

Directieverantwoordelijkheid voor het kwaliteit- en veilig- heidsmanagementsysteem als continue verbetercyclus

De ZKN keurmerk toetsingscriteria opgenomen in de PDCA cyclus



Veiligheidsprogramma
Zelfstandige Klinieken Nederland

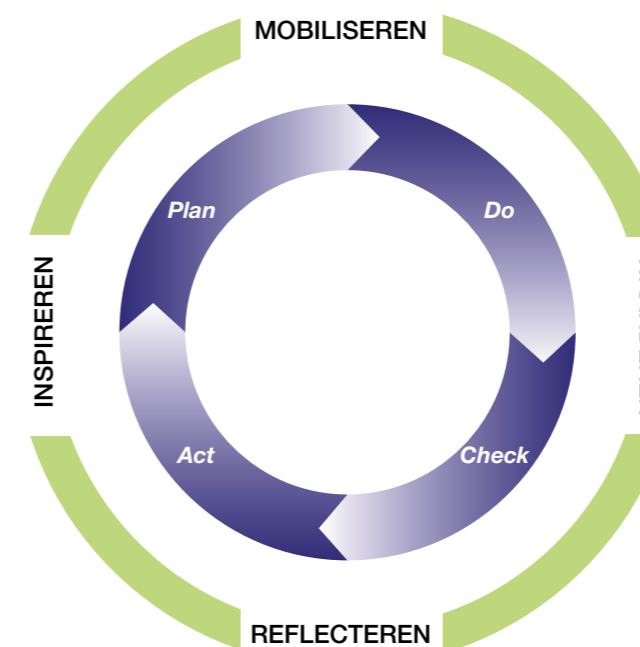
Inleiding

Deze VMS handleiding is bestemd voor de directie en het management als eindverantwoordelijken voor het kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem in de kliniek. Een kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem (K&VMS) is een middel om in de kliniek systematisch en gezamenlijk te werken aan het continu verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg¹. Een korte toelichting bij een aantal begrippen:

- Kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem: Een aanpak gericht op het beheersen van de kwaliteit en veiligheid voor patiënten, personeel en derden, bestaande uit:
 - Beleid, processen², organisatiestructuur, verantwoordelijkheden, taken, bevoegdheden, en procedures
 - Maatregelen en voorzieningen om het beleid en de doelstellingen van de kliniek te bereiken
- Systematisch: stelselmatig, planmatig en ordelijk werken
- Gezamenlijk: samenwerking, communicatie en afstemming in de kliniek tussen directie, management, medisch specialisten, verpleegkundig professionals en ondersteunend personeel
- Continu verbeteren: kern van een kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem³

Het proces van continu verbeteren als kern van het K&VMS staat in deze VMS handleiding centraal. Het proces is vanuit het perspectief en verantwoordelijkheid van de directie uitgewerkt met de PDCA (directie)cyclus als leidraad.⁴ De PDCA cyclus bestaat uit vier fasen die op alle verbeteringen in de kliniek kunnen worden toegepast. Dit kan variëren van de jaarlijkse beleidscyclus en het verbeteren van het K&VMS tot het doorvoeren van verbetermaatregelen na een incident. Het volgen van de fasen draagt bij aan een systematische werking van het K&VMS. Minder aandacht in de PDCA cyclus krijgt echter het ezamenlijk werken aan continu verbeteren en de wijze waarop de directie en het management leiding geeft aan het proces van continu verbeteren. Het gelijktijdig doorlopen van de zogenaamde IMWR cyclus is een noodzakelijke aanvulling.⁵

Veel verbeter- en verandertrajecten, zoals het invoeren van een K&VMS, stagneren na verloop van tijd. De PDCA cyclus heeft een sterk planmatig karakter. Dit is waardevol, echter lang niet altijd voldoende om het gedrag van professionals (blijvend) te veranderen. Denk bijvoorbeeld aan een nieuwe procedure (als uitkomst van een PDCA cyclus), die onvoldoende blijkt te worden nageleefd. De IMWR cyclus toont aan dat ook mensgerichte aspecten - zoals de manier van leidinggeven - belangrijk zijn voor het proces van continu verbeteren en het goed en blijvend functioneren van het K&VMS. De twee verbetercycli en de onderlinge relatie zijn hieronder weergegeven.



