# VOORTGANGSRAPPORTAGE

# VAN HET NIVEL-ONDERZOEK

# NAAR KWALITEITSSYSTEMEN IN DE ZORGSECTOR

# VOOR LEIDSCHENDAM 2000

nivel
bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

Utrecht, 8 juni 1999

E.M.Sluijs

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht. Tel. 030 - 312729680, Fax. 030 - 2729729.

bibliotheek
Stationsplein 115-117a
postbus 1063
3500 BA Utrecht
tel 030 2729 819/815
fax 030 2729759
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

INHOUD


1. DE STAND VAN ZAKEN 5
   1.1 Inleiding 5
   1.2 Bepaling van het algemene deel van de vragenlijst 5
   1.3 Ontwikkeling van het sectorspecifieke deel van de vragenlijst 6
   1.4 Verdere gang van zaken 7

2. AANDACHTSGEBIEDEN IN HET ALGEMENE DEEL VAN DE VRAGENLIJST 9
   2.1 Beleid en strategie 10
   2.2 Personeelsbeleid 11
   2.3 Procesbeheersing door normering 12
   2.4 Procesverbetering via deelsystemen 13
   2.5 Participatie van patiënten en cliënten 14
   2.6 Beoordeling/certificering van het kwaliteitssysteem 14
   2.7 Positieve effecten 15
   2.8 Veranderingen in regelgeving 15
   2.9 Negatieve effecten 15

BIJLAGEN: SECTORSPECIFIEKE NOTITIES t.b.v. DE KOEPELORGANISATIES 17
   1 Geestelijke gezondheidszorg 17
   2 Gehandicaptenzorg 25
   3 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten 33
   4 Gezondheidscentra 41
   5 Maatschappelijk werk 49
   6 Sociaal Pedagogische Diensten 55
   7 Thuiszorg 63
   8 Verpleeghuiszorg 69
   9 Verzorgingshuiszorg 77
   10 Ziekenhuiszorg 83

# 1. DE STAND VAN ZAKEN

## 1.1 Inleiding

Deze rapportage beschrijft de voortgang van het NIVEL-onderzoek naar kwaliteitssystemen in de zorgsector. In de eerste fase van dit onderzoek wordt een vragenlijst ontwikkeld. Met behulp van deze vragenlijst wordt - in de tweede fase - onderzocht hoever de zorginstellingen in Nederland gevorderd zijn met de invoering van kwaliteitssystemen.
De vragenlijst zal bestaan uit een algemeen deel - dat voor alle zorgsectoren gelijk is - en een sectorspecifiek deel. Dit sectorspecifieke deel wordt voor elke sector 'op maat' gemaakt. Ter voorbereiding daarvan is een literatuurstudie verricht, waarvan hierbij verslag wordt gedaan.

Deze rapportage is als volgt opgebouwd.
Dit eerste hoofdstuk beschrijft welke onderwerpen in het algemene deel van de vragenlijst worden opgenomen en welke onderwerpen onder meer in het sectorspecifieke deel worden opgenomen.
Hoofdstuk 2 laat zien uit welke concrete vragen het algemene deel van de vragenlijst zal bestaan.
Daarna volgen tien notities, één over elke sector. Op basis van literatuuronderzoek is voor elke sector een notitie gemaakt en aan de koepelorganisatie toegezonden. Deze notities vormen het basismateriaal voor de ontwikkeling van het sectorspecifieke deel van de vragenlijst. Deze notities zijn als bijlagen in deze rapportage gebundeld.

## 1.2 Bepaling van het algemene deel van de vragenlijst

Door de onderzoekers is allereerst bepaald welke vragen uit de vragenlijst van het vorige onderzoek, opgenomen zouden moeten worden in het algemene deel van de vragenlijst. De volgende overwegingen speelden daarbij een rol.
Ten eerste verdient het de voorkeur - volgens de meerderheid van de begeleidingscommissie - het algemene deel van de vragenlijst zo samen te stellen dat een vergelijking met 1995 kan worden gemaakt. Daarom is ervoor gekozen om de vragen uit 1995 die direct betrekking hebben op het kwaliteitssysteem, in het algemene deel van de vragenlijst op te nemen.
Ten tweede, lijkt het zinvol ook vergelijkingen met 1995 te kunnen maken ten aanzien van de effecten van de kwaliteitssystemen. Dezelfde vragen naar opgetreden positieve en negatieve effecten worden dan ook opgenomen.
Tenslotte is het interessant om te weten hoe het veld sinds 1995 is gaan denken over beoordeling en certificering van het kwaliteitssysteem. Ook deze vragen zullen op vergelijkbare wijze als in 1995 in het algemene deel worden opgenomen.

Concreet betekent dit in ieder geval dat de hierna volgende aandachtsgebieden worden opgenomen in het algemene deel van de vragenlijst.

*Kwaliteitssysteem*

1. Beleid en strategie
2. Personeelsbeleid
3. Procesbeheersing door normering
4. Procesverbetering door deelsystemen
5. Patiënten- of /cliëntenparticipatie

*Beoordeling*

6. Beoordeling en/of certificering.

*Effecten*

7. Positieve effecten
8. Veranderingen in regelgeving
9. Negatieve effecten

De vragen bij deze aandachtsgebieden zullen dezelfde zijn die ook in 1995 zijn gesteld. De preciese omschrijving van de vragen is in hoofdstuk 2 te vinden.

## 1.3 Ontwikkeling van het sectorspecifieke deel van de vragenlijst

Voor de invulling van het sectorspecifieke deel van de vragenlijst zullen onder meer interviews worden gehouden met alle koepelorganisaties. Aan hen wordt gevraagd welke sectorspecifieke onderwerpen volgens hen in de vragenlijst voor hun sector opgenomen dienen te worden. Deze interviews vinden plaats in voorjaar en zomer van 1999. Ter voorbereiding daarop hebben alle koepelorganisaties een brief gehad en een notitie, specifiek toegesneden op hun sector. Deze notities hebben als doel de koepelorganisaties een handvat te bieden bij de invulling van dit sectorspecifieke deel. Om ook dit sectorspecifieke deel te structureren zijn de volgende stappen gezet.

*Lijst met sectorspecifieke onderwerpen*

Ten eerste is een lijst samengesteld met onderwerpen die voor dit sectorspecifieke deel in aanmerking kunnen komen. Bij het samenstellen van de lijst zijn met name onderwerpen opgenomen die volgens de begeleidingscommssie extra aandacht in het onderzoek verdienen. Daarnaast is erop gelet dat geen overlap plaatsvindt met onderwerpen die al in het algemene deel van de vragenlijst zijn opgenomen. Op die wijze is de volgende lijst met sectorspecifieke onderwerpen ontstaan. Aan elke koepelorganisatie wordt gevraagd met name deze onderwerpen nader in te vullen in de vragenlijst:

- Professionele kwaliteit (en deskundigheid)
- Protocollen en richtlijnen (nader gespecificeerd per sector)
- Management van zorgprocessen (diseasemanagement)
- Ketenkwaliteit en samenwerking met derden
- Inbreng van de patiënt of cliënt (nader gespecificeerd per sector)
- Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management
- Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten
- Kwaliteitskosten
- Modellen of referentiekader voor die sector
- Eventueel overige aandachtsgebieden.

*Overzicht van sectorspecifieke normen bij deze aandachtsgebieden*
Ten tweede is voor elke sector een notitie gemaakt, gebaseerd op literatuuronderzoek. Deze notities laten zien welke normen in de sector gelden voor de hierboven genoemde aandachtsgebieden. Alleen - binnen de sector erkende - landelijk normen zijn in het overzicht betrokken om discussies over de normen te vermijden.
In acht sectoren waren landelijke normen voorhanden; in twee sectoren nog niet. Bij deze twee sectoren is een andere aanpak gevolgd en wel als volgt. Voor de Sociaal Pedagogische Diensten is gebruik gemaakt van het Werkboek Kwaliteitsverbetering voor SPD'en. Dit werkboek bevat diverse aanbevelingen voor de kwaliteit van SPD'en.
Voor GGD'en bestaan geen normen voor de totale GGD-organisatie, maar wel voor een aantal afzonderlijke diensten, zoals de Ambulancezorg. De Ambulance zorg is daarom als voorbeeld genomen in de sectorspecifieke notitie voor GGD'en.

In zijn algemeenheid blijkt dat alle sectoren intussen normen of aanbevelingen hebben geformuleerd ten aanzien van de hierboven genoemde aandachtsgebieden. Een uitzondering is het aandachtsgebied 'kwaliteitskosten' welk onderwerp in de meeste documenten nog niet voorkomt.
De normen die de sectoren ten aanzien van de overige aandachtsgebieden hebben geformuleerd zijn doorgaans wel vergelijkbaar naar de 'geest' maar niet naar de letter. In sommige sectoren zijn zeer gedetailleerde normen geformuleerd, in andere sectoren wordt volstaan met de norm 'dat zaken geregeld dienen te zijn'. Het moge duidelijk zijn dat het invullen van het sectorspecifieke deel van de vragenlijst gemakkelijker is, naarmate de normen in meer concrete termen zijn geformuleerd.

De tien sectorspecifieke overzichten zijn inmiddels naar de koepelorganisaties toegestuurd en vormen de basis voor het overleg met hen. Daarbij zijn nog twee opmerkingen van belang.
Ten eerste, is aan de koepelorganisatie meegedeeld dat het normen-overzicht uitsluitend is bedoeld als hulpmiddel voor het overleg. Het is niet de bedoeling de normen zelf in de vragenlijst op te nemen omdat deze daarvoor doorgaans te abstract zijn. Ze dienen als gedachtenbepaling.
Ten tweede is aan de koepelorganisatie gemeld dat de centrale vraag in het overleg zal zijn:
"Waaruit zou blijken dat deze aandachtsgebieden goed geregeld zijn in de instelling. Met andere woorden, naar welke concrete activiteiten, documenten of cijfers kan in de vragenlijst worden gevraagd?"

## 1.4 Verdere gang van zaken

Na het overleg met de koepelorganisaties wordt voor elke sector een concept-vragenlijst gemaakt voor het sectorspecifieke gedeelte. Dit concept wordt wederom voor commentaar aan de koepelorganisatie voorgelegd. Bovendien worden de concepten besproken in de begeleidingscommissie van het onderzoek.
Daarna wordt de definitieve vragenlijst vastgesteld.
De vragenlijsten worden - conform de planning - in het najaar naar alle instellingen verstuurd. In december wordt begonnen met de eerste analyses, zodat de rapportage in het voorjaar van 2000 gereed zal zijn.

## 2. AANDACHTSGEBIEDEN IN HET ALGEMENE DEEL VAN DE VRAGENLIJST

Dit hoofdstuk beschrijft op de volgende pagina's de vragen die opgenomen worden bij de aandachtsgebieden in het algemene deel van de vragenlijst. Wel kunnen - indien noodzakelijk - algemene termen worden vervangen door begrippen die in een sector worden gehanteerd en dus beter begrepen worden.
Elke koepelorganisatie heeft daartoe de volgende toelichting bij dit algemene deel van de vragenlijst gekregen.

**Toelichting aan de koepelorganisaties**

Dit is het **algemene** deel van de vragenlijst, dat voor alle sectoren gelijk is.

Deze vragen worden **niet** veranderd.

**De vraag in het overleg met de koepelorganisatie is:**

Zijn er termen of begrippen in dit algemene deel van de vragenlijst die in uw sector niet begrepen worden of aanleiding geven tot verkeerde interpretaties?

## 2.1 BELEID EN STRATEGIE: documenten

**In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?**

**Missie op schrift:**
de visie en uitgangspunten van de instelling

**'Produkt'omschrijvingen:**
gedetailleerde omschrijving van de zorg die aan verschillende doelgroepen wordt verleend

**Kwaliteitsbeleid op schrift:**
een omschrijving van de doelstellingen t.a.v. kwaliteit en het kwaliteitsniveau alsmede de wegen die daarnaar moeten leiden

**Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau:**
een uitwerking van het kwaliteitsbeleid in concrete maatregelen en activiteiten om het kwaliteitsbeleid te realiseren

**Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor sommige afdelingen/voorzieningen**

**Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor alle afdelingen/voorzieningen**

**Kwaliteitsjaarverslag:**
een verantwoording van alle activiteiten die in het kader van kwaliteitszorg ondernomen zijn en de resultaten daarvan

**Kwaliteitshandboek:**
een omschrijving van alle procedures die worden gehanteerd om de kwaliteit te bewaken en te waarborgen èn de personen die verantwoordelijk zijn voor het handhaven daarvan

## 2.2 PERSONEELSMANAGEMENT

**In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid? (meerdere antwoorden mogelijk)**

**Stimulering**

Medewerkers/professionals worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen

Medewerkers/professionals kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor kwaliteitsverbetering

Geven van systematische feedback over de bereikte resultaten aan medewerkers-/professionals

**Selectie en scholing**

Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg

Scholing/deskundigheidsbevordering van leidinggevenden/management

Scholing/deskundigheidsbevordering van medewerkers/professionals

Deskundigheidsbevordering vindt plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid

Nieuwe medewerkers/professionals worden geschoold in kwaliteitsbewaking/-verbetering

**Sturing**

De directie geeft aan wat van medewerkers/professionals wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling

De directie toetst of de medewerkers/professionals zich houden aan de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling

Bewaking van de afdelings-/voorzieningenwerkplannen

## 2.1 PROCESBEHEERSING DOOR NORMERING

**Wat voor soort protocollen/standaarden worden in uw instelling gebruikt? (meerdere antwoorden mogelijk)**

**Protocollen:**

Gericht op specifieke behandel-/begeleidingsvormen/verrichtingen

Voor de voorlichting aan de patiënt/cliënt/bewoner/klant

Voor voorbehouden handelingen

Voor het gebruik van medische hulpmiddelen

Voor kritische momenten in het zorg-/dienstverleningsproces

Voor specifieke doelgroepen en diagnoses

Voor de routing van de patiënt/cliënt/bewoner/klant van aanmelding tot afsluiting van de zorg

Voor samenwerking met/overdracht naar andere instellingen/zorgverleners

Anders, namelijk . . . . . .

## 2.4 PROCESVERBETERING VIA DEELSYSTEMEN

**Intercollegiale toetsing monodisciplinair:**
beroepsgenoten beoordelen elkaars werk waarbij zij hun handelen normeren, registreren en verbeteren

**Intercollegiale toetsing multidisciplinair:**
idem, door zorgverleners van verschillende disciplines

**Gebruik zorg-/begeleidingsplan**
de zorgverlening wordt geregistreerd en geëvalueerd aan de hand van vooraf gestelde doelen

**Commissies (bijv. voor infecties, FONA/MIP, calamiteiten):**
commissies analyseren periodiek de geregistreerde gegevens en brengen op basis daarvan systematisch verbeteringen aan

**Functionerings-/ beoordelingsgesprekken**

**Interne audit:**
de effectiviteit van de verschillende activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt periodiek beoordeeld

**Interinstitutionele toetsing/visitatie:**
de beroepsgenoten beoordelen de instelling en doen suggesties voor verbeteringen

**Management-informatie-systeem:**
het management gebruikt een informatiesysteem voor het evalueren en bijsturen van de kwaliteit van zorg. Het informatiesysteem bevat gegevens over de zorg die aan de doelgroepen wordt verleend en de uitkomsten daarvan

**Tevredenheidsonderzoek onder gebruikers:**
periodiek wordt gemeten of de doelgroepen tevreden zijn over de verleende zorg

**Tevredenheidsonderzoek onder verwijzers of diegenen naar wie verwezen wordt**

**Tevredenheidsonderzoek medewerkers/ professionals:**
periodiek wordt gemeten of de medewerkers/professionals tevreden zijn over het werk, de werkdruk, de arbeidsvoorwaarden, enzovoorts

**Behoefte onderzoek onder gebruikers:**
de instelling gaat via marktonderzoek na wat de behoefte is aan de huidige of mogelijk nieuwe zorg die de instelling kan bieden

**Behoefte onderzoek onder verwijzers of andere partijen:**
idem, maar onder verwijzers of andere partijen

**Klachtenregistratie en -behandeling:**
de klachtenregistratie wordt systematisch geanalyseerd op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht

**Cliënten-/familieraad:**
op basis van het periodieke overleg met de cliënten-/familieraad worden verbeteringen in de kwaliteit van zorg gerealiseerd

**Anders, namelijk:**

## 2.5 PATIENTEN / CLIENTEN

**Bij welke activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering worden patiënten/cliënten/bewoners/klanten (of hun belangenorganisaties) betrokken?**

Nee/niet van toepassing

Ontwikkelen van kwaliteitscriteria/normen

Opstellen protocollen/standaarden

Beoordelen of beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald

Participatie in (kwaliteit)commissies

Participatie in verbeterprojecten

Bespreken uitkomsten van satisfactie-onderzoek, klachtenregistratie, etc.

Anders:

## 2.6 Streeft u ernaar uw kwaliteitssysteem binnen de komende drie jaar te laten beoordelen?

Nee

Ja, met behulp van interinstitutionele toetsing

Ja, met behulp van een visitatie georganiseerd door onze koepelorganisatie

Ja, door een patiëntenorganisatie

Ja, door een certificerende instelling

Anders, namelijk

## 2.7 POSITIEVE EFFECTEN

**Kunt u aangeven welke positieve effecten u in uw instelling verwacht (of reeds bereikt heeft) van de systematische aandacht voor kwaliteitsbewaking/-verbetering?**

Toename tevredenheid personeel

Toename klantgerichtheid

Toename tevredenheid externe partijen (verwijzers, financiers, patiënten/cliëntenorganisaties, enz.)

Toename van de beheersbaarheid van de organisatie door het management

Toename inzet en flexibiliteit van het personeel

Betere profilering van de instelling

Lagere kosten/kostenbesparing op lange termijn

Anders:

## 2.8 REGELGEVING

**Is in uw instelling het aantal en aard van de regels en procedures onder invloed van de bewuste aandacht voor kwaliteitsbewaking/-verbetering veranderd? (meerdere antwoorden mogelijk)**

Nee, geen invloed

Er zijn regels/procedures bijgekomen

Overbodige regels/procedures zijn verwijderd

De regels/procedures worden beter bewaakt

Informele regels/procedures zijn geformaliseerd

Anders, namelijk

## 2.9 NEGATIEVE EFECTEN

**Kunt u aangeven of negatieve effecten in uw instelling zijn opgetreden als gevolg van de bewuste aandacht voor kwaliteitsbewaking/-verbetering? (meerdere antwoorden mogelijk)**

Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan

Kosten zijn gestegen

Verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij het personeel

Werkdruk is toegenomen

Demotivatie/ ontevredenheid personeel

Anders, namelijk

Dit deel van de rapportagen bevat de tien overzichten van sectorspecifieke normen. Ter informatie wordt elk overzicht vooraf gegaan door de toelichting die aan de desbetreffende koepelorganisatie is gegeven.

## 1 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

**Toelichting voor de koepelorganisatie**
De vragenlijst omvat eveneens een sectorspecifiek deel.
Dit betekent dat de vragen specifiek worden toegesneden op de situatie in de GGZ.

