenlijst krijgt waarbij de vragen aan de hand van de normen zijn toegespitst naar de eisen en werkzaamheden van de afdeling. Op deze manier kan de afdeling beter sturen op de eigen verbeteringen en zorgen dat hier continu aandacht aan wordt besteed.

Een extra alternatief om de urgentie van de verandering over te dragen is pijnmanagement. Denk aan het uitbeelden van concurrentie en als enige het niet behalen van het NIAZ certificaat in afbeeldingen en grafieken waarin duidelijk wordt wat er gebeurd mits Atrium-Orbis niet mee gaat in de verandering. Dit is een handig hulpmiddel bij groepen die anders moeten gaan werken maar de indruk wekken zelf geen last te hebben van de huidige situaties. Deze indruk is echter niet gewekt binnen de groepen, er werd met lof en enthousiasme gesproken over de verandering.

7.2.2 AMBITIE

Het is belangrijk dat de verandering van NIAZ al bij de start zo concreet mogelijk is en dat de betekenis ervan voor de doelgroep wordt verhelderd. Het al vóór de invoering voelbaar maken van wat de verandering concreet betekent, is hierbij een belangrijk hulpmiddel. Dit is gedaan door vooraf presentaties te geven over welke verandering er gaat komen en de betekenis hiervan. Hierbij kwamen aspecten aan bod als: wat verandert er voor de medewerkers, wat blijft hetzelfde en wat zijn de voor- en nadelen van deze verandering. Samengevat gaat het erom dat iedere afdeling op zijn eigen manier de norm(en) kan gaan implementeren door middel van de zelfevaluatievragenlijst en vervolgens de verbeterpunten aanpakt. De wijze waarop dit gebeurt, kan bij iedere afdeling verschillend zijn. Verder is de manier van overbrengen belangrijk bij het uitdragen van ambitie, de verandering is dan ook als een uitdaging gepresenteerd. De presentatie is te zien in bijlage X. Na deze presentatie konden vragen en onduidelijkheden behandeld worden waardoor een deel van de weerstand weggenomen werd. Verder is rekening gehouden met valse consensus. Dit is gedaan aan de hand van afbeeldingen en schema's ter verduidelijking over hoe de verandering er binnen Atrium-Orbis uit gaat zien. Beelden kunnen goed werken om de streefsituatie tot leven te wekken en zeggen meer dan 1000 woorden geeft Mars aan. Tevens blijkt uit onderzoek van Mindlab International: dat het menselijk brein effectiever werkt wanneer informatie wordt beoordeeld op een visuele manier in plaats van een presentatie in cijfers en woorden (Linsink, 2014).

7.2.3 PLANNING

Binnen planning is het van belang om de juiste veranderstrategie te kiezen. In de veranderstrategie wordt duidelijk hoe er aan verbinding gewerkt gaat worden. Het van bovenaf opleggen van nieuwe prestatienormen aan een organisatie behoort tot de moeten-veranderstrategie (Mars, 2006). Dit gebeurt ook bij Atrium-Orbis aangezien de normen door middel van accreditatieniveaus beoordeeld (gaan) worden. De valkuil van deze verandering is dat er te weinig rekening gehouden wordt met wat de medewerkers motiveert, hindert, en kan, en deze dus al bij voorbaat afhaken. Dit is een veranderstrategie die niet goed werkt binnen Atrium-Orbis omdat de gehele organisatie het erg druk heeft door de fusie en het invoeren van nieuwe ICT-systemen. Medewerkers zullen de verandering zonder overleg niet accepteren. Om dit te voorkomen is deze strategie samen met de willen-strategie toegepast. Binnen de willen-strategie wordt er namelijk wel rekening gehouden met de voorkeuren en belangen van de medewerkers. Dit is gedaan door de streefsituatie toe te snijden op de voorkeuren en wensen van de medewerkers, door de medewerkers zelf te laten beslissen wanneer de verandering in gang wordt gezet en hoe het gedaan dient te worden binnen hun eigen afdeling. Deze combinatie lijkt in eerste instantie tegenstrijdig maar de organisatie moet de nieuwe prestatienormen invoeren voor juni 2016 maar hoe en wanneer dit gedaan wordt zijn de medewerkers deels vrij in, er wordt gekeken naar wat iedere afdeling wil. De willen-strategie dient dan ook als hoofdstrategie en de moeten-strategie als secundaire strategie binnen Atrium-Orbis.

Na het kiezen van de strategieën dient het veranderplan opgesteld te worden.

Het veranderplan met bijbehorende interactievormen die bij de willen- en moeten-veranderstrategie horen en zijn toegepast, zijn:

1. het mededelen van de verandering;
2. het inspireren van de voordelen;
3. het geven van inspraak aan medewerkers;
4. het onderhandelen van de manier waarop de verandering dient te geschieden;
5. het instrueren van de vragenlijst en bijbehorende taken;
6. het samen uitwerken van de verbeterpunten;
7. het bedanken van de medewerkers.

Deze stappen worden bij het onderdeel 'Interactie' uitgewerkt.

Ten slotte dienen werkgroepen ingesteld te worden die (mede) bezet zijn met mensen uit de doelgroep. Deze kunnen dan meedenken over de invulling van de gekozen hoofdrichting, dit wordt ook in het onderdeel 'Interactie' verder uitgewerkt.

7.2.4 INTERACTIE

Bij interactie kan de doelgroep een inbreng leveren, worden de medewerkers blootgesteld aan het verhaal en kunnen weerstanden opgevangen worden. De interactievormen die bij het voorgaande onderdeel 'planning' zijn geïntroduceerd, worden in deze kracht behandeld.

Mededelen

Bij de eerste interactievorm 'het mededelen van de verandering', is het van belang dat de doelgroep vragen kan stellen, reacties kan geven en twijfels kan uiten, dan pas kan een boodschap landen. Voor deze interactievorm is dan ook genoeg tijd en ruimte beschikbaar gesteld tijdens en na de presentatie want dan pas kan een boodschap bekeken en begrepen worden. Wanneer dit niet zou zijn gedaan, bestaat er de kans dat de weerstand groter zou zijn.

Inspireren

Bij de tweede interactievorm 'het inspireren van de voordelen', is het uitstralen van de waarde van de verandering het belangrijkste aspect. Dit is gedaan door de verandering als een uitdaging te presenteren, hierbij is rekening gehouden met het doorslaan in het uitdragen van de ambitie. Het kan namelijk nadelig werken als het woord minpunten niet wordt benoemd maar dit achteraf wel zichtbaar wordt. Door deze reden zijn de prestatienormen als een meetinstrument gepresenteerd die ervoor zorgt dat de minpunten als verbeterpunten aangepakt kunnen worden.

Inspraak

De derde interactievorm is 'het geven van inspraak aan medewerkers'. De leidinggevenden en medewerkers kunnen zelf bepalen wanneer er meegedaan wordt aan de verandering. Er bestaat de keuze tussen, nu te beginnen met het implementeren van de nieuwe normen of op een later tijdstip. De leidinggevende kan zelf namelijk het beste inschatten of de medewerkers op dit moment meegaan met de verandering of niet. Van alle afdelingen doen de afdelingen: cardiologie, reumatologie, dialyse, wondzorg van Mitralis en psychologie als eerste mee aan de verandering. Nadat duidelijk was welke afdelingen participeerden, was het van belang om een werkgroep per afdeling op te richten. Het vormen van een werkgroep is een belangrijk punt bij het onderdeel interactie. De werkgroep zal ervoor gaan zorgen dat er een continu verbetering kan ontstaan binnen de afdeling. "Hoewel de literatuur over continu verbeteren nog gebrekkig is, nemen toch veel organisaties initiatieven op dit gebied, beweren Lange-Ros, Boer en Krabbendam". Vaak wordt daarbij aandacht gegeven aan het betrekken van medewerkers in de gehele organisatie bij het verbeteren van hun eigen werk, dit is iets waarbij Atrium-Orbis op het gebied van kwaliteit en veiligheid zoekende is. "Een methode die bij continu verbeteren vaak wordt gebruikt is het verbeterteam", volgens Lange-Ros, Boer en Krabbendam. Een werkgroep/verbeterteam is een groep mensen die, vaak met behulp van een coach, probeert problemen in het eigen werk te identificeren en op te lossen. Een verbeterteam kan worden gebruikt in alle lagen en op alle plaatsen binnen een organisatie.

Er kan een team worden opgericht met alleen leidinggevend en medewerkers van ondersteunende afdelingen, maar natuurlijk kunnen er ook teams worden opgericht waarin mensen zitten van verschillende afdelingen. Deze laatste methode wordt gehanteerd en geadviseerd naar alle afdelingen toe, aangezien er dan een diversiteit aan medewerkers bereikt wordt. Er is in overleg met de afdelingen bepaald welke medewerkers er in de werkgroep zitting willen nemen. Uiteindelijk had iedere afdeling een eigen werkgroep bestaande uit diverse medewerkers die allen evenveel inspraak kregen over het implementeren van de normen aan de hand van een vragenlijst.

Onderhandelen

Vervolgens zijn afspraken gemaakt om 'te onderhandelen over de manier waarop de verandering dient te geschieden'. Dit is de vierde interactievorm en behandelpunt in het veranderplan. Het onderhandelen gebeurde in samenspraak met de kwaliteitscoördinator en de werkgroep. Door inspraak en ruimte voor onderhandeling te geven kan de veranderaar zorgpunten honoreren maar hij moet ook helder zijn als er geen water bij de wijn kan worden gedaan (Mars, 2006). Dit is ook bij de werkgroep gebeurd op momenten waarop men vragen die wel degelijk van belang waren, weg wilde laten. Op dat moment heeft de kwaliteitscoördinator uitgelegd waarom deze er wel in dienen te staan en de medewerkers hiervan overtuigd. Iedere werkgroep heeft dus overlegd hoe de vragenlijsten er voor de eigen afdeling uit komen te zien. De vragenlijsten aan de hand van de originele norm(en) zijn ontzettend lang, gemiddeld 150 vragen. Dit bleek te lang om de medewerkers te laten invullen. Vragen die onduidelijk waren of niet van toepassing waren, zijn weggelaten. Van belang was dat alleen vragen gesteld werden die binnen de invloedssfeer van de medewerkers liggen, zodat deze er zelf ook wat aan hebben. De overige vragen werden door de leidinggevende opgepakt, deze kregen een andere vragenlijst. Dit resulteerde bij een aantal afdelingen voor verbeteringen. Bij een aantal bestond de vragenlijst nog uit ongeveer 110 vragen. Het overtuigen van de medewerkers om deze lange vragenlijst in te vullen was een enorme klus, hierdoor zijn afdelingen uiteindelijk nog afgehaakt en kozen ervoor om dit in een rustigere periode op te pakken. De opmerkingen en unanieme keuzes omtrent de opzet van de vragenlijst staan in bijlage V. Aan het einde van de bijeenkomst is in onderling overleg bepaald wie welke taken op zich neemt en wie welke bijdrage gaat leveren in het samenwerkingsproject. De onderzoeker zal de vragenlijsten opzetten en de werkgroep zorgt ervoor dat alle medewerkers op de hoogte gesteld worden van de vragenlijst en hiervan minimaal 25% aan mee doet. Vervolgens zijn de vragenlijsten voor zowel medewerkers als leidinggevend opgesteld in de portal waarna deze door middel van een link online ingevuld konden worden, een voorbeeld van de vragenlijst is te zien in bijlage IV. Voor afdelingen die de voorkeur hadden om de vragenlijsten schriftelijk in te vullen is een aparte vragenlijst gemaakt, deze is terug te zien in bijlage IV.

Instrueren

Na het opzetten van de vragenlijsten is het van belang dat de vragenlijsten op de juiste manier worden uitgezet, de manier die het beste bij de afdeling past. In onderstaande tabel zijn de mogelijke manieren voor het uitzetten van de zelfevaluatievragenlijst met daarbij de voor- en nadelen gezet.

	Manieren van uitzetten	Voordelen	Nadelen
Afname	1. Individueel	✓ Geven van eigen mening	✗ Afraffelen
	2. Gezamenlijk (consensusgroep)	✓ Direct kijken naar verbeteringen	✗ Elkaar beïnvloeden ✗ Niet het juiste beeld krijgen
Frequentie	1. Ieder jaar 25%	✓ Continu verbeteren ✓ Voortgang jaarlijks te meten op verbeteringen voorgaande jaren	✗ Meer tijd investeren aan verbeterplannen
	2. Eens per 4 jaar 100%	✓ Meer voorbereidingstijd	✗ Meer verbeteringen in eens ✗ Veel mensen in 1x veel tijd kwijt
Wijze van	1. Digitaal	✓ Resultaten betrouwbaarder	✗ Overzicht van vragenlijst

uitzetten		pas zichtbaar tijdens invullen
2. Papier	✓ Indien geen/weinig pc's ✓ Oude generatie gewend aan het invullen via papier ✓ Beeld van de gehele vragenlijst krijgen ✓ Makkelijker om aantekeningen te maken	✗ Kans op overnamefout bij verwerken pc vergroot ✗ Sneller vragenlijsten verliezen

TABEL 4: MANIEREN VAN UITZETTEN ZELFEVALUATIE

De manieren zijn besproken met de werkgroep, die hieruit een keuze heeft gemaakt. De dialyse-afdeling had gekozen om de afname individueel te doen zodat de medewerkers zelf konden indelen wanneer de vragenlijst ingevuld werd. Verder zet de afdeling de vragenlijst ieder jaar uit om continu verbetering te realiseren en wordt de vragenlijst deels digitaal en deels via papier ingevuld. Dit laatste omdat de afdeling niet beschikte over voldoende pc's op de afdeling en medewerkers het graag op het werk tijdens daluren wilden invullen. De afdeling wondzorg had gekozen om de vragenlijst samen in te vullen aan de hand van een consensusgroep omdat de werkgroep aangaf dat de medewerkers uitleg en verduidelijking nodig hadden bij enkele vragen. En er op deze manier over verbeteringen nagedacht kon worden indien de vraag negatief beantwoord werd. Dit is dan ook gebeurd. Verder heeft de afdeling samen met 25% van de medewerkers de vragenlijst ingevuld, om de verbeteringen ieder jaar te kunnen meten met steeds 25% van de medewerkers. De vragenlijst is ingevuld op papier zodat er meteen opmerkingen bij geschreven konden worden. Dit kan namelijk niet bij de digitale versie. Ten slotte had de leider van team Aesclepios, afdeling psychologie ervoor gekozen om de vragenlijst individueel en digitaal in te vullen aangezien deze afdeling het druk heeft en dit liever in het weekend deed. Bij dit team zal 100% van de medewerkers de vragenlijst invullen aangezien het hier slechts gaat om een totaal van zeven medewerkers.

Bij het invullen van de vragenlijst door middel van papier is vooraf een korte instructie gegeven en nogmaals uitgelegd wat de bedoeling is omtrent het invullen van de vragenlijst. Bij de digitale manier is een informatieve mail gestuurd met daarin de link zodat deze medewerkers ook voorzien werden van een korte instructie. Er is een standaard mail opgesteld om de zelfevaluatie te sturen, deze mail kon de leidinggevende eventueel naar eigen wensen aanpassen. De standaard mail staat vermeld in bijlage XI. Achteraf gezien was er ook de optie om beide wijzen van uitzetten te combineren, hiermee haal je de nadelen van zowel het digitaals als via papier invullen weg.

Uitwerken

Uit de zelfevaluatievragenlijsten komen resultaten voort aan de hand van gekleurde vlakken zoals in paragraaf 5.2 'Stoplichtmodel' is beschreven. Aan de hand van deze vlakken kan eenvoudig worden beoordeeld welke punten verbeterpunten zijn. Bij de vragenlijst van het team Aesclepios zijn geen resultaten beschikbaar gesteld. Deze afdeling voldoet niet aan het minimum aantal respondenten van vijf, om een resultatenrapport te genereren. Bij de dialyse-afdeling is het oppakken van de verbeterpunten samen met de werkgroep gedaan. Deze groep heeft bepaald welke punten worden aangepakt en hoe dit dient te gebeuren. Dit staat beschreven in een verbeterplan, die beschreven wordt in paragraaf 10.1 van het hoofdstuk 'Verbeterpunten zelfevaluatie'. Bij de afdeling wondzorg is dit grotendeels samen gedaan met de consensusgroep en verder uitgewerkt met de werkgroep, deze uitwerkingen zijn te vinden in paragraaf 10.2 van het hoofdstuk 'Verbeterpunten zelfevaluatie'. Hoe deze verbeteringen uiteindelijk zijn doorgevoerd en aangepakt is op dit moment nog niet duidelijk en wordt daarom niet meer beschreven in dit onderzoeksrapport. Een andere manier om de aanpak van de verbeterpunten te bepalen is, door de gehele afdeling erbij te betrekken. Alle medewerkers krijgen hierbij evenveel inspraak. Om het opzetten van een verbeterplan overzichtelijk te houden is het van belang om de gehele afdelingen in groepen op te delen. Hierbij kan iedere medewerker die de vragenlijst heeft ingevuld, samen met een groep overige medewerkers één of enkele verbeterpunten oppakken. Deze medewerkers zijn namelijk bij het hele proces betrokken geweest en kunnen dan eventuele vragen en onduidelijkheden uitleggen aan de overige medewerkers.

Bedanken

De waarde van immateriële beloning wordt vaak onderschat. Het geven van welgemeende complimenten is de beloningsvorm die het minste kost en het meeste oplevert (Mars, 2006). Er is van de gelegenheid gebruikt gemaakt om een 'gratis geschenk' uit te delen, namelijk aan de hand van persoonlijke bedankjes door de onderzoeker. Hierdoor is de voldoening zelf ervaren die met het geven van complimenten gepaard gaat. Een andere manier om medewerkers te bedanken, is bijvoorbeeld het trakteren op een stuk vlaai of broodjes tijdens het invullen van de vragenlijst. Deze manier wil de RVE 3 'hart en longen' gaan hanteren bij het uitzetten van de lange vragenlijst.

7.2.5 LEIDERSCHAP

Het leiderschap per veranderaar, zal per verandering verschillen. Binnen de verandering van Atrium-Orbis is gehandeld vanuit en gericht op de doelgroep. De doelgroep heeft veel begrip gekregen vanwege de vele prioriteiten die de organisatie momenteel kent. De urgentie en ambitie zijn toegespitst en er is een veranderstrategie gekozen die past bij de organisatie.

Binnen de verandering bij Atrium-Orbis is iedere leidinggevende van de afdeling het boegbeeld van die afdeling. Deze persoon bepaalde of er aan de verandering werd deelgenomen en waarom wel of niet. Normaal dient het middenmanagement ook overtuigd te worden aangezien deze een belangrijke schakel is tussen de hoogste leidinggevende en de medewerkers. Hier was bij de onderzochte afdelingen echter geen sprake van omdat er geen hogere functie zit tussen de afdelingshoofd en medewerkers. De opgestelde werkgroepen beschikken ook over leiderschap. Deze groep vertegenwoordigt de gehele afdeling bij het opzetten van de vragenlijst. Wat de werkgroepen beslissen geldt niet alleen voor anderen, maar ook voor het eigen onderdeel en dus voor de eigen mensen van de afdeling. Een werkgroep lid die zich hiervan bewust is, stelt zich anders op dan wanneer alleen over anderen wordt beslist. Binnen de werkgroepen kwam duidelijk naar voren dat iedereen zich moeite deed om de norm te begrijpen en anderen te voorzien van uitleg indien deze het niet begreep.

Ten slotte hoort een bijeenkomst waarbij een gastspreker zijn ervaringen presenteert over de verandering, ook bij het onderdeel leiderschap. Binnen Atrium-Orbis is, senior adviseur Bressers van NIAZ komen presenteren over de verandering omtrent de kwaliteitsnormen. De medewerkers van Atrium-Orbis konden de verandering nog beter plaatsen, door er vanuit verschillende invalshoeken naar te kunnen kijken en vragen te stellen aan iemand anders dan alleen de veranderaar binnen de organisatie zelf. Op deze manier kan een groot deel van de weerstand weggenomen worden.

7.3 CONCLUSIE

Organisaties blijven een verzameling van mensen en het gedrag is niet erg rationeel en voorspelbaar. Maar helemaal onbestuurbaar en onbeheersbaar is het volgens Mars inziens niet. Het vijfkrachtenmodel van Mars is een handig hulpmiddel om een verandering te sturen maar er dient wel zicht gehouden te worden op het feit dat niet alleen iedere organisatie maar zelfs iedere afdeling of team geheel anders is. Indien de ontzettend lange zelfevaluatievragenlijsten zonder de stappen van de theorie van Mars zouden zijn uitgezet, bestaat er een grotere kans dat de meeste medewerkers het maar snel ingevuld hadden omdat het moet en zal het aantal respondenten minder zijn geweest.

Het controleren en aanpassen van de normensets door de werkgroep kost veel tijd terwijl achteraf weinig vragen weg kunnen. Achteraf gezien kan dat ook door één persoon gedaan worden of medewerkers gebruiken de antwoordmogelijkheid 'Niet van toepassing'. Het is hierbij wel van belang dat de werkgroep wel over de andere zaken medezeggenschap krijgt om een waardevol gevoel te creëren. Ondanks de inspraak kan tijdsdruk er toch voor zorgen dat medewerkers niet mee doen.

Ten slotte zou een combinatie tussen het digitaal en via papier invullen nog een handige optie zijn. Door eerst de norm via papier te overhandigen en uit te leggen zodat medewerkers aantekeningen kunnen maken en het vervolgens digitaal laten invullen om foute overnames te voorkomen.

8. VERANTWOORDING FEITELIJK ONDERZOEK

In dit hoofdstuk wordt het proces van het feitelijke onderzoek verantwoord. Hier wordt aangegeven op welke manier het onderzoek in de praktijk is uitgevoerd en op welke aspecten het is afgeweken van de geplande aanpak. In de eerste paragraaf komen de resultaten van het vooronderzoek aan bod. In de tweede paragraaf de afwijkingen van de geplande onderzoeks aanpak, waarna in de derde paragraaf de wijze van data handling beschreven wordt. Ten slotte is een conclusie geschreven.

8.1 RESULTATEN VOORONDERZOEK

Er is eerst een vooronderzoek gedaan, voordat er aan het feitelijke onderzoek is begonnen. Zoals in het hoofdstuk 'Onderzoeks aanpak' is beschreven, is het online onderzoek gedaan aan de hand de NIAZ portal. Deze portal diende eerst eigen te worden gemaakt. Daarom is gekozen om eerst testen uit te voeren van verschillende zelfevaluatievragenlijsten. Op basis van deze testen is inzicht verkregen in de keuzes en aanpassingen omtrent het aanmaken van een zelfevaluatievragenlijst. Zo is ontdekt dat er minimaal vijf respondenten nodig zijn voor het systeem om een overzicht met resultaten aan te maken. Indien de vragenlijst aan de hand van een consensusgroep is beantwoord, kan dit aangevinkt worden en worden wel resultaten beschikbaar gesteld. Hierbij was het belangrijk om te weten dat de zelfevaluatie automatisch sloot na beantwoording van één vragenlijst. Verder werd duidelijk dat er eventuele open vragen toegevoegd kunnen worden en dat er voorafgaand aan de vragenlijst een keuze in functies dient te worden gemaakt. Dit stond vooraf nergens beschreven. Na het beantwoorden van de 'test vragenlijsten' bleek dat de resultaten niet direct beschikbaar waren maar de portal hier 24 uur voor nodig had, omdat deze in Canada gehost is bij Qmentum International. Zo dienden afspraken, waarbij het invullen van de zelfevaluatievragenlijst en de resultaten op dezelfde dag besproken zouden worden, aangepast te worden.

8.2 DOELGROEP

De doelgroep is meerdere keren aangepast tijdens de beginfase van het onderzoek. Dit zorgde voor veel onduidelijkheid. Allereerst was het de bedoeling dat het merendeel van de afdelingen van RVE 3 'hart en longen' meededen aan het onderzoek, van zowel de locatie Heerlen als Sittard. De afdelingen uit Sittard binnen deze RVE redde het na lang overleg niet om de zelfevaluatie uit te voeren binnen een tijdsbestek van zestien weken. Deze hebben wel al de werkgroep en vragenlijst klaar, zo gauw er tijd is wordt deze dan ook uitgezet. Vervolgens was het de bedoeling dat het onderzoek bij alle afdelingen van de locatie Heerlen zou geschieden. Ook deze afdelingen lukten het uiteindelijk niet om mee te doen tijdens de drukke periode. Uiteindelijk deden de dialyse-afdeling, onderdeel van RVE 'hart en longen' locatie Heerlen, de afdeling wondzorg van Mitralis (MECW) en het team Aesclepios mee aan het onderzoek. Het team Asclepios deed, zoals afgesproken, binnen dit onderzoek alleen mee aan de voorbereidingen en het uitzetten van de zelfevaluatievragenlijst. De verbeterpunten zullen op een later tijdstip aangepakt worden.

8.3 RESPONS

Het doel van het onderzoek was om minimaal 25% van de medewerkers van iedere afdeling de zelfevaluatievragenlijst te laten invullen en een verbeterplan op te stellen. Dit is echter niet gelukt bij het team Aesclepios. Hierbij diende zeven medewerkers de zelfevaluatievragenlijst in te vullen om aan 100% respons te voldoen. Echter hebben maar vier medewerkers de vragenlijst ingevuld. Het minimale aantal vereiste respondenten is vijf om resultaten te kunnen gegenereerd. De oorzaak hiervan was dat de medewerkers toch geen tijd bleken te hebben en dat dit verkeerd is ingeschat. Bij de dialyse-afdeling werken 52 medewerkers met als functie verpleegkundige en hiervan zijn er dertien ingevuld. Dit geeft een respons van 25%. Van de leidinggevenden heeft 100% de vragenlijst ingevuld, namelijk één persoon. En bij de afdeling wondzorg werken 27 medewerkers. Hierbij is gebruikt gemaakt van een consensusgroep waarbij zeven medewerkers aanwezig waren, dit geeft ook een respons van 25%. De twee leidinggevenden van de afdeling wondzorg hebben samen de vragenlijst ingevuld waardoor dit een respons geeft van 100%.

8.4 VRAGENLIJST

Bij de vragenlijst zijn de volgende antwoordmogelijkheden: ‘Helemaal mee eens’, ‘Mee eens’, ‘Neutraal’, ‘Mee oneens’, ‘Zeer mee oneens’, ‘Weet niet’ en ‘Niet van toepassing’. Doordat de vragenlijst in overleg met de werkgroep wordt toegespitst naar iedere afdeling is de optie ‘Niet van toepassing’ overbodig, aangezien alle verkeerde en niet bijbehorende vragen eruit zijn gehaald. De optie ‘Weet niet’ wordt niet opgenomen in de berekening van de resultaten, terwijl het wel een aandachtspunt is als het merendeel van de respondenten deze antwoordmogelijkheid kiest. Afdelingen hebben gelet of deze optie vaker voor kwam. Dit was echter niet het geval. Na het schriftelijk onderzoek bleek tevens dat de Word documenten met normen op de NIAZ website, niet overeen kwam met de vragen in de portal. Deze fouten kwamen aan het licht bij het invoeren van de antwoorden in de NIAZ portal. Enkele vragen stonden niet in het Word document die echter wel in de portal gesteld worden waardoor de respondenten hier geen antwoord op hebben gegeven. Dit zorgde ervoor dat enkele vragen niet meegerekend mochten worden in de resultaten en daardoor ook niet meegenomen konden worden in het verbeterplan. Het ging in totaal om drie vragen bij de dialyse-afdeling met als functiegroep ‘medewerkers’, namelijk de vragen: 7.6, 7.7 en 9.5. Deze zijn te zien in bijlage VII. Deze fout is doorgegeven aan NIAZ en bleek echter nog niet eerder te zijn ontdekt. NIAZ gaat dit nu aanpassen.

8.5 WIJZE VAN DATA HANDLING

De data handling heeft tijdens het onderzoek plaatsgevonden door gebruik te maken van de NIAZ portal. Binnen de portal kan er onderscheid worden gemaakt tussen diverse personen aan de hand van toegekende bevoegdheden. Ingesteld is dat alleen de onderzoeker en opdrachtgever over alle bevoegdheden beschikken maar overige collega's slechts tot enkele zaken zijn bevoegd zodat er niets in de resultaten kan worden aangepast. De portal zorgt er tevens voor dat de gebruiker stapsgewijs een zelfevaluatievragenlijst kan aanmaken en na het invullen hiervan beschikt over de resultaten in een schematisch overzicht. De resultaten worden door het programma automatisch in Excel gezet. De medewerkers krijgen allen een link toegestuurd waarna deze naar de vragenlijst worden geleid, indien de vragenlijst is afgesloten kunnen de medewerkers verder niks meer met de link doen. De schriftelijke onderzoeken zijn direct na het invullen door de onderzoeker meegenomen en bewaard in een afgesloten kast. Pas nadat alle vragenlijsten in de portal waren verwerkt en gecontroleerd op juistheid, zijn de schriftelijke vragenlijsten vernietigd. Het kwalitatieve onderzoek door middel van groepsdiscussies is door de onderzoeker tussentijds genoteerd in Excel waardoor er geen sprake was van informatieverlies en dergelijke.

8.6 CONCLUSIE

De veranderingen in de beginfase hebben geen invloed gehad op de uiteindelijke resultaten, maar wel op het proces tot het uitzetten van de zelfevaluatievragenlijst. De doelgroep is meerdere malen aangepast en daarmee ook de vragenlijsten. Team Aesclepios, van de afdeling psychologie, is de enige groep respondenten waarvan het onderzoek niet bruikbaar is. Gebleken is dat gespecialiseerde bedrijven als NIAZ ook fouten kunnen maken en/of fouten in de ICT-systemen hebben. Zo kwamen de normen in de Word documenten niet overeen met de normen in de portal, waardoor bij het schriftelijk onderzoek een drietal vragen niet konden worden meegerekend in de resultaten. Het is dus van belang om niet blind te vertrouwen op een bestaand systeem. Verder was het uitzetten van test vragenlijsten erg bruikbaar aangezien erna duidelijk werd hoeveel extra opties en onvoorziene situaties zich nog voordeden. Verder dient eerst de manier van onderzoeken geheel duidelijk te zijn voordat andere onderdelen al gepland worden, zo kan er rekening gehouden worden met onvoorziene omstandigheden. Ten slotte zorgde het algoritme omtrent de antwoordmogelijkheid ‘Weet niet’ voor een vertekend beeld. Deze optie wordt niet meegerekend in de resultaten, terwijl de afdeling wel degelijk stil moet staan bij deze optie. Indien het merendeel deze optie kiest bij een vraag kan het zijn dat de medewerkers niet bekend zijn met de vraag of dat deze niet begrepen wordt.

9. ONDERZOEKSRESULTATEN

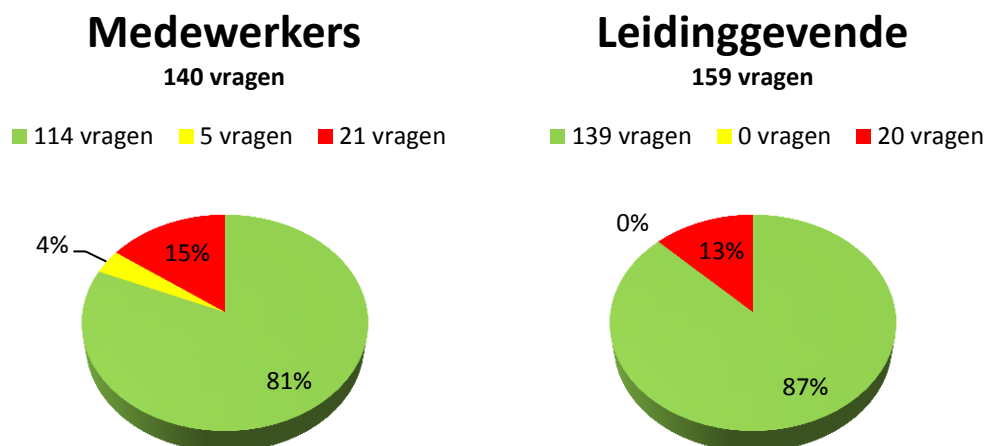
In dit hoofdstuk worden de resultaten van de zelfevaluatievragenlijsten toegelicht. Allereerst wordt kort toegelicht welke afdelingen met bijbehorende normen als resultaten worden aangemerkt. Vervolgens wordt aan de hand van een voorbeeld uitgelegd wat de resultaten inhouden en hoe men deze dient te lezen. De volledige onderzoeksresultaten staan in de bijlagen VI, VII, VIII en IX. In dit hoofdstuk wordt deelvraag vier deels beantwoord.

9.1 DIALYSE-AFDELING

Bij de dialyse-afdeling is de norm Medische (niet-chirurgische) zorg toegepast. De resultaten uit de zelfevaluatievragenlijst hebben betrekking op:

- investeren in medische zorg;
- over de juiste mensen beschikken;
- medische zorg van goede kwaliteit verlenen;
- voorzien in toegankelijke en efficiënte klinische informatiesystemen;
- resultaten positief beïnvloeden.

Wat betreft de scores van de dialyse-afdeling, deze worden getoond aan de hand van een cirkeldiagram in figuur 2 en figuur 3. Deze figuren geven het percentage groene, gele en rode vlaggen van de vragenlijst weer. De afdeling scoort slecht op punten als het uitvoeren van belangrijke trainingen, het vastleggen van responstijden op zorg- en informatievragen, informed consent, screening en inenting besmettelijke ziekten, valpreventie en pijnbeoordeling.



FIGUUR 2: RESULTATEN MEDEWERKERS DIALYSE-AFDELING

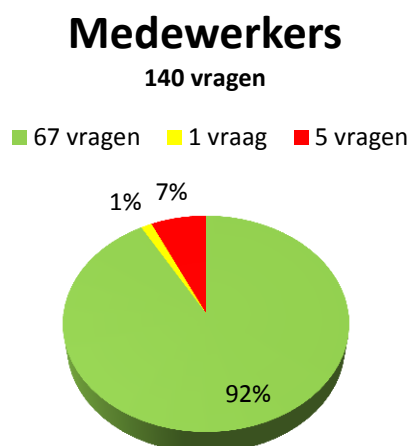
FIGUUR 3: RESULTATEN LEIDINGGEVENDE DIALYSE-AFDELING

9.2 AFDELING WONDZORG VAN MITRALIS

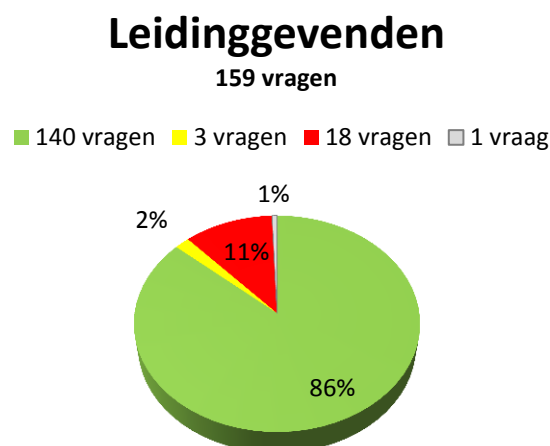
De norm 'Zelfstandige instellingen voor medisch-specialistische zorg' past het beste bij de afdeling wondzorg van Mitralis. Hierbij hebben de resultaten uit de vragenlijst betrekking op de volgende onderwerpen:

- een effectieve instelling opzetten;
- zorgen voor veiligheid in de instelling;
- over de juiste mensen beschikken;
- medisch-specialistische zorg verlenen;
- cliëntgegevens bewaren;
- toezien op de veiligheid en kwaliteit van medisch-specialistische zorg.

Wat betreft de scores van de afdeling wondzorg, deze worden getoond aan de hand van een cirkeldiagram in figuur 4 en figuur 5. Deze figuren geven het percentage groene, gele en rode vlaggen van de vragenlijst weer. Het grijze hokje in figuur 5 staat voor de optie 'Weet niet'. Binnen deze afdeling werd slecht gescoord op punten als patiëntveiligheid, erkenning van teamleden, informed consent en tijdig toegang tot cliëntgegevens.