Figuur 1: PDCA en IMWR gekoppeld in een continue verbetercyclus (Bron: INK-model)

¹ Een integraal managementsysteem bevat niet alleen het onderhouden en borgen van eisen en risico's op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg. Een Integraal managementsysteem richt zich op alle soorten risico's en eisen die hieraan verbonden zijn: Bedrijfsrisico's (bijv. financieel, imago, demografie, arbeidsmarkt, concurrentie, wetgeving), risico's in arbeidsomstandigheden (ARBO), voedselveiligheid (HACCP) en milieuzorg.

² Het INK-model onderscheidt vier soorten processen: zorg-, ondersteunende-, verbeter- en besturende processen.

³ Continu verbeteren is een onderdeel van het ZKN keurmerk en is geconcretiseerd in de VMS veiligheids-eisen van het ZKN keurmerk. Het is een van de 5 basiselementen van een VMS. De andere basiselementen zijn Beleid, Prospectieve risico inventarisatie, Veilig incident melden en Veilige cultuur.

⁴ Plan Do Check Act (PDCA) gebaseerd op de kwaliteitscirkel van Deming.

⁵ Inspireren Mobiliseren Waarderen Reflecteren (IMWR) (Bron: INK-model, www.ink.nl).

De PDCA - en IMWR cyclus zijn continu herhalende (cyclische) processen die elkaar nodig hebben en versterken in een goed functionerend K&VMS. De vier fasen van de beide cycli worden vanuit het perspectief en de verantwoordelijkheid van de directie in onderstaande tabel toegelicht met een aantal steekwoorden.⁶

PDCA	Inhoud	Drive en ambitie	Besturings-niveau ⁷	IMWR	Focus richting medewerker
Plan	Beleid, doelstellingen, strategie, processen en organisatiestructuur	De goede dingen doen	Strategisch - richten Tactisch - inrichten	Inspireren	Prikkelen Ideeën Betrokkenheid Bewustwording Uitdaging Enthousiasmeren Toekomst Verbeteren Vernieuwen
Do	Uitvoeren van het beleid, plannen, maatregelen en het leveren van verantwoorde zorg	De dingen goed doen	Operationeel - verrichten	Mobiliseren	Benutten van inspiratie Aanwenden en ontwikkelen van capaciteiten en kwaliteiten van betrokkenen ⁸
Check	Beoordelen of doelstellingen zijn behaald	Doen we de goede dingen en doen we de dingen goed?	Tactisch - Lerend vermogen	Waarderen	Waarde Rol en bijdrage Erkenning voor inspanningen en resultaten
Act	Evalueren en bijstellen van beleid en K&VMS	De dingen beter doen	Strategisch - Lerend vermogen	Reflecteren	Terugkijken naar het hoe en de wijze waarop

Tabel 1: Een uitwerking van PDCA cyclus en de IMWR cyclus (Bron: INK-model)

Gedeelde verantwoordelijkheid

De directie is eindverantwoordelijk voor het K&VMS, het ontwikkelen van het beleid (plan), het bewerkstelligen en mogelijk maken van de uitvoering (do), evalueren (check) en bijstellen (act) van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid en het K&VMS. Voor het commitment in de kliniek is het van belang dat de kennis en ervaring van medisch specialisten, verpleegkundig professionals, patiënten en ketenpartners wordt benut in de vier fasen om het proces gezamenlijk vorm te geven. De IMWR cyclus biedt hiervoor aanknopingspunten.

Het K&VMS bestaat uit allerlei maatregelen, voorzieningen en procedures waar medisch specialisten, verpleegkundig professionals en ondersteunend personeel verantwoordelijkheid voor dragen. De directie is verantwoordelijk voor de kaders (Plan fase) en de verantwoordelijkheid voor de medewerkers komt met name tot uiting in de Do fase. Deze uitvoeringsfase is het startpunt van nieuwe PDCA verbetercycli op afzonderlijke onderdelen. Denk aan het uitvoeren van een prospectieve risico analyse, het onder de loep nemen van een procedure, het afhandelen van een klacht, het analyseren van een incident of een interne audit in de kliniek. Deze verbetercycli komen samen in de check en de act fase van de directiecyclus. De directie gebruikt in de Check fase de uitkomsten van alle verbetercycli om te beoordelen of de doelstellingen zijn behaald. In de Act fase wordt vastgesteld of onderdelen van het K&VMS of het beleid moeten worden bijgesteld.