In het overleg met u of een vertegenwoordiger van de GGZ willen wij van gedachten wisselen over de vraag hoe dit sectorspecifieke deel van de vragenlijst voor de GGZ ingevuld kan worden.
Ons voorstel is om onder meer de volgende thema's op te nemen:

- Professionele kwaliteit
- Protocollen of richtlijnen
- Management van zorg/behandelprocessen
- Ketenkwaliteit en samenwerking met derden
- Inbreng van de cliënt
- Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management
- Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten
- Kwaliteitskosten
- Modellen of referentiekaders voor de GGZ
- Eventueel overige thema's

**De vraag in het overleg is:**
Waaruit zou blijken dat deze thema's goed geregeld zijn in een GGZ-instelling. Met andere woorden, naar welke concrete activiteiten, documenten of cijfers kan in de vragenlijst worden gevraagd?

**Hulpmiddel bij het overleg**
Uitsluitend als hulpmiddel ter gedachtenbepaling bij het overleg vindt u op de volgende pagina's:

- De hiervoor genoemde thema's
- De specifieke vraag die in het overleg met u aan de orde komt.
- De normen die ten aanzien van elk thema in de GGZ gelden. Deze normen zijn letterlijk overgenomen uit het rapport, Kwaliteitstoetsing in de GGZ van 1997.

Het is niet de bedoeling deze normen in de vragenlijst op te nemen. Wij zoeken naar concrete activiteiten.

## 1 Professionele kwaliteit

*Vraag*
Wat doen professionele behandelaars en zorgverleners in het ideale geval aan deskundigheidsbewaking en bevordering? Welke van deze activiteiten zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen? (denk aan nascholing, toetsing, visitatie etc.).

*GGZ-normen*
De afdelingsmedewerkers krijgen werkbegeleiding en deskundigheidsbevordering. (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 22).

De instelling heeft een professioneel statuut waarin is geregeld (....) het scholingsbeleid ter ondersteuning en bevordering van de professionele kennis en de beroepsvisie (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 30).

De instelling beschikt over een beleidsplan voor deskundigheidsbevordering/scholing. (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag 40).
Het beleidsplan bevat de activiteiten m.b.t. intervisie, supervisie en werkbegeleiding. (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 42)

## 2 Protocollen en richtlijnen

*Vraag*
Welke protocollen voor risicovolle activiteiten zouden in het ideale geval in een GGZ-instelling aanwezig moeten zijn.
Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*GGZ-normen*
Er bestaan protocollen en richtlijnen die aangeven hoe te handelen bij een problematische afsluiting van de hulpverlening. Bijvoorbeeld bij ontslag tegen de wil van de cliënt in, drop-out, contractbreuk door de cliënt of suïcide (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 16).

De instelling heeft protocollen en reglementen voor specifieke situaties:
- omgaan met agressie
- toepassing van dwang/separatie
- medicatie (formularium inzake voorschrijven)
- hygiëne/besmettelijke ziekten
- ongewenste intimiteiten
- hulp bij zelfdoding
- suïcide
- verlof en ontslag
- weglopen
- strafbare handelingen/omgaan met politie en justitie
- druggebruik.

## 3 Management van zorg/behandelprocessen

*Vraag*
Welke afdelingsoverstijgende processen zouden in het ideale geval in een GGZ-instelling geregeld moeten zijn? Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*GGZ-normen*
Elke fase in het primaire proces verloopt volgens een vaste procedure. (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 8)

Iedere cliënt heeft een op zijn zorgvraag toegesneden zorgplan.
In dit plan wordt in elk geval vastgelegd:
- de zorgvraag van de cliënt en de diagnose
- de doelstellingen van de zorg
- de uit te voeren activiteiten
- welke medewerkers worden ingezet
- het aantal bijeenkomsten / de verwachte duur
- de evaluatiemomenten (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 12)

Het zorgplan wordt zoveel mogelijk in onderling overleg opgesteld, waarbij de cliënt in ieder geval voldoende, duidelijke en begrepen informatie krijgt opdat hij toestemming kan geven.
Er vinden geen verrichtingen plaats zonder toestemming van de cliënt. (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag 12).

De zorgverlener evalueert regelmatig de voortgang van de individuele zorgverlening met de cliënt (en met het team). Het zorgplan wordt, indien nodig, met instemming van de cliënt bijgesteld.
Voordat tot afsluiting wordt overgegaan evalueert de zorgverlener met de cliënt aan de hand van het zorgplan of de doelen zijn gehaald.
De zorgverlener pleegt overleg met de cliënt en het team over de wensen en mogelijkheden ten aanzien van eventuele verwijzing en/of nazorg. (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag 14).

## 4 Ketenkwaliteit en samenwerking met derden

*Vragen*
Met welke partijen zou een GGZ-instelling in het ideale geval structurele samenwerking geregeld hebben?
Wat zou in het ideale geval in een GGZ-instelling geregeld moeten zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen?
Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*GGZ-normen*
Vastgelegd is hoe de (multidisciplinaire) communicatie/samenwerking intern en extern plaatsvindt. Dat wil zeggen: welke personen en instanties intern en extern met welke frequentie in het overleg met betrekking tot het primaire proces participeren. Vastgelegd is welke onderwerpen dit overleg/samenwerking betreft. Vastgelegd is welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden de betrokken disciplines intern en extern hebben bij de zorgverlening/de preventieactiviteiten. (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 18,19,20).

De instelling neemt deel aan gestructureerd overleg en onderhoudt relaties met personen en instanties om ontwikkelingen in het aanbod te volgen en het eigen aanbod hierop af te stemmen.
De instelling draagt zorg voor een integraal en op elkaar aansluitend aanbod in samenwerking met andere instellingen in de regio.
De instelling levert een bijdrage aan doorstroming van cliënten in de regio. (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 24).

## 5 Inbreng van de cliënt

*Vraag*
Hoe zou een GGZ-instelling in het ideale geval de inbreng van cliënten hebben geregeld? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*GGZ-normen*
Eerste contact/aanmelding. De cliënt krijgt zowel mondeling als schriftelijk (via en cliëntenfolder) informatie over rechtspositionele aspecten en algemene informatie.
In ieder geval dienen de volgende rechtspositionele aspecten aan de orde te komen:
- inzage-, correctie- en kopierecht van de cliënt in zijn/haar dossier en het recht om vernietiging te verzoeken;
- voorafgaande toestemming voor het gebruik van audiovisuele middelen;
- het klachtenreglement, de klachtencommissie, etc.
- het verbod op ongewenste intimiteiten en adres vertrouwenspersoon;
- toestemming van de cliënt voor het opvragen van gegevens bij derden;
- toestemming voor het leveren van gegevens aan derden;
- privacyreglement.
- (en algemene informatie over de instelling). (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag 8 en 9).

Cliënten hebben, binnen de mogelijkheden van de instelling, inspraak bij de keuze van de zorgverlener. (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag 12).

Na afsluiting wordt cliënten naar hun oordeel gevraagd over de zorgverlening en de bejegening, bijvoorbeeld in een exit-interview. Kwaliteitstoetsing GGZ, pag 16).

De instelling heeft een familieraad, een informatiepunt en klachtenmeldpunt voor familieleden of een protocol voor omgang met familieleden. De instelling heeft een vertrouwenscommissie (of sluit zich aan bij de landelijke commissie van vertrouwenslieden). (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 30 en 31).

In het kwaliteitsplan zijn de resultaten van overleg met zorgverzekeraars/financiers en cliëntenorganisaties betrokken.
De instelling heeft een cliëntenraad. (Er is periodiek formeel overleg met de cliëntenraad, de familieraad (indien aanwezig). (Kwaliteitstoetsing GGZ. pag. 28 en 29).

Gebouwen en voorzieningen: De gestelde eisen aan gebouwen en voorzieningen zijn gebaseerd op informatie van cliënten (... en anderen).
Met regelmaat wordt geëvalueerd in hoeverre gebouwen en voorzieningen voldoen aan de gestelde eisen, zonodig volgt verbetering. Bij deze evaluaties worden in ieder geval betrokken de medewerkers en cliënten. (Kwaliteitstoetsing in de GGZ, pag 44).

## 6 Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management

*Vraag*
Hoe zou de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het management en van de professionals tot uiting kunnen komen? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*GGZ-normen*
Het beleids/kwaliteitsplan is tot stand gekomen in overleg met de afdelingen en ondersteunende diensten.
De beleidsplannen van afdelingen en ondersteunende diensten sluiten aan bij het beleidsplan van de instelling (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 28)

Het instellings(kwaliteits)beleid wordt planmatig en regelmatig geëvalueerd. De evaluaties vinden plaats in samenspraak met de afdelingen. (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 32).

## 7 Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten

*Vraag*
Welke indicatoren of resultaatmetingen zou een ideale GGZ-instelling gebruiken om het beleid te evalueren (en te verbeteren). Wat zou hieromtrent in de vragenlijst kunnen worden opgenomen?

*GGZ-normen*
De marktverkenning wordt planmatig en regelmatig uitgevoerd met het oog op signalering van mogelijke nieuwe doelgroepen en hulpvragen. (Bijvoorbeeld via analyse van registratiecijfers van de zorgverlening, analyse van sociaal-epidemiologische onderzoeksgegevens etc.). (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag 18 en 19).

Bij de evaluaties (van beleidsplan/projectplan) worden de oordelen gebruikt van:
- cliënten/intermediairen en einddoelgroepen bij preventie;
- uitvoerders/afdeling en afdelingshoofd.

De afdeling/het programma/project maakt bij de evaluaties gebruik van gegevens over het primaire proces, bijvoorbeeld uit:
- intercollegiale toetsing
- het informatie/registratiesysteem
- dossieronderzoek
- interne of externe kwaliteitsaudits
- de klachtenregistratie
- cliëntenonderzoek. (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 22).

De instelling beschikt over de volgende evaluatie-instrumenten:
- een (geautomatiseerd) informatiesysteem
- een klachtenreglement voor cliënten
- een klachtenbehandelingssysteem voor medewerkers en vrijwilligers
- een intern of extern meldpunt voor klachten over ongewenste intimiteiten
- tevredenheidsonderzoek onder cliënten
- tevredenheidsonderzoek onder medewerkers en vrijwilligers
- interne kwaliteitsmetingen/audits
- externe kwaliteitsmetingen/audits (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 34).

De instelling heeft een procedure voor de Melding en behandeling van Incidenten in de Patiëntenzorg bijvoorbeeld een MIP-commissie of een commissie voor Fouten, Ongevallen en Bijna Ongevallen (FONA) (Kwaliteitstoetsing GGZ, pag. 46).

## 8 Kwaliteitskosten

*Vraag*
Welke kosten worden in een GGZ-instelling beschouwd als kwaliteitskosten? Zou een GGZ-instelling daar zicht op hebben? Kan in de vragenlijst een vraag naar kwaliteitskosten worden opgenomen?

*GGZ-norm:* geen specifieke norm geformuleerd.

## 9 Gebruik modellen of referentiekaders (van de koepel)

*Vraag*
In de vragenlijst willen wij vragen welke modellen of referentiekaders in GGZ-instellingen worden gebruikt. Heeft u aanvullingen op het hierna volgende overzicht van modellen of referentiekaders?

GGZ - Kwaliteitstoetsing in de GGZ
ISO - International Standards of Organization
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit
SHKZ - Harmonisatiemodel van de St. Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector
NP/CF - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief.
HACCP - Hazard Analysis Critical Control Points

## 10. Eventueel overige onderwerpen.

*Literatuur*
Kwaliteitstoetsing in de GGZ. Een voorlopig instrument voor interinstitutionele toetsing in instellingen voor GGZ. Utrecht, GGZ Nederland, september 1997.

## 2 GEHANDICAPTENZORG

**Toelichting voor de koepelorganisatie**
De vragenlijst omvat eveneens een sectorspecifiek deel.
Dit betekent dat de vragen specifiek worden toegesneden op de situatie in de gehandicaptenzorg.

In het overleg met u willen wij van gedachten wisselen over de vraag hoe dit sectorspecifieke deel van de vragenlijst voor de gehandicaptenzorg ingevuld kan worden.
Ons voorstel is om onder meer de volgende thema's op te nemen:

- Professionele kwaliteit
- Protocollen of richtlijnen
- Management van zorg/behandelprocessen
- Ketenkwaliteit en samenwerking met derden
- Inbreng van de cliënt
- Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management
- Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten
- Kwaliteitskosten
- Modellen of referentiekaders voor de gehandicaptenzorg
- Eventueel overige thema's

**De vraag in het overleg is:**
Waaruit zou blijken dat deze thema's goed geregeld zijn in een organisatie voor gehandicaptenzorg. Met andere woorden, naar welke concrete activiteiten, documenten of cijfers kan in de vragenlijst worden gevraagd?

**Hulpmiddel bij het overleg**
Uitsluitend als hulpmiddel ter gedachtenbepaling bij het overleg vindt u op de volgende pagina's:

- De hiervoor genoemde thema's
- De specifieke vraag die in het overleg met u aan de orde komt.
- De concept-criteria gehandicaptenzorg die ten aanzien van elk thema in de gehandicaptenzorg gelden. Deze criteria zijn letterlijk overgenomen uit het rapport, Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg van 1998.

Het is niet de bedoeling deze criteria in de vragenlijst op te nemen. Wij zoeken naar concrete activiteiten.

## 1 Professionele kwaliteit

*Vraag*
Wat doen zorgverleners in de gehandicaptenzorg in het ideale geval aan deskundigheidsbewaking en bevordering? Welke van deze activiteiten zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen? (denk aan nascholing, toetsing, visitatie etc.).

*Concept-criteria gehandicaptenzorg MKG*
Sociaal beleid. De organisatie voert een sociaal beleid dat ook door haar is vastgelegd. Onder het sociaal beleid wordt ook het personeelsbeleid gevat. In het sociaal beleid zijn in ieder geval zaken uitgewerkt ten aanzien van:
a. bewaken en bevorderen van de motivatie van de medewerkers
c. capaciteiten van medewerkers
f. de ontwikkelingsmogelijkheden die aan medewerkers worden geboden.
(MKG, pag. 48).

Meerjarenopleidingsplan. Op basis van de overzichten van de aanwezige en de noodzakelijke vaardigheden en deskundigheden van medewerkers, stelt de organisatie een meerjarenopleidingsplan vast. Dit meerjarenplan wordt jaarlijks in een opleidingsplan geconcretiseerd, waarna dit plan wordt gerealiseerd (MKG, pag. 49).

Inwerken nieuwe medewerkers. De organisatie zorgt dat nieuwe medewerkers worden ingewerkt conform de hiertoe vastgestelde procedure. Voor het inwerken worden toegesneden inwerkprogramma's gehanteerd. (MKG, pag. 49)

## 2 Protocollen en richtlijnen

*Vraag*
Welke protocollen voor risicovolle activiteiten zouden in het ideale geval in een organisatie voor gehandicaptenzorg aanwezig moeten zijn.
Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Concept-criteria gehandicaptenzorg MKG*
Protocollering. De organisatie zorgt ervoor dat alle werkzaamheden in de zorg- en dienstverlening worden uitgevoerd conform de daarvoor van toepassing actuele inzichten. Voor zover nodig zijn voor deze handelingen vakinhoudelijke protocollen of werkinstructies vastgesteld (.....). (MKG, pag. 42).

Handelen bij sexueel misbruikt. De organisatie zorgt dat in het geval van vermoeden of geconstateerd seksueel misbruik wordt gehandeld in overeenstemming met het vastgestelde protocol. Dit protocol is tot stand gekomen in samenspraak met de cliënten. (.....). (MKG, pag. 42).

## 3 Management van zorg/behandelprocessen

*Vraag*
Welke afdelingsoverstijgende processen zouden in het ideale geval in een organisatie voor gehandicaptenzorg geregeld moeten zijn? Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Concept-criteria gehandicaptenzorg MKG*
Zorg- of begeleidingsplannen. De organisatie hanteert in de zorg- en dienstverlening een systeem van zorg- of begeleidingsplannen. De uitvoering van de zorg- en dienstverlening wordt met behulp van deze plannen gestructureerd, aangestuurd, bewaakt en geëvalueerd.

De zorg- of begeleidingsplannen worden in directe afstemming en samenspraak met de cliënt door de organisatie opgesteld. Hierbij worden alle disciplines betrokken die nodig zijn om aan de hulpvraag van de cliënt tegemoet te kunnen komen.
(.....).
In de zorg- of begeleidingsplannen is in ieder geval uitgewerkt:

a. de hulpvraag van de cliënt, zijn/haar wensen en (toekomst)verwachtingen of (toekomst)plannen
b. de begeleidings-, verzorgings- en/of behandeldoelen
c. de wijze waarop de organisatie de gestelde doelen wil bereiken
d. welke disciplines en welke middelen worden ingezet
e. de wijze waarop en de frequentie waarmee het zorg- of begeleidingsplan wordt geëvalueerd en bijgesteld, in samenspraak met de cliënt. Ieder plan wordt minimaal een maal per jaar geëvalueerd.
f. welke inspanningen de cliënt heeft afgesproken te zullen leveren om de gestelde doelen te verwezenlijken. (MKG, pag. 41).

## 4 Ketenkwaliteit en samenwerking met derden

*Vragen*
Met welke partijen zou een organisatie voor gehandicaptenzorg in het ideale geval structurele samenwerking geregeld hebben?
Wat zou in het ideale geval in een organisatie voor gehandicaptenzorg geregeld moeten zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen?
Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Concept-criteria gehandicaptenzorg MKG*
De organisatie zorgt voor een goede coördinatie van de uitvoering van de zorg- en dienstverlening. Hiertoe beschikt de organisatie over een procedure waarin in ieder geval is vastgelegd wie/welke discipline verantwoordelijk is voor de inhoud van de zorg- en dienstverlening en wie/welke discipline de dagelijkse coördinatie van de uitvoering van de zorg- en dienstverlening verzorgt. (MKG, pag. 41).

Multidisciplinaire samenwerking. De organisatie zorgt ervoor dat er sprake is van een functioneel samenhangend aanbod van zorg- en dienstverlening. Hiertoe beschikt zij over vastgestelde werkwijzen en procedures voor de multidisciplinaire samenwerking in de uitvoering. In deze werkwijzen en procedures zijn zowel de zorg- en behandeldisciplines als de facilitaire disciplines betrokken. (MKG, pag. 41).

Samenwerking. Daar waar dit nodig is om tot een goede zorg- en dienstverlening voor de cliënten te komen, werkt de organisatie samen met andere zorgaanbieders en overige partijen in haar omgeving (ketenkwaliteit). (MKG, pag. 53).

## 5 Inbreng van de cliënt

*Vraag*
Hoe zou een organisatie voor gehandicaptenzorg in het ideale geval de inbreng van cliënten hebben geregeld? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Concept-criteria gehandicaptenzorg MKG*

Vooraf: Bij nagenoeg alle criteria in het MKG-model is aangegeven dat 'visie, beleid, procedures etcetera in samenspraak met de cliënten tot stand komen'. De hierna door ons geselecteerde criteria vormen dan ook een vrij arbitraire selectie.