FIGUUR 4: RESULTATEN MEDEWERKERS AFDELING WONZORG



FIGUUR 5: RESULTATEN LEIDINGGEVENDEN AFDELING WONZORG

9.3 VOORBEELD RESULTATEN ZELFEVALUATIEVRAGENLIJST

In tabel 5 op pagina 42 staat een deel van de resultaten benoemd. Dit overzicht is als leidraad genomen om de resultaten van de zelfevaluatievragenlijst uit te leggen.

In de eerste kolom wordt aangegeven om welke vraag het gaat binnen de zelfevaluatievragenlijst die overeenkomt met de stelling in de norm. Het komt regelmatig voor dat de vragen verspringen, bijvoorbeeld van 2.6 naar 2.9. De reden hiervoor is dat vragen zijn vervallen doordat deze niet van toepassing of reeds beschreven zijn. In de kolom 'Criterium' staat de vraag waar aan voldaan moet worden. In de kolom 'Vlag' wordt in één oogopslag inzichtelijk welke vragen aangepakt dienen te worden. In het voorbeeld dient dit bij de eerste vraag te gebeuren aangezien deze vraag beoordeeld is met een rode vlag. Vlaggen kunnen ook geel of groen zijn. De vierde kolom 'Criterium met hoge prioriteit' geeft aan of het een vraag met een hoge prioriteit is, deze hebben te maken met veiligheid, ethiek, risicobeheer en kwaliteitsverbetering. Vragen met een hoge prioriteit worden strenger beoordeeld, hiervan dient minimaal 80% van de ondervraagden de vraag met 'Mee eens' of 'Helemaal mee eens' te hebben beantwoord. Bij de vragen zonder hoge prioriteit is dit 50%. In de kolom 'VIR' wordt duidelijk of het om een VIR (Vereiste Instellingsrichtlijn) gaat. Een vereiste instellingsrichtlijn is een essentiële praktijk die organisaties moeten hanteren om de patiënt- en cliëntveiligheid te verbeteren en risico's te minimaliseren. Een VIR wordt onderverdeeld in sub-vragen die allen te maken hebben met acties om aan de hoofdvraag te voldoen. In de kolom 'Niveau' staan de niveaus goud, diamant en platina. Dit is nu echter niet van belang, omdat NIAZ alle zorginstellingen voorlopig nog alleen op goud accrediteert.

In de kolommen zeven tot en met zestien staan de antwoordmogelijkheden van 'Helemaal mee eens' tot 'Zeer mee oneens' benoemd met daarbij eerst het aantal gekozen antwoorden en vervolgens het percentage ten opzicht van het totale aantal gegeven antwoorden. In kolom zeven 'Helemaal mee eens #' staat dus bij de eerste vraag dat één van de dertien ondervraagden gekozen heeft voor 'Helemaal mee eens' en de kolom 'Helemaal mee eens %' geeft aan dat dit 7,7% is van het totaal aantal ondervraagden.

In de kolommen zeventien en achttien staan de antwoordmogelijkheden 'Weet niet' en 'Niet van toepassing'. Hierbij staat alleen het aantal gegeven antwoorden, omdat deze antwoordmogelijkheden niet worden meegenomen bij het toekennen van de gekleurde vlaggen. De negentiende kolom vermeldt het aantal ondervraagden. De laatste kolom geeft aan of er sprake is van een onvolledige vragenlijst.

#	Criterium	Vlag	Criterium met hoge prioriteit	VIR	Niveau	Helemaal mee eens #	Helemaal mee eens %	Mee eens #	Mee eens %	Neutraal #	Neutraal %	Mee oneens #	Mee oneens %	Zeer mee oneens #	Zeer mee oneens %	Weet niet #	N.v.t. #	N	Onvolledige vragenlijsten #
7.3	Het team gebruikt gestandaardiseerde klinische meetmethodes om de pijn van de cliënt te beoordelen.	R	Ja		Platina	1	7.7	4	30.8	2	15.4	3	23.1	3	23.1	0	0	13	0
7.4	Het team beoordeelt of de cliënt intensieve zorg nodig heeft.	GR			Platina	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
7.6.1	De instelling hanteert een beleid of richtlijnen voor tromboseprofylaxe.	GR	Ja	Ja	Platina	1	11.1	7	77.8	1	11.1	0	0.0	0	0.0	4	0	13	0

TABEL 5: VOORBEELD OPZET RESULTATEN ZELFEVALUATIE

9.4 CONCLUSIE

Uit de onderzoeksresultaten kan geconcludeerd worden dat de afdelingen over het algemeen redelijk voldoen aan de normen. Iedere afdeling dient wel nog enkele verbeterpunten door te voeren, de een meer dan de ander. In alle resultaten komen gele en/of rode vlakken naar voren maar dit is gebruikelijk want er zijn altijd nog verbeteracties mogelijk. Er zijn verschillende verbeterpunten die gecombineerd kunnen worden tot één verbeteractie omdat deze over dezelfde onderwerpen gaan. De dialyse-afdeling dient volgens de medewerkers nog 19% van de stellingen te verbeteren om aan de norm te voldoen en volgens de leidinggevende dient er nog 13% verbeterd te worden. Bij de afdeling wondzorg dient nog 9% verbeterd te worden, volgens de medewerkers. De leidinggevendenden geven aan dat nog 14% van de stellingen verbeterd dient te worden.

10. VERBETERPUNTEN ZELFEVALUATIE

In dit hoofdstuk zal er gekeken worden naar de verbeterpunten die uit de resultaten van de zelfevaluaties naar voren komen. Het aanpakken van de verbeteringen is een randvoorwaarde voor het invoeren van het kwaliteitssysteem NIAZ 3.0-Qmentum. De gehele norm dient uiteindelijk geïmplementeerd te zijn om geaccrediteerd te kunnen worden. Dit is binnen dit onderzoek gedaan voor de functiegroep ‘medewerkers’, die voortkomen uit de resultaten. De functiegroep ‘leidinggevende’ wordt buiten beschouwing gelaten in het verbeterplan. Er is overlegd dat de leidinggevendenden dit zelf zullen oppakken en terugkoppelen naar de kwaliteitscoördinator. Over deze verbeteracties zal de onderzoeker dan ook geen uitspraken doen. Aan de hand van de resultaten van de medewerkers is per afdeling een verbeterplan opgesteld in samenspraak met de werkgroep en kwaliteitscoördinator. Dit verbeterplan is opgesteld door middel van de OGSM-methode en hieraan gekoppeld een PDCA. De theorie rondom deze modellen is al eerder behandeld in paragraaf 5.3 ‘OGSM-methode en PDCA-cyclus’ op pagina 28. In dit hoofdstuk worden deelvragen vijf en zes beantwoord.

De modellen sluiten naadloos op elkaar aan en zijn ideaal om te combineren, omdat de medewerkers reeds bekend zijn met het PDCA-model en het OGSM-model geeft alles overzichtelijk weer. De medewerkers kunnen snel en effectief zien wie en hoe aan verbeteringen wordt gewerkt. Tevens zorgt dit model ervoor dat de verbetercyclus op een eenvoudige wijze levendig gehouden kan worden, door het model jaarlijks te gebruiken voor de op dat moment belangrijkste verbeterpunten en deze tevens op te hangen op de afdeling.

10.1 DIALYSE-AFDELING ATRIUM MC

Uit de resultaten van de zelfevaluatievragenlijst van de dialyse-afdeling komen meerdere gele en rode en vlakken naar voren. Aangezien het binnen deze afdeling erg druk is op het moment, is gekozen om in eerste instantie enkel met de belangrijkste gele en rode vlakken aan de slag te gaan. De vlakken die over hetzelfde onderwerp gaan zijn gekoppeld en als één kwalitatief doel beschreven. Verder zijn er ook rode vlakken buiten beschouwing gelaten binnen het verbeterplan omdat deze de verantwoordelijkheid zijn van de teamleider. Deze verbeterpunten kunnen de medewerkers namelijk niet beïnvloeden. Ook zijn vlakken die bijna geel of groen dienden te zijn niet aangepakt. De reden hiervoor is dat het team aangaf hier al mee al mee aan de slag te zijn. Op deze manier kwam de afdeling op een zestal doelen, die hieronder per doel en bijbehorende actiepunten en meetinstrument (dashboard) beschreven worden. Een overzicht volgens het OGSM-model is weergegeven in paragraaf 10.1.7 op pagina 46.

10.1.1 TRAININGEN MEDEWERKERS

Hier is sprake van een kwalitatief doel waarbij meerdere vlakken met hetzelfde onderwerp tot één doel zijn gevormd. Het gaat namelijk over de trainingen: geweld, transculturele zorgverlening en ethische kwesties bij nieuwe medewerkers en over continue training rondom het veilig gebruik van infuuspompen. Het is van belang dat medewerkers weten hoe deze dienen om te gaan in bepaalde situaties om onnodige onenigheden en fouten te voorkomen. Binnen de resultaten zijn dit de volgende punten: 4.6.1; 4.7; 4.8 en 4.9.

Het doel is een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op de (nu) rode vlakken op het gebied van trainingen bij (nieuwe) teamleden, zodat er geen rode vlakken meer zijn. De score van 80 % is gehanteerd omdat het hier om een criterium met een hoge prioriteit gaat. Hoe dit precies zit is uitgelegd in paragraaf 5.2 ‘Stoplichtmodel’. Aan dit doel zal gewerkt worden door: eerst de leidinggevende op de hoogte stellen zodat de trainingen in de trainingsmodules in het Leerhuis komen, deze dienen alleen aangevinkt te worden.

Vervolgens dient de leidinggevende erop toe te zien dat iedere nieuwe medewerker zich inschrijft voor de trainingen: geweld, transculturele zorgverlening en ethische kwesties in het Leerhuis. Alle medewerkers dienen zich eens per vijf jaar in te schrijven voor de training ‘Veilig gebruik rondom

infuuspumpen'. Deze training moet minimaal eens in de vijf jaar zijn gevolgd omdat dit onderwerp behoort tot middelmatig risico conform het convenant medisch technologie, die van toepassing is op de organisatie. De leidinggevende kan middels een overzicht zien wie zich waarvoor heeft ingeschreven. Indien medewerkers zich niet inschrijven, stuurt de leidinggevende bij door de medewerkers hierop aan te spreken.

10.1.2 VASTLEGGEN RESPONSTIJDEN OP ZORG- EN INFORMATIEVRAGEN

Om een goede dienstverlening te bevorderen is het van belang om tijdig op zorg- en informatievragen te reageren van patiënten. Vragen die de medewerkers van de dialyse-afdeling niet zelf kunnen beantwoorden zullen aan de arts gesteld worden door middel van een formulier. Op dit moment doen alleen de medewerkers de datum zetten bij de vraag, maar wanneer de arts de vraag oppakt is niet bekend. Hierdoor is het niet duidelijk binnen welk tijdsbestek respons wordt gegeven aan de patiënt. Binnen de resultaten is dit het volgende punt: 6.11.

Het doel is een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van het vastleggen van de gemiddelde responstijden op zorg- en informatievragen, zodat er geen rood vlak meer is. Hier is wederom de score van 80 % gehanteerd omdat het hier om een criterium gaat met een hoge prioriteit. Aan dit doel zal gewerkt worden door: de bestaande lijst Visiteklapper aan te passen. Dit zal een kleine aanpassing zijn, namelijk een extra kolom toevoegen met de naam 'Datum'. De arts dient vervolgens ook de datum bij zijn paraaf te vermelden. Hieruit wordt duidelijk hoelang een vraag blijft liggen. Aan de artsen moet het belang van het invullen van de datum uitgelegd worden om de kans dat dit ook gebeurt te vergroten. Dit zal gebeuren bij een werkoverleg. De leidinggevende dient te checken of de tabel goed is ingevuld en spreekt medewerkers (verpleegkundigen) en de artsen hierop aan indien dit niet het geval is.

10.1.3 INFORMED CONSENT

Hier is sprake van een kwalitatief doel waarbij meerdere vlakken met hetzelfde onderwerp tot één doel zijn gevormd. Informed consent is het krijgen van toestemming van de patiënt om een onderzoek of ingreep te mogen verrichten. Informed consent dient iedere afdeling geregeld te hebben, zo ook de dialyse-afdeling. De afdeling heeft nog geen beleid op dit gebied en zijn hier ook nog niet bekend mee. Binnen de resultaten zijn dit de volgende punten: 8.1; 8.5; 8.6.

Het doel is van dit verbeterpunt is een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op de (nu) rode vlakken op het gebied van informed consent, zodat er geen rood vlak meer is. Hier is wederom de score van 80 % gehanteerd omdat het hier om criterium gaat met een hoge prioriteit. Dit doel wordt aangepakt door allereerst een beleid op te stellen rondom informed consent voor de dialyse-afdeling. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in DIS (document informatie systeem). De kwaliteitsraad dient dit in samenspraak met de hoofdbehandelaar op te stellen. De hoofdbehandelaar (in dit geval de arts) is verantwoordelijk voor het verkrijgen van informed consent. De afspraak is dat de arts de toestemming van iedere patiënt vastlegt in de behandelingsovereenkomst (dit kan al in de pre-dialyse fase plaatsvinden). Wanneer patiënten niet in staat zijn informed consent te geven, volgt de hoofdbehandelaar de eerder door de patiënt gegeven instructies (indien beschikbaar), of verkrijgt toestemming van een gemachtigde.

10.1.4 SCREENING EN INENTING BESMETTELIJKE ZIEKTEN

Voorkoming van besmettelijke ziekten is een belangrijk issue binnen het ziekenhuis. Dit kan een hoop ellende en onrust veroorzaken daarom is het belangrijk dat iedere afdeling inentingen van haar medewerkers goed geregeld heeft. Binnen de resultaten is dit het volgende punt: 14.3. Het doel is een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van inenting en screening rondom veel voorkomende besmettelijke ziekten, zodat er geen rood vlak meer is. Hier is net zoals voorgaande verbeterpunten de score van 80 % gehanteerd omdat het hier om criterium gaat met een hoge prioriteit. Dit doel wordt gerealiseerd doordat alle verpleegkundigen van de dialyse-afdeling zich jaarlijks laten controleren bij de

Arbodienst. Als een test onvoldoende is dient een nieuwe inenting gegeven te worden of andere maatregelen genomen te worden. De leidinggevende zal jaarlijks in overleg met de Arbodienst bespreken of zijn medewerkers zijn ingeënt tegen veel voorkomende besmettelijke ziekten. Indien dit niet het geval is, geeft de Arbodienst door dat deze medewerker niet mag komen werken.

10.1.5 VALPREVENTIE

Binnen de dialyse-afdeling dialyseren vooral oudere patiënten. Volgens De Baat, Schols en Smit blijkt uit onderzoek dat ouderen een groter valrisico hebben dan jongeren omdat ouderen vaak instabiel zijn en/of neigen tot duizeligheid (Onderzoek en wetenschap, 2010). Door deze reden is dit een belangrijk aspect voor de afdeling. Op dit moment doet de dialyse-afdeling niks op het gebied van valpreventie. Hier is wederom sprake van een kwalitatief doel waarbij meerdere vlakken met hetzelfde onderwerp tot één doel zijn gevormd. Binnen de resultaten zijn dit de volgende punten: 14.2.1; 14.2.2; 14.2.3; 14.2.4 en 14.2.5.

Het doel is een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op de (nu) rode vlakken op het gebied van valpreventie, zodat er geen rood vlak meer is. Aan dit doel wordt gewerkt door het bestaand valpreventiebeleid van het Huisnet verder te laten integreren door de leidinggevende. Dit beleid zal vervolgens uitgelegd worden aan de medewerkers. Verder dient het onderwerp valpreventie standaard aan bod te komen in het MDO (multidisciplinair overleg). Hier zal besproken worden: welke waarschuwingen zijn gegeven aan patiënten, wie met een valincident in aanmerking is gekomen, wat de aanpak was en alle andere zaken rondom valpreventie. Op deze manier wordt een verbetercultuur gecreëerd op het gebied van valpreventie. Medewerkers zullen hierdoor eerder alle valincidenten melden in het VIM (Veilig Incident Melding) -systeem. Ook zullen folders opgehangen moeten worden voor extra aandacht onder de medewerkers en patiënten. Op deze folders zullen de stappen om een valincident te voorkomen, op een leuke wijze vernoemd en uitgebeeld worden. Te denken valt aan het aandoen van sloffen in plaats van op sokken te lopen.

10.1.6 PIJNBEOORDELING DOOR PATIËNT

Het laatste verbeterpunt gaat over de pijnbeoordeling van een patiënt, van belang is dat deze beoordeling door de patiënt zelf geschiedt. Op deze manier krijgt de patiënt het gevoel dat er naar hem geluisterd wordt. Op dit moment hanteert de afdeling de NRS (numerieke metingschaal) als meetmethode. Echter het merendeel van de medewerkers van de afdeling begrijpt niet wat de precieze meting inhoudt, waardoor de medewerkers zelf de score invullen. Binnen de resultaten is dit het volgende punt: 7.3.

Het doel van dit verbeterpunt is een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van methodes om de pijn van de patiënt te beoordelen, zodat er geen rood vlak meer is. Aan dit doel zal gewerkt worden door eerst te overleggen welke pijnmeting het beste gehanteerd kan worden binnen de afdeling. Dit kan het beste gebeuren in het werkoverleg. De gekozen meting zal in het volgend overleg uitgelegd worden zodat alle medewerkers begrijpen wat de bedoeling is en het vervolgens geïmplementeerd kan worden. Dit zal ook gebeuren indien de bestaande meetmethode gekozen wordt. De medewerkers weten op het moment niet wat de achterliggende gedachte is van meetmethode en vullen zelf wat in vanuit de ervaring die ze opdoen als er naar de patiënt wordt gekeken. Indien een nieuwe meetmethode gehanteerd wordt zal de leidinggevende dit moeten aanpassen in het digitaal dossier waarin het cijfer wordt ingevuld. In alle gevallen zal een kaart waarop de pijnranking uitgelegd staat uitgeprint worden. Met deze kaart kan na iedere behandeling makkelijk aan de patiënten de pijnbeoordeling gevraagd worden. Hierbij is het van groot belang dat deze kaart ook gebruikt zal worden door de medewerker, hier zal de leidinggevende steekproefsgewijs op gaan letten.

10.1.7 VERBETERPLAN: DIALYSE ATRIUM MC

Objective: De afdeling verder laten excelleren op de groene vlakken en verbeteringen aanbrengen binnen de rode vlakken.

Goals (Doelen)	Strategies	Measures Dashboard	Action Plan (who, when)
1. Een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op de (nu) rode vlakken op het gebied van trainingen bij (nieuwe) teamleden.	Nieuwe teamleden zijn voorbereid op geweld, transculturele zorgverlening en ethische kwesties en alle teamleden zijn bekend met het veilig gebruik van infuuspompen door middel van continue training.	● 100% van de nieuwe medewerkers dient de trainingen geweld, transculturele zorgverlening en etische kwesties te hebben afgerond. ● 100% van de medewerkers van de dialyse-afdeling dient één keer in de vijf jaar de training 'veilig gebruik van infuuspompen' af te ronden. ● Minimale score van 80% op de rode vlakken bij de volgende zelfevaluatie.	Eerst leidinggevende op de hoogte stellen zodat de trainingen in het Leerhuis komen. Vervolgens erop toezien dat iedere medewerker zich inschrijft voor de trainingen in het Leerhuis. Indien dit niet het geval is, stuurt de leidinggevende bij.
2. Een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van het vastleggen van de gemiddelde responstijden op zorg- en informatievragen.	Het team houdt de gemiddelde responstijden voor het reageren op zorgvragen of informatievragen bij.	● Zorg- en informatievragen dienen binnen één week te zijn afgehandeld. ● Erop toezien dat 100% van de medewerkers, zowel artsen als verpleegkundigen, de datum vermeld. ● Minimale score van 80% op het rode vlak bij de volgende zelfevaluatie.	Bij de bestaande lijst Visiteklapper een extra kolom toevoegen met als kop 'Datum'. De arts dient ook de datum bij zijn paraaf te vermelden. Vervolgens de artsen het belang van de datum uitleggen bij het werkoverleg. De leidinggevende dient te checken of de tabel goed is ingevuld en spreekt medewerkers hierop aan indien dit niet het geval is.
3. Een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op de (nu) rode vlakken op het gebied van informed consent.	Het team hanteert een beleid met betrekking tot informed consent dat voldoet aan vigerende wet- en regelgeving en de verkrijging hiervan.	● Het team beschikt over een beleid met betrekking tot informed consent dat voldoet aan de vigerende wet- en regelgeving met betrekking tot de Dialyse afdeling. ● Het team verkrijgt informed consent van 100% van de patiënten vóór het verlenen van diensten middels een verklaringsformulier. ● Minimale score van 80% op de rode vlakken bij de volgende zelfevaluatie.	De kwaliteitsraad dient in samenspraak met de hoofdbehandelaar een beleid op te stellen rondom informed consent voor de dialyse-afdeling, zie voorbeelden systeem DIS (document informatie systeem). De hoofdbehandelaar legt vast dat de patiënt toestemming geeft voor de behandeling (dit kan al in de pre-dialyse fase plaatsvinden) Wanneer patiënten niet in staat zijn informed consent te geven, volgt het team de eerder door de patiënt gegeven instructies (indien beschikbaar), of verkrijgt toestemming van een gemachtigde.

4. Een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van inenting en screening rondom veel voorkomende besmettelijke ziekten.	Teamleden houden rekening met veel voorkomende besmettelijke ziekten door zich regelmatig te screenen en zo nodig in te enten.	● Leidinggevende bespreekt jaarlijks in overleg met de Arbodienst of zijn medewerkers zijn ingeënt. ● 100% van de verpleegkundigen laten aftekenen voor de screening. ● Alle medewerkers met een onvoldoende aftekenen nadat de inenting heeft plaatsgevonden. ● Minimale score van 80% op het rode vlak bij de volgende zelfevaluatie.	Leidinggevende jaarlijks in overleg met de Arbodienst bespreken of zijn medewerkers zijn ingeënt. Verpleegkundigen dienen zich door middel van testen te controleren bij de Arbodienst. Als de test onvoldoende is dient een nieuwe inenting gegeven te worden. Indien de medewerker toch onbeschermd is, geeft de Arbodienst door dat deze niet mag komen werken.
5. Een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op de (nu) rode vlakken op het gebied van valpreventie.	De dialyse-afdeling is bewust bezig met valpreventie door een correct valpreventiebeleid te hanteren en evalueert en bespreekt dit regelmatig waarna eventuele aandachtspunten/verbeteringen worden opgepakt.	● Alle valincidenten dienen gemeld te zijn in VIM. ● Tijdens iedere MDO komt het onderwerp valpreventie aan bod. ● Minimaal vijf folders ophangen over valincidenten op de dialyse-afdeling. ● Minimale score van 80% op de rode vlakken bij de volgende zelfevaluatie.	Eerst dient de leidinggevende het bestaand valpreventiebeleid van het Huisnet te integreren. Verder dient het onderwerp valpreventie standaard aan bod te komen in het MDO (multidisciplinair overleg). Ook zullen folders ophangen worden voor extra aandacht onder de medewerkers en patiënten.
6. Een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van methodes om de pijn van de patiënt te beoordelen.	Het team beoordeelt pijn van de patiënt door gebruik te maken van gestandaardiseerde klinische meetmethodes.	● Alle patiënten dienen de pijn beoordeeld te hebben middels de rankingkaart. ● De pijnmeting dient bij 100% van de behandelingen te zijn ingevuld. ● Minimale score van 80% op het rode vlak bij de volgende zelfevaluatie.	In het volgend overleg bespreken welke pijnmeting het beste gehanteerd kan worden. De (bestaande) meting in het volgend overleg uitleggen zodat alle medewerkers begrijpen wat de bedoeling is en tevens geïmplementeerd kan worden. De leidinggevende zal eventueel de nieuwe meetmethode moeten aanpassen in het digitaal dossier. Patiënt vervolgens middels een kaart de pijn zelf laten ranken.

10.2 MITRALIS EXPERTISE CENTRUM WONDZORG

Uit de resultaten van de zelfevaluatievragenlijst van Mitralis Expertise Centrum Wondzorg (MECW) komen meerdere gele en rode en vlakken naar voren. De afdeling heeft ervoor gekozen om alle punten aan te pakken, zowel de rode als de gele punten zodat de afdeling aan alle normeneisen voldoet. Er is echter maar één geel verbeterpunt, die binnen het tijdsbestek van het uitzetten van de vragenlijst en het opzetten van het verbeterplan al is opgepakt. Door deze reden wordt dit punt niet meegenomen in het verbeterplan. Dit zorgde ervoor dat de afdeling op een vijftal doelen uitkomt. De doelen zijn per doel en bijbehorend actiepoint en meetinstrument (dashboard) beschreven. Een overzicht volgens het OGSM-model is weergegeven in paragraaf 10.2.6 op pagina 50.

10.2.1 PATIËNTVEILIGHEID ALS PRIORITEIT

Het grootste deel van de medewerkers vond niet dat patiëntveiligheid op dit moment een strategische prioriteit of doelstelling is binnen de afdeling. Veiligheid is nog nergens formeel vastgelegd, dat wel dient te geschieden. Binnen de resultaten van MECW is punt 8.2.

Het doel van dit verbeterpunt is een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van patiëntveiligheid als een strategische prioriteit of doelstelling, zodat er geen rood vlak meer is. De score van 80 % is gehanteerd omdat het hier om een criterium met een hoge prioriteit gaat. Aan dit doel wordt gewerkt door in alle officiële documenten het onderwerp veiligheid vast te leggen. Te denken valt aan het strategisch plan, het jaarverslag en de behandelingsovereenkomst. De leidinggevende dient ervoor te zorgen dat binnen één jaar alle officiële documenten voorzien zijn van het item patiëntveiligheid. Tevens presenteert deze de aanpassing aan de medewerkers in het werkoverleg.

10.2.2 VEILIGHEID BEVORDEREN

Het team van Mitralis Expertise Centrum Wondzorg kan wel eens in aanraking komen met onveilige situaties tijdens het werk. Dit team werkt namelijk niet alleen op de afdeling maar ook bij cliënten thuis. Om deze reden is het belangrijk om de veiligheid van henzelf te bevorderen. Binnen de resultaten is dit het volgende punt: 8.5.

Het doel van dit verbeterpunt is een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van bevordering van de veiligheid, zodat er geen rood vlak meer is. De score van 80 % is wederom gehanteerd omdat het hier om een criterium met een hoge prioriteit gaat. Dit doel wordt gerealiseerd middels het mondeling en schriftelijk informeren en instrueren van cliënten en familie over hun rol op het gebied van veiligheid. Er dient binnen zes maanden in de overeenkomst een item veiligheid toegevoegd te zijn door de leidinggevende met daarin de rol van de cliënt en familie beschreven. Dit dient hierna kenbaar gemaakt te worden aan de medewerkers in het werkoverleg.

10.2.3 ERKENNING VAN TEAMLEDEN

De afdeling MECW erkent de teamleden door middel van een eindejaarbonus maar individuele- of teambeloningen komen niet aan de orde. Op deze manier is er geen sprake van een eerlijke en objectieve procedure, dit wil de afdeling echter wel implementeren. Binnen de resultaten is dit het volgende punt: 15.10.

Het doel van dit verbeterpunt is een score van minimaal 50% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van erkenning rondom het bijdragen van teamleden, zodat er geen rood vlak meer is. De score van 50 % is gehanteerd omdat het hier niet om een criterium met een hoge prioriteit gaat maar om een gewoon criterium. Hoe dit precies zit, is uitgelegd in paragraaf 5.2 'Stoplichtmodel'.

Het doel wordt op dit moment al aangepakt door de leidinggevende. De leidinggevende was er op het moment van de zelfevaluatie al mee bezig, hierdoor hoeven hier geen actiepunten voor beschreven te worden. Wel wordt er binnen nu en zes maanden een eerlijke en objectieve procedure rondom erkenning van teamleden verwacht. Een belangrijk punt is dat er duidelijke afgebakende criteria komen waarop de teamerkenning gebaseerd wordt.

10.2.4 INFORMED CONSENT

Zoals de dialyse-afdeling informed consent nog moet integreren, dient ook Mitralis Expertise Centrum Wondzorg dit nog te doen. Informed consent houdt in: het verkrijgen van toestemming van iedere cliënt voorafgaand aan iedere ingreep of behandeling. Binnen de resultaten van de MECW is dit het volgende punt: 19.8.

Het doel van dit verbeterpunt is een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van verkrijging van informed consent, zodat er geen rood vlak meer is. Ook dit onderdeel is een criterium met een hoge prioriteit waardoor het belangrijk is dat het grootste deel van de medewerkers dit als goed geregeld ervaart. Het doel wordt aangepakt door het hanteren van de juiste procedure. Allereerst dient een beleid opgesteld te worden door de leidinggevende, voorbeelden hiervan zijn te vinden in DIS (document informatie systeem). De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het verkrijgen van informed consent. De afspraak is dat deze de toestemming van iedere patiënt vastlegt in de behandelingsovereenkomst. Indien patiënten die niet in staat zijn informed consent te geven, volgt de hoofdbehandelaar de eerder door de patiënt gegeven instructies (indien beschikbaar), of verkrijgt toestemming van een gemachtigde. Indien de cliënt ervan af wil zien dient dit gemeld te worden en stopt de behandeling. De verantwoordelijkheid hiervan ligt bij de cliënt en zal in de overeenkomst beschreven zijn.

10.2.5 TIJDIG TOEGANG TOT CLIËNTGEGEVENS

Indien medewerkers van de afdeling MECW aan cliënt gegevens dienen te komen buiten de afdeling moeten deze hiervoor op de mobiele telefoon gaan kijken bij de cliënt thuis. Dat wordt op het moment als lastig ervaren omdat niet overal een even goed netwerk en internetverbinding is. Verder is het via de telefoon lastig en onoverzichtelijk op te zoeken. Om deze redenen wil de afdeling dit aspect oppakken. Binnen de resultaten is dit het volgende punt: 26.4.

Het doel van dit verbeterpunt is een score van minimaal 50% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van tijdig toegang tot nauwkeurige cliëntgegevens, zodat er geen rood vlak meer is. De score van 50 % is gehanteerd omdat het hier niet om een criterium met een hoge prioriteit gaat maar om een gewoon criterium. Dit doel zal aangepakt worden door iedere medewerker te voorzien van een Ipad binnen nu en een half jaar. Deze Ipad zal beschikken over een telefoonverbinding en internettoegang. Met deze Ipad kan de medewerker bij de cliënt thuis makkelijk informatie oproepen omdat er een systeem op komt die de medewerker overzichtelijk door de gegevens heen helpt.

10.3 CONCLUSIE

Geconcludeerd kan worden dat beide afdelingen veel van de nieuwe normen afweten en aan voldoen. Het merendeel van de vragenlijsten is voorzien van groene vlakken, hierdoor hoeven er niet veel verbeterpunten te worden opgesteld. De vlakken die als verbeterpunt zijn opgemerkt kunnen allen aangepakt worden. Er zijn geen punten waarbij het onmogelijk is om deze te verbeteren. De dialyse-afdeling gaat op dit moment enkel aan de slag met (de naar hun mening) belangrijkste vragen. Zo zijn er gele en rode vlakken die op een later tijdstip opgepakt worden. De afdeling wondzorg van Mitralis pakt hierintegen wel alle gele en rode vlakken aan, om in één keer aan de hele norm te voldoen. Opvallend is dat beide afdelingen het onderdeel informed consent als verbeterpunt hebben. Beide afdelingen ervoeren het OGSM-model als handig hulpmiddel om verbeterpunten te concretiseren en overzichtelijk te krijgen. Beide gaven aan deze in de toekomst ook te gebruiken bij het opstellen van verbeterplannen.

10.2.6 VERBETERPLAN: MITRALIS EXPERTISE CENTRUM WONDZORG (MECW)

Objective: De afdeling verder laten excelleren op de groene vlakken en verbeteringen aanbrengen binnen de rode vlakken.

Goals (Doelen)	Strategies	Measures Dashboard	Action Plan (who, when)
1. Een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van patiëntveiligheid als een strategische prioriteit of doelstelling.	MECW heeft veiligheid formeel vastgelegd door het te benoemen in het strategisch plan en het jaarplan.	- In alle officiële documenten dient binnen één jaar iets te staan over veiligheid. - Minimale score van 80% op het rode vlak bij de volgende zelfevaluatie.	De leidinggevende dient ervoor te zorgen dat alle officiële documenten voorzien zijn van het item veiligheid. En presenteert deze aan de medewerkers in het werkoverleg.
2. Een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van bevordering van de veiligheid.	Het team bevordert de veiligheid door cliënten en familie mondeling en schriftelijk te informeren en instrueren over hun rol met betrekking tot veiligheid rondom de cliënt en medewerkers.	- er dient binnen zes maanden een item te staan in de overeenkomst over veiligheid rondom de medewerkers. - Minimale score van 80% op het rode vlak bij de volgende zelfevaluatie.	In de overeenkomst wordt een item veiligheid toegevoegd door de leidinggevende met daarin de rol van de cliënt en familie beschreven. Dit dient kenbaar gemaakt te worden aan de medewerkers in het werkoverleg.
3. Een score van minimaal 50% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van erkenning rondom het bijdragen van teamleden.	De instelling erkent de bijdragen van teamleden door een eerlijke en objectieve procedure te gebruiken.	- Binnen nu en zes maanden zal de procedure rondom erkenning van teamleden klaar te zijn. - Minimale score van 50% op het rode vlak bij de volgende zelfevaluatie.	Hier wordt door de afdeling op dit moment al aan gewerkt, een belangrijk punt is dat er duidelijke afgebakende criteria komen waarop de teamerkenning gebaseerd wordt.

4. Een score van minimaal 80% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van verkrijging van informed consent.	De instelling verkrijgt informed consent van cliënten voordat een behandeling of ingreep wordt uitgevoerd door het hanteren van de juiste procedure.	● Leidinggevende dient binnen zes maanden een beleid rondom informed consent te hebben opgesteld. ● Ieder dossier bevat vanaf dat moment een getekend exemplaar van informed consent. ● Minimale score van 80% op het rode vlak bij de volgende zelfevaluatie.	De leidinggevende stelt een beleid op over informed consent. De hoofdbehandelaar legt vast dat de cliënt toestemming geeft voor de behandeling. Wanneer cliënten niet in staat zijn informed consent te geven, volgt het team de eerder door de cliënt gegeven instructies (indien beschikbaar), of verkrijgt toestemming van een gemachtigde. Indien de cliënt ervan af wil zien dient dit gemeld te worden en stopt de behandeling (verantwoordelijkheid ligt bij de cliënt).
5. Een score van minimaal 50% neutraal/eens/helemaal mee eens op het (nu) rode vlak op het gebied van tijdig toegang tot nauwkeurige cliëntgegevens.	De afdeling verhoogt het verlenen van geschikte zorg en diensten door optimale informatievoorziening voor de medewerkers.	● De beschikbaarheid van informatie op de Ipad zal binnen zes maanden gerealiseerd zijn. ● Minimale score van 50% op het rode vlak bij de volgende zelfevaluatie.	Iedere medewerker zal voorzien worden van een Ipad. Met deze Ipad kan de medewerker bij de cliënt thuis informatie oproepen.

11. KWALITEITSKOSTEN

In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar de kwaliteitskosten rondom de doelen met bijbehorende actiepunten uit het verbeterplan van de dialyse-afdeling van Atrium MC. Er is voor deze afdeling gekozen, omdat hier grotendeels een compleet en overzichtelijk verbeterplan voor is opgesteld en de verwachte kosten eraan gekoppeld kunnen worden. In dit hoofdstuk wordt deelvraag zeven beantwoord.