Leeswijzer

De Toetsingscriteria uit het ZKN keurmerk en het addendum met de veiligheidseisen zijn met vermelding van de nummers geplaatst in de fasen van de PDCA cyclus. De IMWR cyclus is hieraan gekoppeld en wordt toegelicht. Deze VMS handleiding geeft met het doorlopen van de PDCA cyclus aangevuld met de IMWR cyclus een leidraad bij het opbouwen, beoordelen en verbeteren van een K&VMS in de kliniek.⁹

⁶ In diverse modellen uit de sociale psychologie illustreert de kleur blauw o.a.: rationaliteit, planning, beheersing, maakbaarheid maar ook starheid en saaiheid. De kleur geel illustreert o.a.: vertrouwen, mensen centraal, inzicht, wijsheid, leiderschap, wederkerigheid, belangen bij elkaar brengen, samenwerken, ontdekken maar ook arrogantie en gelatenheid. De kleur rood staat voor o.a. ambitie, ondernemende krachten, actiegerichtheid, power, focus maar ook onrust (zie bijvoorbeeld uitleg over Organic Score Card en Insights Discovery model).

⁷ Het betreft hier een indeling die per kliniek uiteraard in gelaagdheid kan verschillen afhankelijk van o.a. de grootte van de kliniek en aantal vestigingen.

⁸ Medewerkers, patiënten, partners, bestuurders, verzekeraars etc.

⁹ Het betreft geen sluitende indeling van de nummers. Het geeft slechts een indicatie waar de verschillende eisen in de PDCA - en IMWR cyclus zoal een plek kunnen innemen. Het gaat erom dat het proces van continu verbeteren aantoonbaar is in de kliniek op de verschillende onderdelen van het ZKN keurmerk.

Plan fase - in het kort

- Leiderschap – nadruk op inspireren
- Strategisch richten en tactisch inrichten
- Beleid, doelen, jaarplan
- Organisatiestructuur
- Processen in kaart
- Prospectieve risico inventarisatie
- Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden
- Kwaliteitsdocumenten - handboek
- Wet- en regelgeving
- Richtlijnen, normen van beroepsverenigingen
- Wetenschappelijke literatuur



Plan fase - uitgewerkt

PDCA	Inhoud	Drive en ambitie	Besturingsniveau	IMWR
Plan	Beleid, doelstellingen, strategie, processen en organisatiestructuur	De goede dingen doen	Strategisch - richten Tactisch - inrichten	Inspireren
Do	Uitvoeren van het beleid, plannen, maatregelen en het leveren van verantwoorde zorg	De dingen goed doen	Operationeel - verrichten	Mobiliseren
Check	Beoordelen of doelstellingen zijn behaald	Doen we de goede dingen en doen we de dingen goed?	Tactisch - Lerend vermogen	Waarderen
Act	Evalueren en bijstellen van beleid en K&VMS	De dingen beter doen	Strategisch - Lerend vermogen	Reflecteren

Directie en management zijn verantwoordelijk voor de Plan fase en stellen de kaders vast. Zij maken beleid en plannen, stellen doelen vast en richten de organisatie en het K&VMS in. Het is van belang dat de directie de kliniek organiseert, faciliteert, prioriteiten stelt en opdracht geeft aan medewerkers om de onderdelen die in de Plan fase zijn vastgesteld en afgesproken uit te voeren in de Do fase.¹⁰

In de Plan fase gaat het om:

- Leiderschap (1) (4, 6, 7, 48)¹¹ met de nadruk op inspireren
 - Zichtbaar tonen van commitment en verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid (-) (3)
 - Awareness / bewustwording creëren voor kwaliteit en veiligheid (-) (4, 14, 16, 35)¹²
 - Inspireren van - en betrekken van medisch en verpleegkundig professionals en ondersteunend / staf personeel bij het:
 - Genereren van nieuwe ideeën
 - Creëren van een gevoel van betrokkenheid en uitdaging
 - Elkaar enthousiast maken voor de bestaansredenen van de kliniek, haar positie en kracht
 - Ontwikkelen van een toekomstperspectief
 - Ontdekken van mogelijkheden tot verbeteren en vernieuwen.

De IZEP methode en de cultuurladder (zie www.vmszkn.nl/kenniscentrum) zijn hulpmiddelen om een beeld te vormen van de veiligheidscultuur in de kliniek. Dit is belangrijk bij het kiezen van geschikte interventies bij het invoeren van het K&VMS en het streven naar een cultuur van integrale veiligheid. Een organisatie- en cultuur veranderprogramma kan in dit proces ondersteuning, houvast en focus bieden.