De organisatie heeft de werkwijzen bij de aanvang van de zorg- en dienstverlening geregeld en zorgt dat er conform de bedoelingen wordt gewerkt. De organisatie heeft in ieder geval geregeld en vastgelegd:

c. hoe de bepaling en vaststelling van het aanbod van de organisatie plaatsvindt in samenspraak met de cliënt en afgestemd op de hulpvraag van de cliënt.
g. hoe de regelingen zijn voor het verkrijgen van toestemming van de cliënt. (MKG, pag. 39).

De organisatie draagt er zorg voor dat iedere cliënt gestructureerd informatie ontvangt. De cliënt krijgt in ieder geval informatie over:

b. de verschillende regelingen die van toepassing zijn op de zorg- en dienstverlening, bijvoorbeeld ten aanzien van de toestemming van de cliënt
j. de klachtenregeling
k. het privacyreglement
l. de inspraakmogelijkheden die worden geboden, waarbij in ieder geval het bestaan van de cliëntenraad wordt gemeld (MKG, pag. 39).

Basiskwaliteit zorg- en dienstverlening. (....) De bepaling van het minimale kwaliteitsniveau is in afstemming met de cliënten tot stand gekomen. (MKG, pag. 40).

Medezeggenschap cliënten. De organisatie zorgt dat er sprake is van een goed functionerende medezeggenschap van cliënten. De organisatie heeft hierbij ook de positie van de ouders/vertegenwoordigers betrokken. Binnen de organisatie functioneert in ieder geval een cliëntenraad in de zin van de WMCZ. De organisatie maakt dit mogelijk en stimuleert dit zonodig; zij biedt de cliëntenraad die faciliteiten die nodig zijn om goed te kunnen functioneren (....). (MKG, pag. 47).

Cliëntenraadpleging. De organisatie voert met een zekere regelmaat cliëntenraadplegingen uit; zowel periodieke grootschalige raadplegingen als kleinschalige raadplegingen. De laatste bijvoorbeeld in de vorm van huiskamergesprekken of exit-interviews. De uitkomsten van deze raadplegingen leiden waar nodig tot verbeteracties. (MKG, pag. 51).

De organisatie verleent haar medewerking aan een eventueel verzoek van de cliëntenraad of cliëntenorganisatie om een toetsing van de kwaliteit van de organisatie te mogen verrichten. Hierbij moet sprake zijn van een gezamenlijk geaccordeerd format voor toetsing. De organisatie verplicht zich om de uitkomsten mee te nemen bij verdere beleidsvorming danwel (verbetering van) activiteiten. (MKG, pag. 52).

Huisvesting. (.....) In overleg met cliënten wordt met regelmaat geëvalueerd of de gebouwde omgeving (nog) aan de gestelde eisen voldoet. Indien hiertoe aanleiding bestaat, wordt actie ondernomen. (MKG, pag. 54).

## 6 Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management

*Vraag*
Hoe zou de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het management en van de professionele zorgverleners tot uiting kunnen komen? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Concept-criteria gehandicaptenzorg MKG*
Kwaliteitsbeleid en kwaliteitsjaarplan. (....) Het kwaliteitsbeleid wordt aantoonbaar in samenspraak met de medewerkers ontwikkeld. (MKG, pag. 46)

## 7 Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten

*Vraag*
Welke indicatoren of resultaatmetingen zou een ideale organisatie voor gehandicaptenzorg gebruiken om het beleid te evalueren (en te verbeteren). Wat zou hieromtrent in de vragenlijst kunnen worden opgenomen?

*Concept-criteria gehandicaptenzorg MKG*
Resultaatbepaling zorg- en dienstverlening. De organisatie beschikt over een goed functionerend systeem waarmee actueel inzicht wordt verkregen in de resultaten die worden behaald in de zorg- en dienstverlening. Hiervoor kunnen verschillende methodieken worden gehanteerd. Een belangrijke informatiebron kan bijvoorbeeld het systeem van zorg- en begeleidingsplannen zijn. Met behulp van dit systeem worden op groepsniveau van de 'cliënten' of bepaalde groepen van cliënten gegevens verzameld over de effectiviteit en efficientie (resultaat afgezet tegen de inzet van middelen) van de zorg- en dienstverlening. De informatie die zo wordt verkregen, vormt aanleiding voor bijsturing en verbetering daar waar dit nodig is (MKG, pag 51).

Klachtenbehandeling van cliënten. De organisatie beschikt over en goed functionerend en vastgelegd systeem van klachtenbehandeling van cliënten. Op basis van de klachten onderneemt de organisatie verbeteracties (MKG, pag. 51).

Medewerkersraadpleging. De organisatie realiseert met een zekere regelmaat een raadpleging van de medewerkers, ondermeer naar hun tevredenheid binnen het werk. Dit betreft zowel periodieke grootschalige raadplegingen als kleinschalige raadplegingen. Die laatste bijvoorbeeld in de vorm van teamevaluaties of exitinterviews. De uitkomsten van deze raadplegingen leiden waarnodig tot verbeteracties. (MKG, pag. 51).

FOBO-commissie. In de organisatie functioneert een commissie voor het registreren en behandelen van fouten, meldingen en (bijna) ongelukken in de zorg- en dienstverlening (...). (MKG, pag. 51).

Imago-onderzoek onder relaties. De organisatie zorgt er voor inzicht te hebben in het imago dat zij heeft bij haar externe relaties, bijvoorbeeld bij andere zorgaanbieders, de zorgverzekeraar, leveranciers of het indicatie-orgaan. De uitkomsten van zo'n imago-onderzoek leiden waar nodig tot verbeteracties door de organisatie (MKG, pag. 52).

Marktorientatie. De organisatie voert regelmatig een marktorientatie uit om te onderzoeken of het aanbod van de organisatie aansluit op de huidige en toekomstige vragen van de cliënten. De uitkomsten worden gebruikt om de zorg- en dienstverlening verder te ontwikkelen, te verbeteren en bij te stellen (....) (MKG, pag. 53).

## 8 Kwaliteitskosten

*Vraag*
Welke kosten worden in een organisatie voor gehandicaptenzorg beschouwd als kwaliteitskosten? Zou een instelling daar zicht op hebben? Kan in de vragenlijst een vraag naar kwaliteitskosten worden opgenomen?

*Concept-criteria gehandicaptenzorg MKG* geen specifieke criteria geformuleerd.

## 9 Gebruik modellen of referentiekaders (van de koepel)

*Vraag*
In de vragenlijst willen wij vragen welke modellen of referentiekaders in instellingen voor gehandicaptenzorg worden gebruikt. Heeft u aanvullingen op het hierna volgende overzicht van modellen of referentiekaders?

| | |
|---|---|
| VGN | - Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg (1998). |
| NIZW/Fiad-Wdt | - Koers op Kwaliteit, Handboek Kwaliteitszorg |
| NIZW/Fiad-Wdt | - Kwaliteits gekenmerkt, kwaliteitsstandaarden voor zorg- en dienstverlening aan volwassenen/kinderen met een verstandelijke handicap. |
| NIZW/NFVLG | - Kwaliteit in uitvoering: kwaliteitsstandaarden voor woonvormen voor kinderen en jongeren met een lichamelijke handicap. |
| VGN/NIZW | - Cliënt in beeld: Instrument cliëntenraadpleging. |
| ISO | - International Standards of Organization |
| INK | - Instituut Nederlandse Kwaliteit |
| SHKZ | - Harmonisatiemodel van de Stichitng Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector |
| NP/CF | - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. |
| HACCP | - Hazard Analysis Critical Control Points |

## 10. Eventueel overige onderwerpen.

*Literatuur*
Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg. Ten behoeve van de experimenteerfase project Kwaliteit in Zicht. Utrecht, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 1998 (publicatienummer 798.084)

## 3 GEMEENTELIJKE GEZONDHEIDSDIENSTEN (GGD) met als voorbeeld de Ambulancezorg

**Toelichting voor de koepelorganisatie**
De vragenlijst omvat eveneens een sectorspecifiek deel.
Dit betekent dat de vragen specifiek worden toegesneden op de situatie in GGD'en.

In het overleg met u willen wij van gedachten wisselen over de vraag hoe dit sectorspecifieke deel van de vragenlijst voor GGD'en ingevuld kan worden. De vragenlijst kan worden toegespitst op bijvoorbeeld de Ambulancezorg of op de totale GGD.

Ons voorstel is om - voor zover relevant - onder meer de volgende thema's op te nemen:
- Professionele kwaliteit
- Protocollen of richtlijnen
- Management van zorgprocessen
- Ketenkwaliteit en samenwerking met derden
- Inbreng van patiënten
- Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management
- Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten
- Kwaliteitskosten
- Modellen of referentiekaders voor GGD'en
- Eventueel overige thema's

**De vraag in het overleg is:**
Waaruit zou blijken dat deze thema's goed geregeld zijn in een GGD. Met andere woorden, naar welke concrete activiteiten, documenten of cijfers kan in de vragenlijst worden gevraagd?

**Hulpmiddel bij het overleg**
Uitsluitend als hulpmiddel ter gedachtenbepaling bij het overleg vindt u op de volgende pagina's:

- De hiervoor genoemde thema's
- De specifieke vraag die in het overleg met u aan de orde komt.
- Normen die op deze thema's betrekking hebben (letterlijk overgenomen) uit het HKZ Certificatieschema Ambulancezorg (1997)

Wij hebben de Ambulancezorg als voorbeeld genomen omdat daarvoor inmiddels landelijke normen ontwikkeld zijn. Ook andere normen kunnen bij het invullen van de vragenlijst worden gebruikt.

Het is niet de bedoeling deze normen in de vragenlijst op te nemen. Wij zoeken naar concrete activiteiten.

## 1 Professionele kwaliteit

*Vraag*
Wat doen hulpverleners in de Ambulancezorg (of in de gehele GGD) in het ideale geval aan deskundigheidsbewaking en bevordering? Welke van deze activiteiten zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen? (denk aan nascholing, toetsing, visitatie etc.).

*Normen voor GGD-Ambulancezorg*.
- De vergunninghouder draagt er zorg voor dat interne evaluatie van werkdiagnose en handelen plaatsvindt en hoe vaak dat plaatsvindt (bijvoorbeeld via vormen van intercollegiale of interdisciplinaire toetsing).
- De vergunninghouder draagt er zorg voor dat terugkoppeling van de diagnose, in het ziekenhuis gesteld, plaatsvindt ter verificatie van de werkdiagnose door de vergunninghouder gesteld. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 33).

Professioneel handelen
- De vergunninghouder beschikt over protocollen ten behoeve van het professioneel handelen.
- Het personeel is bevoegd en bekwaam tot het uitvoeren van de in het protocol vastgelegde handelingen.
- Dit protocollair handelen wordt middels afgesproken procedures getoetst onder verantwoordelijkheid van de hoofdverpleegkundige en de medisch adviseur
- Medewerkers nemen deel aan intercollegiale toetsing. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 45).

Begeleiding
- De vergunninghouder beschikt over werkbegeleiders en draagt er zorg voor dat duidelijk is op welke wijze de werkbegeleiding plaatsvindt en wie daarvoor verantwoordelijk is.
- Binnen de organisatie vindt periodiek en gestructureerd werkoverleg plaats.
- De vergunninghouder draagt er zorg voor dat duidelijk is op welke wijze in de medische, en psychosociale begeleiding van het personeel wordt voorzien, zowel periodiek (keuringen) als incidenteel.
- De vergunninghouder voorziet in de rijtechnische begeleiding van ambulancechauffeurs, intern zowel als onderdeel van de inwerkprocedure als tijdens intervisie en intercollegiale toetsing, extern wordt hierin voorzien door de SOSA-opleiding en nascholingsdagen.
- De vergunninghouder beschikt over een gestructureerd inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers, waarin geregeld zijn de te behandelen items, de evaluatiemomenten en de toetsingscriteria van het geleerde.
- De vergunninghouder regelt de noodzakelijke praktijkstages.
- Bij het bepalen van de opleidings- en stagebehoefte wordt rekening gehouden met de frequentie waarin de betreffende medewerker met specifieke handelingen in de praktijk wordt geconfronteerd. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 45 en 46).

Bij- en nascholing
- De vergunninghouder heeft een opleidingsplan, als onderdeel van het Regionaal Opleidingsplan (ROP), waarin de opleidings-, scholings- en nascholingsactiviteiten zijn vastgelegd en dat is geaccrediteerd door de SOSA.
- De vergunninghouder draagt er zorg voor dat duidelijk is op welke wijze kennis genomen kan worden van nieuwe ontwikkelingen en hoe deze geïmplementeerd kunnen worden.
- De vergunninghouder maakt onderdeel uit van een regionaal netwerk van hulpdiensten in het kader van de rampenbestrijding en participeert in daarmee verbandhoudende oefeningen. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 46 en 47).

## 2 Protocollen en richtlijnen

*Vraag*
Welke protocollen voor risicovolle activiteiten zouden in het ideale geval in de Ambulancezorg (of in de gehele GGD) aanwezig moeten zijn.
Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Normen voor GGD-Ambulancezorg*
De vergunninghouder beschikt over protocollen ten behoeve van het professioneel handelen. (De aard van de protocollen is niet nader gespecificeerd).

## 3 Management van zorg/behandelprocessen

*Vraag*
Welke (zorg)processen zouden in het ideale geval in de Ambulancezorg (of in de totale GGD) geregeld moeten zijn? Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Normen voor GGD-Ambulancezorg*
Zorgcoördinatie
- Afhankelijk van de aard van de ziekte of het letsel, doet de bemanning een voorgeschreven voormelding aan het ontvangende ziekenhuis met als doel het ziekenhuis zich te laten voorbereiden op de juiste opvang, al dan niet via de CPA.
- De bemanning draagt zorg voor een overdracht van de patiënt aan het ziekenhuis zonder onderbreking van de ingezette behandeling. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 28).

De bemanning verstrekt het ziekenhuis de volgende informatie:
- de aard van de omstandigheden van de patiënt en de omgeving ter plaatse
- de geformuleerde werkdiagnose
- de gemeten parameters
- de ingezette behandeling
- de effecten van de ingezette behandeling
- over de meegekomen of de te verwachten begeleiders van de patiënt. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 28).

De bemanning verstrekt de benodigde informatie aan de CPA inhoudende:
- de aard en voortgang van de hulpverlening
- administratieve gegevens (artikel 19 gegevens). (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 28).

## 4 Ketenkwaliteit en samenwerking met derden

*Vragen*
Met welke partijen zou de Ambulancezorg (of de totale GGD) in het ideale geval structurele samenwerking geregeld hebben?
Wat zou in het ideale geval de Ambulancezorg (of de totale GGD) geregeld hebben om de continuïteit van zorg te waarborgen?
Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Normen voor GGD-Ambulancezorg*
Er dienen structurele afspraken te zijn met CPA's en met vertegenwoordigers van ketenpartners. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 20).

Beoordeling: De vergunninghouder dient over een regeling te beschikken waarin afspraken met ketenpartners beschreven staan. De vergunninghouder heeft een inspannings-overeenkomst om wederzijdse afwijkingen van de afspraken aan de orde te stellen bij de ketenpartners. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag 22).

De resultaten van overleg met ziekenhuizen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties zijn in het kwaliteitsbeleid opgenomen. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag 36).

Extern overleg wordt structureel gevoerd om het eigen werkproces en dat bij de ketenpartners te verbeteren.
Dit overleg vindt plaats met onder meer:
- CPA's (in ieder geval over: afwijkingen tussen diagnose gesteld door de CPA en de ambulance bemanning)
- aanpalende voorzieningen (ziekenhuis, districtshuisartsenvereniging, andere vervoerders e.d.). (in ieder geval over afwijkingen van afspraken)
- patiënten/consumentenorganisaties en verzekeraars. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 39).

## 5 Inbreng van de patiënt

*Vraag*
Hoe zou de Ambulancezorg (of de totale GGD) in het ideale geval de inbreng van patiënten hebben geregeld (voor zover van toepassing)? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Normen voor GGD-Ambulancezorg*
Wat betreft de toestemming van de patiënt wordt gehandeld volgens de wettelijke bepalingen van de WGBO (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 22).
Beoordeling: De norm met betrekking tot toestemmingsvereiste wordt op drie niveaus getoetst:
- Er dient een regeling te zijn;
- De regeling dient met de regionale patiënten/consumentenorganisatie te zijn afgestemd;
- De regeling dient in de organisatie bekend te zijn. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 23).

De hulpverlener treedt de patiënt met een beroepsmatige attitude tegemoet. Dit houdt in dat de hulpverlener (.....)
- de patiënt (c.q. dienst vertegenwoordiger) zoveel als mogelijk betrekt bij de keuze voor en uitvoering van de behandeling.
- rekening houdt met specifieke omstandigheden, voorkeuren etcetera van de patiënt.
- zijn hulp, opvattingen en adviezen niet aan de patiënt opdringt.
  (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 26).

De vergunninghouder beschikt over een duidelijke en aan de patiënt bekend gemaakte klachtenprocedure (zie de voorbeeldregeling van het NAP). (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 34).

Oordeel patiënt.
- De hulpverlenende instantie organiseert periodiek momenten waarop de informatie inzake haar functioneren en dienstverlening tezamen met patiënten wordt getoetst aan daarvoor relevant te achten maatstaven.
- Over de wijze waarop patiënten/consumentenorganisaties bij de ambulancezorg betrokken zijn wordt jaarlijks verslag gedaan, conform de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Leidschendamafspraken. (HKZ-schema Ambulancezorg. (pag 32 en 33).

- Teneinde te komen tot verantwoorde ambulancezorg dient de vergunninghouder op organisatieniveau feedback toe te passen van patiënten/consumentenorganisaties (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 41).

## 6 Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management

*Vraag*
Hoe zou de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het management en van de professionele hulpverleners tot uiting kunnen komen (in de Ambulancezorg of in de totale GGD). Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen (indien relevant)?

*Normen voor GGD-Ambulancezorg*
Er dient gestructureerd intern overleg te zijn op het gebied van beleidsvorming en uitvoering. De uitkomsten hiervan worden schriftelijk vastgelegd. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 39).

## 7 Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten

*Vraag*
Welke indicatoren of resultaatmetingen zouden in de Ambulancezorg (of in de totale GGD) gebruikt worden om het beleid te evalueren (en te verbeteren). Wat zou hieromtrent in de vragenlijst kunnen worden opgenomen?

*Normen voor GGD-Ambulancezorg*

Evaluatie en nazorg.
De hulpverlenende instantie stuurt zichzelf regelmatig bij op grond van geëvalueerde informatie - onder nadere afkomstig van patiëntenzijde - over haar functioneren en hulp/dienstverlening. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 32).

De vergunninghouder draagt er zorg voor dat:
- afwijkingen, tekorten, calamiteiten of bijna ongevallen worden geregistreerd, alsmede de gekozen oplossingen
- dat feedback vanuit de CPA en vanuit huisarts of specialist en andere externe partijen wordt geregistreerd
- dat op basis hiervan zonodig corrigerende of preventieve maatregelen worden genomen. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 33).

De vergunninghouder heeft een kwaliteitsbeleid vastgesteld waarin beschreven zijn (....)
- concrete en meetbare doelstellingen, die tenminste één maal per jaar worden bijgesteld (verbeterplannen). (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 36).