De kosten worden geanalyseerd aan de hand van het PKF-kwaliteitskostenmodel dat al uitvoerig is besproken in paragraaf 5.4 'PKF-Kwaliteitskostenmodel'. Het PKF-kwaliteitskostenmodel in het kort: PKF heeft als betekenis 'Preventie', 'Keuring' en 'Fouten'. Hier komen drie soorten kosten uit voort: 'Preventiekosten', 'Controlekosten' en 'Foutkosten'. Preventie gaat om het borgen en verbeteren van kwaliteit, controle gaat om de kosten die gemaakt worden om te checken of de instelling voldoet en foutkosten zijn kosten die voortkomen uit kwaliteitsgebreken van producten en/of diensten.

De kosten van de actiepunten uit het verbeterplan van de dialyse-afdeling van Atrium MC worden per doel onderverdeeld in preventie-, controle- en foutkosten. Een schematisch overzicht hiervan is weergegeven in paragraaf 11.8. Het verbeterplan met bijbehorende doelen en actiepunten waar meerdere malen naar wordt verwezen zijn te vinden op pagina 46 en 47. De organisatie kent ook 'vaste' preventieve kosten, namelijk de kosten voor accreditatie en audit. Deze zijn niet meegerekend in het financieel overzicht omdat deze kosten niet direct zijn toe te spitsen per doel. De kosten die in deze paragraaf worden genoemd, zijn grotendeels schattingen die voortkomen uit een gesprek met kwaliteitscoördinator C. Haenen (persoonlijke mededeling, 11 mei 2015). Voor het onderzoek is ervoor gekozen het PKF-model toe te passen op de verbeterplannen in plaats van op de hele afdeling omdat hiervoor te weinig gegevens beschikbaar waren binnen de tijd van het onderzoek.

11.1 PUNT ÉÉN VERBETERPLAN OMTRENT TRAININGEN

Dit punt is gericht op trainingen voor nieuwe medewerkers over geweld, ethische kwesties en transculturele zorgverlening en continue training voor alle medewerkers rondom het veilig gebruik van infuuspompen. Hier zijn de volgende actiepunten en kosten aan gekoppeld:

11.1.1 TRAININGEN NIEUWE MEDEWERKERS

Preventiekosten

Nieuwe medewerkers dienen een drietal trainingen te volgen die zo'n 4 uur per training zullen duren. Er is geschat dat er jaarlijks twee nieuwe medewerkers bij de dialyse-afdeling komen.

Het loon van een medewerker van de dialyse-afdeling wordt gemiddeld op €25,- loon per uur gesteld. Hier komt de volgende berekening uit voort:

3 trainingen x 4 uur per training x 2 nieuwe medewerkers x €25,- loon per uur = €600,- per jaar

Controlekosten

De leidinggevende dient te controleren of iedere nieuwe medewerker ook daadwerkelijk de drie trainingen heeft gevolgd. Dit zal per medewerker tien minuten duren. Het loon van een leidinggevende is op €30,- per uur gesteld. Hier komt de volgende berekening uit voort:

2 nieuwe medewerkers x 10 minuten per medewerker (:60 min) x €30,- loon per uur = €10,- per jaar

Foutkosten

Indien de nieuwe medewerkers de trainingen over geweld, ethische kwesties en transculturele zorgverlening niet gevolgd hebben zullen deze minder goed weten hoe hiermee om wordt gegaan. Hieruit kunnen klachten ontstaan die van een klein tot een groot incident kunnen leiden. De kosten kunnen afhankelijk van de situatie van nul euro tot in de duizenden euro's oplopen.

11.1.2 CONTINUE TRAINING INFUUSPOMPEN

Preventiekosten

Alle medewerkers dienen eens per vijf jaar de training over het veilig gebruik van infuuspompen te hebben gevolgd. De gehele dialyse-afdeling bestaat uit 54 medewerkers, die gemiddeld €25,- per uur verdienen. Deze training zal vier uur duren. Hier komt de volgende berekening uit voort:

4 uur training x 54 medewerkers x €25,- loon per uur : 5 jaar = € 1080,- per jaar

Controlekosten

Indien iedere (aansluiting van de) infuuspomp gecontroleerd dient te worden zal dit zo'n vijf minuten per infuuspomp zijn. Per dag sluit de afdeling gemiddeld 40 patiënten aan en de afdeling is 360 dagen per jaar geopend. Zoals al eerder beschreven kost een gemiddelde medewerker €25,- per uur. Hier komt de volgende berekening uit voort:

5 min controle (:60 min) x 40 patiënten x 360 dagen x €25,- loon per uur = € 30.000,- per jaar

Foutkosten

Indien niet gelet zou worden op het veilig gebruik van de infuuspompen, zal dit al snel vier calamiteiten per jaar kunnen betekenen. De slang van de infuuspomp dient dan extra gereinigd te worden en de medewerker en patiënt moeten hierdoor langer blijven. Dit bij elkaar kan zo'n twee uur tijd in beslag nemen. Verder kunnen deze slordige fouten leiden tot een slechte naam van de dialyse-afdeling waardoor patiënten eerder kiezen voor een ander Dialyse centrum. Geschat is dat door deze fouten één patiënt per twee jaar zal vertrekken. De totale kosten voor één jaar dialyseren bedragen €55.000 (Nederlands Transplantatie Stichting, 2014). Hier komt de volgende berekening uit voort:

4 calamiteiten x 2 uur extra tijd x €25,- loon per uur = € 200,- per jaar

€55.000 dialyseren : 2 jaar = € 25.000,- per jaar

Totaal is: €200,- + €25.000,- = €25.200,- per jaar

11.2 PUNT TWEE VERBETERPLAN OMTRENT BIJHOUDEN RESPONSTIJDEN

Dit punt is gericht op het bijhouden van responstijden op zorg- en informatievragen van de medewerker aan de arts zodat patiënten tijdig voorzien worden van informatie.

Hier zijn de volgende actiepunten en kosten aan gekoppeld:

Preventiekosten

Medewerkers dienen de datum te vermelden bij het stellen van een vraag, waarna ook de arts een datum vermeldt als hij de vraag oppakt. Hieruit wordt duidelijk of de klant tijdig (binnen één week) is voorzien van informatie. Er zullen gemiddeld tien vragen per dag gesteld worden en hiervan zal 10% aan de arts gesteld worden, dus één vraag per dag. Binnen een tijdsbestek van één jaar is de dialyse-afdeling 360 dagen geopend, dit betekent dan 360 vragen per jaar. De twee artsen wordt tijdens het werkoverleg het belang van het invullen van de datum uitgelegd, dit zal zo'n vijf minuten tijd in beslag nemen. Op deze manier wordt de kans op het juist invullen met bijbehorende data vergroot. Eén arts verdient gemiddeld €215,- per uur (NVZ, 2015). Er dient verder alleen een tabel "Datum" toegevoegd te worden op het formulier Visiteklapper bij de arts om voorgaand te realiseren. De medewerkers vermelden de datum al bij het stellen van de vraag. Uit bovenstaande preventiemaatregelen komt de volgende berekening voort:

2 artsen x 5 min werkoverleg (:60 min) x €215,- loon per uur = €36,- per jaar

Voor het aanmaken van een tabel is geen berekening gedaan omdat de tijdsduur te overzien is en dit geen tot nauwelijks extra kosten oplevert.

Controlekosten

Er dient door de leidinggevende gecontroleerd te worden of de data zijn ingevuld, indien dit niet het geval is, spreekt hij de desbetreffende medewerker hierop aan. Er zullen gemiddeld zes tot zeven vragen per week aan de arts gesteld worden waarvan geschat wordt dat één medewerker vergeet de datum te vermelden bij de vraag.

De leidinggevende kost het circa vijf minuten om de lijst te controleren en 10min om de medewerker aan te spreken per week. Op jaarbasis is dit 15 minuten (:60 min) x 52 weken = 13 uur. Hier komt de volgende berekening uit voort:

13 uur per jaar controle lijst x €30,- loon per uur = € 390,- per jaar

Foutkosten

Indien patiënten vaker vragen niet tijdig beantwoord krijgen zullen deze een klacht indienen of naar een ander Dialyse centrum gaan. Er wordt vanuit gegaan dat er jaarlijks één officiële klachtenprocedure moet worden afgehandeld. Hierbij worden de medewerker, de leidinggevende en de klachtenfunctionaris betrokken. Dit neemt al snel 16 uur per medewerker in beslag.

Verder wordt er vanuit gegaan dat één patiënt per vier jaar naar een ander Dialyse centrum gaat. Eén dialyse behandeling bedraagt €55.000,-. Hier komt de volgende berekening uit voort:

3 medewerkers x 16 uur klachtenprocedure x €30,- loon per uur = €1440,- per jaar

€55.000 dialyse behandeling : 4 jaar= €13.750,- per jaar

Totaal is: €1440 + €13.750 = € 15.190,- per jaar

11.3 PUNT DRIE VERBETERPLAN OMTRENT VERKRIJGING VAN INFORMED CONSENT

Dit punt is gericht op het implementeren van informed consent. Dit houdt in het krijgen van toestemming van de patiënt om een onderzoek of ingreep te mogen verrichten. Hier zijn de volgende actiepunten en kosten aan gekoppeld:

Preventiekosten

De kwaliteitsraad en de hoofdbehandelaar dienen te overleggen hoe informed consent geregeld dient te worden. Er dient een beleid te komen rondom informed consent en duidelijk te zijn wie het vast legt. Er is vanuit gegaan dat dit overleg 3 uur zal duren. Verder bestaat de kwaliteitsraad uit vijf personen en verdient gemiddeld €25,- per uur. Hier komt de volgende berekening uit voort:

5 kwaliteitsraad medewerkers x 3 uur overleg x €25,- loon per uur = € 375,- per jaar

Controlekosten

De leidinggevende dient tussentijds te controleren of het in de overeenkomst/patiëntendossier aantoonbaar is dat aan de eisen van informed consent is voldaan. Indien dit niet het geval is dient de patiënt hier alsnog toestemming voor te geven en uitleg over te krijgen. Deze controle zal ongeveer tien minuten duren per maand.

€30,- loon per uur x 10 min controle patiëntendossier (:60 min) x 12 maanden= € 60,- per jaar

Foutkosten

Voor dit actiepunt zijn geen directe foutkosten te bepalen, dit is sterk afhankelijk van de situatie. Indien het niet aantoonbaar is dat voldaan is aan informed consent bij bijvoorbeeld een klacht met dodelijke afloop kan de afdeling een groot probleem krijgen. Hier zal dan een onderzoek door de inspectie IGZ komen. Wat de uiteindelijke kosten hiervan zijn is moeilijk te bepalen.

11.4 PUNT VIER VERBETERPLAN OMTRENT VOORKOMING BESMETTELIJKE ZIEKTEN

Dit punt is gericht op voorkoming van veel voorkomende besmettelijke ziekten bij de medewerkers van de dialyse-afdeling door screening en eventuele inentingen. Hier zijn de volgende actiepunten en kosten aan gekoppeld:

preventiekosten

Middels een jaarlijks overleg worden alle medewerkers geattendeerd op het belang van de inentingen. Dit onderwerp zal een kwartier in beslag nemen. Alle medewerkers verdienen gemiddeld €25,- per uur. Verder zal er bij iedere medewerker een test plaatsvinden, medewerkers die niet voorzien zijn van belangrijke inentingen moeten zich alsnog inenten. De kosten hiervan zijn erg divers.

Er wordt een gemiddelde genomen van €80,- per inenting (GGD, 2014) en twee medewerkers die zich jaarlijks dienen in te enten. Hier komt de volgende berekening uit voort:

54 medewerkers x 15 min overleg (:60 min) x €25 loon = €337,50 per jaar

54 medewerkers x 15 min testen (:60 min) x €25 loon = €337,50 per jaar

€ 80 inenting x 2 medewerkers = € 160 per jaar

Totaal is: €337,50 + €337,50 + €160 = €835,- per jaar

Controlekosten

De leidinggevende dient jaarlijks bij de Arbodienst na te gaan of alle medewerkers de vereiste inentingen hebben gehad. Dit zal ongeveer een kwartier duren aangezien de leidinggevende alleen te weten dient te komen wie dit niet gedaan heeft. Hij mag hier vervolgens de medewerker(s) kort op aanspreken maar hij kan de inenting niet verplichten, dit zal ook ongeveer een kwartier duren. Zoals al eerder is aangegeven verdient de leidinggevende €30,- per uur. Hier komt de volgende berekening uit voort:

15 min overleg Arbodienst (:60 min) x €30,- loon per uur = €7,50 per jaar

15 min medewerker aanspreken (:60 min) x €30,- loon per uur = €7,50 per jaar

Totaal is: €7,50 + €7,50 = €15,- per jaar

Foutkosten

Als iemand besmet is, raken al snel andere personen in zijn omgeving besmet. Zie voorbeeld VRE bacterie binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis waarbij 1200 personen moesten worden gecontroleerd (Medisch Contact, 2015). De kosten lopen dan al snel heel hoog op. Screening van een besmetting kost gemiddeld €50,- dus in bovenstaand geval gaat het om €50,- x 1200 = €60.000,-. De kosten kunnen afhankelijk van de situatie van nul euro tot in de duizenden euro's oplopen.

11.5 PUNT VIJF VERBETERPLAN OMTRENT VALPREVENTIE

Dit punt is gericht op valpreventie rondom patiënten op de dialyse-afdeling. Hier zijn de volgende actiepunten en kosten aan gekoppeld:

Preventiekosten

Om het vallen van patiënten te voorkomen dient het onderwerp valpreventie onder de aandacht te worden gebracht. Dit zal gebeuren door het ophangen van een vijftal posters op de afdeling met stappen die gevolgd dienen te worden, zoals het aandoen van sloffen in plaats van op sokken te lopen. Poster van A2 formaat die ontworpen en gelamineerd zijn kosten €9,- per stuk (Printerpro, 2015). Verder zal het onderwerp gemiddeld tien minuten besproken worden tijdens het maandelijkse werkoverleg. Tevens dienen patiënten vastgemaakt te worden in bed en in de rolstoel en begeleid te worden indien nodig. Hier komt de volgende berekening uit voort:

€ 9,- x 5 posters = €45,- per jaar

54 medewerkers x €25 loon per uur x 10 min (:60 min) x 12 maanden = €2700,- per jaar

Totaal is: €2745,- per jaar

Controlekosten

Er kan vlug gecontroleerd worden of de patiënt daadwerkelijk vastzit en de stappen omtrent valpreventie naleeft. Indien dit niet het geval is zullen de patiënten hierop worden geattendeerd. Deze werkzaamheden horen bij de dagelijkse werkzaamheden. De kosten hiervoor zullen zo laag zijn, dat deze te overzien zijn.

Foutkosten

Indien er toch nog een valincident plaatsvindt kan dit uiteenlopen van het aanbrengen van een pleister tot bijvoorbeeld het revalideren met een nieuwe heup. De revalidatiekosten van een nieuwe heup bedragen €22.000,- (Consument en Veiligheid, 2014). Stel dat het eens per vijf jaar gebeurt, komt hier de volgende berekening uit voort:

€22.000 : 5 jaar = € 4400,- per jaar

11.6 PUNT ZES VERBETERPLAN OMTRENT PIJNBEOORDELING

Dit punt is gericht op het beoordelen van de pijn van een patiënt waardoor de patiënt inziet dat hier rekening mee wordt gehouden. Hier zijn de volgende actiepunten en kosten aan gekoppeld:

Preventiekosten

Alle 40 patiënten dienen aan de hand van een kaart gevraagd te worden welk cijfer gegeven wordt aan de pijn die ontstaat bij iedere ingreep. Dit zal vijf minuten in beslag nemen. Indien de pijn te hevig is zullen extra maatregelen ondernomen worden, zoals het geven van pijnmedicatie. De medewerkers moeten helder hebben hoe de pijn beoordeelt dient te worden, dit zal twee keer per jaar extra onder de aandacht worden gebracht bij het werkoverleg. Het onderwerp zal ongeveer een kwartier in beslag nemen. Hier komt de volgende berekening uit voort:

40 patiënten x 5 min pijn ranking x 360 dagen (:60 min) x €25,- loon per uur = €30.000,- per jaar.

54 medewerkers x 2 overleggen x 15 min (:60 min) x €25,- loon per uur = € 675,- per jaar

Totaal is: €30.000,- + €675,- = €30.675,- per jaar

Controlekosten

De leidinggevende zal niet alleen controleren of de pijnscore is aangegeven per klant maar ook of de medewerkers de score daadwerkelijk aan de patiënt zelf vraagt. Het steekproefsgewijs controleren van de pijnscore zal maandelijks één uur in beslag nemen en het daadwerkelijk controleren van de medewerker zal ongeveer zeven uur per maand zijn. De leidinggevende verdient €30,- per uur.

Hier komt de volgende berekening uit voort:

1 uur + 7 uur controleren x €30,- loon per uur x 12 maanden = €2880,- per jaar

Foutkosten

Indien één patiënt per jaar vertrekt wegens te hevige pijn en hij het gevoel krijgt dat hier niet op wordt gelet, zal de afdeling het bedrag van €55.000 voor de dialyse behandeling niet ontvangen.

11.7 CONCLUSIE

Uit dit hoofdstuk kan geconcludeerd worden dat preventie-, controle-, en foutkosten al snel hoog kunnen oplopen binnen de dialyse-afdeling. Aan de hand van de berekeningen is duidelijk te zien dat de foutkosten in de meeste gevallen hoger zijn dan de preventie- en controlekosten. De hoogte is sterk afhankelijk van de aard van hetgeen fout kan gaan. Een klachtenprocedure of een ernstig incident kan snel tot hoge kosten leiden. Om deze reden is het belangrijk dat de dialyse afdeling tijd en geld investeert in de verbeterpunten om deze foutkosten te voorkomen. In de gevallen waarbij de foutkosten lager zijn dan de preventie kosten, kan de afdeling overwegen of er geen andere manieren zijn om deze verbeterpunten aan te pakken. Er kan echter niet de keuze gemaakt worden om dit verbeterpunt niet aan te pakken omdat dit onderdeel is van de norm waarop de organisatie wordt geaccrediteerd.

Verder streeft Atrium-Orbis er naar om een organisatie te worden die op het punt kruist als de groene lijnen in figuur 1 in paragraaf 5.4 op pagina 29. Dit houdt in dat de totale kwaliteitskosten zo laag mogelijk zijn. Dit punt is echter heel lastig te bereiken aangezien de kosten dermate moeilijk te balanceren zijn. Organisaties schieten in de buurt bij het optimum al snel door in het toepassen van preventiekosten, waardoor de organisaties richting de tweede rode lijn gaan. Bij dit punt wegen de preventiekosten niet meer op tegen de foutkosten. Denk hierbij aan het tot in detail beschrijven van alle werkzaamheden inclusief vele controlemomenten die de medewerker moet uitvoeren en rapporteren waardoor er niet meer als vakman/vakvrouw gewerkt kan worden.

11.8 SCHEMATISCH OVERZICHT KOSTEN VERBETERPLAN DIALYSE ATRIUM MC

Punt verbeterplan	Preventiekosten	Controlekosten	Foutkosten
1. Trainingen nieuwe medewerkers	Trainingen nieuwe medewerkers 3 trainingen x 4 uur per training x 2 nieuwe medewerkers x €25,- loon per uur = €600,- per jaar	Controle volgen trainingen 2 nieuwe medewerkers x 10 min controle per medewerker (:60 min) x €30,- loon per uur = €10,- per jaar	Calamiteiten bij geweld en ethische kwesties Geen directe foutkosten, afhankelijk van de situatie is het nul euro tot duizenden euro's.
Continue training infuuspompen	Training infuuspompen 4 uur training x 54 medewerkers x €25,- loon per uur : 5 jaar = € 1080,- per jaar	Controle volgen training 5 min controle (:60 min) x 40 patiënten x 360 dagen x €25,- loon per uur = € 30.000,- per jaar	Calamiteiten aansluiten infuuspomp 4 calamiteiten x 2 uur extra tijd x €25,- loon per uur = € 200,- per jaar
			Vertrek patiënt(en) €55.000 dialyseren : 2 jaar = € 25.000,- per jaar Totaal is: €200,- + €25.000,- = €25.200,- per jaar
2. Responstijden op zorg- en informatievragen	Werkoverleg 2 artsen x 5 min werkoverleg (:60 min) x €215,- loon per uur = €36,- per jaar	Controle vragenlijsten 13 uur per jaar x €30,- loon per uur = € 390,- per jaar	Afhandeling klachtenprocedure 3 medewerkers x 16 uur klachtenprocedure x €30,- loon per uur = €1440,- per jaar
			Vertrek patiënt(en) €55.000 dialyse behandeling : 4 jaar = €13.750,- per jaar Totaal is: €1440 + €13.750 = € 15.190,- per jaar
3. Informed consent	Overleg kwaliteitsraad 5 kwaliteitsraad medewerkers x 3 uur overleg x €25,- loon per uur = € 375,- per jaar	Controle patiëntendossier €30,- loon per uur x 10 min controle (:60 min) x 12 maanden = € 60,- per jaar	Calamiteiten zonder informed consent Geen directe foutkosten, afhankelijk van de situatie is het nul euro tot duizenden euro's. De afdeling heeft een probleem indien het niet aantoonbaar is dat voldaan is aan informed consent bij bijv. een klacht met dodelijke afloop. Dan komt er een onderzoek door inspectie IGZ.

4. Besmettelijke ziektes	Werkoverleg 54 medewerkers x 15 min overleg (:60min) x €25 loon = €337,50 per jaar	Overleg Arbodienst 15 min overleg (:60 min) x €30,- loon per uur = €7,50 per jaar	Calamiteiten besmettelijke ziektes Geen directe foutkosten, afhankelijk van de situatie is het nul euro tot duizenden euro's. Screening van een besmetting kost gemiddeld €50,- per persoon.
	Testen op besmettelijke ziektes 54 medewerkers x 15 min testen (:60 min) x €25 loon = €337,50 per jaar	Aanspreken medewerker(s) 15 min aanspreken (:60 min) x €30,- loon per uur = €7,50 per jaar	
	Inentingen € 80 per inenting x 2 medewerkers = € 160 per jaar Totaal is: €337,50 + €337,50 + €160 = €835,- per jaar	Totaal is: €7,50 + €7,50 = €15,- per jaar	
5. Valpreventie	Ophangen posters € 9,- x 5 posters = €45,- per jaar 54 medewerkers x €25 loon per uur x 10 min controle (:60 min) x 12 maanden = €2700,- per jaar Totaal is: €2745,- per jaar	Controle valpreventiemaatregelen Deze acties zullen bij de dagelijkse werkzaamheden horen waardoor hier geen kosten aan verbonden zijn.	Revalidatiekosten gebroken heup €22.000 revalidatiekosten: 5 jaar = € 4400,- per jaar.
6. Pijn beoordelen	Pijn ranking patiënten 40 patiënten x 5 min ranking x 360 dagen (:60 min) x €25,- loon per uur = €30.000,- per jaar. Overleggen 54 medewerkers x 2 overleggen x 15 min (:60 min) x €25,- loon per uur = € 675,- per jaar Totaal is: €30.000,- + €675,- = €30.675,- per jaar	Medewerkers controleren 1 uur + 7 uur controleren x €30,- loon per uur x 12 maanden = €2880,- per jaar	Vertrek patiënt(en) 1x per jaar x €55.000 dialyse behandeling = €55.000,- per jaar

CONCLUSIES

De organisatie Atrium-Orbis heeft veel majeure projecten lopen tijdens de onderzoeksperiode, zoals de implementatie van SAP, voor veel afdelingen de voorbereiding van de verhuizing naar de nieuwbouw in september en werkzaamheden met betrekking tot de fusie. Allemaal projecten die in 2015 zorgen voor veel tijdsdruk bij alle medewerkers. In deze periode was het dan ook een hele zoektocht naar afdelingen die in de pilot konden participeren, om aan de hand van een zelfevaluatie de verandering van de oude naar de nieuwe kwaliteitsnormen te implementeren. Het is van belang om de normen op zodanige wijze op te zetten en te implementeren dat medewerkers hieraan mee willen werken. Er is onderzocht hoe een helder beeld verkregen wordt, in hoeverre afdelingen voldoen aan de nieuwe NIAZ 3.0-Qmentum normen. Waar dit niet het geval is, is bepaald welke verbeteringen doorgevoerd moeten worden en welke kwaliteitskosten hierbij naar voren komen.

NIEUW ACCREDITATIESYSTEEM NIAZ 3.0-QMENTUM

Gebleken is dat het NIAZ 3.0-Qmentum accreditatiesysteem sterk verschilt van het vorige accreditatiesysteem NIAZ 2.4. Het grootste verschil is het aantal normensets waaraan voldaan moet worden. Voorheen was er sprake van één normenset die geïmplementeerd diende te worden, nu zijn er negentien normensets die betrekking hebben op de gehele organisatie Atrium-Orbis. Dit neemt meer tijd in beslag dan het oude accreditatiesysteem. Het is van belang dat deze kwaliteitsnormen geïmplementeerd worden binnen de verschillende afdelingen van Atrium-Orbis om geaccrediteerd te worden. De zelfevaluatievragenlijsten helpen hierbij doordat de afdelingen dan kennis nemen met de normen en inzien in hoeverre er aan de norm wordt voldaan.

IMPLEMENTEREN NIAZ 3.0-QMENTUM KWALITEITSNORMEN

Ondervonden is dat het opzetten van de zelfevaluatie en implementeren van de NIAZ 3.0-Qmentum normen aan de hand van de theorie van Mars, een goede manier is om medewerkers mee te krijgen. Binnen deze theorie wordt door middel van vijf krachten: urgentie, ambitie, planning, interactie en leiderschap stap voor stap gekeken hoe een verandering doorgevoerd kan worden. De stappen zijn naar de eigen omgeving en situatie van Atrium-Orbis aangepast. Gebleken is namelijk dat, indien dit niet gebeurt, de kwaliteitsnormen niet juist geïmplementeerd worden. De zelfevaluatie aan de hand van de originele kwaliteitsnorm(en) zijn ontzettend lang, waardoor een goede implementatie hiervan een enorme uitdaging is. De stappen die geleid hebben tot een goed resultaat om de kwaliteitsnormen te implementeren zijn:

- Stap 1** het geven van een presentatie aan het RVE-management over de nieuwe kwaliteitsnormen;
- Stap 2** overleg met iedere afdeling binnen de RVE over wanneer er meegedaan wordt aan de zelfevaluatie;
- Stap 3** groepsdiscussie met de werkgroep binnen iedere afdeling over de opzet van de zelfevaluatie;
- Stap 4** de werkgroep de manieren van uitzetten van de vragenlijst laten bepalen;
- Stap 5** alle medewerkers de zelfevaluatievragenlijst uitleggen door de werkgroep;
- Stap 6** aanmaken en uitzetten zelfevaluatievragenlijst op de wijze die het beste bij de afdeling past;
- Stap 7** verbeterplan opstellen aan de hand van de resultaten.

Door de goede interactie met de medewerkers over de nieuwe kwaliteitsnormen, is de verandering van de oude naar de nieuwe kwaliteitsnormen duidelijk geworden en is gebleken dat de medewerkers er ook achter staan. Er wordt namelijk grotendeels positief en enthousiast over het implementeren van de nieuwe kwaliteitsnormen gepraat. Dit is mede gecreëerd door voldoende inspraak en onderhandeling van de werkgroep, een groep die de afdeling vertegenwoordigt. Deze groep bepaalde de opzet van de vragenlijst en op welke manier deze uitgezet werd. Het bepalen van de opzet van de vragenlijst, door het controleren en aanpassen van de normensets, aan de hand van de werkgroep kost veel tijd. Terwijl er relatief weinig vragen kunnen vervallen. In principe kan het screenen van de vragenlijst ook door één persoon gedaan worden of helemaal niet, omdat medewerkers ook de antwoordmogelijkheid 'Niet van toepassing' kunnen gebruiken. Het uitzetten van de zelfevaluatievragenlijst kan op verschillende wijzen plaatsvinden.

Tijdens het onderzoek is gebleken dat er een extra optie is om de vragenlijst uit te zetten, namelijk een combinatie tussen het digitaal en via papier invullen van de vragenlijst. Dan kan eerst de norm met bijhorende zelfevaluatie via papier overhandigd worden, waarbij persoonlijk uitleg gegeven wordt en medewerkers aantekeningen kunnen maken. Vervolgens dienen de medewerkers de vragen digitaal te beantwoorden om foute overnames te voorkomen bij het overtypen van papieren versies in het digitale systeem. De manier die het beste bij de afdeling past is steeds gekozen. Bij de afdelingen cardiologie en reumatologie is hierdoor een goede start richting het uitzetten van de zelfevaluatie gemaakt. Bij de dialyse-afdeling en de afdeling wondzorg van Mitralis heeft deze aanpak tot geslaagde resultaten van het onderzoek geleid. Gebleken is, dat het van belang is dat medewerkers niet alleen bij de verandering betrokken raken door het geven van een presentatie, maar hier ook deels inspraak in hebben. Het opleggen van een verplichte verandering werkt niet. Dit blijkt bij het team Aesclepios waarbij één medewerker ervan is uitgegaan dat de overige medewerkers de vragenlijst kunnen invullen, maar uiteindelijk niet alle medewerkers de vragenlijst hebben ingevuld, waardoor er te weinig respons was voor een rapportage.

De zelfevaluaties leverden voor de afdelingen een goed beeld omtrent hoever er aan de nieuwe kwaliteitsnorm wordt voldaan. Uit de onderzoeksresultaten komt voort dat de dialyse-afdeling en afdeling wondzorg over het algemeen redelijk voldoen aan de nieuwe normen. Door gebruik te maken van het stoplichtmodel wordt inzichtelijk hoeveel gele en/of rode vlakken de afdelingen dienen te verbeteren. Er zijn verschillende verbeterpunten die gecombineerd kunnen worden tot één verbeteractie, omdat deze over dezelfde onderwerpen gaan. De vragen die als verbeterpunt zijn opgemerkt kunnen allen aangepakt worden. Alleen de vragen waarop de medewerkers invloed kunnen uitoefenen dienen opgepakt te worden, de overige verbeterpunten pakken de leidinggevende op. Door de verbeterpunten aan de hand van de plan-do-check-act-cyclus in samenhang met het OGSM-model op te stellen, wordt volgens de medewerkers in één oogopslag duidelijk wie, wanneer en hoe het verbeterpunt opgepakt moet worden. Doordat dit model bekend is bij de medewerkers en het makkelijk opgehangen kan worden op de afdeling, is gebleken dat dit voor extra aandacht binnen de afdeling zorgt. Na het aanpakken van deze verbeterpunten is de gehele kwaliteitsnorm geïmplementeerd binnen de afdeling.

KWALITEITSKOSTEN

Ten slotte zijn tijdens het onderzoek de kwaliteitskosten per verbetering berekend bij de dialyse-afdeling aan de hand van het PKF-kwaliteitskostenmodel. Uit de kwaliteitskostenberekeningen is voortgekomen dat de afdeling moet afwegen welke actie het minste kost aan preventiekosten, maar het meeste oplevert aan besparing op fout- en controlekosten bij ieder verbeterpunt. Er zijn namelijk verbeteracties die weinig opleveren en veel kosten. Het inzicht in deze kosten zorgt ervoor dat de juiste keuzes gemaakt worden om het optimale kwaliteitskostenpeil te behalen zonder door te schieten.

AANBEVELINGEN

Uit de resultaten van het uitgevoerde onderzoek en de conclusies die daar uit zijn getrokken, zijn de volgende aanbevelingen naar voren gekomen. De aanbevelingen zijn geschreven aan de hand van deelonderwerpen: het implementeren van de NIAZ 3.0-Qmentum kwaliteitsnormen, het berekenen van de kwaliteitskosten en het herhalen van de zelfevaluaties.

IMPLEMENTEREN NIAZ 3.0-QMENTUM KWALITEITSNORMEN

Om de kans op het meekrijgen van de medewerkers te vergroten bij het implementeren van de NIAZ 3.0-Qmentum kwaliteitsnormen binnen de andere afdelingen, wordt iedere kwaliteitsfunctionaris geadviseerd om de theorie van Mars toe te passen, aangezien deze wijze effectief is gebleken. Dit aan de hand van de volgende zeven stappen:

Stap 1 Het geven van een presentatie aan het RVE-management

De eerste stap bij het implementeren van de nieuwe kwaliteitsnormen, door middel van de zelfevaluatie, is het geven van een presentatie aan de leidinggevenden van de RVE over deze implementatie. Tijdens deze presentatie dient de verandering van de oude naar de nieuwe NIAZ normen inzichtelijk te worden gemaakt en wat dit betekent voor de afdelingen. Hierbij is het niet alleen van belang om de voordelen van de verandering inzichtelijk te maken, maar ook het eindbeeld te tonen. Aan de hand van de presentatie kunnen de leidinggevenden nadenken, binnen welk tijdsbestek deelgenomen wordt aan de zelfevaluaties. Dit dient uiterlijk gebeurd te zijn vóór het najaar 2016. Een voorbeeldpresentatie is te zien in bijlage X.

Stap 2 Overleg met iedere afdeling binnen de RVE

Binnen het overleg met de afdeling dienen eventuele vragen en onduidelijkheden over de verandering en het uitvoeren van de zelfevaluatie verhelderd te worden. Het is van belang dat na dit overleg duidelijk is, gedurende welke periode de afdeling mee wil doen aan het implementeren van de kwaliteitsnormen door middel van de zelfevaluatievragenlijst.

Het bepalen van de norm bij de afdeling, het analyseren van de inhoud van de norm en het bepalen van de wijze van het uitzetten van de vragenlijst, zijn werkzaamheden voor de werkgroep. Indien de afdeling besluit direct deel te nemen aan de zelfevaluatie en verbeteringen, wordt overlegd welke medewerkers in de werkgroep komen. De werkgroep zal bestaan uit verschillende personen die de afdeling vertegenwoordigen, de leidinggevende(n) en enkele medewerkers. De grootte van de afdeling bepaalt hoe groot de werkgroep dient te zijn, bij een afdeling van 50 medewerkers is een groepje van vijf medewerkers gebruikelijk. Indien de afdeling ervoor kiest om op een later tijdstip mee te doen, dienen stap twee en de volgende stappen op een later tijdstip uitgevoerd te worden. Later meedoen betekend uiterlijk september 2016, om tijdig voor de accreditatie de eerste verbeterstappen gezet te hebben.

Stap 3 Groepsdiscussie met de werkgroep

In de groepsdiscussie met de werkgroep dient de norm of normen die bij de afdeling(en) horen gekozen te worden. Een overzicht van de normen met uitleg is te vinden in bijlage XIV. Het controleren en aanpassen van de normensets kost veel tijd, terwijl er relatief weinig vragen kunnen vervallen. Dit screenen van de vragenlijst kan ook door één persoon gedaan worden of helemaal niet, omdat medewerkers ook de antwoordmogelijkheid 'Niet van toepassing' kunnen gebruiken. Toch verdient het de voorkeur dat de werkgroep een op de afdeling toegespitste vragenlijst samenstelt door de 'Niet van toepassing' vragen uit de standaardlijst te verwijderen. Op deze manier raakt de werkgroep beter betrokken bij het proces en krijgt het meer inspraak.

De werkgroep dient de norm(en) te analyseren per stelling/vraag. Hierbij wordt overlegd welke stellingen/vragen niet van toepassing zijn op de afdeling(en), welke onduidelijk zijn en aan wie de vraag/stelling gesteld wordt. De kwaliteitsfunctionaris houdt deze aan- en opmerkingen bij. Het is raadzaam een onderscheid te maken in een vragenlijst voor de leidinggevende(n) en een andere voor de medewerkers.

Bij de medewerkers is het van belang dat enkel vragen gesteld worden die binnen hun directe invloedssfeer liggen. De vragen die betrekking hebben op leidinggevende aspecten beantwoorden alleen de leidinggevendenden. Het uiteindelijke resultaat, is één zelfevaluatievragenlijst voor de medewerkers en één voor de leidinggevende(n), die beide toegespitst zijn naar de kenmerken van de afdeling.

