

## Hoofdstuk 5 MANAGEMENT VAN ZORGPROCESSEN

Kwaliteits-norm	Criterium	Score die het ASZ moet behalen	Score gegeven door NIAZ	Verklaring bij de score (waarom deze score)	Actiepunten
<b>Rubriek 511. Procesontwerp en -beschrijving</b>					
511.09	De instelling zorgt ervoor dat alle (zorg)processen getoetst zijn aan de kaders van het strategisch en zorginhoudelijk beleid van de instelling.	niet bepaald	3		
511.10	De instelling heeft de (zorg)processen zoveel mogelijk op uniforme wijze gestandaardiseerd en vastgelegd in procedures, protocollen en werkinstructies, waarbij prioriteit gegeven wordt aan de risicovolle processen.	3	3		
511.12	Er zijn naast standaardisatie zo nodig afspraken voor andere afstemmingsvormen (multidisciplinair overleg, instructie, supervisie, teamoverleg, afstemming e.d.) om de (zorg)processen verantwoord te doen verlopen.	3	3		
511.13	De instelling heeft voor belanghebbenden kenbare afspraken met betrekking tot de medisch-ethische kaders waarbinnen de zorg vorm en inhoud krijgt.	niet bepaald	3		
511.14	De instelling heeft een voor belanghebbenden kenbare regeling voor de omgang met en de informatievoorziening aan politie en justitie.	niet bepaald	3		
511.15	De instelling heeft bij (zorg)processen die de werkeenheden of de instelling overstijgen aandacht voor de aansluiting en afstemming.	niet bepaald	3		
<b>Rubriek 512. Procesontwerp: meting</b>					
512.09	De instelling voert een beleid waardoor de kwaliteit (doelmatig, effectief en patiëntgericht) en veiligheid van veel voorkomende (zorg)processen wordt gemeten en geregistreerd, zo mogelijk aan de hand van gevalideerde indicatoren(sets).	niet bepaald	3		
512.10	De registraties van metingen zijn zo opgezet dat deze voor betrokken werkeenheden/medewerkers herkenbaar zijn en stimuleren om de zorgprocessen te verbeteren door meting en registratie.	niet bepaald	3		

512.11	Elke medische discipline beschikt over een complicatieregistratie die gebaseerd is op de binnen de eigen beroepsgroep geldende richtlijnen en bespreekt de geregistreerde complicaties.	3	2	<u>Verbeterpunt:</u> borgen van het beleid rond complicatieregistratie en -besprekingen.	ja
512.12	Bij de implementatie van (zorg)processen die nieuw zijn of die wijzigen als gevolg van nieuwe technieken, materialen, instrumenten en apparatuur, worden de (geselecteerde) procesuitkomsten (tenminste gedurende enige tijd) op tevoren vastgestelde momenten gemeten en geregistreerd en vergeleken met vooraf gestelde doelen.	3	3		
512.14	De instelling heeft afspraken met betrekking tot "Vroege herkenning en behandeling van pijn" geïmplementeerd.	3	3		
512.15	De instelling heeft afspraken met betrekking tot "Optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen (ACS)" geïmplementeerd.	3	3		
<b>Rubriek 513. Procesontwerp: verbetering en vernieuwing</b>					
513.05	Voorafgaand aan het invoeren van een verandering van een (zorg)proces worden de betrokken zorgverleners deugdelijk geïnformeerd en zonedig bijgeschoold en getraind.	niet bepaald	3		
513.09	Alle professionele disciplines die in de dagelijkse praktijk een wezenlijke bijdrage leveren aan een (zorg)proces worden op interactieve wijze bij het verbeteren of vernieuwen daarvan betrokken.	niet bepaald	3		
<b>Rubriek 514. Risicomanagement: proactief</b>					
514.11	De instelling heeft de (zorg) processen zodanig ingericht en gestandaardiseerd dat de veiligheid van patiënten, medewerkers en bezoekers naar behoren is gewaarborgd. Hierbij wordt in het bijzonder aandacht gegeven aan die onderdelen van de zorgprocessen (o.a. perioperatief proces, minimaal invasieve chirurgie) die de zorginspectie als bijzonder risicovol heeft aangemerkt.	3	2	<u>Verbeterpunt:</u> uitvoeren en borgen van het beleid rond de safe surgery checklist.	ja
514.12	De instelling voert prospectieve risicoinventarisatie (PRI's) uit ter verbetering van de (zorg)processen en voorafgaand aan het invoeren van belangrijke technische, procedurele en organisatorische veranderingen of een verandering van een (zorg)proces.	3	2	<u>Verbeterpunt:</u> borgen en uitvoeren van prospectieve risico-inventarisaties ter verbetering van de (zorg)processen en voorafgaand aan het invoeren van belangrijke technische, procedurele	ja