Interne audit.
- De doelmatigheid en doeltreffendheid van het kwaliteitssysteem wordt volgens een auditjaarplan en vastgelegde procedures getoetst. De resultaten worden vastgelegd en aan de verantwoordelijken aangeboden. Zonodig worden corrigerende maatregelen genomen.
- De interne audit wordt uitgevoerd door hiertoe gekwalificeerde medewerkers. Deze medewerkers staan onafhankelijk ten opzichte van het te beoordelen werkproces.
- De resultaten van de interne audit worden aan de verantwoordelijke medewerkers bekend gemaakt. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 37).

Beoordeling: Om te kunnen aantonen dat de geplande kwaliteit gerealiseerd is moet de vergunninghouder kwaliteitsregistraties bijhouden. Nagegaan kan worden of met

vastgelegde intervallen een managementreview plaatsvindt waarmee wordt nagegaan of en in welke mate kwaliteitsdoelstellingen van een achterliggende periode zijn gerealiseerd. (HKZ-schema Ambulancezorg, pag. 41).

## 8 Kwaliteitskosten

*Vraag*
Welke kosten worden in de Ambulancezorg (of in de totale GGD) beschouwd als kwaliteitskosten? Zou de Ambulancezorg (of de GGD) daar zicht op hebben? Kan in de vragenlijst een vraag naar kwaliteitskosten worden opgenomen?

*Normen voor GGD-Ambulancezorg* geen specifieke normen geformuleerd.

## 9 Gebruik modellen of referentiekaders (van de koepel)

*Vraag*
In de vragenlijst willen wij vragen welke modellen of referentiekaders in de Ambulancezorg (of de GGD) worden gebruikt. Heeft u aanvullingen op het hierna volgende overzicht van modellen of referentiekaders?

| | | |
|---|---|---|
| ISO | - | International Standards of Organization |
| INK | - | Instituut Nederlandse Kwaliteit |
| SHKZ | - | Certificatieschema Ambulancezorg |
| SHKZ | - | (Algemeen) Harmonisatiemodel van de SHKZ |
| NP/CF | - | Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. |

## 10. Eventueel overige thema's.

*Literatuur*
Certificatieschema Ambulancezorg, sectorspecifiek deel. Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector SHKZ, Utrecht, 1997.

# 4 GEZONDHEIDSCENTRA

**Toelichting voor de koepelorganisatie**
De vragenlijst omvat eveneens een sectorspecifiek deel.
Dit betekent dat de vragen specifiek worden toegesneden op de situatie in gezondheidscentra.

In het overleg met u willen wij van gedachten wisselen over de vraag hoe dit sectorspecifieke deel van de vragenlijst voor gezondheidscentra ingevuld kan worden.
Ons voorstel is om - voor zover relevant - onder meer de volgende thema's op te nemen:

- Professionele kwaliteit
- Protocollen of richtlijnen
- Management van zorgprocessen
- Ketenkwaliteit en samenwerking met derden
- Inbreng van de patiënt
- Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management
- Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten
- Kwaliteitskosten
- Modellen of referentiekaders voor gezondheidscentra
- Eventueel overige thema's

**De vraag in het overleg is:**
Waaruit zou blijken dat deze thema's goed geregeld zijn in een gezondheidscentrum. Met andere woorden, naar welke concrete activiteiten, documenten of cijfers kan in de vragenlijst worden gevraagd?

**Hulpmiddel bij het overleg**
Uitsluitend als hulpmiddel ter gedachtenbepaling bij het overleg vindt u op de volgende pagina's:

- De hiervoor genoemde thema's
- De specifieke vraag die in het overleg met u aan de orde komt.
- De concept-normen die ten aanzien van elk thema iin gezondheidscentra gelden. Deze normen zijn letterlijk overgenomen uit het Concept HKZ Beoordelingsschema-/Certificatieschema Gezondheidscentra (mei 1999).

Het is niet de bedoeling deze normen in de vragenlijst op te nemen. Wij zoeken naar concrete activiteiten.

## 1 Professionele kwaliteit

*Vraag*
Wat doen zorgverleners in gezondheidscentra in het ideale geval aan deskundigheids-bewaking en bevordering? Welke van deze activiteiten zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen? (denk aan nascholing, toetsing, visitatie etc.).

*Concept-normen gezondheidscentra*
Professioneel handelen. De patiënt ontvangt de zorg op basis van de geldende beroepscodes, algemeen geldende standaarden en wettelijke vereisten die op de betreffende beroepsgroep van toepassing zijn. Zo dient onder andere gewaarborgd te zijn dat de patiënt instemt met de behandeling (.....). (HKZ-schema Gezondheidscentra pag. 28).

Het gezondheidscentrum beschikt over een gestructureerd inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers, waarin geregeld zijn de te behandelen items, de evaluatiemomenten en de toetsingscriteria (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag 48).

Professioneel handelen:
- Het gezondheidscentrum heeft een systeem teneinde te waarborgen dat medewerkers/samenwerkingspartners beschikken over een voor de functie relevante opleiding. Uitgangspunt van professioneel handelen dient te zijn de voor de functie relevante opleiding, (her)registratie en de op grond daarvan verworven bekwaamheid en bevoegdheid.
- Het gezondheidscentrum beschikt over professionele statuten.
- De directie houdt systematisch een overzicht bij van (bijzondere) professionele bekwaamheden, stelt mogelijke tekortkomingen vast en stimuleert verbeteringen.
- Het gedelegeerd handelen wordt door middel van afgesproken procedures getoetst door de eindverantwoordelijke (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 49).

Deskundigheidsbevordering.
- Het gezondheidscentrum heeft een opleidingsplan waarin de opleidings- en nascholingsactiviteiten zijn vastgelegd.
- Gevolgde opleidingen en scholing worden geregistreerd en geanalyseerd in relatie tot het opleidingsplan.
- Met enige regelmaat wordt door het gezondheidscentrum en medewerkers de behoefte aan opleiding, begeleiding en ondersteuning bepaald, mede in relatie tot nieuwe activiteiten.
- Het gezondheidscentrum draagt er zorg voor dat duidelijk is op welke wijze kennis genomen kan worden van nieuwe ontwikkelingen en hoe deze geïmplementeerd kunnen worden.
- Het gezondheidscentrum hanteert beleid voor begeleiding/ondersteuning van (nieuwe) medewerkers. Duidelijk is op welke wijze dit beleid wordt gevoerd en wie waarvoor verantwoordelijk is.
- Het gezondheidscentrum hanteert regels voor de aanwezigheid en begeleiding van stagiaires.
- Medewerkers nemen deel aan intercollegiale toetsing.
- De uitkomsten van de toetsing zijn input voor verbeteringen in processen, producten en of diensten. (HKZ-schema gezondheidscentra, pag. 50).

## 2 Protocollen en richtlijnen

*Vraag*
Welke protocollen voor risicovolle activiteiten zouden in het ideale geval in een gezondheidscentrum aanwezig moeten zijn.
Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Concept-normen gezondheidscentra*
Er worden geen protocollen of richtlijnen met name genoemd in het HKZ-schema. Wel diverse procedures en werkinstructies.

## 3 Management van zorg/behandelprocessen

*Vraag*
Welke (zorg)processen zouden in het ideale geval in een gezondheidscentrum geregeld moeten zijn? Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Concept-normen gezondheidscentra*
Geïntegreerd behandelplan/zorgplan. Het behandelplan/zorgplan dient als leidraad voor de zorgverlening teneinde planmatig en professioneel te kunnen handelen. Het behandel/zorgplan geeft aan hoe de zorg dient te worden verleend en hoe de zorg feitelijk verleend is (bewakingsinstrument).
Waar meerdere disciplines samenwerken bevat het behandelplan/zorgplan in elk geval informatie over:
- de doelstelling van de zorgverlening
- de wijze waarop de doelstelling wordt gerealiseerd
- de vereiste disciplines en in voorkomende gevallen de bijzondere bekwaamheid van de zorgverlener(s)
- de wijze waarop de zorg gecoördineerd wordt, zowel intern als extern
- de eindverantwoordelijkheid voor de hulpverlening
- de wijze waarop en de termijn waarbinnen het behandelplan/zorgplan geëvalueerd en bijgesteld wordt
- concrete informatie omtrent de zorgverlening (zoals handelingen, taken, werkwijzen, zorgverleners, tijdstippen voor zorgverlening, zorgcoördinatie)
- de verantwoordelijkheid voor het signaleren van afwijkingen
- afspraken over communicatie (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 27).

In onderling overleg tussen de patiënt en de hulpverlener(s) wordt het behandelplan/zorgplan bijgesteld als daar aanleiding toe bestaat. De aanpassing gebeurt op basis van het oordeel van de patiënt en/of zorgverlener(s) over de zorgverlening. (SHKZ, pag. 33).

## 4 Ketenkwaliteit en samenwerking met derden

*Vragen*
Met welke partijen zou een gezondheidscentrum in het ideale geval structurele samenwerking geregeld hebben?
Wat zou in het ideale geval in een gezondheidscentrum geregeld moeten zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen?
Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Concept-normen gezondheidscentra*
Interne en externe zorgcoördinatie (ketenkwaliteit). Zorgcoördinatie betreft de afstemming

rond de individuele zorgverlening tussen alle bij de zorgverlening betrokkenen (gelijktijdig of opeenvolgend). Interne zorgcoördinatie betreft de afstemming tussen medewerkers van het gezondheidscentrum. Externe zorgcoördinatie betreft afstemming met andere beroepsbeoefenaren (van andere instellingen).

- Alle zorgcoördinatie rondom de patiënt vindt plaats conform vastgelegde afspraken, waaronder verwijs- en rapportageafspraken, overleg-structuren en een verantwoordelijkheidstoedeling.
- In het geval van interne zorgcoördinatie vormen de aanwezige werkafspraken (inhoudelijk en procedureel) binnen en tussen de verschillende disciplines het uitgangspunt.
- In het geval van externe zorgcoördinatie vormen aanwezige regionale afspraken/procedures (tussen aanpalende disciplines en mogelijke andere actoren) het uitgangspunt
- Aan de patiënt wordt duidelijk gemaakt (zowel bij interne als externe zorgcoördinatie) wie aanspreekbaar is als zorgcoördinator. (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 29).

## 5 Inbreng van de patiënt

*Vraag*
Hoe zou een gezondheidscentrum in het ideale geval de inbreng van patiënten hebben geregeld? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Concept-normen gezondheidscentra*
Informatie. Aan de patiënt wordt zowel mondeling als schriftelijk toegankelijke informatie over de werkwijze en organisatie van het centrum gegeven. Het betreft tenminste informatie over (punt 1 - 7) en:

- klachtenprocedure
- privacyregeling en -reglement
- cliëntenraad (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag 30).

Bejegening.

- De houding van de medewerkers is patiëntgericht
- De patiënten worden bejegend conform een gedragscode. Deze gedragscode is gebaseerd op"
  1. Gedragsregels voor artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en apothekers;
  2. De Algemene Kwaliteitscriteria van de NP/CF;
  3. Aanvullende gedragsregels van het gezondheidscentrum.
- Na overleg met vertegenwoordigers van patiënten wordt de gedragscode vastgesteld en onderhouden.
- Er vindt periodieke toetsing plaats op het handelen conform gedragsregels. (SHKZ, Gezondheidscentra, pag. 30).

Het oordeel van de patiënt wordt systematisch door het gezondheidscentrum geïnventariseerd teneinde de kwaliteit van de zorgverlening (en de service per discipline) te toetsen en mogelijke verbeterpunten te inventariseren. (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 33).
(Beoordeling: Nagegaan wordt of het gezondheidscentrum met de regionale patiënten/consumentenorganisatie en cliëntenraad de inhoud en frequentie van evaluatie door patiënten en de wijze van individuele feedback heeft afgesproken. De effectmeting van deze afspraken wordt beoordeeld (....)) (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 34).

Het gezondheidscentrum laat systematisch de mening van gebruikers peilen over de zorgen de wijze waarop deze wordt verleend.
Vorm, frequentie en inhoud van een gebruikersraadpleging wordt vastgesteld in overleg

met de cliëntenraad en het Regionaal Patiënten/Consumenten Platform.
Het gezondheidscentrum verwerkt de uitkomsten van de gebruikersraadplegingen op zodanige wijze dat dit leidt of redelijkerwijze moet kunnen leiden tot verbetering van de kwaliteit van zorg of de wijze waarop deze geleverd wordt. (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 41 en 42).

De cliëntenraad wordt geraadpleegd conform de bepalingen ingevolge de WMCZ (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 41).

Het gezondheidscentrum voert systematisch extern overleg (inclusief agendering en verslaglegging) met vertegenwoordigers van patiënten en organisaties waarmee het gezondheidscentrum samenwerkt (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 39).

Bij belangrijke veranderingen in het zorgaanbod is het inventariseren, analyseren en beoordelen van de mening van patiënten onderdeel van het voortraject en/of natraject van het veranderingsproces. (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 37).

## 6 Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management

*Vraag*
Hoe zou de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het management en van de professionele zorgverleners tot uiting kunnen komen? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Concept-normen gezondheidscentra*
Het gezondheidscentrum heeft de inspraak voor medewerkers doeltreffend geregeld. (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 48).

Opmerking: misschien kan hierbij gedacht worden aan de relatie tussen het kwaliteitsbeleid van afzonderlijke disciplines en het overall kwaliteitsbeleid van het gezondheidscentrum.

## 7 Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten

*Vraag*
Welke indicatoren of resultaatmetingen zou een ideaal gezondheidscentrum gebruiken om het beleid te evalueren (en te verbeteren). Wat zou hieromtrent in de vragenlijst kunnen worden opgenomen?

*Concept-normen gezondheidscentra*
Kwaliteitsbeleid. Het gezondheidscentrum heeft een kwaliteitsbeleid vastgelegd waarin beschreven zijn (.....):
- concrete en meetbare kwaliteitsdoelstellingen, die tenminste eenmaal per jaar worden geëvalueerd en eventueel bijgesteld (verbeterplannen). (HKZ-schema Gezondheids-centra, pag. 37).

Overlegstructuur intern en extern (.....).
- Het gezondheidscentrum poogt aantoonbaar feedback te verkrijgen van externe organisaties en hulpverleners waarnaar wordt doorverwezen, stelt eventuele tekortkomingen vast en stimuleert zo nodig verbeteringen (SHKZ, Gezondheidscentra, pag. 39).

Interne kwaliteitsaudits.
- De doelmatigheid en doeltreffendheid van het kwaliteitssysteem wordt volgens een auditjaarplan (gepland in tijd op basis van belang) en vastgelegde procedures getoetst.

De resultaten worden vastgelegd en aan de verantwoordelijken aangeboden.
- De interne audit wordt uitgevoerd door hiertoe gekwalificeerde medewerkers. Deze medewerkers staan onafhankelijk ten opzichte van de te beoordelen kwaliteit.
- De resultaten van de interne audit worden aan de verantwoordelijke medewerkers bekend gemaakt.
- Onderdeel van de interne audit vormt de meer specifieke beoordeling van de zorg gebonden door aanbieders binnen het samenwerkingsverband waar reeds HKZ-schema's voor bestaan (.....). (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 40).

Periodieke rapportage.
- De directie beoordeelt tenminste eenmaal per jaar de doeltreffendheid van het kwaliteitssysteem ten opzichte van beleid en doelstellingen en de HKZ-normen.
- De directie draagt zorg voor een systematische evaluatie van het gevoerde beleid.
- De uitkomsten van deze beoordelingen vormen onderwerp van overleg met de cliëntenraad.
- Het gezondheidscentrum geeft een kwaliteitsjaarverslag uit conform de eisen die hieraan worden gesteld door de kwaliteitswet. (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 41).

Klachten.
- Het gezondheidscentrum hanteert beleid inzake de opvang, registratie en behandeling van klachten en voert zonodig verbeteracties uit.
- De evaluatie van klachten dient te leiden tot doeltreffende preventieve maatregelen.
- Klachten en de behandeling daarvan normen jaarlijks onderwerp van bespreking en analyse op directie-niveau van het gezondheidscentrum.
- Jaarlijks wordt aan de inspectie, conform de wettelijke vereisten, verslag uitgebracht van de aan de klachtencommissie gemelde klachten en de behandeling en de resultaten daarvan (oplossing voor de klacht en beleidssignalen). (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 42 en 43).

Veiligheid (...)
- Het gezondheidscentrum hanteert een interne meldings- en onderzoeksprocedure voor fouten en (bijna) ongevallen. (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 43).

Kwaliteitsregistraties.
Toelichting: Kwaliteitsregistraties zijn alle schriftelijke en elektronische registraties die worden bijgehouden om aan te tonen dat men voldoet aan gespecificeerde eisen en om aan te tonen dat het kwaliteitssysteem doeltreffend werkt. (informatiesystemen, bijzondere gebeurtenissen, controles, feedbackgegevens, overleggen, klachten, toetsingen, audits alsmede de contracten en gegevens van toeleveranciers). (HKZ-schema Gezondheidscentra, pag. 60).

## 8 Kwaliteitskosten

*Vraag*
Welke kosten worden in een gezondheidscentrum beschouwd als kwaliteitskosten? Zou een gezondheidscentrum daar zicht op hebben? Kan in de vragenlijst een vraag naar kwaliteitskosten worden opgenomen?

*Concept-normen gezondheidscentra* geen specifieke norm geformuleerd.

## 9 Gebruik modellen of referentiekaders (van de koepel)

*Vraag*
In de vragenlijst willen wij vragen welke modellen of referentiekaders in gezondheidscentrum worden gebruikt. Heeft u aanvullingen op het hierna volgende overzicht van modellen of referentiekaders?

| | | |
|---|---|---|
| LVG | - | Kwaliteitskenmerken van een gezondheidscentrum. |
| ISO | - | International Standards of Organization |
| INK | - | Instituut Nederlandse Kwaliteit |
| SHKZ | - | Harmonisatiemodel van de SHKZ |
| SHKZ | - | Beoordelings/Certificatieschema Gezondheidscentra |
| NP/CF | - | Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. |

## 10. Eventueel overige onderwerpen.

*Literatuur*
Beoordelingsschema/Certificatieschema Gezondheidscentra (Concept mei 1999). Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector SHKZ, Utrecht, mei 1999.

# 5 MAATSCHAPPELIJK WERK

**Toelichting voor de koepelorganisatie**
De vragenlijst omvat eveneens een sectorspecifiek deel.
Dit betekent dat de vragen specifiek worden toegesneden op de situatie in het maatschappelijk werk.

In het overleg met u willen wij van gedachten wisselen over de vraag hoe dit sectorspecifieke deel van de vragenlijst voor het maatschappelijk werk ingevuld kan worden.
Ons voorstel is om onder meer de volgende thema's op te nemen:

- Professionele kwaliteit
- Protocollen of richtlijnen
- Management van zorg/behandelprocessen
- Ketenkwaliteit en samenwerking met derden
- Inbreng van de cliënt
- Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management
- Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten
- Kwaliteitskosten
- Modellen of referentiekaders voor het maatschappelijk werk
- Eventueel overige thema's

**De vraag in het overleg is:**
Waaruit zou blijken dat deze thema's goed geregeld zijn in een instelling voor algemeen maatschappelijk werk. Met andere woorden, naar welke concrete activiteiten, documenten of cijfers kan in de vragenlijst worden gevraagd?