Stap 4 De werkgroep de manieren van uitzetten laten bepalen

De werkgroep dient de manieren van uitzetten van de vragenlijst te kiezen die het beste bij de afdeling passen. Er dient een manier gekozen te worden voor afname, frequentie en wijze van uitzetten:

1. Afname: individueel of gezamenlijk invullen.

Bij de eerste keuze omtrent de manier van uitzetten, wordt het gezamenlijk invullen aanbevolen, aangezien er dan tijd voor vrij wordt gemaakt en medewerkers samen inspraak moeten geven op de vragenlijst. Deze manier van uitzetten zorgt voor de zekerheid op voldoende respons.

2. Frequentie: 25% van de medewerkers jaarlijks of 100% per 4 jaar ondervragen.

Bij de tweede keuze omtrent de manier van uitzetten, wordt het jaarlijks ondervragen van 25% van de medewerkers geadviseerd. Er kan namelijk binnen een tijdsbestek van vier jaar een hoop veranderen. Verder zorgt het vier keer uitzetten tot aan de accreditatie ervoor dat een verbetercyclus levendig gehouden wordt.

3. Wijze van uitzetten: Digitaal uitzetten, via papier of een combinatie van beide.

Bij de derde keuze wordt de combinatie aanbevolen, omdat bij het overhandigen van de norm middels papier, persoonlijk uitleg gegeven wordt, medewerkers aantekeningen kunnen maken en op deze manier onduidelijkheden makkelijker verhelderd kunnen worden. Vervolgens dienen de medewerkers de vragen digitaal te beantwoorden om foute overnames te voorkomen bij het overtypen van papieren versies in het digitale systeem.

Stap 5 Medewerkers de zelfevaluatievragenlijst uitleggen

Bij stap vijf worden de zelfevaluatievragenlijst besproken met alle medewerkers. Een geschikt moment hiervoor is het werkoverleg. Het is van belang dat medewerkers weten waar de zelfevaluatievragenlijst over gaat, welke antwoordmogelijkheden er zijn, de tijdsduur inzichtelijk wordt gemaakt en uitgelegd wordt wat het belang van het invullen van de vragenlijst is. Medewerkers dienen de voordelen van het invullen in te zien om een zo hoog mogelijke respons te halen. Om dit te bereiken, kan het beste een voorlichting worden gegeven door de werkgroep aan de medewerkers in de vorm van een presentatie. Dit kan grotendeels dezelfde presentatie zijn, zoals deze gegeven is aan het RVE-management. Eventuele vragen en onduidelijkheden kunnen weggenomen worden zodat de medewerkers concreet weten wat er verwacht wordt.

Stap 6 Aanmaken en uitzetten zelfevaluatievragenlijst

De volgende stap bij het implementeren van de kwaliteitsnormen is het aanmaken van de zelfevaluatievragenlijst(en). Dit dient gedaan te worden in het NIAZ Qmentum portal. De link om bij dit portal te komen is: <https://www.qmentuminternational.org/LAPPortal/Login.aspx> De contactpersoon van Kwaliteit, Veiligheid en Bedrijfsvoering (KV&B) zal hierbij ondersteuning bieden.

Aan de hand van het volgende stappenplan dient de vragenlijst worden aangemaakt:

- 1.** voer de gebruikersnaam en het wachtwoord in en druk op 'Login' (bekend bij contactpersoon KV&B);
- 2.** klik op 'Beheer';
- 3.** kies vervolgens 'Zelfevaluaties';
- 4.** selecteer de norm die betrekking heeft op de afdeling;
- 5.** klik op 'Voeg zelfevaluatie toe';

6. voer bij 'Titel' de naam van de afdeling, de maand en de functiegroep leidinggevende(n) of medewerkers in en voer bij 'Startdatum' en 'Einddatum' de gewenste start- en einddatum in;
7. indien er sprake is van een consensusbeoordeling dient dit aangevinkt te worden (bij minder dan 5 respondenten dient dit sowieso te geschieden, anders wordt er geen rapport gegenereerd. Er dient dan gezamenlijk één vragenlijst ingevuld te worden);
8. klik vervolgens op 'Opslaan', nu is de standaardvragenlijst aangemaakt. De unanieme antwoorden over de vragenlijst van groepsdiscussie dient nu (eventueel) toegepast te worden;
9. kies bij het onderdeel 'Criteria-Selectie en Extra Vragen' de mogelijkheid 'Selecteer criteria', nu ziet u de oorspronkelijke vragenlijst bijbehorende bij de norm. Vragen kunnen verwijderd worden door de vraag uit te vinken en na alle vragen op 'Opslaan' te klikken;
10. door op de gebruikersnaam bovenin te klikken en vervolgens op uitloggen is het aanmaken van de vragenlijst voltooid. Eventuele aanpassingen kunnen tussentijds nog altijd worden aangepast.

Na het aanmaken van de zelfevaluatie dient deze verspreid te worden onder de medewerkers van de afdeling, op de manier die de werkgroep gekozen heeft. Indien de vragenlijst digitaal zal worden ingevuld, dient de link met bijbehorende organisatiecode en wachtwoord opgestuurd te worden naar de medewerker of leidinggevende middels een e-mail. Het is van belang dat de tijd van openstelling van de vragenlijst realistisch en haalbaar is voor de medewerkers. De duur van de openstelling moet ter kennisgeving vermeld worden in de e-mail. Op deze manier wordt de kans op weerstand verlaagd en de respons verhoogd. Mochten er voor de deadline te weinig respondenten zijn, verleng dan in overleg met de werkgroep de deadline en communiceer dit.

Na het verstrijken van de uiterste invuldatum zijn de resultaten 24 uur later beschikbaar in het portal. De resultaten worden weergegeven aan de hand van percentages en cijfers. Per stelling en antwoordmogelijkheid is zichtbaar hoe vaak een bepaald antwoord is gegeven. Dit wordt ook in een antwoordpercentage weergegeven. Voor het bekijken van de resultaten dienen de stappen één tot en met vier nogmaals te worden gevolgd. Vervolgens dient de zelfevaluatie waar het om gaat, geselecteerd te worden. Bij het onderdeel 'Resultaten' dient op de blauwe balk 'Resultaten' geklikt te worden. Hierna vervolgt een ander scherm waarbij onder 'Rapport in printlayout' op het icoon geklikt dient te worden. Ten slotte kan de vragenlijst opgeslagen worden als Excel-, PDF- of Word-bestand. Het downloaden van het Excelbestand wordt aanbevolen, hierin worden de resultaten het meest overzichtelijk weergegeven.

Stap 7 Verbeterplan opstellen aan de hand van de resultaten

Om te gaan werken aan de verbeterpunten die uit de resultaten van de zelfevaluatie naar voren komen, wordt een verbeterplan opgesteld. De rode vlakken hebben de hoogste prioriteit en gele vlakken hebben een gemiddelde prioriteit. De gehele afdeling dient inspraak te hebben op de verbeterpunten, op deze manier wordt duidelijk dat zij belangrijk zijn binnen dit verandertraject. Hiervoor dient tijd uitgetrokken te worden door de leidinggevende(n). Het is van belang dat de leidinggevende(n) de resultaten van de 'leidinggevende vragenlijst' met de medewerkers deelt. Op deze manier kunnen zowel de resultaten van de leidinggevende alsook de resultaten van de medewerkers vergeleken worden. Hierdoor wordt inzichtelijk waarom de resultaten bij dezelfde vragen verschillen. Indien er verschil is, dient gekeken te worden of het een verbeterpunt betreft, of een hiaat in kennis dat middels training of een werkoverleg opgepakt kan worden.

Nadat duidelijk is welke punten opgepakt zullen worden, dient er gekeken te worden naar het opstellen van een verbeterplan dat hier op aansluit. Een effectieve manier om dit te doen, is de gehele afdeling opdelen in groepjes die elk één of meerdere verbeterpunten zullen oppakken. Iedere medewerker die de vragenlijst heeft ingevuld leidt een groep medewerkers bij het opstellen van het verbeterplan. Het opstellen van het verbeterplan kan aan de hand van twee methoden worden gedaan:

OGSM-methode

Wanneer de resultaten aan de hand van de OGSM-methode tot een verbeterplan worden gemaakt, geeft het model snel en overzichtelijk weer wat, wanneer en hoe er verbeterd gaat worden. OGSM staat voor Objective, Goals, Strategies en Measures. Met Objective wordt het doel van de verbetering bedoeld: waar moet de organisatie staan als de verbetering is doorgevoerd. Waar Objective een kwalitatief doel is, zijn Goals kwantitatieve doelen: het zijn de coördinaten van het punt op de horizon, een kwantitatieve vertaling van de elementen die in de Objective worden genoemd. In het stuk van Strategies worden de wegen die gekozen worden om het doel te behalen, beschreven. Measures staat tot slot voor dashboard en acties. Bij dashboard worden de meetbare elementen beschreven, bij acties wordt de strategie naar concrete actiestappen vertaald. Kortom wordt er met het invullen van de Objective en Goals bepaald wat er bereikt moet worden en geven Strategies en Measures aan hoe de organisatie daar kan komen. In bijlage XII staat een weergave van het model, waar de doelen, strategieën, meetbare aspecten en actiepunten aan de hand van een voorbeeld zijn ingevuld.

iProva

Een tweede wijze van het werken aan het verbeterplan is een melding maken van de verbetering in de iTask module op het Kwaliteitsportaal. Dit dient volgens de volgende stappen te geschieden:

1. inloggen met gebruikersnaam en wachtwoord van de projectleider;
2. klik op 'iTask';
3. klik op 'Nieuwe melding';
4. selecteer in het menu 'Wat voor melding wilt u doen?' de optie 'Verbetermaatregel';
5. vul de naam van de melder, de desbetreffende afdeling, de aanleiding, de bron van de maatregel, de verbetermaatregel zelf, de deadline voor het uitvoeren van de maatregel en de verantwoordelijke afdeling in;
6. klik tot slot op 'Opslaan' wanneer er nog aanpassingen worden gedaan of op 'Versturen' wanneer de verbetermaatregel definitief is.

Een voordeel van de OGSM-methode is dat het model gemakkelijk afgedrukt en opgehangen kan worden om het zo inzichtelijk te maken onder de medewerkers. Zo blijven de verbeteringen en verbetermaatregelen continu onder de aandacht. Een voordeel van de iProva-methode is dat de verbeterpunten online inzichtelijk zijn voor alle medewerkers van de afdeling. Een nadeel is dat hier wellicht één keer naar gekeken wordt, waarna het vervolgens in de vergetelheid raakt. Daarom is het nodig dat van de meldingen in het kwaliteitsportaal ook een afdruk wordt gemaakt, die vervolgens kan worden opgehangen op de afdeling.

Stap 8 Uitvoeren verbeterplan

Nadat het verbeterplan met de bijbehorende verbeteracties is opgesteld, is het aan de leidinggevende, de kwaliteitsfunctionaris en de medewerkers om hier aandacht aan te besteden en ervoor te zorgen dat er continu aan de verbeteringen wordt gewerkt. Aanbevolen wordt om voortgang bij ieder afdelingsoverleg te bespreken om de verbeteringen onder de aandacht te houden en in te zien of de verbeteracties binnen het geplande tijdslimiet behaald worden. Ook de contactpersoon van KV&B voor de RVE zal de voortgang mee bewaken door in overleg te gaan met de kwaliteitsfunctionaris. Waar nodig zal deze verbetertools aanreiken om verder te komen.

Wanneer de NIAZ 3.0-Qmentum norm(en) in een afdeling uitgezet worden aan de hand van voorgaande punten, zal de aanpak de afdeling veel profijt opleveren. Indien er, door welke omstandigheden ook, te veel weerstand is tegen de aanpak, lijkt een goede implementatie van de nieuwe NIAZ 3.0-Qmentum norm(en) kansloos en is het aan te raden om het op een ander moment te doen of middels een andere werkwijze. Het onderzoek heeft vooral veel inzicht opgeleverd in de verschillende soorten werkwijzen die allemaal tot hetzelfde doel kunnen leiden, afgestemd op de identiteit van de afdeling. Als maar de werkwijze gekozen wordt die het beste bij de afdeling past, er leiden namelijk meerdere wegen naar Rome.

BEREKENEN KWALITEITSKOSTEN

Bij ieder verbeterpunt dienen de kwaliteitskosten berekend te worden aan de hand van het PKF-kwaliteitskostenmodel. Dit model zorgt ervoor dat de preventie-, controle- en foutkosten inzichtelijk worden. Deze kosten dient de leidinggevende van de afdeling samen met de kwaliteitsfunctionaris te berekenen. De medewerkers kunnen hier niet betrokken bij worden aangezien deze geen inzicht hebben in alle kosten. Bij 'gele' en 'rode' verbeteringen waarbij de preventie- en controlekosten hoger zijn dan de foutkosten dient de afdeling te kijken naar andere mogelijke verbeteringen, waarbij de preventie- en controlekosten lager zijn dan de foutkosten. Anders voldoet de afdeling wel aan de kwaliteitsnorm, maar staat de opbrengst van de kwaliteit niet meer in verhouding met de kosten.

HERHALING ZELFEVALUATIES

Ten slotte wordt geadviseerd de zelfevaluatie jaarlijks uit te zetten, zodat een verbetercyclus ontstaat. De manier waarop de herhaling het beste kan geschieden is als volgt: de werkgroep die de vragenlijst uitzet en bewaakt dient hetzelfde te blijven, deze medewerkers kennen namelijk de gang van zaken. Vervolgens dient de tweede/derde/vierde groep bestaande uit 25% van de medewerkers de vragenlijst in te vullen. Hierbij wordt gecheckt of 'oude' verbeterpunten zijn opgelost en/of nieuwe punten zijn ontstaan. Tevens dient de hele afdeling opnieuw betrokken te worden bij het aanpakken van (eventuele) verbeterpunten. Medewerkers die de vragenlijst hebben ingevuld worden gekoppeld aan medewerkers die dit niet gedaan hebben, om samen het verbeterplan op te stellen. Deze medewerkers zijn namelijk bij het hele proces betrokken geweest en kunnen dan eventuele vragen en onduidelijkheden makkelijker uitleggen aan de overige medewerkers. Door voorgaand ieder jaar te hanteren zullen medewerkers elkaar stimuleren om verbeteringen door te voeren binnen de afdeling, er wordt namelijk als één team ernaar gekeken.

LITERATUURLIJST

BOEKEN

Baarda, D.B., Goede, M.P.M de (2006). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. (vierde druk). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.

Burns, Bush, R.F (2006). *Principes van marktonderzoek* (vierde druk). Amsterdam: Pearson Benelux B.V.

Eck, M. van., Leenhouts, E., Tielen, J. (2013). *Business plan op 1A4. Wordt succesvoller met OGSM.(derde druk)*. Amsterdam: Pearson.

Harinck, F. (2008) *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Antwerpen: Garant.

Mars, A. (2006). *Hoe krijg je ze mee? Vijf krachten om een verandering te laten slagen*. (eerste druk). Assen: Koninklijke Van Gorcum.

DOCUMENTEN

Atrium MC. (2010). *Zelfevaluatie en auditrapport*.

https://www.atriummc.nl/fileadmin/uploads_kwaliteitszorg/PDF_bestanden/Niaz/Zelfevaluatie-en-auditrapport_NIAZ_V10_14-10-10_definitief.pdf

Business Openers. (z.d.) *Voorbeeld OGSM Businessplan op 1 A4*.

Gedownload op 14 mei 2015, van

<http://businessopeners.nl/wp-content/uploads/2013/01/Voorbeeld-OGSMs-Businessplan-op-1-A4.pptx>

Coutinho. (2013). *Missionstatement en core values*.

Geraadpleegd op 27 februari 2015, van

http://www.coutinho.nl/fileadmin/documenten/mvo/verdieping_h6_missionstatement_en_core_values.pdf

Goedemondt, A.A. (1991). *Opbrengsten en kosten van kwaliteit*.

Geraadpleegd op 9 maart 2015, van

<http://www.sigmaonline.nl/artikel/11609/Opbrengsten-en-kosten-van-kwaliteit>

NIAZ.(2015, 23 januari). *Accreditatieprocedure Qmentum 2015*.

Geraadpleegd op 11 maart 2015, van

<http://www.niaz.nl/accreditation-procedure/Aanvraag%20accreditation%202015/accreditation-procedure-2015-Qmentum/view?searchterm=accreditation%20voorwaarden>

NIAZ. (2015). *Algoritme zelfevaluatievragenlijst*.

Geraadpleegd op 2 april 2015, van

Utrecht: Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

NIAZ. (2014). *De essentie van Qmentum*.

Geraadpleegd op 10 februari 2015, van

<http://www.niaz.nl/niacz-qmentum/doc-s-qmentum/presentaties-in-pdf/presentatie-essentie-qmentum>

NIAZ. (2013, 27 maart). *Internationaal accreditatie programma NIAZ-Qmentum*.

Geraadpleegd op 3 maart 2015, van

http://www.niaz.nl/copy_of_Algemene-informatie-over-niaz-qmentum/niaz-qmentum-voortgang

Onderzoek en wetenschap. (2010, augustus). *Vermijden van valincidenten van ouderen in*

Zorgpraktijken. Geraadpleegd op 13 mei 2015, van

http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ntvt.nl%2Fartikel%2F117%2F7%2B-%2B8%2Fvermijden-van-valincidenten-van-ouderen-in-zorgpraktijken%3Fdownload%3D1&ei=7kxTVa3NAeGdygOI04GQDA&usg=AFQjCNHeFeGRctGCm8JI_nqd0GeAtIjTvw

Qconsult Bedrijfskundige Adviseurs. (2014). *NIAZ 3.0: wat gaat er veranderen?*

Geraadpleegd op 9 februari 2015, van

http://www.qconsultzorg.nl/uploads/media/Artikel_NIAZ_3_0_Wat_gaat_er_veranderen.pdf

Rombouts, A. (2014, 16 september). *Hoorcollege Onderzoeksvaardigheden* [PowerPoint].

Geraadpleegd op 15 april 2015, van

https://blackboard.hszuyd.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_tab_group_id=_2_1&url=%2Fwebapps%2Fblackboard%2Fexecute%2Flauncher%3Ftype%3DCourse%26id%3D_7473_1%26url%3D

WEBSITES

123Management. (2010). *Wat is een PDCA of Deming-cirkel?*

Geraadpleegd op 24 maart 2015, van

http://123management.nl/0/020_structuur/a212_structuur_05_processtructuur_pdca.html

Afstudeerconsultant. (z.d.). *Fieldresearch vs. deskresearch*.

Geraadpleegd op 2 maart 2015, van

<http://deafstudeerconsultant.nl/afstudeertips/onderzoeksmethoden/fieldresearch-vs-deskresearch/>

Allesovermarktonderzoek. (2015). *Kwantitatief onderzoek*.

Geraadpleegd op 9 april 2015, van

<http://www.allesovermarktonderzoek.nl/onderzoeksmethoden/kwantitatief-marktonderzoek>

Atrium Medisch Centrum Parkstad. (2014). *Afdeling Dialyse*.

Geraadpleegd op 1 april 2015, van

<https://www.atriummc.nl/home/patienten-bezoekers/poliklinieken-afdelingen/nierziekten-dialyseafdeling/dialyse/>

Atrium Medisch Centrum Parkstad. (2014, 27 augustus). *Afdeling Kwaliteit en Veiligheid*.

Geraadpleegd op 18 februari 2015, van

<https://www.atriummc.nl/huisnet/redacteurenhuisnet/kwaliteitszorg/kwaliteit-en-veiligheid/welkom/afdeling-kwaliteit-en-veiligheid/>

Atrium Medisch Centrum Parkstad. (2014). *Afdeling psychologie*.

Geraadpleegd op 20 mei 2015, van

<https://www.atriummc.nl/home/patienten-bezoekers/poliklinieken-afdelingen/psychosociale-oncologie/welkom/>

Atrium – Orbis. (2015). *Over de organisatie Atrium-Orbis*.
Geraadpleegd op 18 februari 2015, van
<http://www.atrium-orbis.nl/>

Erasmus School of Economics. (2015). *Probleemstelling*.
Geraadpleegd op 27 februari 2015, van
http://www.eur.nl/ese/informatie_voor/studenten/bachelorstudenten/bachelorscriptie/het_schrijproces/plannen/probleemstelling/

GGD. (2014). *Vaccinaties en ziekten*.
Geraadpleegd op 11 mei 2015, van
<http://www.ggdreisvaccinaties.nl/vaccinaties-en-ziekten>

INK. (z.d.). *PDCA & IMWR*
Geraadpleegd op 24 maart 2015, van
www.ink.nl/model/pdca-imwr

Intermediair. (2009,19 november). *Afkorting in de zorg: waar hebben ze het over?*
Geraadpleegd op 16 maart 2015, van
<http://www.intermediair.nl/carriere/een-baan-vinden/branches/afkortingen-de-zorg-waar-hebben-ze-het-over>

Intervisie. (2014). *In interview leert men van en met elkaar*.
Geraadpleegd op 6 mei 2015, van
<http://www.intervisie.nl/intervisie>

JCI. (2015). *Joint Commission International*.
Geraadpleegd op 4 maart 2015, van
<http://www.jointcommissioninternational.org/>

Lensink, A. (2014, 10 januari). *Tekst vergeten, beeld onthouden*
Geraadpleegd op 29 mei 2015, van
<http://www.lvbnetworks.nl/nieuws/tekst-vergeten-beeld-onthouden/>

Manders, M. (2014, 17 december). *Hoe formuleer je een doelstelling voor je scriptie?*
Geraadpleegd op 27 februari 2015, van
<https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/hoe-formuleer-ik-een-doelstelling/>

Martini Ziekenhuis. (2015). *Organisatiestructuur*
Geraadpleegd op 13 maart 2015, van
<http://www.martiniziekenhuis.nl/Over-Martini/Onze-organisatie1/Organisatiestructuur/>

Medisch Contact. (2015, 11 mei). *Meer VRE-besmettingen in Albert Schweitzer ziekenhuis*.
Geraadpleegd op 12 mei 2015, van
<http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/149574/Meer-VREbesmettingen-in-Albert-Schweitzer-ziekenhuis.htm>

Mitralis. (2007). *Wat is een Zelfstandig Behandel Centrum*.
Geraadpleegd op 30 maart 2015, van
<http://www.mitralis.nl/webpage.php?page=2#Wat is een Zelfstandig Behandel Centrum>

Nederlandse Transplantatie Stichting. (2014, 11 juni). *Wat te doen? Dialyse of transplantatie?*
Geraadpleegd op 11 mei 2015, van
<http://www.transplantatiestichting.nl/nieuws/wat-te-doen-dialyse-transplantatie>

NIAZ. (2015, 3 april) *Algemene informatie NIAZ-Qmentum*.
Geraadpleegd op 9 februari 2015, van
<http://www.niaz.nl>

NIAZ. (2015, 24 maart). Overzichtstabel van de vertaalde Qmentum standards.
Geraadpleegd op 10 februari 2015, van
<http://www.niaz.nl/niaz-qmentum/overzicht-q-mentum-normen>

NIAZ. (2014, 24 april). *Vergelijking NIAZ - JCI – Qmentum*.
Geraadpleegd op 10 februari 2015, van
<http://www.niaz.nl/Algemene-informatie-over-niaz-qmentum/vergelijking-niaz-jci-qmentum-v4/view>

NVZ. (2015). *Salarisschalen en maximale vergoedingen AMS*
Geraadpleegd op 11 mei 2015, van
<https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/cao-kenniscentrum/ams/salarisschalen-en-maximale-vergoedingen-ams>

Orbis MC. (2014). *Over Orbis Medisch en Zorgconcern*.
Geraadpleegd op 18 februari 2015, van
<https://www.orbisconcern.nl/top-menu/over-orbis/>

Overheid. (1996, 18 januari). *Kwaliteitswet zorginstellingen*.
Geraadpleegd op 24 maart 2015, van
Wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_24-03-2015

Plusonline. (2014). *Waarom heeft een gebroken heup zulke grote consequenties?*
Geraadpleegd op 11 mei 2015, van
<http://www.plusonline.nl/versleten-heup/waarom-heeft-een-gebroken-heup-zulke-grote-consequenties>

Printer Pro. (2015). *Posters*. Geraadpleegd op 18 mei 2015, van
<https://www.printerpro.nl/producten/posters/?gclid=CPrbx-Zy8UCFQoKwwodSzsAKQ>

Right Marktonderzoek. (2014). *Groepsdiscussies*.
Geraadpleegd op 1 april 2015, van
<http://www.rightmarktonderzoek.nl/kwalitatief-onderzoek/groepsdiscussies>

Right Marktonderzoek. (2014). *Randvoorwaarden bij onderzoek*.
Geraadpleegd op 24 maart 2015, van
<http://www.richtmarktonderzoek.nl/methoden-onderzoek/randvoorwaarden-bij-onderzoek>

Right Marktonderzoek. (2014). *Kwalitatief onderzoek*.
Geraadpleegd op 9 april 2015, van
<http://www.rightmarktonderzoek.nl/methoden-onderzoek/kwalitatief-onderzoek>

Tilburg University. (2015). *Betrouwbaarheid en validiteit. Validiteit.*

Geraadpleegd op 6 mei 2015, van

<https://www.tilburguniversity.edu/nl/studenten/vaardigheden/spsshelpdesk/edesk/betrouwba/>

WEKA. (z.d.). *Kwaliteit. Direct aan de slag: middelenmanagement.*

Geraadpleegd op 30 maart 2015, van

<http://www.weka-kwaliteit.nl/middelenmanagement.html>

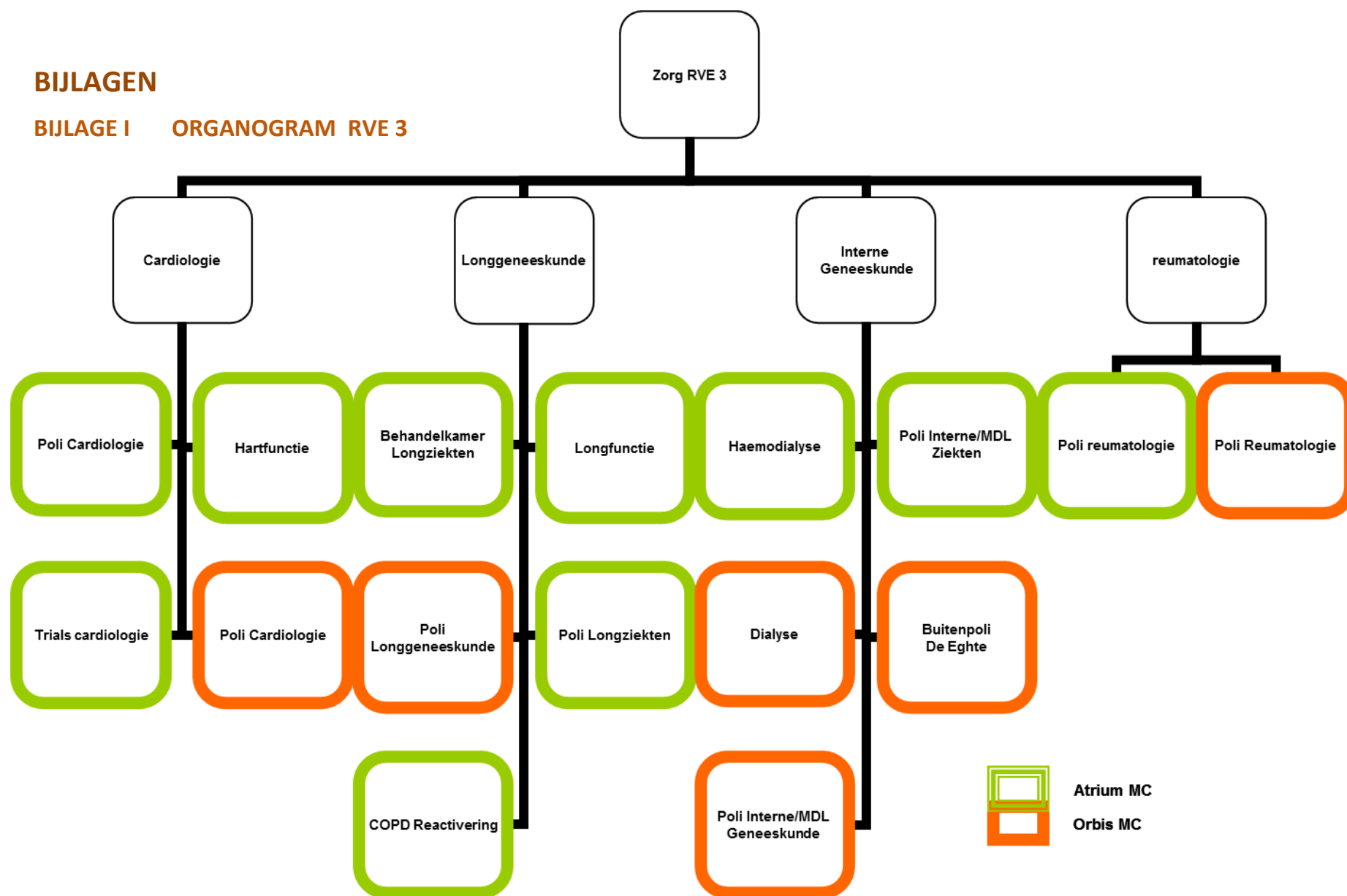
Zee, van der. F. (2015) *Steekproef trekken. Clustersteekproef.*

Geraadpleegd op 7 april 2015, van

<http://hulpbijonderzoek.nl/online-woordenboek/steekproef-trekken/>

BIJLAGEN

BIJLAGE I ORGANOGRAM RVE 3



EEN MODEL VOOR VERANDERING:

Hoe krijg je ze mee? Annemarie Mars 2006



Bron: 'Hoe krijg je ze mee? Vijf krachten om een verandering te laten slagen', Annemarie Mars, Van Gorcum, 2006.

BIJLAGE III GESPREKSPUNTENLIJST GROEPSDISCUSSIE

EEN EFFECTIEVE INSTELLING OPZETTEN				
		LG	MW	Opmerkingen
				De instelling heeft een duidelijk doel en een duidelijke richting.
	1.1			De instelling heeft een schriftelijk vastgelegde missieverklaring.
	1.2			De instelling heeft meetbare, schriftelijke langetermijn doelstellingen.
	1.3			Bij het opstellen van de doelen verzamelen de managers van de instelling input van medewerkers, zorgverleners, cliënten en hun familieleden.
	1.4			De instelling heeft een operationeel jaarplan om de dagelijkse activiteiten te sturen.
	1.5			De instelling monitort jaarlijks de realisatie van haar operationele jaarplan en langetermijndoelen.
		LG	MW	Opmerkingen
				De instelling plant en ontwerpt diensten die aan de behoeften van haar cliënten voldoen.
	2.1			De instelling monitort de informatie over cliëntaantallen en verwijzingspatronen.
	2.2			De instelling gebruikt de informatie die ze verzamelt over haar cliënten voor het plannen en ontwikkelen van diensten.
	2.3			De managers van de instelling herzien regelmatig de aangeboden zorgdiensten van de instelling en brengen wijzigingen aan gebaseerd op de verzamelde informatie over de behoeften van haar cliënten.
		LG	MW	Opmerkingen
				De instelling neemt besluiten en levert diensten op basis van een vastgestelde waarden.
	3.1			De instelling heeft de waarden van de instelling schriftelijk vastgelegd.
	3.2			Bij het ontwikkelen van de waarden van de instelling verzamelt de instelling de input van medewerkers, zorgverleners, cliënten en hun familieleden.
	3.3			De instelling deelt de waarden met medewerkers, zorgverleners, cliënten en hun familieleden.

BIJLAGE IV ZELFEVALUATIEVRAGENLIJST

Zelfevaluatie instelling

Normenset:

Medische (niet-chirurgische) zorg

2.0	Het team beschikt over de 'middelen' die nodig zijn om medische zorg van goede kwaliteit te verlenen.	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Niet mee eens	Totaal niet mee eens	Weet niet	Niet van toepassing
2.1	De teamleiders brengen de 'middelen' in kaart die nodig zijn om medische zorg van goede kwaliteit te verlenen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.2	Het team bestaat uit voldoende medewerkers en is van de juiste samenstelling om 24 uur per dag zorg van consistente kwaliteit te verlenen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.3	Het team heeft toegang tot een afgezonderde ruimte om de privacy van cliënten en hun familieleden en de vertrouwelijkheid van hun gesprekken te waarborgen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.4	Teamleden beschikken over een werkruimte om samen te komen, cliënten te bespreken en informatie uit te wisselen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.5	Het team heeft een actuele lijst van apparatuur die wordt gebruikt voor het verlenen van medische zorg, waarin is vermeld waar de apparatuur wordt bewaard, hoe die moet worden gebruikt en of die regelmatig preventief onderhoud behoeft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.6	Het team beschikt over adequate persoonlijke beschermingsmiddelen die deugdelijk zijn onderhouden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.7	Het team kan in geval van spoedeisende zorg beschikken over apparatuur die functioneel is, die up-to-date is en regelmatig wordt getest.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.9	Het team bespreekt met de teamleiders welke aanvullende 'middelen' nodig zijn om medische zorg van goede kwaliteit te verlenen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

BIJLAGE V **GESPREKSPUNTENLIJST GROEPSDISCUSSIE INGEVULD**

MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG VERLENEN					
		LG	MW	Opmerkingen	De instelling verleent tijdig toegang tot zorg.
17.1	x	x			Het team reageert tijdig op verzoeken om diensten en informatie.
17.2	x	x			De instelling ontvangt cliënten in de zorgruimte op een wijze die hun privacy en vertrouwelijkheid waarborgt.
17.3	x				De instelling informeert (potentiële) cliënten over de dienstverlening, werkroosters en kosten in de juiste taal en op juiste wijze.
17.4	x				De instelling brengt belemmeringen in kaart die (potentiële) cliënten de toegang tot diensten beletten en neemt ze waar mogelijk weg.
17.5	x	x			Met toestemming van de cliënt verzamelt het team informatie over de gezondheidsgeschiedenis van de cliënt om de zorgbehoefte vast te stellen.
17.6				nvt	De instelling heeft beleid voor het opnemen van cliënten dat gebaseerd is op een beoordeling van hun fysieke toestand voorafgaand aan een operatie.
17.7	x				Als de instelling niet in staat is tegemoet te komen aan de behoeften van potentiële cliënten of verwijzers, legt het team uit waarom dit is en slaat het deze informatie op ten behoeve van zorgverlening in de toekomst.
		LG	MW	Opmerkingen	De instelling beoordeelt iedere cliënt tijdig, nauwkeurig en op een correcte manier.
18.1	x	x			De instelling beoordeelt de fysieke gezondheid van de cliënt om potentiële risico's en de behoefte aan behandeling in kaart te brengen.
18.2	x	x			De instelling beoordeelt de psychosociale gezondheid van de cliënt om potentiële risico's en de behoefte aan behandeling in kaart te brengen.
18.3				nvt	Procedures om postoperatieve pijn van de cliënt te beoordelen en bestrijden maken onderdeel uit van de preoperatieve screening.
18.4				nvt	Op basis van de beoordeling van de fysieke toestand van de cliënt voorafgaand aan de operatie, wordt iedere cliënt ingedeeld in een classificatieniveau (American Society of Anesthesiologists).