- Kwaliteits- en veiligheidsbeleid en risicobeheersing (1) (1, 2, 13, 26, 31, 32)
 - Missie - Bestaansrecht en identiteit van de kliniek
 - Visie - Wat voor kliniek wil je in de toekomst zijn?
 - SMART Doelstellingen - Tastbare resultaten die de kliniek nastreeft (1) (1)
 - Kwaliteitsindicatoren
 - Veiligheidsindicatoren On (-) (2)
 - Kritische prestatie-indicatoren
 - Strategie - Hoe te bereiken?
 - Prospectieve risico inventarisatie (26, 44)
 - De uitkomst is een op wegingsfactoren beargumenteerde keuze voor in de Do fase te analyseren kritische processen of thema's
 - Een meerjarenbeleidsplan wordt jaarlijks uitgewerkt en geconcretiseerd in een jaarplan (15) (13)

¹⁰ In de VMS veiligheidseisen voor het ZKN keurmerk wordt hiervoor veelal het woord bewerkstelligen gebruikt.

¹¹ De vermelde nummers tussen haakjes hebben achtereenvolgens betrekking op het ZKN Keurmerk (maart 2013) en de VMS veiligheidseisen voor het ZKN keurmerk (juli 2012).

¹² Bij de IMWR cyclus zijn slechts een aantal verwijzingen opgenomen. Opgemerkt moet worden dat voor alle eisen de IMWR cyclus gevolgd kan worden om een bijdrage te leveren aan een succesvolle implementatie van de eis.

- Organisatiestructuur en samenwerking (2, 10) (6, 20, 21)
 - Organogram (-) (6)
 - Contracten met medisch specialisten (2) (20, 21)
 - Samenwerking met externen w.o. leverend, toezichthoudend of gevestigd apotheker (10) (21)
- Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden
 - Functiegebouw
 - Functieomschrijvingen (2, 8) (5, 14)
 - Gedragscodes voor en overeenkomsten met het personeel (-) (4, 17)
- Procesplaten, - kaarten, - visualisaties en / of - beschrijvingen
 - Primaire zorgprocessen
 - Intake en acceptatie (5) (23, 24)
 - Uitvoering (6) (-)
 - Nazorg (7) (-)
 - Noodsituaties (18) (-)
 - Ondersteunende processen / voorzieningen
 - HR (8) (5, 14, 15, 16, 19)
 - ICT (26) (-)
 - Financiën
 - Inkoop / management van derden (14) (20, 21)
 - Beheer en onderhoud medische apparatuur (13) (38)
 - Voorraadbeheer (12) (-)
 - Sterilisatie hulpmiddelen (10) (-)
 - Hygiëne en Infectie Preventie voldoen aan WIP (11) (-)
 - Dossiervoering (24) (17)
 - Verbeterprocessen (21) (7)
 - Veilig incident melden, waaronder calamiteiten (19) (8, 9, 10, 18, 23, 25, 34-39, 46)
 - Complicatieregistraties (19) (-)
 - Prospectieve risico inventarisatie en risico analyses (-) (26, 27, 28, 31, 46)¹³
 - Klachtenregistraties (20) (24)
 - Patiëntenparticipatie (17) (22, 23, 24, 25)
 - Interne audits
 - Externe beoordeling deskundigheid (9, 10) (33)
 - Veiligheidsrondes
 - Besturende processen
 - Beleids- en besturingscyclus
 - Risicomanagement
 - Projectmanagement
 - Zorg contractering
 - Innovatie en zorgvernieuwing (-) (31)
- Kwaliteitsdocumenten (kwaliteitshandboek) (23) (-)
 - Procedures, protocollen, criteria, richtlijnen en werkinstructies (o.a. 5, 6, 8a, b, g, 10, 11, 18, 19, 20, 21, 24) (8, 9, 10, 14, 17, 20, 21, 28, 34).
 - Optioneel zijn de hiervoor vermelde algemene procesbeschrijvingen.
- Wet- en regelgeving van toepassing op kliniek op het gebied van (25) (-)¹⁴
 - Kwaliteit en veiligheid
 - Kwaliteitswet zorginstellingen
 - Toezichtskader bestuurlijke verantwoordelijkheid kwaliteit en veiligheid (IGZ)
 - Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG)
 - Geneesmiddelenwet
 - Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO)
 - Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling
 - Wet klachtrecht cliënten zorgsector

¹³ Bij een integraal managementsysteem betreft het hier risicomanagement en prospectieve risico inventarisatie in brede zin op alle mogelijke beleidsterreinen (zie voetnoot 1).

¹⁴ De wet- en regelgeving is terug te vinden op www.nationaalkompas.nl/zorg/wat-is-het-wettelijk-kader-van-gezondheidszorg. Een aantal relevante wetten staan hier vermeld. Tip neem in het kwaliteitssysteem een link op naar de website van het Rijk! Wet- en regelgeving, richtlijnen en normen zijn externe factoren die het vertrekpunt en / of uitgangspunt zijn bij het opzetten van het systeem.