**Hulpmiddel bij het overleg**
Uitsluitend als hulpmiddel ter gedachtenbepaling bij het overleg vindt u op de volgende pagina's:

- De hiervoor genoemde thema's
- De specifieke vraag die in het overleg met u aan de orde komt.
- De normen die ten aanzien van elk thema in het maatschappelijk werk gelden. Deze normen zijn letterlijk overgenomen uit het rapport, Afgewogen, Kwaliteitsnormen Maatschappelijk Werk van 1995.

Het is niet de bedoeling deze normen in de vragenlijst op te nemen. Wij zoeken naar concrete activiteiten.

## 1 Professionele kwaliteit

*Vraag*
Wat doen maatschappelijk werkenden in het ideale geval aan deskundigheidsbewaking en bevordering? Welke van deze activiteiten zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen? (denk aan nascholing, toetsing, visitatie etc.).

*AMW-normen*
De instelling kent een duidelijk en actueel en voor ieder toegankelijk personeelsbeleid. Er worden minimaal de volgende zaken vastgelegd:
- deskundigheidsbevordering, na- en bijscholing.
- werkbegeleiding
- (.....) Kwaliteitsnormen AMW, pag.16).

De instelling kent een schriftelijk vastgelegd beleid t.a.v. na- en bijscholing en deskundigheidsbevordering van medewerkers (Kwaliteitsnormen AMW, pag. 21).

De instelling kent een systeem van verplichte werkbegeleiding waarmee de mogelijkheid bestaat tot sturen, controleren en bijsturen van de werkuitvoering van de individuele medewerkers. Het is schriftelijk vastgelegd hoe de werkbegeleiding functioneert.
Toelichting: Conform de uitgangspunten van het beroepsprofiel en de inschrijvingsvoorwaarden voor het Beroepsregister van maatschappelijk werkers hebben beginnend maatschappelijk werkers gedurende minimaal een jaar 1 x per 14 dagen werkbegeleiding. Uitgangspunt voor ervaren werkers is minimaal 1 x per drie maanden. (Kwaliteitsnormen AMW, pag 20).

De instelling kent een schriftelijk vastgelegd systeem van verplichte intercollegiale toetsing: hoe de medewerkers elkaars werk onderling bespreken en beoordelen (Kwaliteitsnormen AMW, pag 21).

De instelling biedt nieuwe medewerkers een op de persoon toegesneden inwerkprogramma aan. De uitgangspunten voor dit programma formuleert de instelling op schrift. Toelichting: na afloop van de inwerkperiode vindt hiervan een evaluatie plaats. Deze evaluatie wordt gebruikt om afspraken te maken over (eventuele) vervolgactiviteiten zoals bijscholing en werkbegeleiding (Kwaliteitsnormen AMW, pag. 21).

Voor de medewerkers is actuele vak- en sector(beleids-)literatuur beschikbaar binnen de instelling. Toelichting: Het magazijn 'VANGNET' maakt hiervan in ieder geval onderdeel uit (voor onder andere uitspraken van de Beroepscommissie Klachtrecht). (Kwaliteitsnormen AMW, pag. 23).

## Protocollen en richtlijnen

*Vraag*
Welke protocollen voor risicovolle activiteiten zouden in het ideale geval in een AMW-instelling aanwezig moeten zijn (denk bijvoorbeeld aan crisisinterventie, etc.).
Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*AMW-normen* de protocollen en richtlijnen zijn niet gespecificeerd in de normen.

## 3 Management van zorg/behandelprocessen

*Vraag*
Welke afdelingsoverstijgende processen zouden in het ideale geval in een AMW-instelling geregeld moeten zijn? Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*AMW-normen*
De instelling heeft het systeem van hulpverlening bestaande uit intake, behandeling en afsluiting, uitgewerkt en beschreven naar inhoud, procedure en organisatie. Toelichting:
Bij de *inhoud* gaat het vooral om informatie. Welke informatie bijvoorbeeld geeft de maatschappelijk werker aan de cliënten over de instellingsprocedures, zoals klachtrecht of privacy. Of informatie over de hulpverlening die de maatschappelijk werker helder moet hebben na de intake, tijdens de behandeling en bij de afsluiting. Zoals de gegevens die vastgelegd moeten worden in het dossier.
Bij *procedure* gaat het om de noodzakelijke stappen tijdens de intake, behandeling en de afsluiting. Stappen die betrokkenen binnen de organisatie volgens afgesproken richtlijnen moeten zetten. Bijvoorbeeld wanneer en hoe informatie verstrekt moet worden of wanneer en hoe intakebesprekingen plaatsvinden.
De *organisatie* betreft de organisatorische handelingen en afspraken en wie waarvoor verantwoordelijk is. Bijvoorbeeld afspraken over frequentie en lengte van de gesprekken, afspraken over vervanging tijdens ziekte/vakantie, verwijzing en dergelijke. (Kwaliteitsnormen AMW, pag. 25).

## 4 Ketenkwaliteit en samenwerking met derden

*Vragen*
Met welke partijen zou een AMW-instelling in het ideale geval structurele samenwerking geregeld hebben?
Wat zou in het ideale geval in een AMW-instelling geregeld moeten zijn om de continuïteit van de hulpverlening te waarborgen?
Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*AMW-normen*
De instelling heeft haar samenwerkingscontacten gericht op de uitvoerende hulpverlening beschreven en geformaliseerd. Samenwerking met collega- en andere instellingen wordt vastgelegd (indien mogelijk in samenwerkingscontracten). Hierbij zijn op zijn minst de volgende zaken beschreven en geregeld:
- doelen, belangen, meerwaarde en eventueel de frequentie van het overleg, de consultatie of de samenwerking
- de participanten aan de structurele samenwerking
- de verdeling van taken en verantwoordelijkheden binnen het samenwerkingsverband
- visie en procedure-afspraken op onderling doorverwijzen van cliënten
- protocol informatieverstrekking bij doorverwijzing (zie privacyreglement)
- wijze en frequentie van de evaluatie van de samenwerking (Kwaliteitsnormen AMW,p.17).

De instelling heeft een actuele sociale kaart tot haar beschikking. Deze sociale kaart is voor iedere hulpverlener van de instelling direct beschikbaar. Toelichting: Het actualiseren van de sociale kaart moet zo geregeld zijn dat deze taak planmatig en structureel uitgevoerd kan worden, bijvoorbeeld onder de verantwoordelijkheid van een daarvoor aangewezen medewerker of functionaris (Kwaliteitsnormen AMW, pag. 22).

## 5 Inbreng van de cliënt

*Vraag*
Hoe zou een AMW-instelling in het ideale geval de inbreng van cliënten hebben geregeld? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*AMW-normen*
De instelling heeft vastgelegd welke informatie aan cliënten wordt verstrekt, schriftelijk en/of mondeling bij de intake. Toelichting: Dit betreft in ieder geval informatie over:
- mogelijkheden van dienst/hulpverlening
- werkwijzen van de instelling
- de openingstijden en de bereikbaarheid
- het afsprakensysteem
- de klachtenprocedure
- het privacyreglement. (Kwaliteitsnormen AMW, pag. 24).

De instelling heeft een klachtenreglement vastgesteld. Dit sluit minimaal aan bij het door de VOG-sectie AMW vastgestelde klachtreglement. Toelichting: De instelling zorgt ervoor dat het bestaan van het klachtreglement en de procedure daarvan bekend zijn bij de cliënt bij aanvang van de hulpverlening. (Kwaliteitsnormen AMW, pag. 25).

## 6 Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management

*Vraag*
Hoe zou de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het management en van de professionals tot uiting kunnen komen? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*AMW-normen*
De instelling heeft geformuleerd welke werkwijzen/werkvormen zij hanteert bij de verlening van hulp. Deze zijn gerelateerd aan de beschreven diensten en produkten enerzijds en aan het Beroepsprofiel en de binnen de beroepsgroep gehanteerde standaarden anderzijds. (Kwaliteitsnormen AMW, pag. 15).

De instelling onderschrijft de voorwaarden voor inschrijving in het Beroepsregister van de maatschappelijk werkers (Kwaliteitsnormen AMW, pag. 21).

## 7 Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten

*Vraag*
Welke indicatoren of resultaatmetingen zou een ideale AMW-instelling gebruiken om het beleid te evalueren (en te verbeteren). Wat zou hieromtrent in de vragenlijst kunnen worden opgenomen?

*AMW-normen*
De instelling voert een algemene registratie conform het Informatiemodel AMW, waarbij zij de cliëntregistratie uitvoert volgens de door de VOG-sectie AMW vastgestelde registratiesystematiek (Kwaliteitsnormen AMW, pag. 18).

De directie heeft inzicht in de verhouding tussen directe en indirecte werkzaamheden en inhoeverre de indirecte al dan niet cliëntgericht zijn. De directie/leiding krijgt periodiek een overzicht van deze cijfers en toetst deze aan het vastgestelde beleid hierover (Kwaliteitsnormen AMW, pag. 18).

De instelling draagt zorg voor geregelde en gerichte metingen naar, of toetsingen van tevredenheid, resultaat, imago en bereikbaarheid in de voor de instellingen voor maatschappelijk werk relevante omgeving. Toelichting: Relevante groeperingen kunnen zijn cliënten, financiers, verwijzers en collega-instellingen (samenwerkingspartners). Kwaliteitsnormen AMW, pag. 19.

Het klachtreglement maakt onderdeel uit van het management informatiesysteem. Dat betekent dat op basis van behandelde klachten (zonodig) correctie plaatsvindt van bestaand beleid of bestaand handelen van medewerkers (Kwaliteitsnormen AMW, pag. 25).

## 8 Kwaliteitskosten

*Vraag*
Welke kosten worden in een AMW-instelling beschouwd als kwaliteitskosten? Zou een AMW-instelling daar zicht op hebben? Kan in de vragenlijst een vraag naar kwaliteitskosten worden opgenomen?

*AMW-norm:* geen specifieke norm geformuleerd.

## 9 Gebruik modellen of referentiekaders (van de koepel)

*Vraag*
In de vragenlijst willen wij vragen welke modellen of referentiekaders in AMW-instellingen worden gebruikt. Heeft u aanvullingen op het hierna volgende overzicht van modellen of referentiekaders?

VOG - Afgewogen, Kwaliteitsnormen Maatschappelijk Werk
ISO - International Standards of Organization
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit
SHKZ - Harmonisatiemodel van de St. Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector
NP/CF - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief.

## 10. Eventueel overige onderwerpen.

*Literatuur*
Buitink J, S.Dym. Afgewogen. Kwaliteitsnormen voor de organisatie van de hulpverlening bij instellingen voor maatschappelijk werk. Rijswijk, VOG sectie AMW, 1995.

## 6 SOCIAAL PEDAGOGISCHE DIENSTEN

**Toelichting voor de koepelorganisatie**
De vragenlijst omvat eveneens een sectorspecifiek deel.
Dit betekent dat de vragen specifiek worden toegesneden op de situatie in sociaal pedagogische diensten.

In het overleg met u willen wij van gedachten wisselen over de vraag hoe dit sectorspecifieke deel van de vragenlijst voor sociaal pedagogische diensten ingevuld kan worden.
Ons voorstel is om - voor zover relevant - onder meer de volgende thema's op te nemen:

- Professionele kwaliteit
- Protocollen of richtlijnen
- Management van zorgprocessen
- Ketenkwaliteit en samenwerking met derden
- Inbreng van de cliënt
- Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management
- Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten
- Kwaliteitskosten
- Modellen of referentiekaders voor sociaal pedagogische diensten
- Eventueel overige thema's

**De vraag in het overleg is:**
Waaruit zou blijken dat deze thema's goed geregeld zijn in een sociaal pedagogische dienst. Met andere woorden, naar welke concrete activiteiten, documenten of cijfers kan in de vragenlijst worden gevraagd?

**Hulpmiddel bij het overleg**
Uitsluitend als hulpmiddel ter gedachtenbepaling bij het overleg vindt u op de volgende pagina's:

- De hiervoor genoemde thema's
- De specifieke vraag die in het overleg met u aan de orde komt.
- Teksten die op deze thema's betrekking hebben (letterlijk overgenomen) uit het Werkboek voor Kwaliteitsverbetering door Sociaal Pedagogische Diensten, getiteld Goed, Beter, Kwaliteit (1998)

Het is niet de bedoeling deze teksten in de vragenlijst op te nemen. Wij zoeken naar concrete activiteiten.

## 1 Professionele kwaliteit

*Vraag*
Wat doen hulpverleners in SPD'en in het ideale geval aan deskundigheidsbewaking en bevordering? Welke van deze activiteiten zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen? (denk aan nascholing, toetsing, visitatie etc.).

*Teksten uit het Werkboek voor SPD'en*
In 1994 heeft het NIZW een onderzoek verricht naar de stand van zaken voor wat betreft kwaliteit en kwaliteitsbeleid bij de SPD'en. Uit het onderzoek kwam onder meer naar voren dat SPD'en al veel doen om de kwaliteit van het werken te bevorderen, vooral op het gebied van deskundigheidsbevordering van (nieuwe) medewerkers, intervisie en supervisie, werk- of teamoverleg en protocollering van werkprocessen. Ook heeft een aantal SPD'en ervaring opgedaan met cliëntenraadpleging (Werkboek SPD pag 13).

## 2 Protocollen en richtlijnen

*Vraag*
Welke protocollen voor risicovolle activiteiten zouden in het ideale geval in een SPD aanwezig moeten zijn.
Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Teksten uit het Werkboek voor SPD'en*
In het Werkboek worden bijvoorbeeld genoemd:
- Protocol sexueel misbruik.
- Protocol BOPZ
- Protocol Agressie. (Werkboek SPD, pag. 60).

In het Werkboek voor SPD'en worden daarnaast de volgende normerende instrumenten genoemd:
- Checklist voor het maken van cliëntgerichte zorgprotocollen.
- Gedragscode.
- Protocol informatie, aanmelding en hulpvraagverduidelijking.
- Protocol zorgtoewijzing t/m realisatie.
- Protocol PPG.
- Protocol BZW.
- Protocol Ps-H.
- Checklist voor complexe problematiek.
- Checklist voor niet-standaard aanbod.
- Checklist voor externe verwijzing en consultatie. (Werkboek SPD , pag. 70).
- Protocol zorgconsulentschap (pag. 70)

## 3 Management van zorg/behandelprocessen

*Vraag*
Welke (zorg)processen zouden in het ideale geval in een SPD geregeld moeten zijn? Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Teksten uit het Werkboek voor SPD'en*
Een zorg- of begeleidingsplan dat in onderling overleg tussen de cliënt en de medewerker tot stand is gekomen (WGBO) vormt de leidraad voor de uitvoering en evaluatie van het zorgproces. Het is goed om afspraken hieromtrent vast te leggen in een protocol (....). (Werkboek SPD, pag. 45).

Tijdens de zorgverlening of begeleiding evalueren de cliënt en de hulpverlener de voortgang van het proces aan de hand van het zorg- of begeleidingsplan. Ook bij afsluiting zal een evaluatie plaatsvinden. Evaluatieverslagen zitten in het dossier. Werkboek SPD, pag. 46).

(Zie eventueel ook nog de richtlijnen in de 'Checklist voor het maken van cliëntgerichte zorgprotocollen' in bijlage 7, pag. 89 van het Werkboek SPD).

## 4 Ketenkwaliteit en samenwerking met derden

*Vragen*
Met welke partijen zou een SPD in het ideale geval structurele samenwerking geregeld hebben?
Wat zou in het ideale geval in een SPD geregeld moeten zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen?
Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Teksten uit het Werkboek voor SPD'en*
Kwaliteitscriteria voor interinstitutionele samenwerking zijn:
- Men heeft een open oog en oor voor signalen en knelpunten uit de regio aangaande de zorg aan verstandelijk gehandicapten en vertaalt dit zonodig in een preventief aanbod.
- Men staat open voor kritiek en initiatieven van buiten de SPD, zoals van oudervereningingen en andere zorginstellingen.
- Het werk van de SPD is bij zorgverwijzers bekend.
- Er wordt gestreefd naar samenwerkingsovereenkomsten ten aanzien van de mensen die tussen de wal en het schip vallen, 'het grijze gebied' rond de verstandelijke gehandicapten.
- Er worden goede contacten onderhouden met andere instellingen waar de cliënt mee te maken heeft, zoals bijvoorbeeld de RIAGG, de thuiszorg of de werkgever van de cliënt.
- Men voert met andere zorginstanties daadwerkelijk een gezamenlijk beleid.
- Men heeft een belangrijke signaalfunctie naar de regio inzake hulpvragen.
- Men neemt initiatieven om het aanbod in de regio te verbreden.
- Men is goed op de hoogte van andere zorginstellingen.
- Er wordt aandacht gegeven aan mensen die tussen de wal en het schip vallen, aan 'het grijze gebied' rond de verstandelijk gehandicapte, zoals bijvoorbeeld de Korzakoffpatiënt. (Werkboek SPD, pag 68)

## 5 Inbreng van de cliënt

*Vraag*
Hoe zou een SPD in het ideale geval de inbreng van cliënten hebben geregeld? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Teksten uit het Werkboek voor SPD'en*
De concept-mapping in vier SPD'en leverde acht kwaliteitsaspecten van cliëntgerichte zorg op. Deze zijn:
- Er wordt goed naar de cliënt en zijn wensen en behoeften geluisterd.
- Er wordt de cliënt duidelijk gemaakt wat er met zijn (hulp)vraag gaat gebeuren en men werkt methodisch, volgens heldere, voor de cliënt inzichtelijke stappen
- Cliënten voelen zich vertrouwd en serieus genomen.
- De cliënt is het eens met zijn begeleidingsplan.
- De cliënt bepaalt zelf op welke gebieden hij/zij hulp wil.
- Er wordt aangesloten bij de waarden en normen van de cliënt.
- De zelfstandigheid van de cliënt wordt gestimuleerd.

- Er wordt rekening gehouden met de emotionele en verbale onmacht van de verstandelijk gehandicapte.
- Initiatieven van cliënten worden gesteund.
- De cliënt krijgt maximaal de gelegenheid om zijn wensen en behoeften kenbaar te maken. (Werkboek SPD, pag. 67).

Kwaliteitscriteria voor inventiviteit en vasthoudend zijn:
- De hulpverlener zoekt ook naar tussenoplossingen, bijvoorbeeld indien de gewenste woonvorm op korte termijn niet gerealiseerd kan worden.
- Medewerkers zoeken inventief naar oplossingen voor (hulp)vragen.
- Er wordt niet geaccepteerd dat er voor de cliënt geen hulpaanbod is.
- De cliënt wordt betrokken bij onderzoek naar bijvoorbeeld de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening.
- De hulp- en dienstverlening is erop gericht zichzelf overbodig te maken.
- Cliënten kunnen terecht met bijvoorbeeld een meervoudig complex gehandicapt kind zonder dat er op dat moment al direct een hulpvraag is (Werkboek SPD, pag 67).