BIJLAGE VI RESULTATEN DIALYSE LEIDINGGEVENDE

#	Criterium	Vlag	Criterium met hoge prioriteit	VIR	Niveau	Helemaal mee eens #	Helemaal mee eens %	Mee eens #	Mee eens %	Neutraal #	Neutraal %	Mee oneens #	Mee oneens %	Zeer mee oneens #	Zeer mee oneens %	Weet niet #	N.v.t. #	N	Onvolledige vragenlijsten #
1.3	Het instellingsbeleid en de -procedures voor het verlenen van medische zorg voldoen aan de vigerende wet- en regelgeving.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
1.4	De teamleiders verzamelen informatie over de behoefte aan medische zorg van hun cliënten.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
1.5	De teamleiders vragen cliënten, zorgverleners en andere medewerkers input om te besluiten welke medische zorg zij zullen verlenen.	GR	Ja		Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
1.6	De teamleiders gebruiken de informatie over cliënten om te beslissen welke zorg rechtstreeks, via verwijzing of door gecontracteerde zorgverleners zal worden verleend.	R			Platina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
1.7	De teamleiders werken samen met andere teams, zorgverleners en organisaties om te voldoen aan de zorgbehoeften van hun cliënten.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
1.8	De teamleiders evalueren hun diensten regelmatig om er zeker van te zijn dat deze voldoen aan de behoeften van hun cliënten en brengen waar nodig wijzigingen aan.	GR	Ja		Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
2.1	De teamleiders brengen de 'middelen' in kaart die nodig zijn om medische zorg van goede kwaliteit te verlenen.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
2.2	Het team bestaat uit voldoende medewerkers en is van de juiste samenstelling om 24 uur per dag zorg van consistente kwaliteit te verlenen.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
2.3	Het team heeft toegang tot een afgezonderde ruimte om de privacy van cliënten en hun familieleden en de vertrouwelijkheid van hun gesprekken te waarborgen.	R	Ja		Platina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0

2.4	Teamleden beschikken over een werkruimte om samen te komen, cliënten te bespreken en informatie uit te wisselen.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
2.5	Het team heeft een actuele lijst van apparatuur die wordt gebruikt voor het verlenen van medische zorg, waarin is vermeld waar de apparatuur wordt bewaard, hoe die moet worden gebruikt en of die regelmatig preventief onderhoud behoeft.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
2.6	Het team beschikt over adequate persoonlijke beschermingsmiddelen die deugdelijk zijn onderhouden.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
2.7	Het team kan in geval van spoedeisende zorg beschikken over apparatuur die functioneel is, die up-to-date is en regelmatig wordt getest.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
2.9	Het team bespreekt met de teamleiders welke aanvullende 'middelen' nodig zijn om medische zorg van goede kwaliteit te verlenen.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
2.10	De teamleiders pleiten namens het team bij de hoger leidinggevende voor de middelen die nodig zijn om medische zorg van goede kwaliteit te verlenen.	GR	Ja		Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
3.1	Het team wordt geleid door artsen die geregistreerd zijn.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
3.2	De teamleiders zetten een multidisciplinair team op voor het verlenen van medische zorg.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
3.3	De teamleden hebben functieprofielen waarin de kwalificaties, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn vastgelegd.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
3.4	De teamleden benutten hun volledige handelingsbevoegdheid bij het verlenen van medische zorg.	R			Diamant	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
3.5	De teamleden volgen trainingen onder meer op het gebied van communicatie, conflictoplossing en leiderschap, ter bevordering van het werken in een team en samenwerken van disciplines.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
3.6	De teamleden overleggen regelmatig om zorgverlening, taken en verantwoordelijkheden op elkaar af te stemmen.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
3.7	Het multidisciplinaire team evalueert zijn functioneren regelmatig en brengt waar nodig verbeteringen aan.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
4.1	De teamleiders hanteren criteria voor de werving en selectie van teamleden op basis van hun kwalificaties, ervaring en de mate waarin zij in het team passen.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
4.2	De teamleiders controleren jaarlijks of elk teamlid over de benodigde kwalificaties beschikt, met inbegrip van controle op de actualiteit van certificaten en registraties.	GR			Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
4.3	Nieuwe teamleden krijgen een introductie over de organisatie, het team en hun taken en verantwoordelijkheden.	GR			Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0

4.4	Nieuwe teamleden volgen een training in veilig gebruik van apparatuur, instrumenten en benodigdheden die worden gebruikt voor het verlenen van medische zorg.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
4.5	Nieuwe teamleden volgen een training in het juiste gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
4.6.1	Continue training in het veilig gebruik van infuuspompen wordt geregistreerd.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
4.7	Nieuwe teamleden volgen een opleiding over agressie en geweld op de werkplek, om zorgverleners en andere medewerkers te beschermen tegen geweld of agressief gedrag.	R	Ja		Goud	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
4.8	Voor een effectieve zorgverlening aan álle cliënten krijgen nieuwe teamleden krijgen een training in transculturele zorgverlening.	R			Platina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
4.9	Nieuwe teamleden worden opgeleid in het hanteren van de instellingsprocedure(s) rond ethische kwesties.	R	Ja		Platina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
4.10	Voor elk teamlid bestaat een geactualiseerd personeelsdossier met informatie over de selectieprocedure, de arbeidsovereenkomst, de controle op kwalificaties, certificaten en registraties (indien van toepassing), en de gevolgde opleidingen en trainingen.	GR			Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
4.11	De teamleiders evalueren regelmatig het functioneren van elk teamlid op een objectieve, interactieve en positieve manier, en nemen deze informatie in het personeelsdossier op.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
4.12	Elk teamlid heeft een persoonlijk ontwikkelingsplan dat is opgenomen in zijn personeelsdossier.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
4.13	De teamleiders monitoren en voorzien in de behoeften van elk teamlid aan permanente opleiding, training en professionele ontwikkeling en nemen deze informatie op in het personeelsdossier.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
5.1	De teamleiders hanteren de instellingsafspraken voor het op een eerlijke en rechtvaardige manier toewijzen aan teamleden van cliënten en andere verantwoordelijkheden.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
5.2	Het team hanteert een beleid met betrekking tot verwachte werktijden, met inbegrip van het maximaal aantal uren per dienst en per week, en eventuele werkomstandigheden die van invloed kunnen zijn op de gezondheid en het welzijn van het team.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
5.3	De teamleden hebben inspraak in de uitoefening van het werk, met inbegrip van het definiëren van taken en verantwoordelijkheden en het toewijzen van cliënten, voor zover van toepassing.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
5.4	Teamleden kunnen gebruik maken van beleid op de werkplek, dat erop gericht is hun gezondheid en welzijn te verbeteren.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0

5.5	Het team beschikt over een rustige en afgezonderde ruimte om na te denken, te rusten en te bidden.	R			Platina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
5.6	De teamleiders zien toe op vermoeidheid en stress van de teamleden om factoren die hieraan bijdragen te onderkennen en zo nodig te beïnvloeden.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
5.7	Voor de teamleden is psychische begeleiding beschikbaar, vooral na een schokkende gebeurtenis.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
5.8	Het team beschikt over een eerlijk en objectief proces of programma waarmee het bijdragen van teamleden op waarde kan schatten.	R			Diamant	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
6.1	Het team brengt belemmeringen in kaart die cliënten, hun familieleden, zorgverleners en verwijzers de toegang tot diensten beletten en neemt deze waar mogelijk weg.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
6.2	Het team verricht een initiële screening om te bezien of het team kan voldoen aan de behoeften van de cliënt en om de prioriteit van de behandeling te bepalen.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
6.3	Het opnamebeleid van het team bevat procedures om te bepalen of cliënten spoedeisende zorg en behandeling behoeven.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
6.4	Het opnamebeleid van het team bevat procedures voor het opnemen van cliënten van andere zorgverleners en verwijzende instellingen.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
6.5	Het team hanteert een beleid en een procedure met betrekking tot de vraag wanneer een cliënt diensten geweigerd mogen worden.	R	Ja		Goud	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
6.6	Wanneer het team een cliënt diensten weigert op basis van het beleid en de procedure, helpt het de cliënt alternatieve diensten te vinden.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
6.7	Bij opname geeft het team cliënten en hun familieleden informatie over de diensten die het team verleent.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
6.8	Met toestemming van de cliënt verzamelt het team informatie over de gezondheidsgeschiedenis van de cliënt om de zorgbehoefte vast te stellen.	GR			Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
6.9	Het team monitort regelmatig de cliënten op de wachtlijst om tijdig spoed- of crisissituaties te onderkennen en daarop te reageren.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
6.10	Als het team niet in staat is een cliënt op te nemen voor medische zorg, probeert het vergelijkbare zorg te verkrijgen op een andere afdeling of bij een andere instelling.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
6.11	Het team houdt de gemiddelde responstijden voor het reageren op zorgvragen of informatievragen bij.	R	Ja		Diamant	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
6.12	Wanneer het team niet in staat is een cliënt op te nemen voor medische zorg, slaat het deze informatie op ten behoeve van zorgverlening in de toekomst.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.1	Het team beoordeelt de fysieke gezondheid van de cliënt.	GR			Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0

7.2	Het team beoordeelt de psychosociale gezondheid van de cliënt.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.3	Het team gebruikt gestandaardiseerde klinische meetmethodes om de pijn van de cliënt te beoordelen.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.4	Het team beoordeelt of de cliënt intensieve zorg nodig heeft.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.5	Het team beoordeelt de behoeften en verwachtingen van de cliënt, en de betrokkenheid van familieleden en mantelzorgers.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.6.1	De instelling hanteert een beleid of richtlijnen voor tromboseprofylaxe.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.6.2	Het team identificeert cliënten met een verhoogd risico op het krijgen van veneuze trombo-embolieën (diep veneuze trombose en longembolie) en dient de juiste (evidence-based) tromboseprofylaxe toe.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.6.3	Het team zorgt voor maatregelen voor een juist gebruik van tromboseprofylaxe, doet regelmatig interne audits of tromboseprofylaxe volgens het beleid wordt uitgevoerd, en gebruikt informatie uit de interne audits voor verbeteringen in het beleid.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.6.4	Het team identificeert patiënten met grote orthopedische operaties (heup- en knie vervanging; heupfractuur) die na ontslag tromboseprofylaxe nodig hebben, en hanteert een procedure om hierin te voorzien.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.6.5	Het team geeft informatie aan zorgverleners en patiënten over de risico's op het krijgen van trombose en hoe dit te voorkomen.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.7.1	De instelling beschikt over een protocol voor medicatieverificatie van cliënten bij opname (hetzij via de spoedeisende hulp, hetzij via een intramurale afdeling).	GR	Ja	Ja	Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.7.2	Het protocol omvat een lijst van de meest actuele medicatie die de cliënt gebruikt (de best mogelijke medicatiegeschiedenis).	GR	Ja	Ja	Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.7.3	Het protocol omvat een vergelijking van deze medicatielijst vóór opname met de nieuwe door de instelling voorgeschreven medicatie.	GR	Ja	Ja	Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.7.4	Het protocol vereist documentatie waaruit blijkt dat de twee lijsten met elkaar vergeleken zijn; dat verschillen getraceerd, besproken en opgelost zijn; en dat eventuele noodzakelijke wijzigingen in de nieuwe medicatie doorgevoerd zijn.	GR	Ja	Ja	Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.7.5	Het protocol stelt duidelijk dat medicatieafstemming een gedeelde verantwoordelijkheid is van de cliënt en de zorgverleners.	R	Ja	Ja	Diamant	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
7.9	Het team heeft tijdig toegang tot laboratorium- en andere diagnostische diensten om de beoordeling van de cliënt af te ronden.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.10	Het team heeft de mogelijkheid tot (spoed)overleg met (medisch) specialisten om de beoordeling van de cliënt af te ronden.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0

7.11	Het team neemt de resultaten van de beoordeling op in het dossier van de cliënt, duidelijk beschreven en direct beschikbaar voor de behandelend arts en anderen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening en diensten aan de cliënt.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
7.12	Het team bespreekt de resultaten van de beoordeling tijdig, nauwkeurig en op een begrijpelijke wijze met cliënten, hun familieleden en zorgverleners.	R	Ja		Diamant	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
7.13	Het team beziet de beoordeling regelmatig en werkt deze bij indien de gezondheidstoestand van de cliënt substantieel is gewijzigd.	GR			Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
8.1	Het team hanteert een beleid met betrekking tot informed consent dat voldoet aan vigerende wet- en regelgeving.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
8.2	Het team wijst cliënten en familieleden op hun rechten.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
8.3	De teamleden informeren cliënten en familieleden tijdig, volledig en nauwkeurig om hen te helpen keuzes te maken ten aanzien van de behandeling.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
8.4	Het team controleert of de cliënt en zijn familie de verstrekte informatie over de behandeling begrijpen en legt de informatie over die controle vast in het dossier van de cliënt.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
8.5	Het team verkrijgt informed consent van de cliënt vóór het verlenen van diensten.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
8.6	Wanneer cliënten niet in staat zijn informed consent te geven, volgt het team de eerder door de cliënt gegeven instructies (indien beschikbaar), of verkrijgt toestemming van een gemachtigde.	R	Ja		Goud	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
8.7	Het team beschermt de eigendommen van de cliënten tegen diefstal en verlies.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
8.8	Het team volgt de instellingsprocedure bij het identificeren, oplossen en rapporteren van ethische kwesties.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
8.9	Het team beschikt over een klachtenprocedure voor cliënten en familieleden.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
8.10	Het team informeert cliënten en familieleden over hoe zij een klacht kunnen indienen.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
8.11	Het team reageert open, eerlijk en tijdig op klachten van cliënten en familieleden.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.1	Het team houdt zich aan vigerende wet- en regelgeving, instellingsbeleid en ethische beroepscode bij het verlenen van medische zorg.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.2	Het team bepaalt in samenwerking met de cliënt en familieleden de zorgdoelen en verwachte resultaten.	R			Platina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
9.3	Het team ontwikkelt een zorgplan voor elke cliënt.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0

9.4	Het zorgplan is gebaseerd op de zorgdoelen en verwachte resultaten van de cliënt.	R	Ja		Platina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
9.5.1	Het team hanteert een standaardmethode om bij opname de risico's op het krijgen van decubitus vast te stellen.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.5.2	Het team beoordeelt bij elke cliënt zowel op afgesproken momenten de risico's op het krijgen van decubitus als bij veranderingen in het ziekteproces.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.5.3	Om decubitus te voorkomen implementeert het team protocollen en procedures die zijn gebaseerd op best practices, waarin o.a. interventies staan opgenomen om huiddefecten te voorkomen; druk en wrijving te verminderen; regelmatig van houding te veranderen; optimaliseren van voeding en vochthuishouding en verbeteren van de mobiliteit en activiteit.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.5.4	Het team geeft voorlichting en training aan zorgverleners, cliënten en hun families over de risico's en preventie van decubitus.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.5.5	Het team meet de effecten van het anti-decubitusbeleid en gebruikt de uitkomsten van de metingen voor verbeteringen.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.6	Het zorgplan van de cliënt bevat maatregelen om pijn en andere symptomen te beheersen.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.7	Het team deelt het zorgplan van de cliënt tijdig met alle zorgverleners van de cliënt.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.8.1	De instelling beschikt over een gedocumenteerde methode van cliëntidentificatie (bijv. polsbandjes, foto-identificatie) die standaard is in de hele instelling.	GR	Ja	Ja	Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.8.2	Het team gebruikt minimaal twee methodes (bijv. naam en geboortedatum) om een cliënt te identificeren voordat een dienst wordt verleend of procedure wordt toegepast. Het kamernummer van de cliënt kan niet worden gebruikt om de cliënt te identificeren.	GR	Ja	Ja	Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.9	Het team documenteert alle diensten die de cliënt heeft ontvangen in het dossier van de cliënt.	GR			Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.10	De behandelend arts parafeert alle orders, medicatieopdrachten en diensten die opgenomen worden in het dossier van de cliënt.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
9.11	Het team monitort of zorgdoelen zijn gerealiseerd en de verwachtingen van cliënten zijn waargemaakt.	GR	Ja		Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
10.1	Het team wijst gekwalificeerde teamleden aan voor het voorschrijven, toedienen, bewaren, beheren en weggooien van medicatie en voor het registreren van informatie over medicatie in het dossier van de cliënt.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
10.2	Vóór de afgifte van medicatie beoordeelt een gekwalificeerd teamlid elke medicatieopdracht op volledigheid en nauwkeurigheid.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0

10.3	Een gekwalificeerd teamlid voert de medicatieopdracht uit en verstrekt de medicatie tijdig en nauwkeurig.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
10.4	Een gekwalificeerd teamlid beoordeelt de recepten van elke cliënt regelmatig om de juistheid van elk medicijn, het gebruik van meerdere medicijnen en mogelijke wisselwerkingen tussen medicijnen te beoordelen.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
10.5	Het team reageert buiten kantooruren en in noodgevallen op verzoeken om medicatie en informatie over medicatie.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
10.6	Het team volgt het instellingsbeleid met betrekking tot het veilig bewaren van medicatie en het weggooien van medicatie die over de datum, besmet of ongebruikt zijn.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
10.7	Het team verwijdert medicatie die over de datum, besmet of ongebruikt zijn op een veilige manier.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
11.1	Het team heeft criteria vastgesteld om ontslag en verwijzing van cliënten te begeleiden.	GR	Ja		Goud	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
11.2	Het team begint zodra dat mogelijk is, bij voorkeur meteen bij of snel na de opname, met het plannen van het ontslag of de overdracht van de cliënt.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
11.3	Het team brengt cliënten, familieleden en mantelzorgers tijdig op de hoogte van overdracht of ontslag.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
11.4	Het team bereidt cliënten, hun familieleden en mantelzorgers voor op wat zij bij de overdracht of het ontslag kunnen verwachten en geeft instructies voor de nazorg.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
11.5	Het team past ontslagcriteria toe om van iedere cliënt te beoordelen en documenteren of deze gereed is voor ontslag.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
11.6	Het team beoordeelt of de cliënt behoefte heeft aan ondersteuning en/of verdere medische zorg tijdens overplaatsing of ontslag.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
11.7	Voor cliënten die worden verwezen naar een andere zorgverlener of instelling, werkt het team met die zorgverlener of instelling samen om de overdracht van de cliënt af te stemmen.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
11.8	Het team verifieert de medicatie van de cliënt vóór doorverwijzing of ontslag met de lijst van eventuele nieuwe of gewijzigde voorgeschreven medicatie.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
11.9.1	De instelling beschikt tijdens overdrachten over een in de instelling gestandaardiseerd protocol voor de overdracht van cliëntinformatie (bijv. met de read-backtechniek, de SBAR-techniek of met elektronische medische bestanden).	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
11.9.2	Het team gebruikt tijdens overdrachten hulpmiddelen (bijv. overdrachtsformulieren, checklists) voor de tijdige overdracht van cliëntinformatie.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0

11.10	Het team neemt een volledig verslag van het ontslag of de overdracht op in het cliëntdossier, inclusief een samenvatting van de verleende diensten.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
11.11	Voor cliënten die worden verwezen naar een andere zorgverlener of instelling, verschaft het team de ontvangende zorgverlener of instelling een kopie van het schriftelijke ontslag- of overdrachtsrapport.	GR			Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
11.12	Na overdracht of ontslag neemt het team contact op met de cliënten en hun familieleden om na gaan of aan hun behoeften is voldaan, en gebruikt deze informatie om de organisatie van overdracht en ontslag te verbeteren.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
12.1	Het team houdt een volledig en actueel dossier bij voor elke cliënt.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
12.2	Het team gebruikt een uniek cliëntidentificatiemiddel voor koppeling van het dossier aan de cliënt.	R	Ja		Goud	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
12.3	Het team beschikt over een standaardprocedure voor het opnemen in het dossier van de cliënt van alle diagnostiek, behandeling en medicatie, alsmede een lijst van teamleden die betrokken zijn bij de zorg voor de cliënt.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
12.4	Het team bergt dossiers van cliënten zodanig op dat de privacy en vertrouwelijkheid van cliëntinformatie beschermd worden.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
12.5	Zorgverleners en andere medewerkers hebben tijdig toegang tot het cliëntdossier.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
12.6	Het team verricht een interne audit bij cliëntdossiers om na te gaan of zij nauwkeurig en actueel zijn en voldoen aan het instellingsbeleid en -procedures met betrekking tot informatiebeheer.	GR	Ja		Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
12.7	Het team gebruikt de resultaten van interne audits voor verbeteringen in zijn cliëntdossiers, indien van toepassing.	GR	Ja		Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
13.1	Het team beschikt over evidence-based richtlijnen voor medische zorgverlening.	GR			Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
13.2	Het team volgt een standaardprocedure om evidence-based richtlijnen voor medische zorg te selecteren.	GR			Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
13.3	Het team beschikt over een procedure om te kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen, meerdere aanbevelingen of de toepassing van meer dan één richtlijn voor cliënten met comorbiditeit.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
13.4	Het team maakt gebruik van klinische richtlijnen en zorgpaden die zijn gebaseerd op evidence-based richtlijnen.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
13.5	Het team heeft zorgpaden voor veel voorkomende diagnoses.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
13.6	Het team heeft op de 'werkvloer' toegang tot de richtlijnen.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0

13.7	Het team beoordeelt zijn richtlijnen regelmatig om te controleren of zij actueel zijn en de huidige stand van onderzoek en best practices weerspiegelen.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
13.8	De wetenschappelijk onderzoeksactiviteiten door het team rond medische zorg voldoen aan vigerende onderzoeksprotocollen en ethische procedures en normen.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
13.9	Het team deelt met vergelijkbare organisaties onderzoeken, richtlijnen en benchmarkinformatie.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
14.1	Het team identificeert, reduceert en managet de risico's voor de veiligheid van cliënt en medewerkers.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
14.2.1	Het team implementeert een valpreventiebeleid.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
14.2.2	In het beleid worden de risicogroepen op vallen geïdentificeerd.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
14.2.3	Het beleid benoemt de specifieke behoefte van de risicogroepen.	R	Ja	Ja	Platina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
14.2.4	Het team evalueert regelmatig het valpreventiebeleid.	R	Ja	Ja	Platina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
14.2.5	Het team gebruikt de resultaten van de evaluatie voor verbeteringen in het valpreventiebeleid.	R	Ja	Ja	Platina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0
14.3	Elk teamlid wordt regelmatig gescreend en zo nodig ingeënt tegen veel voorkomende besmettelijke ziekten.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
14.4	Medewerkers en andere zorgverleners wisselen regelmatig informatie over veiligheidsrisico's uit om het risico op fouten te verminderen en de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
14.5	Het team hanteert instellingsbeleid en -procedures om activiteiten met een hoog risico veilig en gecontroleerd te laten plaatsvinden (dubbelcheck bij medicatie, time out procedure/ inbrengen lijnen/ uitvoeren invasieve ingrepen).	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
14.6	Het team volgt het instellingsbeleid en -procedures om over ongewenste gebeurtenissen met cliënten en familieleden te communiceren.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
14.7	Het team registreert alle incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen en vermeldt deze, indien van toepassing, in het dossier van de cliënt.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
14.8	Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen voorkomen, monitort en analyseert deze.	GR	Ja		Goud	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
15.1	Het team heeft een kwaliteits- en veiligheidsplan dat verbeterpunten en actieplannen in kaart brengt.	GR	Ja		Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
15.2	Teamleden nemen actief deel aan initiatieven op het vlak van kwaliteitsverbetering.	GR	Ja		Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
15.3	Het team houdt diagnosespecifieke uitkomstmetingen bij.	GR	Ja		Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0

15.4	De instelling houdt uitkomstmetingen van haar processen bij om de manier waarop de medische zorg geleverd wordt te beoordelen.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
15.5	De instelling monitort meningen van cliënten over de kwaliteit van de medische zorg.	GR			Platina	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
15.6	Het team combineert zijn activiteiten ter verbetering van kwaliteit en veiligheid om de inzet van personeel en middelen te monitoren en te verbeteren.	GR	Ja		Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
15.7	Het team brengt indicatoren van cliëntveiligheid in kaart en bewaakt deze als onderdeel van zijn integrale kwaliteits- en veiligheidsplan.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
15.8	Het team vergelijkt zijn resultaten met vergelijkbare teams, diensten of organisaties.	GR			Diamant	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0	5	0
15.9	Het team bespreekt de resultaten van evaluaties en verbeteringen met medewerkers, cliënten en familieleden.	R			Diamant	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	0	5	0

BIJLAGE VII RESULTATEN DIALYSE MEDEWERKERS

#	Criterium	Vlag	Criterium met hoge prioriteit	VIR	Niveau	Helemaal mee eens #	Helemaal mee eens %	Mee eens #	Mee eens %	Neutraal #	Neutraal %	Mee oneens #	Mee oneens %	Zeer mee oneens #	Zeer mee oneens %	Weet niet #	N.v.t. #	N	Onvolledige vragenlijsten #
1.3	Het instellingsbeleid en de -procedures voor het verlenen van medische zorg voldoen aan de vigerende wet- en regelgeving.	GR	Ja		Goud	2	15.4	11	84.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
1.4	De teamleiders verzamelen informatie over de behoefte aan medische zorg van hun cliënten.	GR			Platina	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
1.5	De teamleiders vragen cliënten, zorgverleners en andere medewerkers input om te besluiten welke medische zorg zij zullen verlenen.	GR	Ja		Diamant	3	23.1	9	69.2	1	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
1.6	De teamleiders gebruiken de informatie over cliënten om te beslissen welke zorg rechtstreeks, via verwijzing of door gecontracteerde zorgverleners zal worden verleend.	GR			Platina	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
1.7	De teamleiders werken samen met andere teams, zorgverleners en organisaties om te voldoen aan de zorgbehoeften van hun cliënten.	GR			Diamant	3	23.1	10	76.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
1.8	De teamleiders evalueren hun diensten regelmatig om er zeker van te zijn dat deze voldoen aan de behoeften van hun cliënten en brengen waar nodig wijzigingen aan.	GR	Ja		Diamant	2	16.7	10	83.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
2.1	De teamleiders brengen de 'middelen' in kaart die nodig zijn om medische zorg van goede kwaliteit te verlenen.	GR	Ja		Goud	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
2.2	Het team bestaat uit voldoende medewerkers en is van de juiste samenstelling om 24 uur per dag zorg van consistente kwaliteit te verlenen.	R	Ja		Platina	1	7.7	7	53.8	0	0.0	4	30.8	1	7.7	0	0	13	0
2.3	Het team heeft toegang tot een afgezonderde ruimte om de privacy van cliënten en hun familieleden en de vertrouwelijkheid van hun gesprekken te waarborgen.	GR	Ja		Platina	3	23.1	9	69.2	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0	13	0

2.4	Teamleden beschikken over een werkruimte om samen te komen, cliënten te bespreken en informatie uit te wisselen.	GR	Ja		Platina	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
2.5	Het team heeft een actuele lijst van apparatuur die wordt gebruikt voor het verlenen van medische zorg, waarin is vermeld waar de apparatuur wordt bewaard, hoe die moet worden gebruikt en of die regelmatig preventief onderhoud behoeft.	GR			Platina	3	23.1	10	76.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
2.6	Het team beschikt over adequate persoonlijke beschermingsmiddelen die deugdelijk zijn onderhouden.	GR	Ja		Goud	2	15.4	11	84.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
2.7	Het team kan in geval van spoedeisende zorg beschikken over apparatuur die functioneel is, die up-to-date is en regelmatig wordt getest.	GR	Ja		Goud	4	30.8	8	61.5	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0	13	0
2.9	Het team bespreekt met de teamleiders welke aanvullende 'middelen' nodig zijn om medische zorg van goede kwaliteit te verlenen.	GR	Ja		Platina	2	15.4	11	84.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
2.10	De teamleiders pleiten namens het team bij de hoger leidinggevende voor de middelen die nodig zijn om medische zorg van goede kwaliteit te verlenen.	GR	Ja		Diamant	3	23.1	9	69.2	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0	13	0
3.2	De teamleiders zetten een multidisciplinair team op voor het verlenen van medische zorg.	GR			Diamant	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
3.3	De teamleden hebben functieprofielen waarin de kwalificaties, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn vastgelegd.	GR	Ja		Goud	6	46.2	7	53.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
3.4	De teamleden benutten hun volledige handelingsbevoegdheid bij het verlenen van medische zorg.	GR			Diamant	4	30.8	7	53.8	0	0.0	1	7.7	1	7.7	0	0	13	0
3.5	De teamleden volgen trainingen onder meer op het gebied van communicatie, conflictoplossing en leiderschap, ter bevordering van het werken in een team en samenwerken van disciplines.	R			Platina	0	0.0	6	46.2	1	7.7	5	38.5	1	7.7	0	0	13	0
3.6	De teamleden overleggen regelmatig om zorgverlening, taken en verantwoordelijkheden op elkaar af te stemmen.	GR	Ja		Platina	1	7.7	11	84.6	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0	13	0
3.7	Het multidisciplinaire team evalueert zijn functioneren regelmatig en brengt waar nodig verbeteringen aan.	GR			Diamant	3	23.1	9	69.2	0	0.0	0	0.0	1	7.7	0	0	13	0
4.2	De teamleiders controleren jaarlijks of elk teamlid over de benodigde kwalificaties beschikt, met inbegrip van controle op de actualiteit van certificaten en registraties.	GR			Goud	5	38.5	6	46.2	0	0.0	2	15.4	0	0.0	0	0	13	0
4.3	Nieuwe teamleden krijgen een introductie over de organisatie, het team en hun taken en verantwoordelijkheden.	GR			Goud	5	38.5	8	61.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0

4.4	Nieuwe teamleden volgen een training in veilig gebruik van apparatuur, instrumenten en benodigdheden die worden gebruikt voor het verlenen van medische zorg.	GR	Ja		Goud	5	38.5	8	61.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
4.5	Nieuwe teamleden volgen een training in het juiste gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.	GR	Ja		Goud	6	46.2	7	53.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
4.6.1	Continue training in het veilig gebruik van infuuspompen wordt geregistreerd.	R	Ja	Ja	Platina	1	8.3	0	0.0	0	0.0	9	75.0	2	16.7	1	0	13	0
4.7	Nieuwe teamleden volgen een opleiding over agressie en geweld op de werkplek, om zorgverleners en andere medewerkers te beschermen tegen geweld of agressief gedrag.	R	Ja		Goud	1	7.7	0	0.0	0	0.0	8	61.5	4	30.8	0	0	13	0
4.8	Voor een effectieve zorgverlening aan alle cliënten krijgen nieuwe teamleden krijgen een training in transculturele zorgverlening.	R			Platina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	75.0	3	25.0	1	0	13	0
4.9	Nieuwe teamleden worden opgeleid in het hanteren van de instellingsprocedure(s) rond ethische kwesties.	R	Ja		Platina	0	0.0	4	30.8	0	0.0	5	38.5	4	30.8	0	0	13	0
4.10	Voor elk teamlid bestaat een geactualiseerd personeelsdossier met informatie over de selectieprocedure, de arbeidsovereenkomst, de controle op kwalificaties, certificaten en registraties (indien van toepassing), en de gevolgde opleidingen en trainingen.	GR			Goud	3	23.1	9	69.2	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0	13	0
4.11	De teamleiders evalueren regelmatig het functioneren van elk teamlid op een objectieve, interactieve en positieve manier, en nemen deze informatie in het personeelsdossier op.	R	Ja		Platina	1	7.7	8	61.5	1	7.7	3	23.1	0	0.0	0	0	13	0
4.12	Elk teamlid heeft een persoonlijk ontwikkelingsplan dat is opgenomen in zijn personeelsdossier.	GR			Diamant	1	9.1	5	45.5	2	18.2	2	18.2	1	9.1	2	0	13	0
4.13	De teamleiders monitoren en voorzien in de behoeften van elk teamlid aan permanente opleiding, training en professionele ontwikkeling en nemen deze informatie op in het personeelsdossier.	GR			Platina	0	0.0	9	81.8	0	0.0	2	18.2	0	0.0	2	0	13	0
5.1	De teamleiders hanteren de instellingsafspraken voor het op een eerlijke en rechtvaardige manier toewijzen aan teamleden van cliënten en andere verantwoordelijkheden.	R	Ja		Platina	0	0.0	8	61.5	1	7.7	2	15.4	2	15.4	0	0	13	0
5.2	Het team hanteert een beleid met betrekking tot verwachte werktijden, met inbegrip van het maximaal aantal uren per dienst en per week, en eventuele werkomstandigheden die van invloed kunnen zijn op de gezondheid en het welzijn van het team.	GR	Ja		Goud	2	15.4	11	84.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0

5.3	De teamleden hebben inspraak in de uitoefening van het werk, met inbegrip van het definiëren van taken en verantwoordelijkheden en het toewijzen van cliënten, voor zover van toepassing.	GR			Diamant	2	16.7	8	66.7	2	16.7	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
5.4	Teamleden kunnen gebruik maken van beleid op de werkplek, dat erop gericht is hun gezondheid en welzijn te verbeteren.	GR			Diamant	2	22.2	6	66.7	1	11.1	0	0.0	0	0.0	4	0	13	0
5.5	Het team beschikt over een rustige en afgezonderde ruimte om na te denken, te rusten en te bidden.	GR			Platina	2	16.7	7	58.3	1	8.3	2	16.7	0	0.0	1	0	13	0
5.6	De teamleiders zien toe op vermoeidheid en stress van de teamleden om factoren die hieraan bijdragen te onderkennen en zo nodig te beïnvloeden.	R	Ja		Platina	2	18.2	6	54.5	0	0.0	3	27.3	0	0.0	2	0	13	0
5.7	Voor de teamleden is psychische begeleiding beschikbaar, vooral na een schokkende gebeurtenis.	GR	Ja		Platina	1	11.1	7	77.8	0	0.0	1	11.1	0	0.0	4	0	13	0
5.8	Het team beschikt over een eerlijk en objectief proces of programma waarmee het bijdragen van teamleden op waarde kan schatten.	GR			Diamant	2	15.4	8	61.5	0	0.0	2	15.4	1	7.7	0	0	13	0
6.1	Het team brengt belemmeringen in kaart die cliënten, hun familieleden, zorgverleners en verwijzers de toegang tot diensten beletten en neemt deze waar mogelijk weg.	GR			Platina	2	15.4	11	84.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
6.2	Het team verricht een initiële screening om te bezien of het team kan voldoen aan de behoeften van de cliënt en om de prioriteit van de behandeling te bepalen.	GR	Ja		Goud	2	18.2	7	63.6	0	0.0	2	18.2	0	0.0	2	0	13	0
6.3	Het opnamebeleid van het team bevat procedures om te bepalen of cliënten spoedeisende zorg en behandeling behoeven.	GR	Ja		Goud	2	16.7	8	66.7	2	16.7	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
6.4	Het opnamebeleid van het team bevat procedures voor het opnemen van cliënten van andere zorgverleners en verwijzende instellingen.	GR	Ja		Goud	3	27.3	7	63.6	1	9.1	0	0.0	0	0.0	2	0	13	0
6.5	Het team hanteert een beleid en een procedure met betrekking tot de vraag wanneer een cliënt diensten geweigerd mogen worden.	GR	Ja		Goud	1	9.1	8	72.7	1	9.1	1	9.1	0	0.0	2	0	13	0
6.6	Wanneer het team een cliënt diensten weigert op basis van het beleid en de procedure, helpt het de cliënt alternatieve diensten te vinden.	GR	Ja		Goud	2	20.0	8	80.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0	13	0
6.7	Bij opname geeft het team cliënten en hun familieleden informatie over de diensten die het team verleent.	GR	Ja		Goud	5	41.7	7	58.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
6.8	Met toestemming van de cliënt verzamelt het team informatie over de gezondheidsgeschiedenis van de cliënt om de zorgbehoefte vast te stellen.	GR			Goud	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0