- Wet opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
- Besluit medische hulpmiddelen
- Besluit gesteriliseerde hulpmiddelen in ziekenhuizen
- Wet cliëntenrecht zorg
- Financiering, planning en organisatie
 - Wet marktordening gezondheidszorg
 - Wet geneesmiddelenprijzen
 - Zorgverzekeringswet
 - Wet op bijzondere medische verrichtingen
 - Wet op de medische hulpmiddelen
 - Wet toelating zorginstellingen
- Patiënten informatie
 - Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP)
 - Wet gebruik burgerservice nummer in de zorg
- Richtlijnen en normen van en / of mede opgesteld door beroeps- en brancheverenigingen¹⁵
 - WIP richtlijnen
 - Toezicht Operatief Proces (pré-, peri- en postoperatief)
 - Richtlijn onbedoeld achterlaten operatiemateriaal
 - Toetsingscriteria ZKN keurmerk + veiligheidseisen (NTA 8009:2011)
 - Norm voor informatiebeveiliging (NEN7510)
 - NVA Standpunt Electieve ingrepen in kleine klinieken
 - Postoperatieve pijnbehandeling
 - Kwaliteitsborging van Instrumenten en Apparatuur gebruikt bij Minimaal Invasieve Chirurgie
 - Zorgbrede Governancecode, januari 2010¹⁶
 - Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid, IGZ, april 2011
- Wetenschappelijke literatuur

¹⁵ Dit zijn slechts een aantal voorbeelden van richtlijnen en normen die in het kader van het leveren van verantwoorde zorg van belang zijn. Iedere kliniek dient zelf op de hoogte te zijn van de richtlijnen die van kracht zijn in het kader van de verleende zorg en haar patiëntenpopulatie.

¹⁶ ZKN is geen lid van Brancheorganisaties Zorg (BoZ), maar zal over dit onderwerp op termijn in gesprek gaan met partners en deskundigen.

Do - in het kort

- Leiderschap – nadruk op mobiliseren
- Uitvoering van het beleid en de plannen
- Operationeel verrichten
- PDCA verbetercycli op afzonderlijke onderdelen
- Kwalitatief hoge en veilige zorg leveren
- Uitvoering van ondersteunende processen
- Personeel verantwoordelijk



Do fase - uitgewerkt

PDCA	Inhoud	Drive en ambitie	Besturingsniveau	IMWR
Do	Uitvoeren van het beleid, plannen, maatregelen en het leveren van verantwoorde zorg	De dingen goed doen	Operationeel - verrichten	Mobiliseren
Check	Beoordelen of doelstellingen zijn behaald	Doen we de goede dingen en doen we de dingen goed?	Tactisch - Lerend vermogen	Waarderen
Act	Evaluëren en bijstellen van beleid en K&VMS	De dingen beter doen	Strategisch - Lerend vermogen	Reflecteren
Plan	Beleid, doelstellingen, strategie, processen en organisatiestructuur	De goede dingen doen	Strategisch - richten Tactisch - inrichten	Inspireren

Directie en management stellen in de Plan fase - met inbreng van het personeel, patiënten en derden - doelen, geven opdrachten en faciliteren. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de hieronder genoemde onderdelen van de Do fase is verdeeld over directie, management, medisch en verpleegkundig professionals en / of ondersteunend personeel. Voor de uitvoering van visitaties en externe audits zijn externe instanties verantwoordelijk. De kliniek moet deze mogelijk maken en aantonen dat de bevindingen ter verbetering zijn opgepakt.

In de DO fase gaat het om:

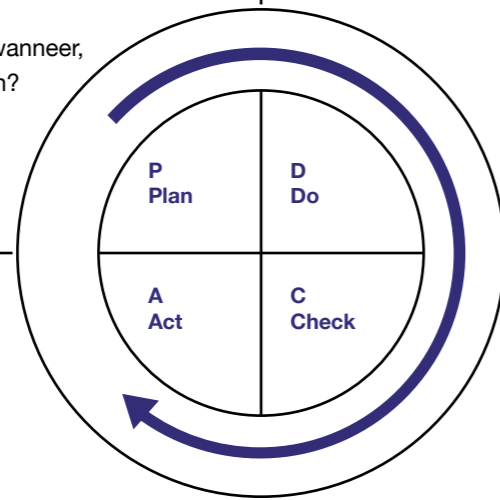
- Leiderschap met de nadruk op mobiliseren van professionals en ondersteunend personeel om de doelstellingen en plannen van de organisatie te realiseren.
 - Gebruik maken van de inspiratie, kwaliteiten en capaciteiten van medewerkers
 - Aanwenden en ontwikkelen van kwaliteiten en de capaciteiten van patiënten en partners in de keten.
- Beleidsuitvoering (-) (1)
- Kwalitatief goede en veilige zorg leveren
- Uitvoering van ondersteunende processen
- Prospectieve en retrospectieve risicoanalyses
 - PRA's (-) (27, 29, 30, 45)
 - VIM (19, 21) (36, 45)¹⁷
 - Beheren en hanteren van beheersmaatregelen (-) (32)
- Registreren
- Inwerken, training en opleiding professionals
- Beheer van medische apparatuur
- Documentatiebeheer (23, 24) (-)
- Management van derden (14) (20, 21)
- Interne audits
- Patiëntenparticipatie (17) (23, 25)
- Klachtenbehandeling (20) (24)
- Visitaties en externe audits (33)

In deze fase van de PDCA cyclus starten allerlei verbetercycli waarvan de uitkomsten voor de directie en het management input vormen voor de check fase. De kaders hiervoor worden vastgesteld door de directie. Denk bijvoorbeeld aan het analyseren van incidenten, een prospectieve risico analyse, een afhandeling van een klachten en het starten van een audit. Als voorbeeld wordt een risico analyse als aparte PDCA cyclus uitgewerkt.

¹⁷ ZKN heeft voor VIM en PRI drie VMS Handleidingen uitgebracht die uitleg geven over de wijze waarop VIM en PRI vorm kan worden gegeven en uitgevoerd (voor download bestand raadpleeg www.vmszkn.nl/kenniscentrum/toolbox).

Plan

- Uitvoeren van een risico analyse
 - Wat zijn de risico's in dit proces?
 - Waardoor worden de risico's veroorzaakt?
 - Wat zijn de (mogelijke) gevolgen?
 - Weging en prioritering
- Kiezen van maatregelen
 - Hoe voorkomen, elimineren of accepteren van risico?
 - Verbetermaatregel (wie, wat, wanneer, hoe, met welk doel) vaststellen?



Do

- Doorvoeren / uitvoeren van de verbetermaatregel(en)

Act

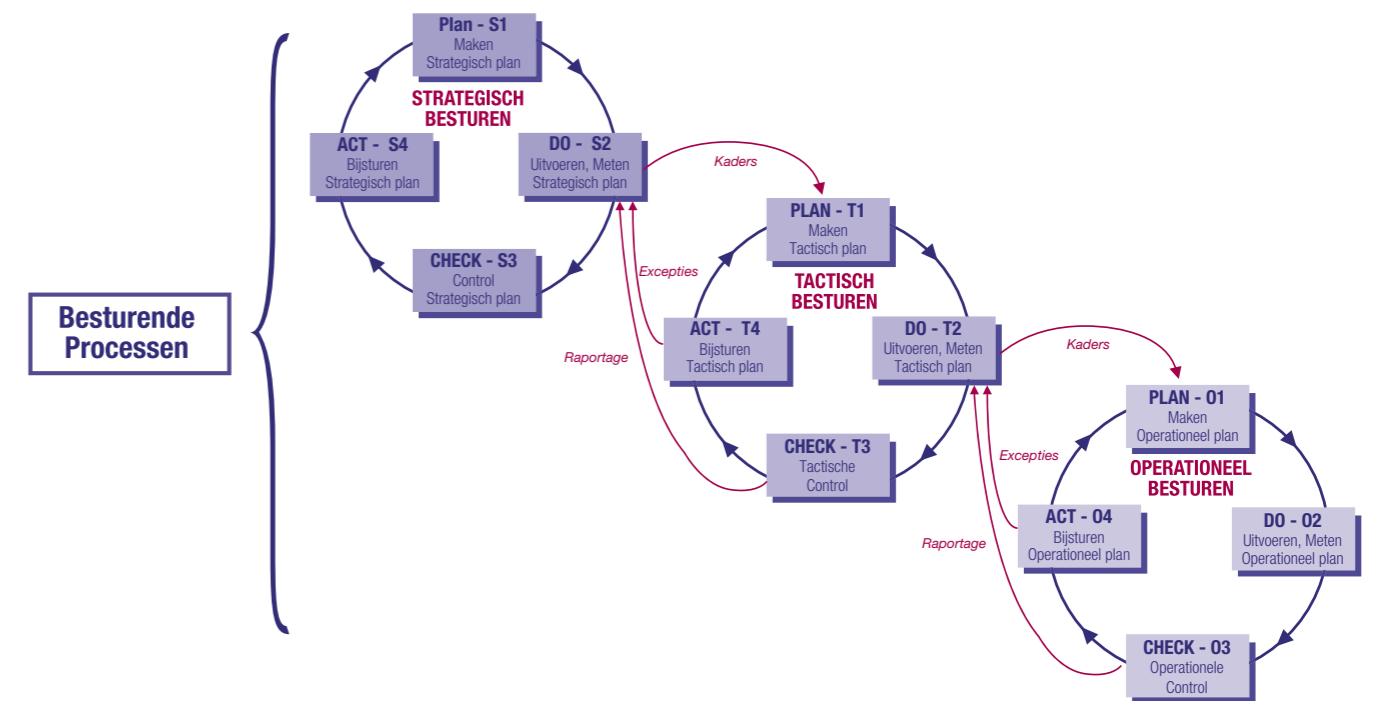
- Continueren, borgen of bijstellen van maatregelen