Cliëntgerichte eisen die recente wetgeving aan de zorgaanbieders stelt:
- Volgens de WGBO heeft de cliënt recht op duidelijke informatie over de aard van de zorgverlening en eventuele vormen van zorg. Verder heeft de cliënt recht op een zorg- of begeleidingsplan, waaraan hij instemming moet verlenen. Ook moet de cliënt zijn dossier kunnen inzien.
- Volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen (....) dient er sprake te zijn van overleg met cliëntenorganisaties en dient de SPD de resultaten van dit overleg te betrekken bij het kwaliteitsbeleid. Verder moet de SPD in het kwaliteitsjaarverslag aangeven hoe cliënten bij het kwaliteitsbeleid zijn betrokken, hoe en wanneer kwaliteitsbeoordeling plaatsvindt en op welke wijze de SPD met klachten van cliënten omgaat.
- De Wet Medezeggenschap bepaalt dat instellingen over een cliëntenraad beschikken, zodat de inspraak van cliënten structureel geregeld is (...).
- Volgens de Wet Klachtrecht moeten instellingen beschikken over een toegankelijke klachtenregeling. Cliënten moeten weten hoe en bij wie zij een klacht kunnen indienen. Klachtenopvang, -behandeling en -registratie maken deel uit van de klachtenregeling. (Werkboek SPD, pag 44 en 45).

## 6 Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management

*Vraag*
Hoe zou de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het management en van de professionele hulpverleners tot uiting kunnen komen? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*Teksten uit het Werkboek voor SPD'en*
Hoewel het management in eerste instantie verantwoordelijk is voor het kwaliteitsbeleidsplan, is het een goede zaak om alle leidinggevenden en medewerkers erbij te betrekken. Het management heeft baat bij een zo groot mogelijk draagvlak. (Werkboek SPD, pag. 19).

In principe hebt u een kwaliteitssysteem voor ogen dat alle medewerkers op alle niveaus van de SPD betreft. U streeft ernaar dat de kwaliteit van ieders werk systematisch aandacht krijgt. Kiest u voor zo'n integrale benadering waarbij alle afdelingen er van het begin af aan actief bij betrokken zijn? Of beperkt u zich in eerste instantie tot één afdeling? Ook als u kiest voor een brede aanpak betekent dit niet dat u een kwaliteitssysteem moet ontwikkelen dat voor alle afdelingen per se gelijk is. Het systeem kan flexibel worden ingevuld, rekening houdend met verschillen tussen de afdelingen(....). (Werkboek SPD, pag 17).

Wat verwacht u van de hulpverleners, welke taken krijgen zijn?
- Een positieve houding in het reguliere team- of afdelingsoverleg waar de betrokken leidinggevende de voortgang van het kwaliteitssysteem regelmatig op de agenda zet.
- Actieve betrokkenheid bij het opstellen van de kwaliteitscriteria voor het gekozen kwaliteitsdomein.
- De ontwikkeling van instrumenten die deel uitmaken van het kwaliteitssysteem (...).
- Feedback geven op het ontwerp van het kwaliteitssysteem of op een onderdeel ervan.
- De invoering en evaluatie van onderdelen van het kwaliteitssysteem.
- Suggesties doen voor kwaliteitsverbetering. (Werkboek SPD, pag. 32).

## 7 Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten

*Vraag*
Welke indicatoren of resultaatmetingen zou een ideaal SPD gebruiken om het beleid te evalueren (en te verbeteren). Wat zou hieromtrent in de vragenlijst kunnen worden opgenomen?

*Teksten uit het Werkboek voor SPD'en*
In het Werkboek voor SPD'en worden de volgende toetsende instrumenten genoemd:
- Procedure dossieranalyse PPG.
- Procedure dossieranalyse BZW.
- Protocol 'Omgaan met ontevredenheid van cliënten'.
- Vragenlijst en procedure voor periodieke cliëntenraadpleging.
- Interviewvragen en procedure licht verstandelijk gehandicapte cliënten.
- Cliëntenvragenlijst en procedure na afsluiting van de zorg- en dienstverlening. (Werkboek SPD'en, pag 70).
- Team-evaluaties.
- Onderlinge beoordeling door collega-SPD'en.
- Klachtenregeling (Werkboek SPD, pag 24).

U kunt de evaluatieverslagen uit de dossiers van cliënten (....) gebruiken voor een nadere analyse van de manier waarop een groep cliënten over een bepaalde periode de verkregen zorg heeft geëvalueerd (Werkboek SPD, pag 46).

## 8 Kwaliteitskosten

*Vraag*
Welke kosten worden in een SPD beschouwd als kwaliteitskosten? Zou een SPD daar zicht op hebben? Kan in de vragenlijst een vraag naar kwaliteitskosten worden opgenomen?

*Teksten uit het Werkboek voor SPD'en*
Het is verstandig om zoveel mogelijk vooraf te bepalen waar u met de kwaliteitskosten op uit wilt komen, u stelt een budget vast. Dit doet u aan de hand van de voorgenomen activiteiten die u in uw kwaliteitsbeleidsplan hebt beschreven. Overigens is het niet altijd goed mogelijk om alle kosten te voorzien. Tijdens het traject blijkt bijvoorbeeld dat medewerkers computerondersteuning nodig hebben. Op dat moment bepaalt u bijvoorbeeld dat een administratief medewerker die deskundig is op dat terrein, extra tijd krijgt om in deze behoefte te voorzien.
Bij de hierna genoemde kostenposten noemen we niet de inspanningen van het management. Directie en afdelingshoofden moeten vanzelfsprekend hun verantwoordelijkheid nemen voor het kwaliteitssysteem.
Als kostenposten worden in het werkboek genoemd:
- Tijd voor hulpverleners
- Tijd voor administratief personeel.

- Tijd voor de systeembeheerder.
- Het aanstellen van een kwaliteitsfucntionaris.
- Informatie en communicatie.
- Deskundigheidsbevordering.
- Materiële zaken. (Werkboek SPD, pag. 29 en 30).

## 9 Gebruik modellen of referentiekaders (van de koepel)

*Vraag*
In de vragenlijst willen wij vragen welke modellen of referentiekaders in een sociaal pedagogische dienst worden gebruikt. Heeft u aanvullingen op het hierna volgende overzicht van modellen of referentiekaders?

| | | |
|---|---|---|
| SOMMA | - | Goed, Beter Kwaliteit. Werkboek voor kwaliteitsverbetering door Sociaal Pedagogische Diensten. |
| SOMMA | - | Instrument cliëntenraadpleging |
| SOMMA | - | Protocol Begeleid Zelfstandig Wonen |
| SOMMA | - | Gedragscode voor medewerkers van de SPD |
| SOMMA | - | Dossieranalyse Begeleid Zelfstandig Wonen |
| SOMMA | - | Protocol: Omgaan met ontevredenheid van cliënten |
| SOMMA | - | Checklist voor het maken van cliëntgerichte zorgprotocollen |
| ISO | - | International Standards of Organization |
| INK | - | Instituut Nederlandse Kwaliteit |
| SHKZ | - | Harmonisatiemodel van de SHKZ |
| NP/CF | - | Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. |

## 10. Eventueel overige onderwerpen.

*Literatuur*
Goed, Beter, Kwaliteit. Werkboek voor kwaliteitsverbetering door Sociaal Pedagogische Diensten. Utrecht, SOMMA en Trimbos-instituut, juni 1998.

# 7 THUISZORGINSTELLINGEN

**Toelichting voor de koepelorganisatie**
De vragenlijst omvat eveneens een sectorspecifiek deel.
Dit betekent dat de vragen specifiek worden toegesneden op de situatie in thuiszorginstellingen.

In ons overleg willen wij met u van gedachten wisselen over de vraag hoe dit sectorspecifieke deel van de vragenlijst voor thuiszorginstellingen ingevuld kan worden.
Ons voorstel is om onder meer de volgende thema's op te nemen:

- Professionele kwaliteit
- Protocollen of richtlijnen
- Management van zorgprocessen (diseasemanagement, herontwerp)
- Ketenkwaliteit en samenwerking met derden
- Inbreng van de patiënt
- Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en instellingsmanagement
- Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten
- Kwaliteitskosten
- Modellen of referentiekaders voor thuiszorginstellingen
- Eventueel overige thema's

**De vraag in ons overleg aan u is:**
Waaruit zou blijken dat deze thema's goed geregeld zijn in een thuiszorginstelling. Met andere woorden naar welke concrete activiteiten, documenten of cijfers kan in de vragenlijst worden gevraagd?

**Hulpmiddel bij het overleg**
Uitsluitend als hulpmiddel bij het overleg vindt u op de volgende pagina's:

- De hiervoor genoemde negen thema's
- De vraag die in het overleg met u aan de orde komt.
- De LVT en/of HKZ-normen die ten aanzien van elk aspect gelden.

Deze normen zijn letterlijk overgenomen uit de Lidmaatschapseisen van de LVT (versie febr. 1996). Of uit het Certificatieschema Instellingen voor Thuiszorg van de SHKZ, 1997.

Het is niet de bedoeling al deze normen in de vragenlijst op te nemen. Veel aspecten worden namelijk al gedekt in het algemene deel van de vragenlijst.

## 1 Professionele kwaliteit

*Vraag*
Wat doen verpleegkundigen/verzorgenden (en evt. maatschappelijk werkenden) in het ideale geval aan deskundigheidsbewaking en bevordering? Welke van deze activiteiten zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen? (denk aan nascholing, toetsing, visitatie etc.).

*LVT en/of HKZ-normen*
De instelling hanteert een op schrift gesteld actueel beleidsplan inzake deskundigheid van de medewerkers, dat op directieniveau wordt besproken en vastgesteld. De inhoud daarvan bevat tenminste aandacht voor deskundigheid in relatie tot werving en selectie en het opleidings- en bijscholingsbeleid (LVT, 5 Deskundigheid, norm 1).

Het thema Professioneel handelen kent twee aspecten:
- de zorg wordt door het juiste deskundigheidsniveau uitgevoerd;
- de ingezette deskundigheid is adequaat d.m.v. scholing, deskundigheidsbevordering, training on the job (bijvoorbeeld door bekwaamheid voor het medisch technisch handelen) en werkoverleg (SHKZ, Professioneel handelen pag. 37).

De instelling draagt er zorg voor dat de kwaliteit van het professioneel handelen systematisch wordt getoetst en dat de hierbij gehanteerde methodieken en criteria worden geëxpliciteerd. Te denken valt hierbij aan functioneringsgesprekken, beoordelingsgesprekken, intercollegiale toetsing, groepswerkbesprekingen en casuïstiekbesprekingen. Waar nodig vinden op basis van deze toetsing verbeteracties plaats. (SHKZ, Professioneel handelen, pag. 49).

## 2 Protocollen en richtlijnen

*Vraag*
Welke protocollen voor risicovolle activiteiten zouden in het ideale geval in de thuiszorginstelling aanwezig moeten zijn. Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*LVT en/of HKZ-norm*
De instelling werkt met protocollen en richtlijnen, voor zover de beheersbaarheid van het primaire proces dit vereist, betreffende werkwijze, concrete handelingen en aandachtspunten van een bepaalde taak, als richtinggevend kader voor de zorgverlening. De kwaliteit van de gehanteerde protocollen en richtlijnen wordt systematisch bewaakt. (SHKZ, Professioneel handelen, pag. 49).

## 3 Management van zorgprocessen (diseasemanagement, herontwerp)

*Vraag*
Welke zorgprocessen zouden in het ideale geval in de thuiszorginstelling geregeld moeten zijn? Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*LVT en/of HKZ-norm*
De instelling hanteert afspraken/procedures met betrekking tot de samenhang tussen stappen van primaire processen van de thuiszorg: aanmelding, indicatiestelling, zorgtoewijzing/planning/coördinatie, zorgverlening, evaluatie/bijstelling, verwijzing (LVT 9 Kwaliteitssysteem, criterium 1).

In het zorgcontract zijn tenminste bepalingen opgenomen betreffende:
- de aard (product), omvang en frequentie van de zorgverlening
- de continuiteit van de zorgverlening in doorlooptijd en in personen
- indien van toepassing volgens de productomschrijving; het zorgplan
- de wijze waarop het zorgcontract wordt bijgesteld
- informatie over de kosten voor de cliënt
- de leveringsvoorwaarden waaronder privacy, klachten, schade en zorgweigering

Het zorgcontract dient voorzien te zijn van een handtekening van de cliënt of diens vertegenwoordiger. (SHKZ, 1.4 Het zorgcontract, pag. 29).

Voor elke cliënt die geïndiceerd is hanteert de instelling een schriftelijk zorgplan.
Het zorgplan is gebaseerd op de indicatiestelling en het zorgcontract.
Het zorgplan wordt in samenspraak met de cliënt opgesteld.
Cliënten kunnen bezwaar aantekenen tegen het zorgplan.
Het zorgplan bevat in elk geval de:
- doelstelling van de zorgverlening
- wijze waarop de doelstelling gerealiseerd wordt
- het (de) daarvoor vereiste kwalificatieniveau(s)
- wijze waarop de zorg gecoördineerd wordt, zowel intern als extern
- wijze waarop en termijn waarbinnen het zorgplan wordt bijgesteld
- concrete informatie omtrent de zorgverlening (zoals handelingen, taken, werkwijzen, zorgverleners, tijdstippen voor zorgverlening, zorgcoördinatie) (SHKZ, Zorgplan/dossier, pag. 32).

De aard en omvang van de te verlenen zorg wordt periodiek op een van tevoren bepaald tijdstip opnieuw vastgesteld en als daar aanleiding toe bestaat. De instelling hanteert beleid t.a.v. zowel de aanleiding als de vaststelling van de wijziging in aard en omvang van de zorgverlening. (SHKZ, Wijziging aard en omvang van de zorg, pag. 38).

## 4 Ketenkwaliteit en samenwerking met derden

*Vragen*
Met welke partijen zou de thuiszorginstelling in het ideale geval structurele samenwerking geregeld hebben? (Denk aan huisarts, verpleeghuis etc.).
Wat zou in het ideale geval in de thuiszorginstelling geregeld moeten zijn om de continuiteit van zorg te waarborgen? (denk aan zorgcoördinatie, transmurale zorg, etc).
Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*LVT en/of HKZ-norm*
Alle zorgcoördinatie vindt plaats conform vastgelegde afspraken, waaronder een cliëntdoorloopprocedure en een verantwoordelijkheidstoedeling.
De instelling hanteert een cliëntdoorloopprocedure waarin de verschillende processtappen die een cliënt doorloopt (vanaf aanmelding tot afsluiting) op elkaar worden afgestemd en beheerst.
Aanwezige regionale afspraken/procedures (tussen aanpalende voorzieningen en mogelijke actoren) vormen in geval van externe zorgcoördinatie het uitgangspunt voor afspraken rond de individuele cliënt.
Voor de cliënt is er (zowel bij interne als externe zorgcoördinatie) één persoon aanspreekbaar als zorgcoördinator. (SHKZ, Interne en externe zorgcoördinatie en ketenkwaliteit, pag. 33).

## 5 Inbreng van de patiënt/cliënt

*Vraag*
Hoe zou de thuiszorginstelling in het ideale geval de inbreng van patiënten hebben

geregeld? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*LVT en/of HKZ-normen*
100% van de klanten is schriftelijk geïnformeerd over de klachtenprocedure, opdat zij kunnen weten hoe te handelen wanneer zij een klacht hebben (LVT, 7 klachtenbehandeling, norm 2).

Gebruikersraadpleging: de instelling peilt systematisch de mening van gebruikers over de geleverde producten en gebruikt de resultaten van de gebruikersraadpleging voor verbetering van aanbod op de vraag (LVT, 9 Kwaliteitssysteem, criterium 3).

De instelling hanteert een beleid inzake de betrokkenheid van klanten bij de bedrijfsvoering en heeft dit geëxpliciteerd in (voorgenomen) structurele voorzieningen.
De effecten van de betrokkenheid van de klanten bij de beleidsvoering worden geëxpliciteerd, dan wel het perspectief daarop is in het ontwikkelingsplan rond de voorgenomen structurele voorzieningen aangegeven (LVT, 10 Betrokkenheid van klanten, criteria 1 en 2).

De gedragscode wordt in overleg met vertegenwoordigers van cliënten vastgesteld en onderhouden (SHKZ, Bejegening, pag. 34).

Periodiek, minimaal jaarlijks, wordt de individuele cliënt gevraagd de wijze waarop de zorg wordt verleend (of invulling wordt gegeven aan het zorgplan) te beoordelen. De instelling hanteert hiertoe een procedure. De zorgverlening dient op basis van de beoordeling door de cliënt te worden aangepast, binnen de mogelijkheden waarover de instelling beschikt. (SHKZ, Oordeel van de individuele cliënt over de zorgverlening, pag. 38).

De cliëntenraad wordt geraadpleegd conform de bepalingen ingevolge de wet Medezeggenschap cliënten zorginstellingen, art. 2 lid 1. (SHKZ, Raadpleging cliëntenraad, pag. 42).

De instelling voert structureel overleg met cliëntenorganisaties, onder andere met betrekking tot ketenkwaliteit, teneinde verantwoorde zorg te kunnen leveren. (SHKZ, overleg extern, pag. 42).

De instelling organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, dat de uitkomsten van de gebruikersraadplegingen leiden of redelijkerwijze moeten kunnen leiden tot verbetering van de kwaliteit van producten of de wijze waarop deze geleverd worden. (SHKZ, Feedback primaire proces, pag. 43).

## 6 Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en instellingmanagement

*Vraag*
Hoe zou de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van de thuiszorginstelling en van de professionele medewerkers tot uiting kunnen komen? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*LVT en/of HKZ-normen*: geen specifieke norm geformuleerd.

## 7 Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten

*Vraag*
Welke indicatoren of resultaatmetingen zou de ideale thuiszorginstelling gebruiken om het beleid te evalueren (en te verbeteren). Wat zou hieromtrent in de vragenlijst kunnen worden opgenomen?

*LVT en/of HKZ-normen*
De uitvoeringsresultaten van het beleidsplan inzake deskundigheid van de medewerkers komen tenminste jaarlijks op directieniveau aan de orde, inclusief eventuele gevolgen daarvan voor het te voeren beleid (LVT, 5 Deskundigheid, norm 2).

Klachten en -behandeling zijn jaarlijks onderwerp van bespreking in diverse overlegsituaties binnen de instelling, zowel voor medewerkers die contacten met klanten onderhouden alsmede in het directie-overleg. Indien daar aanleiding voor is, leidt dit tot aanpassing en verbeteringen van producten of diensten. (LVT, 7 Klachtenbehandeling, norm 4).

De instelling hanteert een systematiek voor de bewaking van kwantiteit en kwaliteit. Dit kan bijvoorbeeld door en functionerend Managament Informatie Systeem en een functionerende overlegstructuur (LVT, 9 Kwaliteitssysteem, norm, 2).

Nagegaan kan worden of eventuele afwijkingen tussen toegewezen uren en gerealiseerde uren worden geregistreerd (SHKZ, pag. 30).

De instelling registreert zorgvragen die passen binnen de doelstelling van de instelling maar waarop geen passend aanbod kan worden geboden. (SHKZ, Onderzoek en ontwikkeling, pag. 51).

## 8 Kwaliteitskosten

*Vraag*
Welke kosten worden in de thuiszorginstelling beschouwd als kwaliteitskosten? Zou de ideale thuiszorginstelling daar zicht op hebben? Kan in de vragenlijst een vraag naar kwaliteitskosten worden opgenomen?