6.9	Het team monitort regelmatig de cliënten op de wachtlijst om tijdig spoed- of crisissituaties te onderkennen en daarop te reageren.	GR	Ja		Platina	2	15.4	9	69.2	1	7.7	0	0.0	1	7.7	0	0	13	0
6.10	Als het team niet in staat is een cliënt op te nemen voor medische zorg, probeert het vergelijkbare zorg te verkrijgen op een andere afdeling of bij een andere instelling.	GR	Ja		Goud	2	20.0	8	80.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1	13	0
6.11	Het team houdt de gemiddelde responstijden voor het reageren op zorgvragen of informatievragen bij.	R	Ja		Diamant	1	8.3	4	33.3	1	8.3	5	41.7	1	8.3	1	0	13	0
6.12	Wanneer het team niet in staat is een cliënt op te nemen voor medische zorg, slaat het deze informatie op ten behoeve van zorgverlening in de toekomst.	GR	Ja		Platina	2	22.2	7	77.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	1	13	0
7.1	Het team beoordeelt de fysieke gezondheid van de cliënt.	GR			Goud	5	38.5	8	61.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
7.2	Het team beoordeelt de psychosociale gezondheid van de cliënt.	GR			Platina	6	50.0	6	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
7.3	Het team gebruikt gestandaardiseerde klinische meetmethodes om de pijn van de cliënt te beoordelen.	R	Ja		Platina	1	7.7	4	30.8	2	15.4	3	23.1	3	23.1	0	0	13	0
7.4	Het team beoordeelt of de cliënt intensieve zorg nodig heeft.	GR			Platina	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
7.5	Het team beoordeelt de behoeften en verwachtingen van de cliënt, en de betrokkenheid van familieleden en mantelzorgers.	GR			Diamant	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
7.6.1	De instelling hanteert een beleid of richtlijnen voor tromboseprofylaxe.	GR	Ja	Ja	Platina	1	11.1	7	77.8	1	11.1	0	0.0	0	0.0	4	0	13	0
7.6.2	Het team identificeert cliënten met een verhoogd risico op het krijgen van veneuze trombo-embolieën (diep veneuze trombose en longembolie) en dient de juiste (evidence-based) tromboseprofylaxe toe.	GR	Ja	Ja	Platina	1	11.1	7	77.8	1	11.1	0	0.0	0	0.0	4	0	13	0
7.6.3	Het team zorgt voor maatregelen voor een juist gebruik van tromboseprofylaxe, doet regelmatig interne audits of tromboseprofylaxe volgens het beleid wordt uitgevoerd, en gebruikt informatie uit de interne audits voor verbeteringen in het beleid.	GR	Ja	Ja	Platina	2	25.0	5	62.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0	5	0	13	0
7.6.4	Het team identificeert patiënten met grote orthopedische operaties (heup- en knie vervanging; heupfractuur) die na ontslag tromboseprofylaxe nodig hebben, en hanteert een procedure om hierin te voorzien.	GR	Ja	Ja	Platina	1	14.3	5	71.4	1	14.3	0	0.0	0	0.0	5	1	13	0
7.6.5	Het team geeft informatie aan zorgverleners en patiënten over de risico's op het krijgen van trombose en hoe dit te voorkomen.	GR	Ja	Ja	Platina	1	12.5	6	75.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0	5	0	13	0

7.7.1	De instelling beschikt over een protocol voor medicatieverificatie van cliënten bij opname (hetzij via de spoedeisende hulp, hetzij via een intramurale afdeling).	R	Ja	Ja	Diamant	1	10.0	6	60.0	0	0.0	3	30.0	0	0.0	3	0	13	0
7.7.2	Het protocol omvat een lijst van de meest actuele medicatie die de cliënt gebruikt (de best mogelijke medicatiegeschiedenis).	R	Ja	Ja	Diamant	0	0.0	6	66.7	1	11.1	2	22.2	0	0.0	4	0	13	0
7.7.3	Het protocol omvat een vergelijking van deze medicatielijst vóór opname met de nieuwe door de instelling voorgeschreven medicatie.	R	Ja	Ja	Diamant	0	0.0	5	55.6	1	11.1	3	33.3	0	0.0	4	0	13	0
7.7.4	Het protocol vereist documentatie waaruit blijkt dat de twee lijsten met elkaar vergeleken zijn; dat verschillen getraceerd, besproken en opgelost zijn; en dat eventuele noodzakelijke wijzigingen in de nieuwe medicatie doorgevoerd zijn.	R	Ja	Ja	Diamant	0	0.0	5	55.6	1	11.1	3	33.3	0	0.0	4	0	13	0
7.7.5	Het protocol stelt duidelijk dat medicatieafstemming een gedeelde verantwoordelijkheid is van de cliënt en de zorgverleners.	R	Ja	Ja	Diamant	0	0.0	5	55.6	1	11.1	3	33.3	0	0.0	4	0	13	0
7.9	Het team heeft tijdig toegang tot laboratorium- en andere diagnostische diensten om de beoordeling van de cliënt af te ronden.	GR	Ja		Goud	6	46.2	7	53.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
7.10	Het team heeft de mogelijkheid tot (spoed)overleg met (medisch) specialisten om de beoordeling van de cliënt af te ronden.	GR	Ja		Goud	5	38.5	8	61.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
7.11	Het team neemt de resultaten van de beoordeling op in het dossier van de cliënt, duidelijk beschreven en direct beschikbaar voor de behandelend arts en anderen die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening en diensten aan de cliënt.	GR	Ja		Goud	6	46.2	7	53.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
7.12	Het team bespreekt de resultaten van de beoordeling tijdig, nauwkeurig en op een begrijpelijke wijze met cliënten, hun familieleden en zorgverleners.	GR	Ja		Diamant	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
7.13	Het team beziet de beoordeling regelmatig en werkt deze bij indien de gezondheidstoestand van de cliënt substantieel is gewijzigd.	GR			Goud	5	41.7	7	58.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
8.1	Het team hanteert een beleid met betrekking tot informed consent dat voldoet aan vigerende wet- en regelgeving.	R	Ja		Goud	3	30.0	1	10.0	0	0.0	6	60.0	0	0.0	3	0	13	0
8.2	Het team wijst cliënten en familieleden op hun rechten.	GR	Ja		Goud	1	8.3	10	83.3	0	0.0	1	8.3	0	0.0	1	0	13	0
8.3	De teamleden informeren cliënten en familieleden tijdig, volledig en nauwkeurig om hen te helpen keuzes te maken ten aanzien van de behandeling.	GR	Ja		Goud	6	46.2	7	53.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0

8.4	Het team controleert of de cliënt en zijn familie de verstrekte informatie over de behandeling begrijpen en legt de informatie over die controle vast in het dossier van de cliënt.	GR	Ja		Goud	6	46.2	7	53.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
8.5	Het team verkrijgt informed consent van de cliënt vóór het verlenen van diensten.	R	Ja		Goud	3	25.0	4	33.3	0	0.0	5	41.7	0	0.0	1	0	13	0
8.6	Wanneer cliënten niet in staat zijn informed consent te geven, volgt het team de eerder door de cliënt gegeven instructies (indien beschikbaar), of verkrijgt toestemming van een gemachtigde.	R	Ja		Goud	4	33.3	3	25.0	0	0.0	5	41.7	0	0.0	1	0	13	0
8.7	Het team beschermt de eigendommen van de cliënten tegen diefstal en verlies.	R	Ja		Goud	2	16.7	7	58.3	0	0.0	3	25.0	0	0.0	1	0	13	0
8.8	Het team volgt de instellingsprocedure bij het identificeren, oplossen en rapporteren van ethische kwesties.	GR	Ja		Platina	2	18.2	8	72.7	0	0.0	1	9.1	0	0.0	2	0	13	0
8.9	Het team beschikt over een klachtenprocedure voor cliënten en familieleden.	GR	Ja		Goud	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
8.10	Het team informeert cliënten en familieleden over hoe zij een klacht kunnen indienen.	GR	Ja		Platina	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
8.11	Het team reageert open, eerlijk en tijdig op klachten van cliënten en familieleden.	GR			Diamant	4	33.3	8	66.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
9.1	Het team houdt zich aan vigerende wet- en regelgeving, instellingsbeleid en ethische beroepscode bij het verlenen van medische zorg.	GR	Ja		Goud	3	25.0	9	75.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
9.2	Het team bepaalt in samenwerking met de cliënt en familieleden de zorgdoelen en verwachte resultaten.	GR			Platina	0	0.0	11	84.6	1	7.7	1	7.7	0	0.0	0	0	13	0
9.3	Het team ontwikkelt een zorgplan voor elke cliënt.	GR	Ja		Goud	3	23.1	9	69.2	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0	13	0
9.4	Het zorgplan is gebaseerd op de zorgdoelen en verwachte resultaten van de cliënt.	GR	Ja		Platina	2	15.4	9	69.2	0	0.0	2	15.4	0	0.0	0	0	13	0
9.5.1	Het team hanteert een standaardmethode om bij opname de risico's op het krijgen van decubitus vast te stellen.	R	Ja	Ja	Platina	0	0.0	1	11.1	0	0.0	6	66.7	2	22.2	2	2	13	0
9.5.2	Het team beoordeelt bij elke cliënt zowel op afgesproken momenten de risico's op het krijgen van decubitus als bij veranderingen in het ziekteproces.	R	Ja	Ja	Platina	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	85.7	1	14.3	4	2	13	0
9.5.3	Om decubitus te voorkomen implementeert het team protocollen en procedures die zijn gebaseerd op best practices, waarin o.a. interventies staan opgenomen om huiddefecten te voorkomen; druk en wrijving te verminderen; regelmatig van houding te veranderen; optimaliseren van voeding en vochtinname en verbeteren van de mobiliteit en activiteit.	R	Ja	Ja	Platina	0	0.0	0	0.0	1	14.3	5	71.4	1	14.3	4	2	13	0

9.5.4	Het team geeft voorlichting en training aan zorgverleners, cliënten en hun families over de risico's en preventie van decubitus.	R	Ja	Ja	Platina	0	0.0	0	0.0	2	28.6	4	57.1	1	14.3	4	2	13	0
9.5.5	Het team meet de effecten van het anti-decubitusbeleid en gebruikt de uitkomsten van de metingen voor verbeteringen.	R	Ja	Ja	Platina	0	0.0	0	0.0	1	14.3	5	71.4	1	14.3	4	2	13	0
9.6	Het zorgplan van de cliënt bevat maatregelen om pijn en andere symptomen te beheersen.	GR			Diamant	1	8.3	6	50.0	1	8.3	4	33.3	0	0.0	1	0	13	0
9.7	Het team deelt het zorgplan van de cliënt tijdig met alle zorgverleners van de cliënt.	R	Ja		Platina	0	0.0	10	76.9	1	7.7	2	15.4	0	0.0	0	0	13	0
9.8.1	De instelling beschikt over een gedocumenteerde methode van cliëntidentificatie (bijv. polsbandjes, foto-identificatie) die standaard is in de hele instelling.	GR	Ja	Ja	Goud	1	8.3	9	75.0	0	0.0	1	8.3	1	8.3	1	0	13	0
9.8.2	Het team gebruikt minimaal twee methodes (bijv. naam en geboortedatum) om een cliënt te identificeren voordat een dienst wordt verleend of procedure wordt toegepast. Het kamernummer van de cliënt kan niet worden gebruikt om de cliënt te identificeren.	GR	Ja	Ja	Goud	1	8.3	9	75.0	0	0.0	1	8.3	1	8.3	1	0	13	0
9.9	Het team documenteert alle diensten die de cliënt heeft ontvangen in het dossier van de cliënt.	GR			Goud	3	23.1	10	76.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
9.10	De behandelend arts parafeert alle orders, medicatieopdrachten en diensten die opgenomen worden in het dossier van de cliënt.	GR	Ja		Goud	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
9.11	Het team monitort of zorgdoelen zijn gerealiseerd en de verwachtingen van cliënten zijn waargemaakt.	R	Ja		Diamant	2	15.4	8	61.5	1	7.7	2	15.4	0	0.0	0	0	13	0
10.1	Het team wijst gekwalificeerde teamleden aan voor het voorschrijven, toedienen, bewaren, beheren en weggooien van medicatie en voor het registreren van informatie over medicatie in het dossier van de cliënt.	GR	Ja		Goud	2	16.7	9	75.0	0	0.0	1	8.3	0	0.0	1	0	13	0
10.2	Vóór de uitgifte van medicatie beoordeelt een gekwalificeerd teamlid elke medicatieopdracht op volledigheid en nauwkeurigheid.	GR	Ja		Goud	5	38.5	8	61.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
10.3	Een gekwalificeerd teamlid voert de medicatieopdracht uit en verstrekt de medicatie tijdig en nauwkeurig.	GR	Ja		Goud	5	38.5	8	61.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
10.4	Een gekwalificeerd teamlid beoordeelt de recepten van elke cliënt regelmatig om de juistheid van elk medicijn, het gebruik van meerdere medicijnen en mogelijke wisselwerkingen tussen medicijnen te beoordelen.	R	Ja		Platina	3	27.3	5	45.5	1	9.1	2	18.2	0	0.0	1	1	13	0
10.5	Het team reageert buiten kantooruren en in noodgevallen op verzoeken om medicatie en informatie over medicatie.	GR			Platina	4	33.3	7	58.3	0	0.0	1	8.3	0	0.0	1	0	13	0

10.6	Het team volgt het instellingsbeleid met betrekking tot het veilig bewaren van medicatie en het weggooien van medicatie die over de datum, besmet of ongebruikt zijn.	GR	Ja		Goud	3	25.0	9	75.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
10.7	Het team verwijdert medicatie die over de datum, besmet of ongebruikt zijn op een veilige manier.	GR	Ja		Goud	4	33.3	8	66.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
11.1	Het team heeft criteria vastgesteld om ontslag en verwijzing van cliënten te begeleiden.	GR	Ja		Goud	0	0.0	5	83.3	1	16.7	0	0.0	0	0.0	3	4	13	0
11.2	Het team begint zodra dat mogelijk is, bij voorkeur meteen bij of snel na de opname, met het plannen van het ontslag of de overdracht van de cliënt.	GR			Diamant	0	0.0	4	80.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	2	6	13	0
11.3	Het team brengt cliënten, familieleden en mantelzorgers tijdig op de hoogte van overdracht of ontslag.	GR	Ja		Goud	0	0.0	9	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	4	13	0
11.4	Het team bereidt cliënten, hun familieleden en mantelzorgers voor op wat zij bij de overdracht of het ontslag kunnen verwachten en geeft instructies voor de nazorg.	GR			Platina	0	0.0	9	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	4	13	0
11.5	Het team past ontslagcriteria toe om van iedere cliënt te beoordelen en documenteren of deze gereed is voor ontslag.	R	Ja		Goud	0	0.0	1	25.0	1	25.0	2	50.0	0	0.0	3	6	13	0
11.6	Het team beoordeelt of de cliënt behoefte heeft aan ondersteuning en/of verdere medische zorg tijdens overplaatsing of ontslag.	GR			Platina	0	0.0	9	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	4	13	0
11.7	Voor cliënten die worden verwezen naar een andere zorgverlener of instelling, werkt het team met die zorgverlener of instelling samen om de overdracht van de cliënt af te stemmen.	GR			Platina	0	0.0	9	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	4	13	0
11.8	Het team verifieert de medicatie van de cliënt vóór doorverwijzing of ontslag met de lijst van eventuele nieuwe of gewijzigde voorgeschreven medicatie.	GR	Ja		Platina	0	0.0	7	87.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0	0	5	13	0
11.9.1	De instelling beschikt tijdens overdrachten over een in de instelling gestandaardiseerd protocol voor de overdracht van cliëntinformatie (bijv. met de read-backtechniek, de SBAR-techniek of met elektronische medische bestanden).	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	8	88.9	1	11.1	0	0.0	0	0.0	0	4	13	0
11.9.2	Het team gebruikt tijdens overdrachten hulpmiddelen (bijv. overdrachtsformulieren, checklists) voor de tijdige overdracht van cliëntinformatie.	GR	Ja	Ja	Platina	0	0.0	9	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	4	13	0
11.10	Het team neemt een volledig verslag van het ontslag of de overdracht op in het cliëntdossier, inclusief een samenvatting van de verleende diensten.	GR	Ja		Goud	0	0.0	9	90.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	3	13	0

11.11	Voor cliënten die worden verwezen naar een andere zorgverlener of instelling, verschaft het team de ontvangende zorgverlener of instelling een kopie van het schriftelijke ontslag- of overdrachtsrapport.	GR			Goud	0	0.0	8	88.9	0	0.0	1	11.1	0	0.0	0	4	13	0
11.12	Na overdracht of ontslag neemt het team contact op met de cliënten en hun familieleden om na gaan of aan hun behoeften is voldaan, en gebruikt deze informatie om de organisatie van overdracht en ontslag te verbeteren.	R			Diamant	0	0.0	3	37.5	1	12.5	3	37.5	1	12.5	0	5	13	0
12.1	Het team houdt een volledig en actueel dossier bij voor elke cliënt.	GR	Ja		Goud	6	46.2	7	53.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
12.2	Het team gebruikt een uniek cliëntidentificatiemiddel voor koppeling van het dossier aan de cliënt.	GR	Ja		Goud	6	46.2	7	53.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
12.3	Het team beschikt over een standaardprocedure voor het opnemen in het dossier van de cliënt van alle diagnostiek, behandeling en medicatie, alsmede een lijst van teamleden die betrokken zijn bij de zorg voor de cliënt.	GR	Ja		Goud	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
12.4	Het team bergt dossiers van cliënten zodanig op dat de privacy en vertrouwelijkheid van cliëntinformatie beschermd worden.	GR	Ja		Goud	5	38.5	8	61.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
12.5	Zorgverleners en andere medewerkers hebben tijdig toegang tot het cliëntdossier.	GR			Platina	6	46.2	7	53.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
12.6	Het team verricht een interne audit bij cliëntdossiers om na te gaan of zij nauwkeurig en actueel zijn en voldoen aan het instellingsbeleid en -procedures met betrekking tot informatiebeheer.	GR	Ja		Diamant	5	38.5	8	61.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
12.7	Het team gebruikt de resultaten van interne audits voor verbeteringen in zijn cliëntdossiers, indien van toepassing.	GR	Ja		Diamant	5	38.5	8	61.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
13.1	Het team beschikt over evidence-based richtlijnen voor medische zorgverlening.	GR			Goud	4	33.3	7	58.3	1	8.3	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
13.2	Het team volgt een standaardprocedure om evidence-based richtlijnen voor medische zorg te selecteren.	GR			Goud	5	45.5	5	45.5	1	9.1	0	0.0	0	0.0	2	0	13	0
13.3	Het team beschikt over een procedure om te kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen, meerdere aanbevelingen of de toepassing van meer dan één richtlijn voor cliënten met comorbiditeit.	GR			Diamant	2	18.2	6	54.5	1	9.1	1	9.1	1	9.1	2	0	13	0
13.4	Het team maakt gebruik van klinische richtlijnen en zorgpaden die zijn gebaseerd op evidence-based richtlijnen.	GR			Diamant	2	16.7	9	75.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
13.5	Het team heeft zorgpaden voor veel voorkomende diagnoses.	GR			Platina	2	22.2	6	66.7	1	11.1	0	0.0	0	0.0	4	0	13	0
13.6	Het team heeft op de 'werkvloer' toegang tot de richtlijnen.	GR	Ja		Platina	5	38.5	8	61.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0

13.7	Het team beoordeelt zijn richtlijnen regelmatig om te controleren of zij actueel zijn en de huidige stand van onderzoek en best practices weerspiegelen.	GR	Ja		Platina	1	9.1	9	81.8	1	9.1	0	0.0	0	0.0	2	0	13	0
14.1	Het team identificeert, reduceert en managet de risico's voor de veiligheid van cliënt en medewerkers.	GR	Ja		Goud	3	25.0	8	66.7	0	0.0	1	8.3	0	0.0	1	0	13	0
14.2.1	Het team implementeert een valpreventiebeleid.	GE	Ja	Ja	Platina	0	0.0	0	0.0	3	50.0	3	50.0	0	0.0	7	0	13	0
14.2.2	In het beleid worden de risicogroepen op vallen geïdentificeerd.	GE	Ja	Ja	Platina	0	0.0	0	0.0	3	50.0	3	50.0	0	0.0	7	0	13	0
14.2.3	Het beleid benoemt de specifieke behoefte van de risicogroepen.	GE	Ja	Ja	Platina	0	0.0	0	0.0	3	50.0	3	50.0	0	0.0	7	0	13	0
14.2.4	Het team evalueert regelmatig het valpreventiebeleid.	GE	Ja	Ja	Platina	0	0.0	0	0.0	3	50.0	3	50.0	0	0.0	7	0	13	0
14.2.5	Het team gebruikt de resultaten van de evaluatie voor verbeteringen in het valpreventiebeleid.	GE	Ja	Ja	Platina	0	0.0	0	0.0	3	50.0	3	50.0	0	0.0	7	0	13	0
14.3	Elk teamlid wordt regelmatig gescreend en zo nodig ingeënt tegen veel voorkomende besmettelijke ziekten.	R	Ja		Goud	0	0.0	4	30.8	2	15.4	4	30.8	3	23.1	0	0	13	0
14.4	Medewerkers en andere zorgverleners wisselen regelmatig informatie over veiligheidsrisico's uit om het risico op fouten te verminderen en de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.	GR	Ja		Platina	2	15.4	11	84.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
14.5	Het team hanteert instellingsbeleid en -procedures om activiteiten met een hoog risico veilig en gecontroleerd te laten plaatsvinden (dubbelcheck bij medicatie, time out procedure/ inbrengen lijnen/ uitvoeren invasieve ingrepen).	GR	Ja		Platina	2	15.4	11	84.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
14.6	Het team volgt het instellingsbeleid en -procedures om over ongewenste gebeurtenissen met cliënten en familieleden te communiceren.	GR	Ja		Platina	1	8.3	10	83.3	1	8.3	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
14.7	Het team registreert alle incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen en vermeldt deze, indien van toepassing, in het dossier van de cliënt.	GR	Ja		Goud	2	15.4	10	76.9	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0	13	0
14.8	Het team is op de hoogte van de frequentie waarmee incidenten, bijna-ongevallen en ongewenste gebeurtenissen voorkomen, monitort en analyseert deze.	GR	Ja		Goud	2	16.7	9	75.0	0	0.0	1	8.3	0	0.0	1	0	13	0
15.1	Het team heeft een kwaliteits- en veiligheidsplan dat verbeterpunten en actieplannen in kaart brengt.	GR	Ja		Diamant	1	7.7	12	92.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
15.2	Teamleden nemen actief deel aan initiatieven op het vlak van kwaliteitsverbetering.	GR	Ja		Diamant	3	23.1	10	76.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
15.3	Het team houdt diagnosespecifieke uitkomstmetingen bij.	GR	Ja		Platina	3	23.1	10	76.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0

15.4	De instelling houdt uitkomstmetingen van haar processen bij om de manier waarop de medische zorg geleverd wordt te beoordelen.	GR			Platina	3	23.1	10	76.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
15.5	De instelling monitort meningen van cliënten over de kwaliteit van de medische zorg.	GR			Platina	3	25.0	9	75.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0	13	0
15.6	Het team combineert zijn activiteiten ter verbetering van kwaliteit en veiligheid om de inzet van personeel en middelen te monitoren en te verbeteren.	GR	Ja		Diamant	3	23.1	10	76.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
15.7	Het team brengt indicatoren van cliëntveiligheid in kaart en bewaakt deze als onderdeel van zijn integrale kwaliteits- en veiligheidsplan.	GR			Diamant	4	30.8	8	61.5	1	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0
15.8	Het team vergelijkt zijn resultaten met vergelijkbare teams, diensten of organisaties.	GR			Diamant	4	33.3	3	25.0	1	8.3	4	33.3	0	0.0	1	0	13	0
15.9	Het team bespreekt de resultaten van evaluaties en verbeteringen met medewerkers, cliënten en familieleden.	GR			Diamant	4	30.8	9	69.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	13	0

BIJLAGE VIII
RESULTATEN WONDZORG LEIDINGGEVENDE

#	Criterium	Vlag	Criterium met hoge prioriteit	V/R	Niveau	Helemaal mee eens #	Helemaal mee eens %	Mee eens #	Mee eens %	Neutraal #	Neutraal %	Mee oneens #	Mee oneens %	Zeer mee oneens #	Zeer mee oneens %	Weet niet #	N.v.t. #	N	Onvolledige vragenlijsten #
1.1	De instelling heeft een schriftelijk vastgelegde missieverklaring.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
1.2	De instelling heeft meetbare, schriftelijke langetermijn doelstellingen.	R	Ja		Platina	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
1.3	Bij het opstellen van de doelen verzamelen de managers van de instelling input van medewerkers, zorgverleners, cliënten en hun familieleden.	GR	Ja		Diamant	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
1.4	De instelling heeft een operationeel jaarplan om de dagelijkse activiteiten te sturen.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
1.5	De instelling monitort jaarlijks de realisatie van haar operationele jaarplan en langetermijndoelen.	GR			Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
2.1	De instelling monitort de informatie over cliëntaantallen en verwijzingspatronen.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
2.2	De instelling gebruikt de informatie die ze verzamelt over haar cliënten voor het plannen en ontwikkelen van diensten.	GR	Ja		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
2.3	De managers van de instelling herzien regelmatig de aangeboden zorgdiensten van de instelling en brengen wijzigingen aan gebaseerd op de verzamelde informatie over de behoeften van haar cliënten.	GR			Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
3.1	De instelling heeft de waarden van de instelling schriftelijk vastgelegd.	GR	Ja		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
3.2	Bij het ontwikkelen van de waarden van de instelling verzamelt de instelling de input van medewerkers, zorgverleners, cliënten en hun familieleden.	GR			Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
3.3	De instelling deelt de waarden met medewerkers, zorgverleners, cliënten en hun familieleden.	GR			Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
3.4	De zorgverleners en andere medewerkers verlenen diensten op basis van een erkende gedragscode.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
3.5	De instelling heeft beleid en procedures om belangenconflicten te voorkomen.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
3.6	De instelling heeft een procedure om alle ethische kwesties in kaart te brengen, te behandelen en te documenteren.	R	Ja		Platina	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0

4.1	De instelling gaat samenwerkingsverbanden aan met andere zorgverleners voor verwijzing.	GR		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
4.2	De instelling volgt een procedure voor het overdragen van cliëntinformatie en -dossiers van en naar andere zorgverleners, die voldoet aan van toepassing zijnde privacyvoorschriften.	GR		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
4.3	De instelling verspreidt informatie over haar diensten en programma's aan haar samenwerkingspartners, belanghebbenden en de gemeenschap die zij dient.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
5.1	De instelling stelt jaarlijks exploitatie- en kapitaalebegrotingen op volgens erkende financiële richtlijnen en procedures.	GR	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
5.2	De instelling monitort haar begrotingen en rapporteert regelmatig over haar financiële prestaties.	GR	Ja	Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
5.3	De instelling voldoet aan de wettelijke vereisten en volgt standaard boekhoudkundige richtlijnen voor het beheer van haar financiële middelen en het opstellen van financiële rapportages.	GR	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
5.4	De instelling wijst duidelijk de verantwoordelijkheid voor het beheer van haar financiële transacties toe.	GR	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
6.3	De instelling heeft de verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk omschreven en aangegeven hoe en aan wie wordt gerapporteerd.	GR	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
6.4	De instelling voert een werving- en selectiebeleid en beleid voor behoud van medewerkers, gericht op het aantrekken en behouden van de medewerkers die nodig zijn om aan de behoeften van cliënten en/of gebruikers te voldoen.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
6.5	De instelling heeft een voldoende aantal artsen, andere zorgverleners en administratief personeel met de juiste samenstelling, om te zorgen dat het werk tijdig en efficiënt kan worden gedaan.	GR	Ja	Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.1	De instelling ontwikkelt een open, transparante en respectvolle relatie met iedere cliënt en zijn of haar familieleden.	GR	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.2	De instelling informeert cliënten over hun rechten.	GR	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.3	De instelling wijst de cliënt en de familieleden op hun verantwoordelijkheden tijdens de dienstverlening.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.4	De instelling onderzoekt vermeende schendingen van de rechten van cliënten en lost deze op.	GR	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.5	De instelling betreft cliënten bij besluiten over hun zorg.	GR	Ja	Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.6	De fysieke werkruimte van de instelling waarborgt het comfort, de privacy en de vertrouwelijkheid van cliënten.	GR	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.7	Medewerkers respecteren individuele diversiteit op het gebied van geslacht, cultuur, taal, leeftijd, sociaaleconomische status, godsdienst en handicaps.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.8	De instelling heeft een klachtenprocedure voor cliënten en familieleden.	GR	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.9	De instelling informeert cliënten en belanghebbenden over de te volgen procedure bij het naar voren brengen van klachten of zorgen.	GR	Ja	Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

7.10	De instelling reageert op een open, eerlijke en tijdige manier op klachten van cliënten en belanghebbenden.	GR			Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.1	De instelling ontwikkelt en implementeert een patiëntveiligheidsplan en voert waar nodig verbeteringen door in de cliëntveiligheid.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.2	De instelling benoemt patiëntveiligheid als een strategische prioriteit of doelstelling..	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.3	De instelling legt de rollen en verantwoordelijkheden voor de patiëntveiligheid schriftelijk vast voor haar leidinggevenden, medewerkers, zorgverleners en vrijwilligers.	R	Ja		Goud	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
8.4.1	De instelling verzorgt jaarlijks training en opleiding rond patiëntveiligheid.	R	Ja	Ja	Goud	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0
8.4.2	De training en opleiding zijn afgestemd op de behoeften van de medewerkers en aandachtsgebieden van de instelling. Het curriculum besteedt in ieder geval aandacht aan de volgende vier competenties: - Het toepassen van essentiële kennis, vaardigheden en waarden betreffende patiëntveiligheid in het dagelijkse werk; - Samenwerken als team; - Effectief communiceren; - Herkennen van, reageren op, rapporteren over en melden van ongewenste voorvallen.	R	Ja	Ja	Goud	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0
8.4.3	Het trainings- en opleidingscurriculum wordt regelmatig herzien om te voldoen aan de huidige en toekomstige behoeften.	R	Ja	Ja	Goud	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0
8.5	Het team informeert en instrueert cliënten en familie schriftelijk en mondeling over hun rol bij het bevorderen van de veiligheid.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.6	Zorgverleners en andere medewerkers wisselen regelmatig informatie over veiligheidsrisico's uit om het risico op fouten te verminderen en de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.	GR	Ja		Platina	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.9.1	Er bestaat een rapportagebeleid en -proces voor het melden van bijwerkingen, incidenten en bijna-ongevallen.	GR	Ja	Ja	Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.9.2	Na onderzoek en follow-up worden verbeteringen doorgevoerd.	GR	Ja	Ja	Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.10	De instelling kent een formeel en open beleid voor het melden van incidenten aan cliënten en hun familieleden, waarbij ondersteuning wordt aangeboden aan cliënten, familieleden, zorgverleners en andere medewerkers die bij de incidenten zijn betrokken.	GR	Ja		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.11	De instelling neemt maatregelen om te voorkomen dat zich opnieuw bijwerkingen, incidenten en bijna-ongevallen voordoen en verbetert de veiligheid waar nodig.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.12	De leidinggevenden van de instelling voorzien dienstverleners regelmatig van feedback over gerapporteerde fouten, gevaarlijke situaties en verbetermaatregelen om het aantal fouten te verminderen.	GR			Platina	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

9.1	De fysieke ruimte ondersteunt het functioneren van het team, de interactie en de tijdige verlening van diensten.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
9.2	De fysieke ruimte van de instelling voldoet aan de van toepassing zijnde wet- en regelgeving op het gebied van verwarming, ventilatie, temperatuur, vochtigheid, onderhoud van de fysieke infrastructuur en beveiligingssystemen.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
9.4	De fysieke omgeving is zodanig ontworpen dat in noodgevallen er eenvoudig toegang is voor ambulances en stretchers voor overplaatsing van patiënten naar het ziekenhuis.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10.1	De instelling heeft een gedocumenteerde procedure voor het selecteren van medische instrumenten en apparatuur.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10.4	De reanimatieapparatuur van de instelling omvat een defibrillator of een geautomatiseerde externe defibrillator (AED).	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10.13.1	Er is een programma voor preventief onderhoud van alle medische instrumenten, materialen, medische apparatuur en medische technologie.	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10.13.2	Er zijn rapporten over preventief onderhoud.	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10.13.3	De instellingsleiding heeft een proces om de effectiviteit van het preventief onderhoud te evalueren.	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10.13.4	De follow-up van onderzoeken naar incidenten en problemen met medische hulpmiddelen, apparatuur en technologie wordt vastgelegd..	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10.18	De instelling heeft een logboek voor apparatuur waarin onderhouds- en storingstijdgegevens worden geregistreerd en problemen worden gesignaleerd.	R			Goud	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
10.19	Zorgverleners en andere medewerkers verifiëren of alle medische apparatuur en medische hulpmiddelen die zij terugkrijgen na reparatie of vervanging duidelijk zijn voorzien van een datum en een ondertekende mededeling waarin het onderhoud staat beschreven.	R			Platina	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
12.1	De instelling heeft gedocumenteerd beleid en procedures voor infectiepreventie en -bestrijding.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.2	De instelling houdt zich aan van toepassing zijnde richtlijnen voor infectiepreventie en -bestrijding.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.3	De verantwoordelijke voor infectiepreventie en -beheersing in de instelling is een bekwaam persoon die daartoe getraind en gekwalificeerd is.	GR			Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.4	De instelling traint zorgverleners en andere medewerkers regelmatig over infectiepreventie en -bestrijding, en registreert dit.	GE			Goud	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	0
12.5	De instelling verschaft cliënten en hun familieleden gemakkelijk te begrijpen informatie en voorlichting over infectiepreventie.	GE	Ja		Platina	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	0
12.6	De instelling heeft beleid en procedures over de veilige omgang met en de opslag, het gebruik en het weggooien van biogevaarlijk materiaal.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.7.1	De instelling geeft voorlichting over de juiste technieken voor handhygiëne.	GR	Ja	Ja	Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

12.7.2	Op de werkplek wordt via voorlichtingsmateriaal gewezen op het belang van handhygiëne.	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.7.3	Zorgverleners beschikken op plaatsen voor directe patiëntenzorg over handalcohol.	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.7.4	Alle kranen hebben een veilige, continue watertoevoer en de noodzakelijke middelen (bijv. zeep, papieren handdoeken) om de handen te wassen zijn aanwezig.	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.8	Medewerkers, zorgverleners en cliënten hebben naast of in de buurt waar de zorg wordt verleend toegang tot handdesinfectiemiddelen op alcoholbasis.	GR	Ja		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.9	De instelling evalueert de naleving van maatregelen voor handhygiëne.	GR	Ja		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.10	Het team hanteert voorzorgsmaatregelen om het risico op infectie voor cliënten en medewerkers via de lucht, contact en druppels te verminderen.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.11	Zorgverleners en andere medewerkers werken aseptisch bij het bereiden, behandelen en toedienen van vaccins, medicatie en andere injecties.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.12	De instelling controleert de vaccinatiestatus van medewerkers en dienstverleners en raadt waar nodig specifieke inentingen aan.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.14	Medewerkers maken gebruik van standaard richtlijnen en dragen geschikte persoonlijke beschermingsmiddelen bij het omgaan met besmette materialen en apparatuur naast of in de buurt waar de zorg wordt verleend.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.15	De instelling draagt zorg voor opslag en behandeling van linnengoed, voorraden, medische instrumenten en apparatuur, zodanig dat deze tegen besmetting zijn beschermd.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.16	De instelling draagt zorg voor het verwijderen en afvoeren van naalden van de plek waar ze gebruikt zijn in geschikte prikbestendige, mors- en lekdichte containers.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.18	De instelling verwijdert en vervangt containers voor naalden wanneer deze tot driekwart gevuld zijn.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.19	De instelling evalueert de effectiviteit van het infectiepreventie en -bestrijdingsprogramma en brengt waar nodig veranderingen aan.	GR	Ja		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.1	De instelling heeft gedocumenteerd beleid en procedures voor het reinigen, desinfecteren en steriliseren van apparatuur op grond van bestaande, aanvaarde praktijknormen.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.5	De instelling heeft een aangewezen ruimte voor het reinigen, desinfecteren en steriliseren van instrumenten en apparatuur, die afgezonderd is van de zorgruimtes.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.6	De ruimte voor reiniging en desinfectie is zodanig ingericht dat schone en vuile instrumenten, materialen en apparatuur elkaar niet kruisen.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.7	De ruimte voor reiniging en desinfectie heeft ten minste een spoelbak of handalcoholdispenser voor de naleving van handhygiëne.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