Check

- Volgen en evalueren van het effect van de doorgevoerde maatregel in relatie tot gestelde indicatoren / doelstellingen
- Beoogd resultaat bereikt?

Figuur 2: Prospectieve risico analyse uitgewerkt als PDCA cyclus

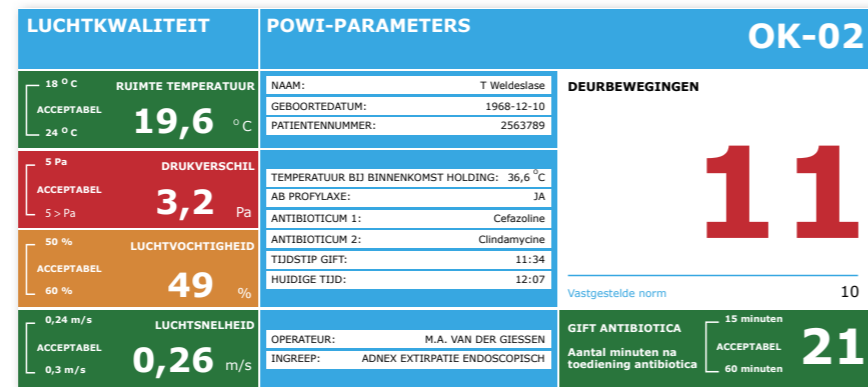
Op alle mogelijke niveaus tot en met elk afzonderlijk onderdeel van het K&VMS kan een PDCA cyclus worden toegepast. De verhouding van deze afzonderlijke verbetercycli met de PDCA directiecyclus wordt in onderstaande figuur geïllustreerd. In onderstaande figuur worden drie niveaus (strategisch, tactisch en operationeel) onderscheiden. De laatste cyclus is de aanzet tot allerlei afzonderlijke verbetercycli. De PRI hiervoor uiteengezet is hiervan een voorbeeld. In kleinere klinieken zullen de drie hieronder onderscheiden niveaus (strategisch, tactisch en operationeel) meer in elkaar schuiven.



Figuur 3: De PDCA cycli op verschillende niveaus (bron: www. 123management.nl)

Check - in het kort

- Leiderschap – nadruk op waarderen
- Bundelen, monitoren en beoordelen van behaalde resultaten en uitkomsten van de afzonderlijke verbetercycli, afgezet tegen de doelstellingen.
- Visualiseren van resultaten.



Check fase - uitgewerkt

PDCA	Inhoud	Drive en ambitie	Besturingsniveau	IMWR
Check	Beoordelen of doelstellingen zijn behaald	Doen we de goede dingen en doen we de dingen goed?	Tactisch - Lerend vermogen	Waarderen
Act	Evalueren en bijstellen van beleid en K&VMS	De dingen beter doen	Strategisch - Lerend vermogen	Reflecteren
Plan	Beleid, doelstellingen, strategie, processen en organisatiestructuur	De goede dingen doen	Strategisch - richten Tactisch - inrichten	Inspireren
Do	Uitvoeren van het beleid, plannen, maatregelen en het leveren van verantwoorde zorg	De dingen goed doen	Operationeel - verrichten	Mobiliseren

De directie beoordeelt in de Check fase of de in de Plan fase gestelde doelen zijn behaald en bespreekt dit met betrokkenen.