## 9 Gebruik modellen of referentiekaders

*Vraag*
In de vragenlijst willen wij vragen welke modellen of referentiekaders in de thuiszorg-instelling worden gebruikt. Heeft u aanvullingen op het hierna volgende overzicht van modellen of referentiekaders?

| | | |
|---|---|---|
| LVT | - | Lidmaatschapseisen |
| SHKZ | - | Certificatieschema Instellingen voor Thuiszorg |
| ISO | - | International Standards of Organization |
| INK | - | Instituut Nederlandse Kwaliteit |
| SHKZ | - | Harmonisatiemodel van de St. Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector |
| NP/CF | - | Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. |

## 10 Eventueel overige onderwerpen.

*Literatuur*
Lidmaatschapseisen van de LVT (versie febr. 1996). Bunnik. Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1996.
Certificatieschema Instellingen voor Thuiszorg. Utrecht, Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (SHKZ), 1997.

# 7 VERPLEEGHUIZEN

**Toelichting voor de koepelorganisatie**
De vragenlijst omvat eveneens een sectorspecifiek deel.
Dit betekent dat de vragen specifiek worden toegesneden op de situatie in verpleeghuizen.

In het overleg met een vertegenwoordiger van de NVVz willen wij van gedachten wisselen over de vraag hoe dit sectorspecifieke deel van de vragenlijst voor verpleeghuizen ingevuld kan worden.
Ons voorstel is om onder meer de volgende thema's op te nemen:

- Professionele kwaliteit
- Protocollen of richtlijnen
- Management van zorgprocessen
- Ketenkwaliteit en samenwerking met derden
- Inbreng van de cliënt
- Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en verpleeghuismanagement
- Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten
- Kwaliteitskosten
- Modellen of referentiekaders voor verpleeghuizen
- Eventueel overige thema's

**De vraag in het overleg is:**
Waaruit zou blijken dat deze thema's goed geregeld zijn in het verpleeghuis. Met andere woorden, naar welke concrete activiteiten, documenten of cijfers kan in de vragenlijst worden gevraagd?

**Hulpmiddel bij het overleg**
Uitsluitend als hulpmiddel ter gedachtenbepaling bij het overleg vindt u op de volgende pagina's:

- De hiervoor genoemde thema's
- De specifieke vraag die in het overleg met u aan de orde komt.
- De MIK-V-normen die ten aanzien van elk aspect gelden. Deze normen zijn letterlijk overgenomen uit het MIK-V-rapport van 1998 (nieuwe versie).

Het is niet de bedoeling deze normen in de vragenlijst op te nemen. Wij zoeken naar concrete activiteiten.

## 1 Professionele kwaliteit

*Vraag*
Wat doen verpleeghuisartsen en de andere zorgverleners in het ideale geval aan deskundigheidsbewaking en bevordering? Welke van deze activiteiten zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen? (denk aan nascholing, toetsing, visitatie etc.).

*MIK-V-normen*
Opleiding/deskundigheidsbevordering. Op basis van enerzijds de gewenste kwaliteit en kwantiteit en anderzijds, de aanwezige kwaliteit en kwantiteit van medewerkers stelt de organisatie een meerjarenopleidingsplan vast. Vervolgens worden jaarlijks opleidingsplannen vastgesteld. In deze plannen wordt tenminste aandacht besteed aan:
- bewustmaking van de medewerkers met betrekking tot de kwaliteitsbeleving van cliënten;
- ontwikkeling van de gewenste attitude van medewerkers en vrijwilligers ten aanzien van in ieder geval de cliënten;
- het op peil houden van de vakkennis en -deskundigheid van de medewerkers, bijvoorbeeld door deelname aan intercollegiale toetsing, bij- en nascholing, die door de beroepsgroepen wordt georganiseerd;
- kwaliteitsmanagement voor leidinggevenden en uitvoerenden;
- het leren van samenwerken en van diverse communicatiemethoden;
- het leren omschrijven en analyseren van problemen;
- het leren doorvoeren van verbeteringen;
- de opleidingsbehoefte bij de vrijwilligers van de organisatie. (MIK-V, pag 54).

## 2 Protocollen en richtlijnen

*Vraag*
Welke protocollen voor risicovolle activiteiten zouden in het ideale geval in het verpleeghuis aanwezig moeten zijn (denk aan bijvoorbeeld een decubitusprotocol, een protocol t.a.v. stervensbegeleiding, etc.). Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*MIK-V-normen*
Vaktechnische protocollen. De organisatie dient te hebben voorzien in een systematiek voor het ontwikkelen, onderhouden distribueren en toepassen van vaktechnische protocollen. Deze protocollen betreffen zowel verzorging en behandeling als de faciliterende activiteiten. In deze protocollen worden (professionele) standaarden van het handelen neergelegd voor de betreffende activiteiten (MIK-V, pag. 45).

## 3 Management van zorgprocessen

*Vraag*
Welke afdelingsoverstijgende processen zouden in het ideale geval in het verpleeghuis geregeld moeten zijn? Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*MIK-V-norm*
Systeem van zorgplannen. De basis voor de zorg- en dienstverlening aan de cliënt is de uitwerking van een zorgplan. De organisatie dient een multidisciplinair zorgplansysteem te kennen. Een zorgplan omvat tenminste:

(punt 1 t/m 5)
- welke disciplines hierbij op welke wijze zijn betrokken;
- de wijze waarop en de frequentie waarmee men de doelstellingen evalueert en de zorg en behandeling eventueel bijstelt;
- de wijze waarop de cliënt direct wordt betrokken bij het opstellen van het individuele zorgplan, waarbij in principe geen zorg- of dienstverlening wordt geboden zonder toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- de verantwoordelijkheidstoedeling;
- de afspraken die worden gemaakt (MIK-V, pag. 43).

Regie en coördinatie aanbod. De organisatie dient de kwaliteit van het aanbod van geïntegreerde zorgverlening tenminste te waarborgen door een goede regeling van de inhoudelijke regie enerzijds en de praktische coördinatie van de uitvoering anderzijds, van ieder individueel zorg- en dienstverleningsproces. Hierbij dient in ieder geval:
- de eindverantwoordelijkheid voor de inhoud van de zorg(regie) eenduidig te worden neergelegd bij de verpleeghuisarts;
- de verantwoordelijkheid voor de coördinatie en organisatie van het zorg- of dienstverleningsproces eenduidig te worden neergelegd bij één functionaris (MIK-V, pag. 44).

Werkwijzen en multidisciplinaire samenwerking. De organisatie dient te hebben vastgelegd met welke werkwijzen en procedures vorm en inhoud wordt gegeven aan de multidisciplinaire samenwerking, zodanig dat er sprake is van een functioneel samenhangend geheel. Dit betreft zowel de verzorgings- en behandeldisciplines als de faciliterende/ondersteunende disciplines. Afspraken dienen te zijn vastgelegd over in ieder geval:
- betrokkenheid bij de zorg- en dienstverlening van de diverse disciplines;
- communicatie tussen de disciplines;
- besluitvorming en verantwoordelijkheden;
- de rol van de cliënt binnen dit geheel. (MIK-V, pag. 44).

## 4 Ketenkwaliteit en samenwerking met derden

*Vragen*
Met welke partijen zou het verpleeghuis in het ideale geval structurele samenwerking geregeld hebben? (denk aan ziekenhuis, etc.).
Wat zou in het ideale geval in het verpleeghuis geregeld moeten zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen?
Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*MIK-V-norm*
In het meerjarenbeleidsplan wordt aangegeven welke positie de organisatie binnen de keten van zorgaanbieders in de regio wil bekleden (samenwerking, afstemming, specialisatie e.d. (MIK-V, pag.29).

Marktoriëntatie. De organisatie dient er zorg voor te dragen dat haar aanbod van producten en diensten goed is afgestemd op de markt van vraag en aanbod in haar werkgebied. Hiertoe oriënteert de organisatie zich op de markt. Hier dienen in ieder geval de volgende elementen bij betrokken te worden:
- (punt 1).
- welk aanbod van producten en diensten bestaat er in de regio en welke positie neemt de eigen organisatie hierin in (samenwerking, ketenkwaliteit, continuïteit in het zorgcircuit, regionale indicatiestelling en zorgtoewijzing etc.). (MIK-V, pag 38).

## 5 Inbreng van de cliënt

*Vraag*
Hoe zou het verpleeghuis in het ideale geval de inbreng van patiënten hebben geregeld? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*MIK-V-normen*
Beoordelingen door cliëntenorganisaties. De organisatie dient het mogelijk te maken voor cliëntenorganisaties om een beoordeling uit te voeren van het functioneren van het interne kwaliteitssysteem. Dit is alleen van toepassing voor goed georganiseerd vormen van beoordelingen door cliëntenorganisaties, waarbij een systeem wordt gebruikt dat door de betreffende koepelorganisaties is vastgesteld en gelegitimeerd. Het management van de organisatie moet aangeven wat met de resultaten van deze beoordeling is/wordt gedaan (MIK-V, pag. 32).

Integriteit en autonomie van de cliënt. Er dient een visie te zijn vastgelegd hoe in de organisatie concreet wordt vorm gegeven aan de integriteit en autonomie van de cliënt. Hierbij wordt aangegeven op welke wijze de mening van de cliënt hierbij wordt betrokken. Dit vertaalt zich onder meer in de volgende onderwerpen:
- aandacht voor de intermenselijke verhoudingen binnen de organisatie, waaronder in ieder geval wordt verstaan de bejegening van de cliënt;
- aandacht voor en regeling van de betrokkenheid van de cliënt bij de besluitvorming over de zorg- en dienstverlening aan de cliënt, neergelegd in werkwijzen die wijn afgestemd op de mogelijkheden van de cliënt en/of het cliëntsysteem;
- aandacht voor wilsverklaringen van de cliënt(MIK-V, pag. 35).

Informatieverstrekking aan cliënten. De organisatie dient in ieder geval PR-activiteiten te realiseren gericht op cliënten/familie/relaties. Deze PR-activiteiten betreffen in ieder geval:
- (punt 1 t/m 7)
- de klachtenregeling;
- de inspraakmogelijkheden die worden geboden.
- de regeling betreffende belangenbehartiging van wilsonbekwamen
- de besluitvormingsprocedures inzake ethische aangelegenheden, in ieder geval met betrekking tot vragen rond levensbeëindiging (MIK-V, pag. 36).

Marktoriëntatie. De organisatie moet duidelijk kunnen maken op welke wijze bij het uitvoeren van (deze) marktoriëntatie de doelgroepen/cliëntengroeperingen worden betrokken (MIK-V, pag 38).

Basiskwaliteit zorg- en dienstverlening. De organisatie dient te hebben vastgelegd welk minimaal kwaliteitsniveau in de zorg- en dienstverlening zij garandeert te leveren aan de cliënten. Dit wordt wel de 'basiszorg' genoemd. De organisatie kan duidelijk maken op welke wijze hierover is afgestemd met de cliëntenraad. (MIK-v, pag. 41).

Vormgeving woon/verblijfsomgeving. Er dient te zijn vastgelegd op welke wijze vorm wordt gegeven aan de woon/verblijfsomgeving in de organisatie (huisvesting, voorzieningen). Hierover dient te worden afgestemd met cliënten (MIK-V, pag. 41).

Invulling zorgklimaat. Er dient te zijn vastgelegd op welke wijze invulling wordt gegeven aan het zorgklimaat in de organisatie. Dit betreft in ieder geval de omgang tussen hulpverleners en cliënten (bejegening), de bedoelingen ten aanzien van de omgang tussen cliënten onderling, het activiteitenaanbod, privacy en zingeving van het dagelijks leven. Hierover dient te worden afgestemd met de cliënten (MIK-V, pag. 41).

Opname procedure. Er dient een opnameprocedure te zijn vastgelegd. Minimaal is hierin uitgewerkt:
- punt 1 t/m 5)
- de wijze waarop de toestemming van de cliënt c.q. vertegenwoordiger dient te worden verkregen;
- de aanwijzing van een contactpersoon door de cliënt;
- de termijn waarbinnen de organisatie na de opname aan de cliënt/familie/relaties/ meedeelt wie de eerst aanspreekbare medewerker is in de organisatie voor de zorgverlening (MIK-V, pag. 46).

Procedure middelen en maatregelen. Er dient een procedure te zijn vastgelegd ten aanzien van het toepassen van middelen en maatregelen bij cliënten. Hierin dient tenminste te staan vermeld:
- de wijze waarop tot besluitvorming wordt gekomen en hoe hierbij de cliënt of diens vertegenwoordiger wordt betrokken;
- de wijze van registratie van toepassing van middelen en maatregelen;
- de wijze waarop de toepassing en de frequentie van de toepassing van middelen en maatregelen wordt geëvalueerd. (MIK-V, pag. 46).

Procedure ontslag en overplaatsing. De organisatie dient te beschikken over een procedure betreffende overplaatsing, ontslag en verlof van cliënten. In deze procedure dient in ieder geval te zijn geregeld:
- op welke wijze en met/door wie tot besluitvorming over overplaatsing, ontslag of verlof wordt gekomen en op welke wijze de cliënt of diens vertegenwoordiger hierbij wordt betrokken.
- (punt 2 t/m 4). MIK-V, pag. 46.

Procedure handelwijze overlijden. De organisatie dient een procedure te hebben vastgelegd ten aanzien van de handelwijze bij overlijden van een cliënt. Hierin wordt tenminste vastgelegd:
- (punt 1, 2 en punt 4 t/m 6)
- op welke wijze rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften van cliënt en diens nabestaanden (MIK-V, pag 46).

Cliëntenraad. Er dient een cliëntenraad te functioneren binnen de organisatie, op basis van een reglement. Tevens dient de organisatie een commissie van vertrouwenslieden ingesteld te hebben, in overleg met de cliëntenraad (MIK-V, pag. 50).

Communicatievaardigheden. De organisatie dient gepland acties te voeren om geregeld de vaardigheden van medewerkers en vrijwilligers ten aanzien van het communiceren met cliënten, vertegenwoordigers van cliënten, collegamedewerkers en anderen te beoordelen en op het gewenste peil te brengen en te houden. Hierbij dient door de organisatie ook de ervaring van de cliënten te worden betrokken. (MIK-V, pag. 51).

## 6 Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en verpleeghuismanagement

*Vraag*
Hoe zou de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het verpleeghuismanagement en van verpleeghuisartsen en andere zorgverleners tot uiting kunnen komen? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*MIK-V-normen*
Bevorderen motivatie van medewerkers. De directie en het management dienen de motivatie van medewerkers en vrijwilligers te bevorderen en op peil te houden. Hierbij

wordt aangetekend dat de motivatie van de medewerkers voor een aanzienlijk deel de resultante is van een groot aantal activiteiten zoals in het MIK-V benoemd. Ten aanzien van de motivatie van de medewerkers is de organisatie in ieder geval actief door:
- (punt 1 en 2);
- te bewerkstelligen dat alle medewerkers worden betrokken bij de organisatie en uitwerking van kwaliteitsplannen met betrekking tot hun eigen werk;
- het aanmoedigen van medewerkers om bijdragen te leveren die de kwaliteit van de zorg en dienstverlening dan wel van de organisatie verhogen (door middel van passende erkenning en/of beloning). Mik-V, pag. 55.

## 7 Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten

*Vraag*
Welke indicatoren of resultaatmetingen zou het ideale verpleeghuis gebruiken om het beleid te evalueren (en te verbeteren). Wat zou hieromtrent in de vragenlijst kunnen worden opgenomen?

*MIK-V-normen*
Melding Incidenten Patiëntenzorg. Er dient een systeem te zijn voor het registreren en behandelen van meldingen van incidenten in e zorg- en dienstverlening (MIK-V, pag. 32).

Product- en dienstbeschrijvingen. De organisatie dient te beschikken over concrete beschrijvingen van de producten en diensten die zij kan leveren aan cliënten. Hierin dient in ieder geval te zijn opgenomen:
- (punt 1 t/m 7)
- de wijze waarop de evaluatie van het product of de dienst vorm krijgt, zowel ten aanzien van het product/de dienst in algemene zin als ten aanzien van de levering hiervan aan de individuele cliënt (MIK-V, pag. 40).

Procedure middelen en maatregelen. Er dient een procedure te zijn vastgelegd ten aanzien van het toepassen van middelen en maatregelen bij cliënten. Hierin dient tenminste te staan vermeld:
- de wijze waarop tot besluitvorming wordt gekomen en hoe hierbij de cliënt of diens vertegenwoordiger wordt betrokken;
- de wijze van registratie van toepassing van middelen en maatregelen;
- de wijze waarop de toepassing en de frequentie van de toepassing van middelen en maatregelen wordt geëvalueerd. (MIK-V, pag. 46).

## 8 Kwaliteitskosten

*Vraag*
Welke kosten worden in het verpleeghuis beschouwd als kwaliteitskosten? Zou het ideale verpleeghuis daar zicht op hebben? Kan in de vragenlijst een vraag naar kwaliteitskosten worden opgenomen?

*MIK-V-norm:* geen specifieke norm geformuleerd.

## 9 Gebruik modellen of referentiekaders (van de koepel)

*Vraag*
In de vragenlijst willen wij vragen welke modellen of referentiekaders in het verpleeghuis worden gebruikt. Heeft u aanvullingen op het hierna volgende overzicht van modellen of referentiekaders?

MIK-V - Model intern Kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen
NVVz - Basiskwaliteitscriteria van de NVVz
ISO - International Standards of Organization
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit
SHKZ - Harmonisatiemodel van de St. Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector
NVVz - Instrument cliëntenperspectief
NP/CF - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief.
NVBV - Kwaliteitsspel van de NVBV
HACCP - Richtlijnen voor de voedingsdienst

## 10. Eventueel overige onderwerpen.

*Literatuur*
Model Intern Kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen (MIK-V). Kwaliteit in care en cure. Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, 1998.

# 9 VERZORGINGSHUIZEN

**Toelichting voor de koepelorganisatie**
De vragenlijst omvat eveneens een sectorspecifiek deel.
Dit betekent dat de vragen specifiek worden toegesneden op de situatie in verzorgingshuizen.

In het overleg willen wij met u van gedachten wisselen over de vraag hoe dit sectorspecifieke deel van de vragenlijst voor verzorgingshuizen ingevuld kan worden.
Ons voorstel is om onder meer de volgende thema's op te nemen:

- Professionele kwaliteit
- Protocollen of richtlijnen
- Management van zorgprocessen
- Ketenkwaliteit en samenwerking met derden
- Inbreng van de cliënt
- Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en management
- Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten
- Kwaliteitskosten
- Modellen of referentiekaders voor verzorgingshuizen
- Eventueel overige thema's

**De vraag in ons overleg aan u is:**
Waaruit zou blijken dat deze thema's goed geregeld zijn in het verzorgingshuis. Met andere woorden, naar welke concrete activiteiten, documenten of cijfers kan in de vragenlijst worden gevraagd?

**Hulpmiddel bij het overleg**
Uitsluitend als hulpmiddel bij het overleg vindt u op de volgende pagina's:

- De hiervoor genoemde thema's
- De vraag die in het overleg met u aan de orde komt.
- De WZF en HKZ-normen die ten aanzien van elk thema gelden.

De normen zijn letterlijk overgenomen uit WoonZorg Kwaliteitslabel door visitatie en registratie: Handleiding voor verzorgingshuizen, 1998.