13.8	Zorgverleners en andere medewerkers bewaren en vervoeren besmette voorwerpen naar de ruimte voor reiniging en desinfectie op correcte wijze, afzonderlijk van schone of gesteriliseerde voorwerpen, waarbij ze zorgruimtes en ruimtes waar het erg druk is vermijden.				Goud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
13.9	Zorgverleners en andere medewerkers volgen beleid dat eten en drinken, het bewaren van voedsel, roken, het aanbrengen van cosmetica en het aanraken van contactlenzen verbiedt in de ruimte voor reiniging en desinfectie.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.12	De instelling verhindert dat instrumenten en materialen voor eenmalig gebruik weer gesteriliseerd worden en geschikt gemaakt worden voor hergebruik.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.16	Voor elk desinfectiemiddel volgt het team de aanbevelingen van de fabrikant met betrekking tot gebruik, contacttijd, bewaartijd, opslag, geschikte verdunning en de benodigde persoonlijke beschermingsmiddelen.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.24	De instelling volgt een gedocumenteerde procedure voor het binnen de instelling herleiden (recall) van chirurgische apparatuur en medische instrumenten bij twijfel over hun steriliteit.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.25	Indien het reinigen en steriliseren is uitbesteed aan externe leveranciers, draagt de instelling zorg voor het opstellen en handhaven van een overeenkomst met elke leverancier en controleert de instelling de kwaliteit van de verleende diensten.	GR			Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.26	De instelling monitort haar procedures voor het reinigen en desinfecteren van apparatuur en brengt indien nodig verbeteringen aan.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
14.1	Ieder teamlid heeft de juiste en actuele diploma's.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
14.2	De instelling houdt actuele functieprofielen bij waarin de opleiding, kwalificaties, bekwaamheden en competenties zijn vastgelegd die vereist zijn voor ieder teamlid dat betrokken is bij de dienstverlening.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
14.7	De medisch directeur of een daartoe aangewezen persoon monitort de opleiding en training van medewerkers en controleert dat vaardigheden up-to-date worden gehouden met ontwikkelingen in het vakgebied.	GR			Platina	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
14.8	De instelling onderhoudt voor iedere medewerker een geactualiseerd personeelsdossier met informatie over de selectieprocedure, de arbeidsovereenkomst, de controle op kwalificaties, certificaten en registraties (indien van toepassing), en de gevolgde opleidingen en trainingen.	GR			Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
14.9	De instelling verzorgt een introductie voor nieuwe (tijdelijke) medewerkers, zorgverleners en studenten over hun taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
14.10	De instellingsleiding evalueert regelmatig het functioneren van elk teamlid op een objectieve, interactieve en constructieve manier, en neemt deze informatie in het personeelsdossier op.	GR			Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.1	De instelling heeft vastgesteld personeelsbeleid en –procedures.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

15.2	Zorgverleners en andere medewerkers hebben gemakkelijk toegang tot het personeelsbeleid en de bijbehorende procedures.	GR			Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.3	De instelling brengt gezondheids- en veiligheidsproblemen op de werkplek in kaart om ziekte en letsel terug te dringen, en voert waar nodig veranderingen door.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.4	De instelling voldoet aan relevante wet- en regelgeving op het gebied van arbeidsomstandigheden.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.5	De instelling implementeert een uitgebreide strategie om agressie en geweld op het werk te voorkomen.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.6	Zorgverleners en andere medewerkers hebben inspraak in de uitoefening van het werk, met inbegrip van het definiëren van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en het toewijzen van cliënten, voor zover van toepassing.	GR			Diamant	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.7	De managers van de instelling evalueren regelmatig de uitoefening van het werk en de toewijzing van cliënten, en voeren zo nodig veranderingen door.	GR			Diamant	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.8	De instelling heeft een procedure voor zorgverleners en andere medewerkers om klachten, zorgen en ontevredenheid vertrouwelijk te kunnen uiten.	GR			Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.9	De instellingsleiding ziet toe op de werkuren, stress en vermoeidheid van de teamleden.	GR	Ja		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.10	De instelling beschikt over een eerlijke en objectieve procedure om bijdragen van teamleden te erkennen.	R			Diamant	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
15.11	De instelling voert exitgesprekken en gebruikt deze informatie om personeel te behouden en de werkomgeving te verbeteren.	R			Diamant	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0
16.1	De instelling hanteert een multidisciplinaire aanpak voor het verlenen van zorg.	GR			Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
16.2	De instelling houdt bij de samenstelling van het team rekening met de werkdruk en de variatie, de moeilijkheidsgraad en het volume van de geboden dienstverlening.	GR			Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
16.3	De instelling verzorgt opleiding en training over het effectief samenwerken van disciplines.	GR			Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
16.4	Het team overlegt regelmatig om dienstverlening, taken en verantwoordelijkheden te coördineren.	GR	Ja		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
16.5	Het instellingsbeleid voor het delegeren van medische handelingen voldoet aan de vigerende wetgeving.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
16.6	De instelling ontwikkelt standaardprocedures om samenwerking in teams te verbeteren en dubbel werk terug te dringen.	GR			Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
16.7	De instelling heeft een formele procedure om het functioneren van het team regelmatig te evalueren, prioriteiten te benoemen en verbeteringen aan te brengen.	GR			Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
17.1	Het team reageert tijdig op verzoeken om diensten en informatie.	GR			Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
17.2	De instelling ontvangt cliënten in de zorgruimte op een wijze die hun privacy en vertrouwelijkheid waarborgt.	GR			Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

17.3	De instelling informeert (potentiële) cliënten over de dienstverlening, werkroosters en kosten in de juiste taal en op juiste wijze.	GR			Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
17.4	De instelling brengt belemmeringen in kaart die (potentiële) cliënten de toegang tot diensten beletten en neemt ze waar mogelijk weg.	GR			Platina	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
17.5	Met toestemming van de cliënt verzamelt het team informatie over de gezondheidsgeschiedenis van de cliënt om de zorgbehoefte vast te stellen.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
17.7	Als de instelling niet in staat is tegemoet te komen aan de behoeften van potentiële cliënten of verwijzers, legt het team uit waarom dit is en slaat het deze informatie op ten behoeve van zorgverlening in de toekomst.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18.1	De instelling beoordeelt de fysieke gezondheid van de cliënt om potentiële risico's en de behoefte aan behandeling in kaart te brengen.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18.2	De instelling beoordeelt de psychosociale gezondheid van de cliënt om potentiële risico's en de behoefte aan behandeling in kaart te brengen.	GR			Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18.8.1	De instelling hanteert beleid of richtlijnen voor tromboseprofylaxe.	R	Ja	Ja	Platina	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
18.8.2	Het team identificeert cliënten met een verhoogd risico op het krijgen van veneuze trombo-embolieën (diep veneuze trombose en longembolie) en dient de juiste (evidence-based) tromboseprofylaxe toe.	R	Ja	Ja	Platina	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
18.8.3	Het team zorgt voor maatregelen voor een juist gebruik van tromboseprofylaxe, meet regelmatig of tromboseprofylaxe volgens beleid wordt uitgevoerd en gebruikt informatie uit de interne audits voor verbeteringen in het beleid.	R	Ja	Ja	Platina	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
18.8.4	Het team identificeert patiënten met grote orthopedische operaties (heup- en knie vervanging; heupfractuur) die na ontslag tromboseprofylaxe nodig hebben, en hanteert een procedure om hierin te voorzien.	R	Ja	Ja	Platina	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
18.8.5	Het team geeft informatie aan zorgverleners en patiënten over de risico's op het krijgen van trombose en hoe die te voorkomen.	R	Ja	Ja	Platina	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
18.10	De instelling betreft de behoeften en verwachtingen van de cliënt, de betrokkenheid van familieleden en mantelzorgers, en het benodigd aantal medewerkers in de beoordeling van de cliënt.	GR			Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18.11	De instelling legt de beoordeling tijdig en nauwkeurig vast in het cliëntdossier.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18.15	De instelling deelt de resultaten van de beoordeling van de cliënt en de behandelopties op een tijdige, accurate en gemakkelijk te begrijpen manier met de cliënt en diens familieleden.	GR			Diamant	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
19.1	De instelling informeert de cliënt en diens familieleden tijdig, volledig en nauwkeurig over diensten en zorgverlening, om hen zo te helpen gefundeerde keuzes te maken.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
19.7	De instelling werkt met cliënten samen om er zeker van te zijn dat zij de verstrekte informatie begrijpen.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
19.8	De instelling heeft een procedure voor het verkrijgen van informed consent van cliënten voordat een behandeling of ingreep wordt uitgevoerd.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

20.1	Het team stelt samen met de cliënt een individueel zorgplan op maat op, gebaseerd op de doelen en verwachte resultaten van de cliënt.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
20.2	Het team legt de doelen en verwachte resultaten vast in het zorgplan, onderhoudt het plan op een manier die de cliënt begrijpt en deelt deze informatie indien nodig met de cliënt.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
20.3	Vanaf hun eerste contact met de instelling of het klinische team weten de cliënt en de familieleden met welk teamlid zij contact kunnen opnemen als zij vragen of zorgen hebben, en krijgen zij informatie over hoe zij deze contactpersoon kunnen bereiken.	GR		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
20.4	De instelling monitort of de cliënt zijn of haar doelen en verwachte resultaten heeft bereikt, en legt dit vast.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
26.1	De instelling houdt voor iedere cliënt een volledig en actueel dossier bij met daarin getekende toestemmingsverklaringen, de preoperatieve screening, de anesthesische beoordeling, het anesthesisch dossier en het peri-anesthesiedossier.	GR		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
26.2	De documentatie in het cliëntdossier is allesomvattend, feitelijk en op volgorde geordend.	GR		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
26.3	De instelling heeft een standaardprocedure om cliëntgegevens te verzamelen en op te slaan, waarbij de vertrouwelijkheid en veiligheid van de cliëntdossiers gewaarborgd zijn.	GR		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
26.4	Medewerkers van de instelling hebben tijdig toegang tot nauwkeurige cliëntgegevens die nodig zijn om de geschikte zorg en diensten te verlenen.	GR		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
26.5	Cliënten hebben de mogelijkheid hun dossier in te zien.	GR		Platina	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
27.1	De instellingsleiding selecteert informatiesystemen om dienstverlening van hoge kwaliteit te ondersteunen.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
27.2	Medewerkers van de instelling krijgen opleiding en training over informatiesystemen.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
27.3	De instelling gebruikt medische informatiesystemen om beslissingen over cliëntenzorg te ondersteunen.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
27.4	De instelling beoordeelt regelmatig de kwaliteit en bruikbaarheid van data en informatie en verbetert de informatiesystemen.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
28.1	De instelling beschikt over een procedure om toegang te krijgen tot evidence-based richtlijnen, deze te evalueren en te selecteren welke richtlijnen zij zal gebruiken.	GE	Ja	Goud	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	0
28.2	De instelling beschikt over een procedure om te kiezen tussen tegenstrijdige evidence-based richtlijnen, meerdere aanbevelingen of de toepassing van meer dan één richtlijn voor cliënten met comorbiditeit.	R		Diamant	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
28.3	De instelling volgt een procedure om het consistent toepassen van de richtlijnen bij het verlenen van zorg te monitoren.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

28.4	De instelling beoordeelt zijn richtlijnen regelmatig om te controleren of zij actueel zijn en de huidige stand van onderzoek en best practices weerspiegelen.	GR		Diamant	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
28.5	De instelling deelt onderzoeken, richtlijnen en benchmarkinformatie met haar samenwerkingspartners (indien van toepassing).	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
28.6	De instelling informeert cliënten over het gebruik van evidence-based richtlijnen, wetenschappelijk onderzoek en best practices.	GR		Diamant	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29.1	De instelling heeft een persoon aangewezen die verantwoordelijk is voor kwaliteitsverbetering.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29.2	De instelling heeft een plan voor kwaliteitsverbetering.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29.3	De instelling houdt toezicht op de realisatie van het plan voor kwaliteitsverbetering.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29.4	De instellingsleiding stelt 'middelen' beschikbaar ter ondersteuning van het plan voor kwaliteitsverbetering.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29.5	De instellingsleiding is betrokken bij initiatieven om de kwaliteit te verbeteren.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29.6	De instelling bepaalt en monitort proces- en uitkomstindicatoren.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29.7	De instelling voert jaarlijks ten minste één aan cliëntveiligheid gerelateerde prospectieve risicoinventarisatie uit en implementeert passende verbeteringen.	R	Ja	Diamant	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0
29.8	De instellingsleiding voorziet het toezichtorgaan van kwartaalverslagen over de cliëntveiligheid, toont de aanbevelingen uit onderzoeken naar incidenten en toont de aangebrachte verbeteringen.	GR	Ja	Diamant	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29.9	De instelling verkrijgt feedback van cliënten over de veiligheid en kwaliteit van haar dienstverlening.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29.11	De instelling gebruikt de gegevens die ze verzamelt over de kwaliteit van haar dienstverlening om sterke en verbeterpunten te signaleren en voert tijdig verbeteringen door.	GR		Diamant	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29.12	De instelling deelt de resultaten van evaluaties met medewerkers en met cliënten en hun familieleden.	R		Diamant	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0

BIJLAGE IX
RESULTATEN WONDZORG MEDEWERKERS

#	Criterium	Vlag	Criterium met hoge prioriteit	VIR	Niveau	Helemaal mee eens #	Helemaal mee eens %	Mee eens #	Mee eens %	Neutraal #	Neutraal %	Mee oneens #	Mee oneens %	Zeer mee oneens #	Zeer mee oneens %	Weet niet #	N.v.t. #	N	Onvolledige vragenlijsten #
3.3	De instelling deelt de waarden met medewerkers, zorgverleners, cliënten en hun familieleden.	GR			Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
3.4	De zorgverleners en andere medewerkers verlenen diensten op basis van een erkende gedragscode.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.1	De instelling ontwikkelt een open, transparante en respectvolle relatie met iedere cliënt en zijn of haar familieleden.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.2	De instelling informeert cliënten over hun rechten.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.3	De instelling wijst de cliënt en de familieleden op hun verantwoordelijkheden tijdens de dienstverlening.	GR			Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.6	De fysieke werkruimte van de instelling waarborgt het comfort, de privacy en de vertrouwelijkheid van cliënten.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.7	Medewerkers respecteren individuele diversiteit op het gebied van geslacht, cultuur, taal, leeftijd, sociaaleconomische status, godsdienst en handicaps.	GR			Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.8	De instelling heeft een klachtenprocedure voor cliënten en familieleden.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.9	De instelling informeert cliënten en belanghebbenden over de te volgen procedure bij het naar voren brengen van klachten of zorgen.	GR	Ja		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7.10	De instelling reageert op een open, eerlijke en tijdige manier op klachten van cliënten en belanghebbenden.	GR			Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.2	De instelling benoemt patiëntveiligheid als een strategische prioriteit of doelstelling..	R	Ja		Goud	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
8.3	De instelling legt de rollen en verantwoordelijkheden voor de patiëntveiligheid schriftelijk vast voor haar leidinggevenden, medewerkers, zorgverleners en vrijwilligers.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.5	Het team informeert en instrueert cliënten en familie schriftelijk en mondeling over hun rol bij het bevorderen van de veiligheid.	R	Ja		Goud	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0

8.6	Zorgverleners en andere medewerkers wisselen regelmatig informatie over veiligheidsrisico's uit om het risico op fouten te verminderen en de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.	GR	Ja		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.10	De instelling kent een formeel en open beleid voor het melden van incidenten aan cliënten en hun familieleden, waarbij ondersteuning wordt aangeboden aan cliënten, familieleden, zorgverleners en andere medewerkers die bij de incidenten zijn betrokken.	GR	Ja		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8.12	De leidinggevenden van de instelling voorzien dienstverleners regelmatig van feedback over gerapporteerde fouten, gevaarlijke situaties en verbetermaatregelen om het aantal fouten te verminderen.	GR			Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
9.1	De fysieke ruimte ondersteunt het functioneren van het team, de interactie en de tijdige verlening van diensten.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
9.3	De fysieke omgeving van de instelling voorziet in afgezonderde ruimtes voor administratie; wachtruimtes voor cliënten; onderzoeksruimtes; operatiekamers; verkoeverruimtes; ruimtes voor de opberging van schoon materiaal, vuil materiaal en niet-steriel materiaal; spoelruimtes; omkleedruimtes en ontspanningsruimtes voor het personeel.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10.2	Zorgverleners en andere medewerkers beschikken over de apparatuur die nodig is om zorg van goede kwaliteit te verlenen.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10.13.1	Er is een programma voor preventief onderhoud van alle medische instrumenten, materialen, medische apparatuur en medische technologie.	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10.13.2	Er zijn rapporten over preventief onderhoud.	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10.13.3	De instellingsleiding heeft een proces om de effectiviteit van het preventief onderhoud te evalueren.	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10.13.4	De follow-up van onderzoeken naar incidenten en problemen met medische hulpmiddelen, apparatuur en technologie wordt vastgelegd..	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.1	De instelling heeft gedocumenteerd beleid en procedures voor infectiepreventie en -bestrijding.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.7.1	De instelling geeft voorlichting over de juiste technieken voor handhygiëne.	GE	Ja	Ja	Goud	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	0
12.7.2	Op de werkplek wordt via voorlichtingsmateriaal gewezen op het belang van handhygiëne.	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.7.3	Zorgverleners beschikken op plaatsen voor directe patiëntenzorg over handalcohol.	GR	Ja	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.7.4	Alle kranen hebben een veilige, continue watertoevoer en de noodzakelijke middelen (bijv. zeep, papieren handdoeken) om de handen te wassen zijn aanwezig.	GR	Ja	Ja	Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.8	Medewerkers, zorgverleners en cliënten hebben naast of in de buurt waar de zorg wordt verleend toegang tot handdesinfectiemiddelen op alcoholbasis.	GR	Ja		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.9	De instelling evalueert de naleving van maatregelen voor handhygiëne.	GR	Ja		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

12.10	Het team hanteert voorzorgsmaatregelen om het risico op infectie voor cliënten en medewerkers via de lucht, contact en druppels te verminderen.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.12	De instelling controleert de vaccinatiestatus van medewerkers en dienstverleners en raadt waar nodig specifieke inentingen aan.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.14	Medewerkers maken gebruik van standaard richtlijnen en dragen geschikte persoonlijke beschermingsmiddelen bij het omgaan met besmette materialen en apparatuur naast of in de buurt waar de zorg wordt verleend.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12.18	De instelling verwijdt en vervangt containers voor naalden wanneer deze tot driekwart gevuld zijn.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.1	De instelling heeft gedocumenteerd beleid en procedures voor het reinigen, desinfecteren en steriliseren van apparatuur op grond van bestaande, aanvaarde praktijknormen.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.3	Zorgverleners en andere medewerkers die betrokken zijn bij het gebruiksklaar maken en steriliseren, hebben een erkende cursus gevolgd over reinigen, desinfecteren en steriliseren.	GR			Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.6	De ruimte voor reiniging en desinfectie is zodanig ingericht dat schone en vuile instrumenten, materialen en apparatuur elkaar niet kruisen.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.7	De ruimte voor reiniging en desinfectie heeft ten minste een spoelbak of handalcoholdispenser voor de naleving van handhygiëne.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.8	Zorgverleners en andere medewerkers bewaren en vervoeren besmette voorwerpen naar de ruimte voor reiniging en desinfectie op correcte wijze, afzonderlijk van schone of gesteriliseerde voorwerpen, waarbij ze zorgruimtes en ruimtes waar het erg druk is vermijden.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.9	Zorgverleners en andere medewerkers volgen beleid dat eten en drinken, het bewaren van voedsel, roken, het aanbrengen van cosmetica en het aanraken van contactlenzen verbiedt in de ruimte voor reiniging en desinfectie.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.10	Zorgverleners en andere medewerkers houden zich binnen de schone ruimte voor reiniging en desinfectie aan kledingvoorschriften.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.11	De instelling volgt een procedure bij het opstellen en bijhouden van haar standaardprocedure (SOP) voor reiniging, desinfectie en sterilisatie.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.12	De instelling verhindert dat instrumenten en materialen voor eenmalig gebruik weer gesteriliseerd worden en geschikt gemaakt worden voor hergebruik.	GR	Ja		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13.17	Na afloop van de schoonmaak en voorafgaand aan de aanvullende reiniging en desinfectie, inspecteert het team elk instrument of materiaal op reinheid, functionaliteit en defecten zoals breuken, scherven of barsten en voert zo nodig extra schoonmaak of onderhoud uit.	GR	Ja		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	1	0
14.9	De instelling verzorgt een introductie voor nieuwe (tijdelijke) medewerkers, zorgverleners en studenten over hun taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.	GR			Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

14.10	De instellingsleiding evalueert regelmatig het functioneren van elk teamlid op een objectieve, interactieve en constructieve manier, en neemt deze informatie in het personeelsdossier op.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.2	Zorgverleners en andere medewerkers hebben gemakkelijk toegang tot het personeelsbeleid en de bijbehorende procedures.	GR		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.8	De instelling heeft een procedure voor zorgverleners en andere medewerkers om klachten, zorgen en ontevredenheid vertrouwelijk te kunnen uiten.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.9	De instellingsleiding ziet toe op de werkuren, stress en vermoeidheid van de teamleden.	GR	Ja	Platina	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15.10	De instelling beschikt over een eerlijke en objectieve procedure om bijdragen van teamleden te erkennen.	R		Diamant	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
17.1	Het team reageert tijdig op verzoeken om diensten en informatie.	GR		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
17.2	De instelling ontvangt cliënten in de zorgruimte op een wijze die hun privacy en vertrouwelijkheid waarborgt.	GR		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
17.5	Met toestemming van de cliënt verzamelt het team informatie over de gezondheidsgeschiedenis van de cliënt om de zorgbehoefte vast te stellen.	GR		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18.1	De instelling beoordeelt de fysieke gezondheid van de cliënt om potentiële risico's en de behoefte aan behandeling in kaart te brengen.	GR		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18.2	De instelling beoordeelt de psychosociale gezondheid van de cliënt om potentiële risico's en de behoefte aan behandeling in kaart te brengen.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18.10	De instelling betreft de behoeften en verwachtingen van de cliënt, de betrokkenheid van familieleden en mantelzorgers, en het benodigd aantal medewerkers in de beoordeling van de cliënt.	GR		Platina	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18.11	De instelling legt de beoordeling tijdig en nauwkeurig vast in het cliëntdossier.	GR		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18.15	De instelling deelt de resultaten van de beoordeling van de cliënt en de behandelopties op een tijdige, accurate en gemakkelijk te begrijpen manier met de cliënt en diens familieleden.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
19.1	De instelling informeert de cliënt en diens familieleden tijdig, volledig en nauwkeurig over diensten en zorgverlening, om hen zo te helpen gefundeerde keuzes te maken.	GR	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
19.7	De instelling werkt met cliënten samen om er zeker van te zijn dat zij de verstrekte informatie begrijpen.	GR	Ja	Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
19.8	De instelling heeft een procedure voor het verkrijgen van informed consent van cliënten voordat een behandeling of ingreep wordt uitgevoerd.	R	Ja	Goud	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
20.1	Het team stelt samen met de cliënt een individueel zorgplan op maat op, gebaseerd op de doelen en verwachte resultaten van de cliënt.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
20.2	Het team legt de doelen en verwachte resultaten vast in het zorgplan, onderhoudt het plan op een manier die de cliënt begrijpt en deelt deze informatie indien nodig met de cliënt.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

20.3	Vanaf hun eerste contact met de instelling of het klinische team weten de cliënt en de familieleden met welk teamlid zij contact kunnen opnemen als zij vragen of zorgen hebben, en krijgen zij informatie over hoe zij deze contactpersoon kunnen bereiken.	GR		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
20.4	De instelling monitort of de cliënt zijn of haar doelen en verwachte resultaten heeft bereikt, en legt dit vast.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
26.1	De instelling houdt voor iedere cliënt een volledig en actueel dossier bij met daarin getekende toestemmingsverklaringen, de preoperatieve screening, de anesthesische beoordeling, het anesthesisch dossier en het peri-anesthesiedossier.	GR		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
26.2	De documentatie in het cliëntdossier is allesomvattend, feitelijk en op volgorde geordend.	GR		Goud	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
26.3	De instelling heeft een standaardprocedure om cliëntgegevens te verzamelen en op te slaan, waarbij de vertrouwelijkheid en veiligheid van de cliëntdossiers gewaarborgd zijn.	GR		Goud	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
26.4	Medewerkers van de instelling hebben tijdig toegang tot nauwkeurige cliëntgegevens die nodig zijn om de geschikte zorg en diensten te verlenen.	R		Goud	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0
26.5	Cliënten hebben de mogelijkheid hun dossier in te zien.	GR		Platina	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
27.2	Medewerkers van de instelling krijgen opleiding en training over informatiesystemen.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
27.3	De instelling gebruikt medische informatiesystemen om beslissingen over cliëntenzorg te ondersteunen.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
27.4	De instelling beoordeelt regelmatig de kwaliteit en bruikbaarheid van data en informatie en verbetert de informatiesystemen.	GR		Diamant	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0



NIAZ 3.0-Qmentum

Zelfevaluatie & veiligheidscultuurmeting

Inhoud

- Wie zijn wij?
- NIAZ 3.0-Qmentum
- Accreditatievoorwaarden
- Verschillen NIAZ 2.4 / NIAZ 3.0-Qmentum
- Voorbereidingsmaatregelen
- Zelfevaluatie
- Normen
- Aanpak werkgroepen
- Veiligheidscultuurmeting
- Meetings
- Vragen?

Wie zijn wij?

- Whitney Hermans & Laurien Schoenmakers
- begeleiding door:
 - Chrétiën Haenen
 - Miriam Schiltmans
- People & Business Management
- Afstudeerstage 'kwaliteit, veiligheid & bedrijfsvoering'



NIAZ 3.0-Qmentum

- Uitgangspunt:

"het tot stand komen van kwaliteitsverbetering door het doen van kennisoverdracht en het creëren van draagvlak binnen zorginstellingen"

Medewerkers betrokken bij kwaliteitsverbeteringen en accreditatieproces

Accreditatievoorwaarden

- Cultuur gericht op verbetering en borging
- Zorgprocessen → verantwoorde zorg
- Waarborging veiligheid



Verschillen

Van NIAZ 2.4:	Naar NIAZ 3.0-Qmentum:
1. Eén normenset voor de organisatie	1. Negentien overstijgende normensets
2. Zelfevaluatierapport door afdelingshoofd	2. Vragenlijst ter zelfevaluatie per medewerker
3. Actieplannen op werkeenhedeniveau	3. Actieplannen afdelingsoverstijgend
4. Leidinggevende verantwoordelijk voor actieplan	4. Werkgroep dat zelfevaluatie uitvoert en actieplanuitvoering coördineert
5. Beperkte groep betrokken	5. ± 80% van medewerkers betrokken

Vorbereidingsmaatregelen

- Uitvoeren zelfevaluatie
- Uitvoeren van veiligheidscultuurmeting
- Opstellen verbeterplan
- Interne audit
- Externe audit
 - Tracermethodiek



Zelfevaluatie

- Vragenlijsten o.b.v. accreditatienormen
- Werk-/ verbetergroep
 - Bepalen normen
 - Bepalen vragen per groep medewerkers
- Uitzetten vragenlijsten
- Verbeterplan afdeling/RVE

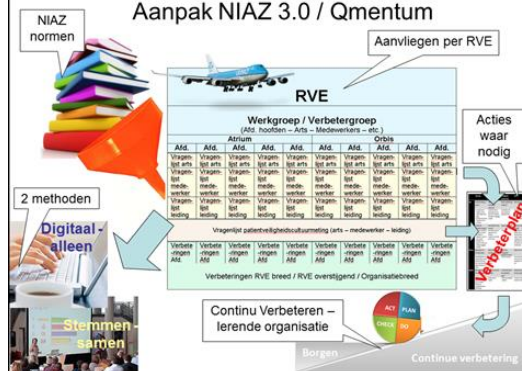


Normen (19)

- Infectiepreventie en -bestrijding
- Medicatiebeheer
- Leiderschap
- Governance
- Voorbereid zijn op noodsituaties rampen
- Medische (niet-chirurgische) zorg
- Operatiekamers / operatiekwartier
- Operatieve zorg
- Bloedbank- en transfusiediensten
- Kritieke zorg
- Diagnostische beeldvorming
- Reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische materialen
- Spoedeisende hulp
- Ambulante zorg
- Verloskundige zorg
- Revalidatiezorg
- Oncologische zorg
- Geestelijke gezondheidszorg
- Zelfstandige instellingen voor medisch-specialistische zorg

• Dit betreft normen die voor alle eenheden gelden

Aanpak NIAZ 3.0 / Qmentum



Veiligheidscultuurmeting

- Vragenlijst - COMPaZ
- 15-20 minuten
- Afdelingshoofd → medewerkers
- 3 weken openstelling
- Verbeterplan afdeling/RVE
- Verbreden naar gehele organisatie



4 Meetings

- 1^e de juiste vragenlijsten per type medewerker
- 2^e het uitzetten en verwerken
- 3^e het verbeterplan en verbetering in gang zetten
- 4^e afronding project / afspraken omtrent continuïteit verbeteringen

- Concept planning
 - 1^e 23 maart - 27 maart
 - 2^e 6 april - 10 april
 - 3^e 11 mei - 15 mei

- Concept data

- 1^e dinsdag 24 maart 09:00 - 10:30
 - 2^e maandag 13 april 15:30 - 17:00
 - 3^e dinsdag 28 april 09:00 - 10:00
- Heerlen
- 1^e donderdag 26 maart 16:00 - 17:00
 - 2^e dinsdag 7 april 12:00 - 13:30
 - 3^e donderdag 7 mei 15:30 - 17:00

Vragen?



BIJLAGE XI STANDAARD MAIL UITZETTEN VAN ZELFEVALUATIE

Belangrijk: zelfevaluatie t.b.v. accreditatietraject is nu actief en beschikbaar tot 22 mei 2015

Zoals u wellicht weet gebruiken wij het NIAZ Qmentum accreditatieprogramma voor het verbeteren van onze kwaliteitszorg. Hiervoor is het nodig dat de diensten die wij leveren worden beoordeeld en verbeterd aan de hand van de NIAZ normen.

De zelfevaluatie is een belangrijk onderdeel van dit proces. In deze online vragenlijst kunt u beoordelen hoe en/of onze diensten voldoen aan de normen. De antwoorden helpen ons bepaalde aandachtsgebieden te identificeren die wellicht verbetering behoeven.

De zelfevaluatie-vragenlijst is vanaf nu beschikbaar via onderstaande link. Op 22 mei 2015 zal de link worden gedeactiveerd. Mogen wij u verzoeken de vragenlijst zo spoedig mogelijk in te vullen? Een grote respons zal het resultaat van de evaluatie ten goede komen.

Met onderstaande link, organisatiecode en wachtwoord kunt u inloggen op de portal. U kunt daar ook verdere instructies vinden om u te helpen bij het invullen.

- Link: <https://www.qmentuminternational.org/LAPOrgSelfAssessment/Login.aspx?Culture=nl-NL&Licensee=xQw37S4I>
- Organisatiecode: 00060
- Wachtwoord: 7A3DA553

Uw antwoorden zijn anoniem. De verzamelde informatie wordt rechtstreeks doorgestuurd naar de NIAZ server in Canada en wij krijgen alleen een samenvatting (geen individuele resultaten). U kunt dus eerlijk en open antwoord geven.

Graag willen wij u hartelijk danken voor uw medewerking!

BIJLAGE XII VOORBEELD OGSM-MODEL

OBJECTIVE: Jeep is de meest succesvolle auto in het 4-wheel premium segment door het Jeep- gevoel terug te brengen			
GOALS	STRATEGIES	MEASURES	
		DASHBOARD	ACTION PLAN
Meest succesvolle: - Hoogste marktaandeel 4-wheel auto's > € 50K (ACN) - Aantal verkochte Jeeps > 5.000 - Gemiddelde marge Jeep > 20% Jeep gevoel: - Jeep heeft de hoogste merkvoorkeur van 'avontuurlijke' auto's 75% Jeep rijders beveelt Jeep aan (NPS =)	1. Jeep wordt gezien als een onderscheidende auto door een op het authentieke merk gerichte campagne	- Score op onderscheidend > 7.5 (Censydiam) - Reclame waardering > 7.5 (STER) > 25.000 bezoekers op site > 12.500 unieke bezoekers bij dealers	- Relevant reclame concept door als uitgangspunt te nemen dat Jeep een segment is geworden ipv een merk ('het is pas echt een Jeep als er Jeep op staat') - Concept breed neergezet door het uit te werken in atl en btl executies - Concept komt tot zijn recht door plaatsing in Jeep Umfeld (lifestyle) - Authenticiteit is belangrijkste take away van klant door bedenken en realiseren relevante Guerilla acties
	2. Het Jeep merk leeft op de winkelvloer door de uitstralingen het gedrag van de verkoper echt Jeep te maken	- Merkvoorkeur klant stijgt met 12% door dealerbezoek 80% van klanten ervaart Jeep merk-(waarden) bij de dealer 80% verkopers gedraagt zich merk-waardig 100% executie Jeep POS	- Jeep merk is gedefinieerd in gedragen uitstraling door intern en extern onderzoek - Uitrolplan per dealer door need/gap situatie scan bij dealers - Medewerkers weten wat merk-waardig Jeep gedrag is door organiseren van workshops - Jeep dealers hebben merk-waardige showroom door organiseren aankleed wedstrijd met Jeep-waardige prijzen - Jeep dealers blijven zich merk-waardig gedragen door inzetten mystery shopper programma op Jeepgedrag en -uitstraling
	3. Jeep modellen zijn gewild door lancering van nieuwe modellen met authentieke uitstraling in state of the art uitvoering	- Klantwaardering Jeep modellen + 0.5pt. tov klantwaardering andere auto's in segment - Thought leader feedback > 1500 verkochte nieuwe modellen	- Top 3 bekend waarmee klanten/prospects unieke Jeep gevoel krijgen door dit te onderzoeken - Weten welk gemak klanten/prospects in hun auto willen door te onderzoeken - Relevante nieuwe modellen beschikbaar door voor klant/prospect belangrijke authentieke look elementen te combineren met voor hen belangrijke state of the art uitvoering - Dealers verkopen graag nieuwe modellen door uitrollen aantrekkelijke en op Jeep merk ontwikkeld incentive constructie voor dealers - Onderscheid van nieuwe modellen duidelijk door uitvoeren PR stunts met Jeeps op moeilijk bereikbare plaatsen
	4. Jeep rijders en prospects zijn trots op hun Jeep door het organiseren van echte Jeep safari's en rij-experiences	80% Jeep rijders en 40% prospects voelt zich 'Trots' 70% klanten en 50% prospects is bekend met safari's/ rij experiences > 1500 deelnemers aan safari's > 10.000 deelnemers rij experiences	- Aantrekkelijke Jeep waardige safari door jaarlijkse ontdekkingstocht te organiseren in bijzondere landen - Aantrekkelijke Jeep waardige rij experience die door heel Nederland gedaan kunnen worden door ism rijvaardigheidstraining bureau te ontwikkelen en met Jeep medewerkers uit te voeren - Iedere Jeep rijder is benaderd voor safari's door merk-waardige direct mail met gimmick - Relevante prospects voor safari door Jeep contest en karaktertest - Jeep gevoel breed uitgedragen door realiseren TV coverage Jeep safari's

Bron: Business Openers, z.d.

BIJLAGE XIII VERANDERSTRATEGIEËN MARS

De vier veranderstrategieën.

= hoe verbind ik mensen aan de verandering.

Keuze afhankelijk van type probleem, cultuur, veranderaar, doelgroep



Overzicht normensets Kwaliteitsnorm Zorginstelling 3.0

1. Ambulante zorg

Ambulante zorg wordt gedefinieerd als een niet-spoedeisend, aandoeningspecifiek eenmalig bezoek of kortdurende zorg, over het algemeen poliklinisch verleend ter ondersteuning van eerstelijnsgezondheidszorg.

De normen voor ambulante zorgverlening zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in ambulante zorgverlening**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Voorzien in veilige en geschikte apparatuur en instrumenten**
- **Ambulante zorg van goede kwaliteit verlenen**
- **Voorzien in toegankelijke en efficiënte klinische informatiesystemen**
- **Resultaten positief beïnvloeden**

2. Bloedbank en bloedtransfusiediensten

De normen voor bloedbank- en transfusiediensten zijn van toepassing op instellingen die bloedbank- en transfusiediensten verlenen en moeten in samenhang met de normen voor laboratorium- en bloeddiensten worden gehanteerd.