In de check fase gaat het om:

- Leiderschap dat in het teken staat van waarderen:
 - Wat is werkelijk van waarde in het licht van de missie en de visie? Dit wordt bepaald door directie en management in overleg met professionals,
 - Specialisten, patiënten en ketenpartners.
 - Waarderen betekent ook oog en respect hebben voor elkaars rol en bijdrage
 - Beantwoorden van behoeften van medewerkers aan erkenning voor inspanningen en resultaten

De directie bundelt en beoordeelt de behaalde resultaten afgezet tegen de doelstellingen (15) (11) en indicatoren met behulp van de uitkomsten uit de 'Do fase en de uitkomsten van:

- Meetgegevens over indicatoren (-) (2, 11)
- Complicatieregistratie (19) (34)
- Veilig incident Melden / MIP meldingen (-) (37)
- Prospectieve risico inventarisaties (-) (30)
- Klachtenregistratie (20) (24)
- Tevredenheidsonderzoeken (17) (-)
- Evaluatie resultaat opleidingen en trainingen (-) (15)
- Functioneringsgesprekken personeel inzake patiëntveiligheid en kwaliteit (-) (19)
- Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS)
- Interne audits
- Externe audits, toezicht bezoeken en controles door o.a. Kiwa, IGZ, Brandweer, visitaties beroepsgroepen (9, 10, 22) (33)
- Veiligheidsrondes
- Volgen externe ontwikkelingen en rapporten (bijvoorbeeld Het resultaat telt particuliere klinieken, Geen groei, kwaliteit stabiel, IGZ, 2010)
- Periodieke controle op naleving van verbetermaatregelen (-) (40)
- Monitoring van de processen, het bewaken van de door de IGZ gedefinieerde kwaliteitsindicatoren, de door de kliniek vooraf vastgesteld indicatoren om een juiste proces- en veiligheidsbewaking aan te tonen (16) (41, 43)

Act fase - in het kort

- Leiderschap – nadruk op reflecteren
- Aanpassing / bijstelling plannen en processen
- Formuleren verbeterpunten als (tussentijdse) aanpassing voor beleid
- Directiebeoordeling van het KMS en VMS



Act fase - uitgewerkt

PDCA	Inhoud	Drive en ambitie	Besturingsniveau	IMWR
Act	Evaluëren en bijstellen van beleid en K&VMS	De dingen beter doen	Strategisch - Lerend vermogen	Reflecteren
Plan	Beleid, doelstellingen, strategie, processen en organisatiestructuur	De goede dingen doen	Strategisch - richten Tactisch - inrichten	Inspireren
Do	Uitvoeren van het beleid, plannen, maatregelen en het leveren van verantwoorde zorg	De dingen goed doen	Operationeel - verrichten	Mobiliseren
Check	Beoordelen of doelstellingen zijn behaald	Doen we de goede dingen en doen we de dingen goed?	Tactisch - Lerend vermogen	Waarderen

De directie analyseert en evalueert de resultaten en stelt in overleg met het management en personeel het beleid, de plannen en de doelstellingen bij.

In de Act fase gaat het om:

- Leiderschap met de nadruk op reflecteren
 - Met elkaar de tijd nemen om terug te kijken op de resultaten die zijn behaald en de manier waarop dat is gebeurd.
 - Doel is leren door met elkaar te bespreken waar het nu eigenlijk om gaat, waar het goed gaat en waar de zorgen zitten.
 - Spiegelen met anderen / benchmark
 - Dit vereist een open en veilige cultuur waarin de directie en het management ook in gesprek gaan met de medewerkers.
- Leren en continu verbeteren (22) (41-48)
- Directiebeoordeling van het KMS en VMS (-) (12)
- Jaarverslag (3) (-)
- Aanpassing / bijstelling meerjarenbeleid en het K&VMS (-) (1, 11, 42, 44)
- Kwaliteit- en veiligheidsjaarplan met doelstellingen / indicatoren (15) (13, 45) als start van een volgende PDCA directiecyclus



Colofon

Goede zorg is veilige zorg. Omdat zelfstandige klinieken met het ZKN keurmerk de hoogste kwaliteit leveren, willen zij ook de veiligste zorg leveren. Daarom is vanaf 1 januari 2013 het beheersen van de veiligheid met een Veiligheidsmanagement-systeem (VMS) verplicht. De VMS eisen zijn onderdeel van het ZKN keurmerk. ZKN ondersteunt zelfstandige klinieken bij de opzet en invoering van het VMS door het ZKN Veiligheidsprogramma met steun van VWS.

VMS ZKN

Zelfstandige Klinieken Nederland

Hugo Meulblok

www.vmszkn.nl

vms@zkn.nl

+31 (0)70 - 317 79 80

augustus 2013

Grafische vormgeving

Marina Roos-Jansen