Het is niet de bedoeling al deze normen in de vragenlijst op te nemen. Sommige normen worden namelijk al gedekt in het algemene deel van de vragenlijst.

## 1 Professionele kwaliteit

*Vraag*
Wat doen verpleegkundigen en verzorgenden in het ideale geval aan deskundigheidsbewaking en bevordering? Welke van deze activiteiten zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen? (denk aan nascholing, toetsing, visitatie etc.).

*WZF en/of HKZ-normen*
De cliënt ontvangt zorg- en dienstverlening volgens de beroepscodes die binnen de betreffende beroepsgroep gelden en conform de afspraken die binnen de organisatie zijn gemaakt aangaande het handelen volgens de professionele standaarden van de beroepsgroep. (WZF/HKZ, Professioneel handelen, pag. 57).

De medisch-verpleegkundige handelingen bij de cliënt worden verricht door daartoe bevoegd personeel en volgens protocollen die voldoen aan (de voorbehouden handelingen in) de Wet BIG (WZF/HKZ, Zorgverlening, pag. 58).

De deskundigheidsbevordering (bijvoorbeeld casuïstiekbesprekingen) en opleidingen zijn gericht op het verkrijgen en behouden van het vereiste deskundigheidsniveau van de medewerkers en afgestemd op de (nieuwe) doelgroepen, (nieuwe) product- en dienstenaanbod en op kwaliteitszorg. WZF/HKZ Deskundigheid, pag. 93).

## 2 Protocollen en richtlijnen

*Vraag*
Welke protocollen voor risicovolle activiteiten zouden in het ideale geval in het verzorgingshuis aanwezig moeten zijn. Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*WZF en/of HKZ-norm*
De medisch-verpleegkundige handelingen bij de cliënt worden verricht door daartoe bevoegd personeel en volgens protocollen die voldoen aan (de voorbehouden handelingen in) de Wet BIG. (WZF/HKZ, Zorgverlening, pag. 58).

## 3 Management van zorgprocessen (diseasemanagement, herontwerp)

*Vraag*
Welke processen zouden in het ideale geval in het verzorgingshuis geregeld moeten zijn? Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*WZF en/of HKZ-norm*
De organisatie heeft het interne kwaliteitsbeleid vastgelegd, waarin tenminste zijn beschreven:
- de procedures t.a.v. het primaire proces (waarin de normen t.a.v. intake, uitvoering en evaluatie zijn terug te vinden);
- de procedures betreffende de werkzaamheden van de volgende diensten:
- de voedingsverzorging, gebaseerd op HACCP
- de huishoudelijke diensten
- de wasverzorging (WZF/HKZ, Kwaliteitssysteem, pag. 72).

Met elke geïndiceerde cliënt is een individueel zorgplan overeengekomen. Hierin is vastgelegd:
- de analyse van de hulpvraag

- de doelstellingen van de te verlenen zorg
- afspraken om de doelstellingen te realiseren
- het verloop, de evaluatie en bijstelling van de zorg
- afspraken over de al dan niet in te zetten mantelzorg
- de naam van de aanspreekpersoon voor de cliënt (WZF/HKZ, Individueel zorgplan, pag. 54).

Er is en procedure t.a.v. zorgplannen die tenminste richtlijnen omvat t.a.v.
- verantwoordelijkheden en coördinatie t.a.v. het opstellen, gebruik en wijzigen van het zorgplan;
- inzagerecht en recht op aanvulling van de cliënt en/of diens familie;
- archivering na vertrek of overlijden. (WZF/HKZ, Zorgplannen, pag. 74).

Medicijnbeheer en -distributie vinden plaats conform vastgelegde procedures (WZF/HKZ, Medicijnbeheer, pag. 79).

## 4 Ketenkwaliteit en samenwerking met derden

*Vragen*
Met welke partijen zou het verzorgingshuis in het ideale geval structurele samenwerking geregeld hebben? (denk aan thuiszorg, huisarts, verpleeghuis etc.).
Wat zou in het ideale geval in het verzorgingshuis geregeld moeten zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen?
Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*WZF en/of HKZ-norm*
De cliënt ontvangt de zorg- en dienstverlening op samenhangende wijze zoals is vastgelegd in het zorgplan of de overeenkomst (WZF/HKZ, Zorgverlening, pag. 58).
In voorkomende situaties vindt, ten behoeve van een samenhangende zorg- en dienstverlening, afstemming plaats met beroepsbeoefenaren of medewerkers van andere instellingen (conform de samenwerkingsafspraken en overeenkomsten die hieromtrent op instellingsniveau zijn gemaakt. (WZF/HKZ, Externe zorgcoördinatie, pag. 56).

De medische zorg aan cliënten is gewaarborgd via de afspraken die hieromtrent met de huisartsen, en in voorkomende gevallen met de verpleeghuisartsen, zijn gemaakt (WZF/HKZ, Zorg en medische verzorging, pag. 70).

De organisatie gaat regelmatig na of en in hoeverre het al dan niet wenselijk is samen te werken met aanpalende voorzieningen.
In het kader van ketenkwaliteit wordt met aanpalende organisaties samengewerkt. Indien niet wordt samengewerkt is dat besluit onderbouwd. (WZF/HKZ, Externe contacten, pag. 84).

## 5 Inbreng van de cliënt

*Vraag*
Hoe zou het verzorgingshuis in het ideale geval de inbreng van patiënten hebben geregeld? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*WZF en/of HKZ-normen*
In zijn algemeenheid wordt terughoudendheid betracht t.a.v. het overnemen van taken (conform het aspect autonomie in de zorgvisie) zoals bijvoorbeeld bij het medicijnbeheer van de cliënt. (WZF/HKZ, Zorgverlening, pag. 59).

De cliënt wordt periodiek gevraagd hoe hij/zij de zorg- en dienstverlening en het woon- en leefklimaat in het verzorgingshuis waardeert. Op basis daarvan vinden in overleg met de cliënt zonodig bijstellingen plaats (WZF/HKZ, Evaluatie en nazorg, pag. 60, zie ook pag. 75).

De cliënt ontvangt van de organisatie informatie over de klachtenregeling. (WZF/HKZ, Klachten, pag. 61). De klachtenregeling wordt in overleg met de cliëntenraad vastgesteld (pag. 76).

Medewerkers en cliënten hebben inspraakmogelijkheden bij het opstellen en bijstellen van het beleid en bij het formuleren en eventueel bijstellen van de zorgvisie. (WZF/HKZ, Medezeggenschap, pag. 65 en 67).

De organisatie onderzoekt periodiek en systematisch hoe cliënten de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening en het woon- en leefklimaat waarderen. De organisatie bespreekt de uitkomsten van het onderzoek met de cliëntenraad. Met de cliëntenraad zijn afspraken gemaakt over de inhoud, vorm en frequentie van het overleg aangaande de resultaten van het waarderingsonderzoek onder de cliënten. De uitkomsten van bedoelde meningspeilingen leiden voor de organisatie in samenspraak met de cliëntenraad zo nodig tot verbeterpunten (WZF/HKZ, Waardering door cliënten, pag. 75, 76).

De organisatie heeft een clientenraad geïnstalleerd, conform de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. In het reglement c.q. de samenwerkingsovereenkomst zijn bepalingen opgenomen over het overleg tussen clientenraad en de organisatie. De organisatie betrekt op actieve wijze de mening van de clientenraad in haar beleid, conform de WMCZ. (WZF/HKZ, Clientenraad, pag. 82).

## 6 Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en verzorgingshuismanagement

*Vraag*
Hoe zou de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het verzorgingshuis management en van professionele medewerkers tot uiting kunnen komen? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*WZF en/of HKZ-normen*
Medewerkers en cliënten hebben inspraakmogelijkheden bij het opstellen en bijstellen van het beleid. (WZF/HKZ, Medezeggenschap in beleidsontwikkelingen, pag. 65).

## 7 Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten

*Vraag*
Welke indicatoren of resultaatmetingen zou het ideale verzorgingshuis gebruiken om het beleid te evalueren (en te verbeteren). Wat zou hieromtrent in de vragenlijst kunnen worden opgenomen?

*WZF en/of HKZ-normen*
De organisatie hanteert een registratiesysteem voor de zorgzwaarte (zoals bijvoorbeeld het EBIS). (WZF/HKZ, Zorgzwaarte, pag.71).

De organisatie houdt een registratie bij van de klachten en de afhandeling daarvan. Naar aanleiding van de klachten worden zonodig structurele verbeteringen aangebracht en worden corrigerende en preventieve maatregelen genomen (WZF/HKZ, Klachten, pag. 77 en 78).

De organisatie hanteert procedures voor het registreren en evalueren van incidenten en ongemakken. Op basis van deze registratie worden zonodig corrigerende en preventieve maatregelen genomen. (WZF/HKZ, Incidentenregistratie, pag. 78).

De organisatie draagt zorg dat de verzamelde gegevens en verslaglegging leiden tot nader onderzoek, bijstelling en/of continuering van het meerjarenbeleid (WZF/HKZ, Onderzoek, pag. 98).

## 8 Kwaliteitskosten

*Vraag*
Welke kosten worden in het verzorgingshuis beschouwd als kwaliteitskosten? Zou het ideale verzorgingshuis daar zicht op hebben? Kan in de vragenlijst een vraag naar kwaliteitskosten worden opgenomen?

*WZF en/of HKZ-norm:* geen specifieke norm geformuleerd.

## 9 Gebruik modellen of referentiekaders

*Vraag*
In de vragenlijst willen wij vragen welke modellen of referentiekaders in het verzorgingshuis worden gebruikt. Heeft u aanvullingen op het hierna volgende overzicht van modellen of referentiekaders?

| | | |
|---|---|---|
| WZF | - | WoonZorg Kwaliteitslabel |
| WZF | - | Goed Geregeld, kwaliteitswijzer voor verzorgingshuizen |
| WZF | - | Externe Kwaliteitsbewaking Verzorgingshuizen |
| SHKZ | - | Certificatieschema Verzorgingshuizen |
| SHKZ | - | Harmonisatiemodel van de SHKZ |
| ISO | - | International Standards of Organization |
| INK | - | Instituut Nederlandse Kwaliteit |
| NP/CF | - | Kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief. |
| LOBB | - | Meet en bespreekprocedure. |
| HACCP | - | Normen voor de voedingsdienst. |

## 10 Eventueel overige thema's.

*Literatuur*

WoonZorg Kwaliteitslabel door visitatie en registratie: Handleiding voor verzorgingshuizen. Zeist, WoonZorg Federatie, 1998.

Certificatieschema Verzorgingshuizen. Utrecht, Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (SHKZ), 1998.

## 10 ZIEKENHUIZEN

**Toelichting voor de koepelorganisatie**
De vragenlijst omvat eveneens een sectorspecifiek deel.
Dit betekent dat de vragen specifiek worden toegesneden op de situatie in ziekenhuizen.

In het overleg met een vertegenwoordiger van de NVZ willen wij van gedachten wisselen over de vraag hoe dit sectorspecifieke deel van de vragenlijst voor ziekenhuizen ingevuld kan worden.
Ons voorstel is om onder meer de volgende thema's op te nemen:

- Professionele kwaliteit
- Protocollen of richtlijnen
- Management van zorgprocessen (diseasemanagement, herontwerp)
- Ketenkwaliteit en samenwerking met derden
- Inbreng van de patiënt
- Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en ziekenhuismanagement
- Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten
- Kwaliteitskosten
- Modellen of referentiekaders voor ziekenhuizen
- Eventueel overige thema's

**De vraag in het overleg is:**
Waaruit zou blijken dat deze thema's goed geregeld zijn in het ziekenhuis. Met andere woorden, naar welke concrete activiteiten, documenten of cijfers kan in de vragenlijst worden gevraagd?

**Hulpmiddel bij het overleg**
Uitsluitend als hulpmiddel ter gedachtenbepaling bij het overleg vindt u op de volgende pagina's:

- De hiervoor genoemde thema's
- De specifieke vraag die in het overleg met u aan de orde komt.
- De NIAZ-norm die ten aanzien van elk aspect geldt. Deze norm is letterlijk overgenomen uit de NIAZ Kwaliteitsborgingsnorm voor ziekenhuizen (versie december 1998).

Het is niet de bedoeling deze normen in de vragenlijst op te nemen. Wij zoeken naar concrete activiteiten.

## 1 Professionele kwaliteit

*Vraag*
Wat doen medisch specialisten en verpleegkundigen in het ideale geval aan deskundigheidsbewaking en bevordering? Welke van deze activiteiten zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen? (denk aan nascholing, toetsing, visitatie etc.).

*NIAZ-normen*
Diverse beroepsgroepen in het ziekenhuis participeren in of zijn betrokken bij beroepsinhoudelijke deskundigheidsbewaking en bevorderingsprogramma's. De aanbevelingen die voortkomen uit deze programma's hebben geresulteerd in (geplande) activiteiten voor verbetering.
De medisch specialist neemt deel aan het beroepsinhoudelijke kwaliteitsprogramma van de wetenschappelijke vereniging en/of medische staf van het ziekenhuis.

## 2 Protocollen en richtlijnen

*Vraag*
Welke protocollen voor risicovolle activiteiten zouden in het ideale geval in het ziekenhuis aanwezig moeten zijn (denk aan bijvoorbeeld reanimatie, orgaandonatie, etc.). Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*NIAZ-norm, geen specifieke norm t.a.v. protocollen*

## 3 Management van zorgprocessen (diseasemanagement, herontwerp)

*Vraag*
Welke afdelingsoverstijgende processen zouden in het ideale geval in het ziekenhuis geregeld moeten zijn? Welke daarvan zouden in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*NIAZ-norm*
De kwaliteit van zorgprocessen (en facilitaire- en voorwaardescheppende processen) die organisatorische eenheden overstijgen is aantoonbaar geborgd, waarbij in ieder geval aandacht wordt besteed aan de mate waarin deze processen inhoudelijk bekend zijn.
Bekend is welke disciplines c.q. functionarissen belast zijn met de uitvoering hiervan (procesverantwoordelijken) en de wijze waarop de processen worden beheerst.

## 4 Ketenkwaliteit en samenwerking met derden

*Vragen*
Met welke partijen zou het ziekenhuis in het ideale geval structurele samenwerking geregeld hebben? (Denk aan thuiszorg, huisarts, verpleeghuis etc.).
Wat zou in het ideale geval in het ziekenhuis geregeld moeten zijn om de continuiteit van zorg te waarborgen? (denk aan een transfer- of liaisonverpleegkundige etc.).
Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*NIAZ-norm*
In de missie, visie, doelstellingen is aandacht besteed aan de strategische samenwerking binnen en buiten de regio.
En is aandacht besteed aan de waarborging van de continuiteit van zorg/ketenkwaliteit en transmurale zorg.

## 5 Inbreng van de patiënt

*Vraag*
Hoe zou het ziekenhuis in het ideale geval de inbreng van patienten hebben geregeld? Wat zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*NIAZ-normen*
In de missie, visie, doelstellingen is aandacht besteed aan de afstemming van de zorgvraag van de patiënt/cliënt op het zorgaanbod en aan cliëntgericht werken (= het centraal stellen van de klant).

In het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis is aangegeven op welke wijze patienten/clienten worden betrokken bij het ontwikkelen en vaststellen van het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis.

Het ziekenhuis evalueert het kwaliteitsbeleid aan de hand van de waardering van de patiënten/cliëntenraad, de verwijzers, het personeel en de omgeving. Conform wetgeving vindt regelmatig overleg plaats met de cliëntenraad.

Het ziekenhuis kent afspraken omtrent de omgang met patiënten/cliënten.

## 6 Samenhang in het kwaliteitsbeleid van professionals en ziekenhuismanagement

*Vraag*
Hoe zou de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis en van medisch specialisten tot uiting kunnen komen? War zou hieromtrent in de vragenlijst moeten worden opgenomen?

*NIAZ-normen*
"Er moet zorggedragen worden voor een duidelijke afstemming met de professionele kwaliteitszorg" (voorwaarde, pag.5).

In de missie, visie, doelstellingen is aandacht besteed aan de samenhang tussen professionele beleidsplannen (medisch, verpleegkundig, e.d.) en het instellingsbrede beleidsplan en de rol van professionals in deze.

De medewerkers/medisch specialisten worden geïnformeerd over het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. Het kwaliteitsbeleid wordt geïntroduceerd aan nieuwe medewerkers-/medisch specialisten.

## 7 Gebruik van indicatoren, metingen, resultaten

*Vraag*
Welke indicatoren of resultaatmetingen zou het ideale ziekenhuis gebruiken om het beleid te evalueren (en te verbeteren). Wat zou hieromtrent in de vragenlijst kunnen worden opgenomen?

*NIAZ-normen*
Het beleid wordt periodiek bijgesteld op basis van behaalde resultaten en eventueel gewijzigde omstandigheden/inzichten (zowel financieel als zorginhoudelijk) en in- en externe ontwikkelingen. De daarbij te hanteren criteria zijn gespecificeerd.

Het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis is vertaald in meetbare doelstellingen.

Er wordt gebruik gemaakt van management informatie om zorgprocessen (en facilitaire en voorwaardenscheppende processen) aan te sturen (op ziekenhuisniveau, op niveau van organisatorische eenheden etc.).

Het ziekenhuis benut geregistreerde gegevens van klachten en fouten om verbeteringsmaatregelen te nemen en gaat na in hoeverre maatregelen in de praktijk zijn ingevoerd en effectief gebleken zijn.

Het ziekenhuis onderneemt aantoonbare maatregelen ter voorkoming van klachten en fouten conform de vigerende wet- en regelgeving. Hiertoe heeft het ziekenhuis procedures opgesteld en functioneren er in het ziekenhuis diverse kwaliteitsbewakende en -bevorderende commissies. De onderlinge samenhang tussen deze commissies is beschreven.

Het ziekenhuis heeft een actief beleid geformuleerd en vastgesteld ten aanzien van het ontwerpen en gebruiken van prestatie-indicatoren voor het evalueren van het kwaliteitsbeleid.

## 8 Kwaliteitskosten

*Vraag*
Welke kosten worden in het ziekenhuis beschouwd als kwaliteitskosten? Zou het ideale ziekenhuis daar zicht op hebben? Kan in de vragenlijst een vraag naar kwaliteitskosten worden opgenomen?

*NIAZ-norm:* geen specifieke norm geformuleerd.

## 9 Gebruik modellen handleidingen van de koepel

*Vraag*
In de vragenlijst willen wij vragen welke modellen of referentiekaders in het ziekenhuis worden gebruikt. Heeft u aanvullingen op het hierna volgende overzicht van modellen of referentiekaders?

PACE - Proefaccreditatie van ziekenhuizen
NIAZ - Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
ISO - International Standards of Organization
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit
CCKL - .....Klinisch Chemici
GLP - Good Laboratory Practice
GCP - Good Clinical Practice
GMD - Good Medical Practice
SHKZ - Harmonisatiemodel van de St. Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector
NP/CF - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief.
NP/CF - Instrument Patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen
HACCP - Richtlijnen voor de voedingsdienst

## 10. Eventueel overige onderwerpen.

*Literatuur*
NIAZ Kwaliteitsborgingsnorm. Kwaliteitssysteem en Toetsingsinstrument. Leiden, NIAZ bureau, december 1998.