Deze normen stellen een instelling in staat haar activiteiten te evalueren in verband met het plannen, bestemmen, verschaffen en evalueren van human resources, ruimte, apparatuur en diensten die worden geleverd aan in- en externe eindgebruikers van bloedbank- en transfusiediensten.

De normen bevatten de volgende hoofdstukken:

- **Donoren nauwkeurig screenen en selecteren**
- **Bloed veilig en tijdig afnemen**
- **Geschikte, stabiele en steriele bloedcomponenten prepareren en bewaren**
- **Volledige bloedproducten en bloedcomponenten nauwkeurig testen en labelen**
- **Bloed en bloedcomponenten veilig vrijgeven, verpakken, bewaren en transporteren**
- **Transfusiediensten veilig en tijdig verlenen**

3. De afdeling Spoedeisende Hulp

De normen voor spoedeisende hulp afdelingen zijn bedoeld voor instellingen die eerste hulp verlenen aan cliënten met een breed spectrum aan ziekten en letsels, waarvan sommige levensbedreigend kunnen zijn en onmiddellijke aandacht vereisen. De afdeling spoedeisende hulp is gesitueerd in een faciliteit voor spoedeisende hulp.

De normen voor de afdeling spoedeisende hulp helpen instellingen om de kwaliteit op de zorglocatie te evalueren. Zij zijn gebaseerd op vijf sleutelementen voor uitstekende zorgverlening: klinisch leiderschap, mensen, processen, informatie en prestaties.

De normen voor de afdeling spoedeisende hulp zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in spoedeisende hulp diensten**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Spoedeisende hulp diensten van goede kwaliteit verlenen**
- **Voorzien in toegankelijke en efficiënte klinische informatiesystemen**
- **Resultaten positief beïnvloeden**

4. Diagnostische beeldvorming

Diagnostische beeldvorming helpt zorgprofessionals bij het diagnosticeren, bewaken en behandelen van de gezondheidstoestand van hun cliënten. Verwijzende medische professionals werken samen met aanbieders van diagnostische beeldvorming om het meest geschikte en minst invasieve diagnostische beeldvormingsonderzoek te selecteren waarmee de gewenste resultaten kunnen worden bereikt. Tot de diagnostische onderzoeksgebieden behoren radiologie (RX), magnetische resonantie beeldvorming (MRI), computertomografie (CT-scan), interventieradiologie, botdensitometrie (DEXA), echografie, mammografie en nucleaire geneeskunde (waaronder positieve emissie tomografie (PET-scan)).

De normen voor Diagnostische beeldvormingsonderzoeken zijn ontwikkeld voor instellingen die diagnostische beeldvormingsonderzoeken verlenen in een ziekenhuis of als onafhankelijk centrum. Deze normen bevorderen een geïntegreerde aanpak van diagnostische beeldvormingsonderzoeken, waarbij aanbieders van diagnostische beeldvorming samenwerken met verwijzende medische professionals om veilige en kwalitatief hoogwaardige diagnostische beeldvormingsonderzoeken aan cliënten te verlenen.

De normen voor diagnostische beeldvormingsonderzoeken zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Aan de behoeften van cliënten en verwijzende medische professionals voldoen**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Een geschikte omgeving bieden**
- **Apparatuur voor radiologische diagnostiek selecteren, bedienen en onderhouden**
- **Veilige en passende radiologische diagnostiek bieden**
- **Zorgdragen voor accurate, actuele en veilige gegevensbestanden**
- **Toezien op de veiligheid en kwaliteit van radiologische diagnostiek**

5. Eerstelijnsgezondheidszorg

De eerstelijnsgezondheidszorg is de zorg die wordt verleend door de zorginstelling die het eerste aanspreekpunt is voor de cliënt. Gewoonlijk gaat het om eerstelijnszorg, openbare gezondheidszorg (public health), telefonische triage, spoedeisende zorg en gezondheidszorg in de wijk, zoals thuiszorg. Eerstelijnsgezondheidszorg is meestal wijkgebonden gezondheidszorg en behoort niet tot de acute en specialistische gezondheidszorg. De eerstelijnsgezondheidszorg richt zich op bevordering van de gezondheid, het voorkomen van ziekte en letsel, verzorging en gezondheidsmanagement. Internationaal wordt de eerstelijnsgezondheidszorg erkend als methode om een voor ieder gelijkwaardige gezondheid en welzijn te bevorderen. Gezondheidssystemen met een sterke nadruk op de eerstelijnsgezondheidszorg leveren betere en meer gelijkwaardige resultaten op en zijn efficiënter, goedkoper en zorgen voor meer cliënttevredenheid.

Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg is de eerstelijnszorg gericht op onderzoek, diagnose, behandeling en het verdere management van veelvoorkomende ziekten. Hoewel de bevordering van de gezondheid en het voorkomen van ziektes en letsel voor individuele cliënten en hun familieleden ook tot de eerstelijnszorg behoren, is deze met name gericht op het stellen van diagnoses en het genezen en managen van veelvoorkomende ziektes bij individuele cliënten. De eerstelijnszorg kan verleend worden in een huisartsenpraktijk, kliniek of ziekenhuis, of in de wijk, door één huisarts of een groep, team of netwerk van eerstelijns zorgverleners, die al dan niet in hetzelfde gebouw hun praktijk uitoefenen. Op grond van een evaluatie van nationale en internationale literatuur en organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, heeft Accreditation Canada de volgende definitie van eerstelijnszorg vastgesteld: "Binnen een breder kader voor eerstelijnsgezondheidszorg, is eerstelijnszorg de dienstverlening waarmee de cliënt het gezondheidszorgsysteem binnengaat en uit het volgende bestaat: diagnoses stellen, behandelen en het managen van gezondheidsproblemen, de gezondheid bevorderen, ziekte en letsel voorkomen, en doorverwijzen naar specialisten in de gezondheidszorg."

De normen voor eerstelijnsgezondheidszorg bevatten de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in eerstelijnszorg**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Toegang verschaffen tot eerstelijnszorg**

- **Zorg verlenen en coördineren gedurende de hele levenscyclus**
- **Voorzien in toegankelijke en efficiënte klinische informatiesystemen**
- **Resultaten positief beïnvloeden**

6. Geestelijke gezondheidszorg

De levenslange prevalentie van psychische stoornissen (in het bijzonder stemmings- en angststoornissen) treft bijna de helft van de gehele wereldbevolking. Deze stoornissen zijn vaak ondergediagnosticeerd, aangezien slechts twee op de vijf mensen hulp zoeken in het jaar dat de stoornis ontstaat. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschrijft geestelijke gezondheid als “een staat van welzijn waarin cliënten hun eigen potentieel kennen, om kunnen gaan met de normale belastingen in het dagelijkse leven, productief en met resultaat kunnen werken, en in staat zijn om een bijdrage te leveren aan hun sociale omgeving”.

De normen voor geestelijke gezondheidszorg gelden voor instellingen die geestelijke gezondheidszorg verlenen op verschillende plekken, zoals een kliniek, maatschappelijke organisatie, ziekenhuis, bij de cliënt of familie thuis, op school of op de werkplek.

De zorg zou, indien mogelijk, moeten worden verleend in de voorkeursomgeving van de cliënt, en kan bestaan uit bevordering van psycho educatie , vroeg (tijdige) interventies, crisisinterventie, advies en therapie, behandeling, groepstherapie of zelfhulpprogramma's, maatschappelijke ondersteuning en resocialisatie, dagbesteding, herstel ondersteunende zorg

De normen voor geestelijke gezondheidszorg zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in geestelijke gezondheidszorg**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Geestelijke gezondheidszorg verlenen**
- **Cliëntgegevens bewaren**
- **Toeziën op de veiligheid en kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg**

7. Governance

De governancenormen komen tegemoet aan de groeiende internationale vraag naar een versterkte governancefunctie om het afleggen van verantwoording en het toezicht op de besluitvorming in zorginstellingen te bevorderen. Governance is het proces van toezicht op het gebruik van activa en middelen teneinde de missie of het doel van de organisatie te bereiken. Governancefunctie is het geheel van processen, gebruiken, beleid, regelgeving en instellingen die invloed hebben op de manier waarop een organisatie die zich bezighoudt met gezondheidszorg wordt bestuurd en gecontroleerd. Accreditation Canada erkent vijf sleutelfuncties van governance: het ontwikkelen van de missie, visie en waarden van de organisatie; het verzamelen en inzetten van kennis en informatie; het ontwikkelen van de organisatie; het opzetten van relaties met belanghebbenden; en afleggen van verantwoording.

Governance kan op verschillende manieren worden bereikt, afhankelijk van de omvang, structuur en taak van de organisatie en het gebruikte governancemodel. In Noord-Amerika en in delen van Europa zijn organisaties op het gebied van gezondheidszorg voor hun governancefunctie vaak verantwoording schuldig aan een toezichtorgaan (raad van toezicht (NL) of raad van bestuur (VL)). Bij particuliere instellingen kan de governancefunctie de verantwoordelijkheid zijn van de eigenaar(s). In andere rechtsgebieden staat de governancefunctie onder de hiërarchische controle van, of is nauw gelieerd aan, de overheid. De rol van de instellingsleiding bij de governancefunctie varieert ook internationaal: directies of bestuurders kunnen in hoge mate betrokken zijn bij de governancefunctie of er kan sprake zijn van een duidelijke scheiding van de verantwoordelijkheden voor governance en management.

Gezien de variatie in toezichtsmodellen zijn de normen bedoeld om van toepassing te zijn op de governancefunctie van elke organisatie, ongeacht de omvang, structuur en het mandaat van de het toezichtorgaan. De term ‘toezichtorgaan’ is van toepassing op verschillende toezichtsmodellen.

De governancenormen zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Als een effectief toezichtorgaan functioneren**
- **Een duidelijke richting voor de organisatie ontwikkelen**
- **De organisatie ondersteunen bij het uitvoeren van haar taak**
- **Verantwoordelijk zijn en duurzame resultaten behalen**

8. Hospicezorg, palliatieve zorg en zorg rond het levenseinde

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert palliatieve zorg als een benadering om de kwaliteit van leven te verhogen van patiënten en hun familieleden, wanneer zij te maken hebben met problemen als gevolg van een levensbedreigende ziekte. Het gaat om het voorkomen en verlichten van het lijden met behulp van vroege identificatie en accurate beoordeling, pijnbestrijding en hulp bij andere problemen op fysiek, psychosociaal en spiritueel vlak.

De normen vormen een hulpmiddel voor instellingen om de kwaliteit van hun dienstverlening te beoordelen en zijn bedoeld voor instellingen die behandeling en zorg verlenen in een hospice, een ziekenhuis (met opnames of dagverpleging) of in de thuisomgeving. De normen zijn gebaseerd op vijf elementen van excellente dienstverlening: klinisch leiderschap, mensen, proces, informatie en prestatie.

De normen voor hospicezorg, palliatieve zorg en zorg rond het levenseinde bevatten de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in hospicezorg, palliatieve zorg en zorg rond het levenseinde**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Verlenen van hospicezorg, palliatieve zorg en zorg rond het levenseinde**
- **Verhogen van de kwaliteit van leven**
- **Cliëntgegevens bewaren**
- **Toezien op de veiligheid en kwaliteit van hospicezorg, palliatieve zorg en zorg rond het levenseinde**

9. Infectiepreventie en –bestrijding

Infectiepreventie en -bestrijding zijn relevant voor alle zorginstellingen. De preventie van infecties richt zich gewoonlijk op handhygiëne; schoonmaken, desinfecteren, steriliseren en surveillance. Infectiebestrijding heeft te maken met onderzoek naar en management van een aangetoonde of vermoede verspreiding van ziekenhuisinfectie. Deze normen zijn vooral waardevol voor medewerkers die als eerste in contact komen met cliënten en voor zorgverleners. Zij zijn vaak primair verantwoordelijk voor het voorkomen en bestrijden van infecties..

De normen voor infectiepreventie en -bestrijding zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken :

- **Investeren in infectiepreventie en -bestrijding**
- **Mensen beschermen tegen infecties**
- **Een veilige en geschikte omgeving bieden**
- **Voorbereid zijn op infectie-uitbraken en pandemieën**

Ter aanvulling op deze normen is voor instellingen met sterilisatieafdelingen een meer gedetailleerd normhoofdstuk beschikbaar over procedures voor het hergebruik en steriliseren van apparatuur en medische instrumenten. Dit supplement biedt instellingen de mogelijkheid een uitermate specifieke en grondige evaluatie uit te voeren van hergebruik- en sterilisatieprocedures en de resultaten daarvan.

10. Infectiepreventie en –bestrijding (kleine instelling)

De normen voor infectiepreventie en -bestrijding richten zich op handhygiëne, schoonmaken, desinfecteren, steriliseren en surveillance. Infectiebestrijding heeft te maken met onderzoek naar en management van een aangetoonde of vermoede infectie-uitbraak. Deze normen zijn vooral waardevol voor medewerkers die als eerste in contact komen met cliënten en voor zorgverleners. Zij zijn vaak primair verantwoordelijk voor het voorkomen en bestrijden van infecties.

De normen voor infectiepreventie en -bestrijding zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken :

- **Investeren in infectiepreventie en -bestrijding**
- **Mensen beschermen tegen infecties**
- **Voorbereid zijn op infectie-uitbraken en pandemieën**

11. Kritieke zorg

Kritieke zorg is de gespecialiseerde, multidisciplinaire zorg die wordt verleend aan cliënten in (mogelijk) levensbedreigende omstandigheden. Het betreft veelal cliënten met een of meer vormen van orgaanfalen. Dit type zorg wordt 24 uur per dag verleend in verschillende omgevingen, bijvoorbeeld op een verpleegafdeling, een verkoeverkamer/recovery, intensive care afdeling (dienst intensieve zorgen (B)), hartbewakingsafdeling of andere mediumcareafdeling.

Kritieke zorg omvat ook de zorg die wordt verleend door hulpteams zoals spoedinterventieteams of reanimatorsteams. Deze teams voeren gewoonlijk ingrepen uit op de verpleegafdeling in een poging de achteruitgang van de conditie van de cliënt te stoppen en zo mogelijk de opname op de intensive care afdeling te voorkomen.

De normen voor kritieke zorg zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in kritieke zorg**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Kritieke zorg van goede kwaliteit verlenen**
- **Klinische besluiten baseren op richtlijnen en empirische gegevens**
- **Resultaten positief beïnvloeden**

12. Langdurige zorg en dagopvang

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) groeit het aandeel 60-plussers wereldwijd sterker dan elke andere leeftijdsgroep, doordat de levensverwachting toeneemt en steeds minder kinderen worden geboren. Deze tendens betekent dat veilige en effectieve diensten nodig zijn, die de gezondheid en het welzijn van de oudere bevolking ondersteunen.

De normen voor langdurige zorg en dagopvang zijn bedoeld voor organisaties die diensten verlenen in dagopvang voor ouderen, een verzorgingshuis of een verpleeghuis. Dagopvang biedt ouderen overdag zorg in een ondersteunende en veilige omgeving, zodat familieleden en mantelzorgers de kans krijgen hun dagelijkse verantwoordelijkheden te verrichten. De verleende diensten zijn onder meer op het gebied van voeding, gezondheidszorg en vervoer. Verzorgingshuizen bieden maaltijden, huisvesting en een aantal andere diensten aan ouderen die lichte tot gemiddelde hulp nodig hebben bij hun dagelijkse activiteiten (bijv. wassen, aankleden, beheer van geneesmiddelen en vervoer). Verpleeghuizen bieden diensten aan ouderen die meer zorg nodig hebben; hier zijn 24 uur per dag, zeven dagen per week verpleegkundige zorg en andere diensten beschikbaar.

Deze normen zijn gericht op cliëntgerichte zorg, waarbij wordt gestreefd naar een optimale kwaliteit van leven voor de cliënten en zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met hun rechten, waardigheid, voorkeuren en zelfstandigheid.

De normen over langdurige zorg en dagopvang bevatten de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in langdurige zorg en dagopvang**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Langdurige zorg en dagopvang verlenen**
- **Cliëntgegevens bewaren**
- **Toeziens op de veiligheid en kwaliteit van langdurige zorg en dagopvang**

13. Leiderschap

De normen voor leiderschap komen tegemoet aan de groeiende internationale vraag naar duidelijkheid over de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van gezondheidszorginstellingen en hun leidinggevenden. De normen richten zich op het verlenen van de ondersteuning en infrastructuur die nodig is om tot kwaliteitsverbetering in de zorgverlening te komen.

De normen hebben betrekking op leiderschapsfuncties op alle niveaus in de organisatie in plaats van op individuele of functiespecifieke bekwaamheden. Ze verduidelijken de eisen voor effectieve ondersteuning bij het sturen op operationele en andere resultaten, besluitvormingsstructuren, en infrastructuur die nodig is om tot kwaliteitsverbetering in de zorgverlening te komen.

De normen voor leiderschap zijn onderverdeeld in vijf hoofdstukken die elk een essentiële leidinggevende verantwoordelijkheid behandelen waarover organisaties moeten beschikken als onderdeel van hun streven naar kwaliteit en veiligheid. De vijf hoofdstukken zijn:

- **Een zorgcultuur creëren en onderhouden**
- **Dienstverlening plannen en ontwerpen**
- **Middelen toewijzen en infrastructuur bouwen**
- **Beleid bij rampen en noodsituaties**
- **Toeziën op en verbeteren van de kwaliteit en veiligheid**

De gekozen aanpak om aan deze verantwoordelijkheden te voldoen, varieert al naargelang de grootte, structuur en het mandaat van de organisatie. Sommige criteria geven aan dat bepaalde verantwoordelijkheden en activiteiten worden uitgevoerd in samenwerking met het toezichtorgaan. In organisaties zonder toezichtorgaan neemt de instellingsleiding deze verantwoordelijkheden en activiteiten op zich. In sommige rechtsgebieden kan de overheid worden betrokken bij de activiteiten van de organisatie en verantwoordelijk zijn voor bepaalde in deze normen beschreven activiteiten. Wanneer dit het geval is, blijft de instellingsleiding zo veel mogelijk betrokken bij het proces.

14. Leiderschap (kleine instelling)

De normen voor leiderschap helpen instellingen om tegemoet te komen aan groeiende vraag naar uitstekende prestaties. Ze zijn gebaseerd op onderzoek en *best practices*, en gericht op de middelen en macroprocessen die de instellingsleiding moet invoeren om het werk van zorgverleners en andere medewerkers te verbeteren en vergemakkelijken, de kwaliteit en veiligheid te handhaven en het totale functioneren van de instelling te verbeteren.

Deze normen benadrukken de noodzaak om een duidelijke richting, doelen en verwachtingen te hebben, positieve relaties te onderhouden en aan een positieve cultuur op de werkplek te werken. De aanpak die wordt gekozen om aan deze normen te voldoen, zal echter variëren al naar gelang de omvang, structuur en taken van de instelling.

De normen voor leiderschap zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Een effectieve organisatie opzetten**
- **Middelen toewijzen en beheren**
- **Een cultuur van veiligheids- en kwaliteitsverbetering creëren.**

15. Medicatiebeheer

De normen voor medicatiebeheer hebben betrekking op het veilig gebruik en effectief beheer van medicatie binnen een instelling. Deze normen dienen te worden gebruikt door instellingen waar het toedienen van medicatie onderdeel is van de dagelijkse zorg aan cliënten, ongeacht of deze instellingen een eigen apotheek hebben. De normen benadrukken een gezamenlijke aanpak ter voorkoming en vermindering van bijwerkingen, door te kijken naar alle aspecten van het proces van medicatiegebruik, waaronder de selectie, bereiding en toediening van medicatie, en het monitoren van cliënten.

De normen voor medicatiebeheer zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Samenwerken om de medicatieveiligheid te bevorderen**
- **Medicatie zorgvuldig selecteren en aanschaffen**
- **Medicatie op de juiste wijze etiketteren en opslaan**
- **Op de juiste wijze medicatieopdrachten geven en overnemen**
- **Medicatie nauwkeurig bereiden en verstrekken**
- **Medicatie veilig aan cliënten toedienen**
- **De kwaliteit controleren en positieve resultaten behalen**

16. Medicatiebeheer (kleine instelling)

De normen voor medicatiebeheer hebben betrekking op het veilig gebruik en effectief beheer van medicatie binnen een instelling. De normen benadrukken een gezamenlijke aanpak om bijwerkingen te voorkomen en te reduceren door te kijken naar alle aspecten van het proces van medicatiegebruik, waaronder de selectie, bereiding en toediening van medicatie, en het monitoren van cliënten.

De normen voor medicatiebeheer zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Samenwerken om de medicatieveiligheid te bevorderen**
- **Medewerkers, cliënten en familieleden informeren over veilig medicatiegebruik**
- **Medicatie veilig aan cliënten toedienen**
- **Resultaten positief beïnvloeden**

17. Medische (niet-chirurgische) zorg

Medische (niet-chirurgische) zorg, ook wel interne geneeskunde of algemene geneeskunde genoemd, is gedefinieerd als de diagnose, het managen en de niet-chirurgische behandeling van ongebruikelijke of ernstige ziekten. Het omvat specialismen zoals cardiologie, endocrinologie, gastro-enterologie, hematologie, infectieziekten, medische oncologie, nefrologie, pulmonologie, reumatologie, geriatrie, slaapgeneeskunde en sportgeneeskunde.

De normen voor medische zorg zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in medische zorg**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Medische zorg van goede kwaliteit verlenen**
- **Voorzien in toegankelijke en efficiënte klinische informatiesystemen**
- **Resultaten positief beïnvloeden**

18. Oncologische zorg

Kanker, met name long-, maag-, lever-, darm- en borstkanker, is wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaak. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) verwacht dat het aantal sterfgevallen als gevolg van kanker wereldwijd zal blijven stijgen. De normen voor oncologische zorg zijn bestemd voor instellingen die acute oncologische zorg of oncologische zorg in een onafhankelijk centrum verlenen. Oncologische zorg omvat preventie, vroegtijdige signalering, diagnose en behandeling, en palliatieve zorgverlening. Deze zorg is gebaseerd op evidence-based richtlijnen om cliënten te genezen, de progressie van kanker af te remmen, en de kwaliteit van leven van cliënten en hun familieleden te verbeteren.

De normen voor oncologische zorg zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in oncologische zorg**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Oncologische zorg verlenen**
- **Cliëntgegevens bewaren**
- **Toeziën op de veiligheid en kwaliteit van oncologische zorg**

19. Operatiekamers/het operatiekwartier

De normen voor de operatiekamers/het operatiekwartier hebben betrekking op de veiligheid en kwaliteit in operatiekamers/het operatiekwartier. Deze normen vormen een aanvulling op de normen voor chirurgische zorg, die betrekking hebben op zorgaspecten in de preoperatieve en postoperatieve omgeving. De normen en criteria zijn bedoeld om te beoordelen of de instelling voldoet aan normen van uitmuntendheid, de best practices volgt, de beste onderzoeksresultaten toepast, rekening houdt met het perspectief van de cliënt, ingaat op vraagstukken van het volledige perioperatieve team (verpleegkundige medewerkers, ondersteunende medewerkers en artsen), en prestatiemetingen doet op het vlak van structuren, processen en uitkomsten.

De normen voor operatiekamers zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Een sterk presterend team opzetten**
- **De ingreep voorbereiden**
- **De ingreep uitvoeren**
- **De cliënt na de ingreep overplaatsen**
- **Chirurgische apparatuur reinigen en onderhouden**
- **Resultaten positief beïnvloeden**

20. Operatieve zorg

De normen voor operatieve zorg vormen een hulpmiddel voor instellingen om de kwaliteit van dienstverlening voor pre- en postoperatieve zorg te beoordelen. Uitgangspunt zijn vijf sleutelementen van uitstekende dienstverlening: klinisch leiderschap, mensen, proces, informatie en prestatie.

De normen voor operatieve zorg zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in operatieve zorg**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Operatieve zorg van goede kwaliteit verlenen**
- **Voorzien in toegankelijke en efficiënte klinische informatiesystemen**
- **Resultaten positief beïnvloeden**

21. Reiniging en sterilisatie herbruikbare medische instrumenten en materialen

De normen voor reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen behandelen het op veilige en effectieve wijze reinigen en steriliseren van herbruikbare medische instrumenten en materialen in instellingen voor gezondheidszorg. Deze normen hebben als doel het behalen van een adequaat niveau van gewaarborgde steriliteit en het minimaliseren van risico op letsel bij degenen die de apparatuur voor reiniging en sterilisatie bedienen. Ze zijn oorspronkelijk ontwikkeld voor het nationale programma van Accreditation Canada, Qmentum, in samenwerking met de Canadian Standards Association. Deze normen zijn aangepast voor het internationale Qmentumprogramma en weerspiegelen voorwaarden van de Internationale Organisatie voor Standaardisatie (ISO) voor sterilisatie van producten voor de gezondheidszorg.

De normen voor reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Werken aan een hoogwaardige dienst voor reiniging en sterilisatie**
- **Voldoen aan goede praktijkrichtlijnen voor reiniging en sterilisatie**
- **Veilige apparatuur voor reiniging en sterilisatie kiezen, installeren en onderhouden**
- **Herbruikbare medische instrumenten, materialen en apparatuur op een veilige en adequate wijze reinigen en steriliseren**
- **Resultaten positief beïnvloeden**

22. Revalidatiezorg

Revalidatie wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerd als een proces dat mensen met een handicap als gevolg van letsel (bijv. door een auto-ongeluk, een val, of landmijnen) of ziekte (bijv. beroerte, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen) helpt om een optimaal mentaal, fysiek en/of sociaal niveau te bereiken en te behouden.

Revalidatiezorg omvat onder meer: specifieke medische zorg; fysiotherapie, psychotherapie, spraaktherapie of bezigheidstherapie; en ondersteunende zorg.

De normen voor revalidatiezorg zijn bedoeld voor instellingen die zorg en behandeling aanbieden binnen een setting van acute zorg (ziekenhuis of polikliniek) en voor zelfstandige klinieken. De normen hebben betrekking op het plannen, verlenen en evalueren van deze zorg, met als doel te voorzien in de behoeften van de mensen die zijn aangewezen op revalidatiezorg.

De normen voor revalidatiezorg bestaan uit de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in revalidatiezorg**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Revalidatiezorg verlenen**
- **Cliëntinformatie bewaren**
- **Toeziën op veiligheid en kwaliteit van revalidatiezorg**

23. Thuiszorg en thuisverpleging

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) verklaart dat een beroep op acute zorg en of langdurige zorg kan worden voorkomen wanneer dankzij de juiste thuiszorg/thuisverpleging cliënten gezondheidszorg en ondersteuning ontvangen terwijl ze in hun eigen huis en omgeving kunnen blijven. Uit onderzoek is gebleken dat thuiszorg/thuisverpleging kosteneffectief is en samenhangt met een hogere kwaliteit van leven van de cliënten.

De normen voor thuiszorg en thuisverpleging zijn van toepassing op instellingen die zowel met behulp van verpleegkundigen als van verzorgenden diensten verlenen ter ondersteuning van cliënten, familieleden en zorgverleners in de gemeenschap. Het gaat dan onder andere om medische thuiszorg, revalidatie en therapieën (bijv. fysiotherapie, ademhalingstherapie, bezigheidstherapie, spraaktherapie, voedingstherapie en maatschappelijk werk), maar ook om het bereiden of bezorgen van maaltijden, schoonmaakwerk, hulp bij het baden of douchen en aankleden, en hulp bij het lopen. Met behulp van deze normen kunnen instellingen diensten verlenen waarmee cliënten hun onafhankelijkheid kunnen behouden en een zo groot mogelijke kwaliteit van leven hebben.

De normen voor thuiszorg en thuisverpleging bevatten de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in thuiszorg en thuisverpleging**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Thuiszorg en thuisverpleging verlenen**
- **Cliëntgegevens bewaren**
- **Toeziën op de veiligheid en kwaliteit van thuiszorg en thuisverpleging**

24. Verloskundige zorg

Verloskundige zorg wordt gedefinieerd als de zorg die vrouwen tijdens hun zwangerschap, bevalling en kraambed (postnatale zorg) ontvangen. Postnatale zorg heeft betrekking op de periode van 28 dagen volgend op de bevalling. De normen voor verloskundige zorg behandelen het proces van ontsluiting en bevalling binnen een afdeling voor acute zorg tot aan het tijdstip dat de moeder en de baby worden overgeplaatst naar een andere zorgafdeling of naar huis mogen.

De normen voor verloskundige zorg zijn onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in verloskundige zorg**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Verloskundige zorg van goede kwaliteit verlenen**
- **Veilige en geschikte verloskundige hulpmiddelen en apparatuur onderhouden**
- **Voorzien in toegankelijke en efficiënte klinische informatiesystemen**
- **Resultaten positief beïnvloeden**

25. Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen

Een noodsituatie is een levensbedreigende gebeurtenis die onmiddellijk actie vereist, maar gewoonlijk wel is te overzien. Een ramp is een omvangrijkere gebeurtenis, die bedreigend is voor de hele omgeving. De *International Strategy for Disaster Reduction* van de VN definieert een ramp als “een ernstige ontwrichting van het functioneren van een gemeenschap of een maatschappij, met in een groot gebied menselijke, materiële, economische verliezen en schade aan het milieu tot gevolg die de getroffen gemeenschap of maatschappij niet met haar eigen middelen aankan.”

Noodsituaties en rampen omvatten een veelheid aan gevaarlijke situaties die zich binnen of buiten de instelling kunnen voordoen. Dat betreffen onder meer, zonder volledig te zijn, brand, natuurrampen (bijv. overstromingen en aardbevingen), industriële ongevallen (bijv. treinontsporingen), lekkage van chemische stoffen, blootstelling aan straling, bedreigingen met persoonlijk geweld, terroristische

activiteiten, en noodsituaties op het vlak van de volksgezondheid, zoals ziekte-uitbraken en pandemieën. Instellingen in de gezondheidszorg spelen een cruciale rol bij de respons op noodsituaties en rampen. Daarom dienen deze organisaties, ook als de noodsituatie of ramp zich buiten de instelling voordoet, klaar te zijn om op zulke gebeurtenissen te reageren.

De procedures voor voorbereiding, respons en herstel zijn voor noodsituaties en rampen gelijk. Op internationaal niveau worden verschillende termen gehanteerd om dit proces te benoemen, zoals rampenbestrijding, management van noodsituaties, en voorbereiding op noodsituaties.

Accreditation Canada hanteert de term 'voorbereiding op noodsituaties en rampen' en de volgende definitie van de *International Strategy for Disaster Reduction* van de VN:

"De organisatie en het management van 'middelen' en verantwoordelijkheden voor het omgaan met alle aspecten van noodsituaties, in het bijzonder voorbereiding, respons en herstel."

Deze normen zijn ontworpen voor instellingen die acute zorg verlenen, zodat zij op een geïntegreerde en gecoördineerde wijze kunnen functioneren in geval van een noodsituatie of ramp. Een geïntegreerde benadering van noodsituaties en het voorbereid zijn op rampen houdt in dat de risico's waarmee een noodsituatie of ramp gepaard gaan, worden verminderd en dat er een deugdelijke voorbereiding en respons op en een deugdelijk herstel van een noodsituatie of ramp plaatsvindt. Communicatie is daarbij een cruciaal onderdeel, dat alle fases van het voorbereid zijn op noodsituaties en rampen onderling verbindt en ondersteunt.

De normen voor het voorbereid zijn op noodsituaties en rampen zijn in de volgende hoofdstukken onderverdeeld:

- **Investeren in het voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Voorbereid zijn op noodsituaties en rampen**
- **Respons op noodsituaties en rampen**
- **Herstellen na noodsituaties en rampen**
- **Resultaten positief beïnvloeden**

26. Zelfstandige instellingen voor medisch-specialistische zorg

De normen voor zelfstandige instellingen voor medisch-specialistische zorg hebben betrekking op instellingen, anders dan ziekenhuizen, waar invasieve of operatieve ingrepen (inclusief diagnostische procedures en endoscopische interventies) worden uitgevoerd met toediening van lokale/regionale verdoving, volledige narcose of een roesje.

Deze normen zijn niet van toepassing op dentale ingrepen of kleine dermatologische ingrepen, inclusief het verwijderen van goedaardige moedervlekken en cysten, naevi, seborroïsche keratosen, skintags, hemangiomen en neurofibromen.

De normen voor zelfstandige instellingen voor medisch-specialistische zorg bevatten de volgende hoofdstukken:

- **Een effectieve instelling opzetten**
- **Zorgen voor veiligheid in de instelling**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Medisch-specialistische zorg verlenen**
- **Cliëntgegevens bewaren**
- **Toeziën op de veiligheid en kwaliteit van medisch-specialistische zorg**

De normen voor zelfstandige instellingen voor medisch-specialistische zorg zijn ontwikkeld om het risiconiveau te beheersen per type verdoving dat de patiënt ontvangt. De meeste criteria in deze normen zijn van toepassing op alle instellingen die invasieve of chirurgische ingrepen aanbieden; sommige zijn echter uitsluitend van toepassing op instellingen die een bepaald niveau van anesthesie aanbieden. Aan het begin van het accreditatieproces beantwoorden instellingen een reeks vragen om hun niveau te bepalen:

- **Niveau 1:** instellingen die uitsluitend lokale verdoving aanbieden aan hun cliënten. Instellingen die onder niveau 1 vallen, moeten voldoen aan de algemene criteria (die voor iedereen gelden).
- **Niveau 2:** instellingen die lokale verdoving of sedatie toedienen (inclusief intraveneuze (i.v.) sedatie of analgetica waarbij de cliënt aanspreekbaar blijft en zelfstandig ademhaalt). Instellingen

die onder niveau 2 vallen, moeten voldoen aan de algemene criteria en aan de extra criteria voor niveau 2.

- **Niveau 3:** instellingen geven lokale verdoving, sedatie (inclusief i.v. sedatie of analgetica waarbij de cliënt aanspreekbaar blijft en zelfstandig ademhaalt), volledige narcose of uitgebreide regionale verdoving. Instellingen die onder niveau 3 vallen, moeten aan alle criteria van de normen voldoen. Bij de normen staat altijd aangegeven tot welk niveau een criterium behoort.

27. Zorg op gebied van middelenmisbruik en verslaving

Middelen die misbruikt kunnen worden, zijn onder meer drugs, alcohol en op recept of vrij verkrijgbare geneesmiddelen. Middelenmisbruik is een complex probleem dat vaak gepaard gaat met vele andere factoren en gelijktijdig voorkomende omstandigheden, zoals lichamelijke, psychische, sociale, economische en juridische problemen. De negatieve invloed van middelenmisbruik is voelbaar voor cliënten, hun familieleden en de samenleving. Middelenmisbruik is vaak een chronisch en terugkerend probleem, dat al dan niet gepaard gaat met verslaving.

Zorg op het gebied van middelenmisbruik en verslaving richt zich op lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen die zich gelijktijdig voordoen. De zorg wordt verleend in een positieve omgeving die aan de behoeften van cliënten tegemoetkomt en bestrijkt een keten van zorg waarin voorbereiding op de behandeling, behandeling en nazorg plaatsvindt. Bij de behandeling is een multidisciplinair team betrokken, dat complementaire beoordelingen verschaft en geïntegreerde interventies biedt. De interventies zijn gericht op het reduceren van de schade en/of op onthouding, afhankelijk van de individuele behoeften van de cliënt, de aard en ernst van de problemen, en de specifieke behandelfilosofie.

De normen inzake zorg op het gebied van middelenmisbruik en verslaving bevatten de volgende hoofdstukken:

- **Investeren in zorg op het gebied van middelenmisbruik en verslaving**
- **Over de juiste mensen beschikken**
- **Zorg verlenen op het gebied van middelenmisbruik en verslaving**
- **Cliëntgegevens bewaren**
- **Toeziën op de veiligheid en kwaliteit van zorg op het gebied van middelenmisbruik en verslaving**