				en organisatorische veranderingen of een verandering van een (zorg)proces.	
514.14	De instellingsleiding ziet erop toe dat de werkeenheden participeren in verplichte inspecties, visitaties en audits door andere instanties met specifieke expertise op de betreffende deelterreinen. De instellingsleiding ziet erop toe dat de gerapporteerde uitkomsten na screening tot verbeteracties (o.a. op het gebied van veiligheid van patiënten, medewerkers en bezoekers) leiden.	3	3		
514.15	De leidinggevendenden van (patiëntgebonden) werkeenheden zorgen periodiek voor check ups, mede inhoudende dat met de medewerkers in gesprek wordt gegaan, waarmee zicht wordt verkregen op veiligheidsaspecten en risico's in hun werkeenheden (veiligheidsrondes).	niet bepaald	3		
514.16	De instelling bevordert dat medewerkers zich bewust zijn van het risicovolle karakter van het eigen handelen en een actieve bijdrage leveren aan de (patiënt)veiligheid.	niet bepaald	3		
514.17	Patiënten en hun mantelzorgers worden geïnformeerd over de mogelijkheid en gestimuleerd om incidenten en onveilige situaties te melden en alert te zijn op veiligheidsaspecten van de zorg.	niet bepaald	3		
514.18	De werkeenheden worden schriftelijk en/of langs elektronische weg geïnformeerd over veranderingen die voor de kwaliteit en de voortgang van de (zorg)processen van belang kunnen zijn (middelenassortiment, geneesmiddelenassortiment, afdelingssluitingen, verhuizingen etc.) en passen de (zorg)processen zonodig hierop aan.	niet bepaald	3		
514.19	Er zijn afspraken dat op alle momenten (24/7) voldoende professionele deskundigheid en vaardigheid beschikbaar zijn om verantwoord vorm en inhoud te geven aan de (zorg)processen en er zijn afspraken dat een beroep kan worden gedaan op de behandelend, waarnemend of dienstdoend arts/specialist.	niet bepaald	3		
<b>Rubriek 515. Risicomanagement: reactief</b>					
515.11	De instelling gebruikt informatie uit interne audits, veiligheidsrondes en registratie van complicaties, incidenten, klachten en onderzoeken naar klantervaringen, in onderlinge samenhang, voor gerichte verbeteracties.	niet bepaald	3	Het auditteam geeft het ziekenhuis een <u>compliment</u> voor het gebruik en de ziekenhuisbrede toepassing van kwaliteitsborden met resultaten van metingen	

				en gerichte acties ter verbetering.	
515.12	De instelling heeft afspraken over het melden, registreren en (retrospectief) analyseren van incidenten en onveilige situaties. Het melden gebeurt in de directe werkomgeving van de melder en leidt zo nodig tot verbeteracties. De registratie biedt inzicht in structurele tekortkomingen in (de organisatie van) de (zorg)processen.	3	3		
515.15	De instelling heeft een beoordelingskader m.b.t. incidenten waarvoor een wettelijke meldingsplicht geldt aan de Zorginspectie.	niet bepaald	3		
<b>Rubriek 516. Patiëntgerichtheid: proactief</b>					
516.09	De instelling heeft een systeem waardoor de identiteit van een patiënt altijd en overal op betrouwbare wijze kan worden vastgesteld. De instelling heeft afspraken met betrekking tot "Verwisseling van en bij patiënten" geïmplementeerd.	3	3		
516.10	De instelling draagt er zorg voor dat de patiënt wordt geïnformeerd over welke arts/specialist (als hoofdbehandelaar) eindverantwoordelijk is voor het individuele zorgproces en welke zorgverlener voor de patiënt als eerste aanspreekpunt fungeert.	niet bepaald	3		
516.11	De informatievoorziening aan de patiënt over het voorgenomen onderzoek, zijn gezondheidstoestand en de voorgestelde behandeling gebeurt op een manier die hem in staat stelt zijn toestemming weloverwogen te verlenen of te weigeren (informed consent).	niet bepaald	3		
516.12	Als een andere zorgverlener dan de hoofdbehandelaar (een onderdeel van) de behandeling overneemt, wordt de patiënt hierover tijdig en duidelijk geïnformeerd en wordt hiervan melding gemaakt in het dossier.	niet bepaald	3		
516.13	Als er leerlingen, stagiaires en/of co-assistenten betrokken zijn bij de (zorg)processen, wordt de patiënt hierover tijdig en duidelijk geïnformeerd en om toestemming gevraagd.	niet bepaald	3		
516.14	De instelling heeft afspraken voor omgang en voorzieningen met betrekking tot de zorg voor kinderen en heeft afspraken met betrekking tot "Veilige zorg voor zieke kinderen" geïmplementeerd.	3	3	Het auditteam geeft het ASZ een <u>compliment</u> voor het zorgprogramma kinderen: de initiatieven van de werkgroep en de toepassing doorheen het hele ASZ.	

516.15	De instelling heeft een regeling voor omgang en voorzieningen met betrekking tot de zorg voor kwetsbare ouderen en heeft afspraken met betrekking tot "De kwetsbare oudere" geïmplementeerd (zorgprogramma Geriatrie).	3	3	Het auditteam vermeldt een <u>compliment</u> voor het dagziekenhuis geriatrie en de preoperatieve onderzoeken bij 75-plussers.	
516.16	De instelling hanteert een regeling voor omgang, voorzieningen en besluitvorming met betrekking tot de zorg voor wilsonbekwame patiënten.	niet bepaald	3		
516.17	De instelling heeft afspraken inzake behandelbeperking in een individueel (zorg)proces, de communicatie daarover met de direct betrokkenen en de vastlegging hiervan in het dossier van de betreffende patiënt.	3	3		
516.18	De instelling hanteert een regeling voor het toepassen van vrijheidsbeperkende beschermende middelen en/of maatregelen.	3	3		
516.19	De instelling hanteert een regeling voor het betrekken van patiënten bij medisch-wetenschappelijk onderzoek, die in ieder geval inhoudt dat de patiënt deugdelijk is geïnformeerd en met deelname expliciet heeft ingestemd.	3	3		
516.26	De instelling heeft afspraken met betrekking tot culturele en religieuze aspecten van de zorgverlening.	niet bepaald	3		
<b>Rubriek 517. Patiëntgerichtheid reactief</b>					
517.05	De instelling heeft afspraken voor klachtenbehandeling (B).	niet bepaald	3		
517.06	De instelling hanteert een regeling voor de klachtenbehandeling gericht op een formeel oordeel over de gegrondheid van de klacht (NL).	niet bepaald	3		
517.07	De instelling heeft afspraken om op tevoren vastgestelde momenten de wensen, verwachtingen en ervaringen van patiënten te onderzoeken (patiënttevredenheidsonderzoek).	3	3		
<b>Rubriek 518. Professionele coördinatie en continuïteit</b>					
518.13	Over de verdeling van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de verschillende professionele disciplines die bij dezelfde (zorg)processen zijn betrokken bestaan afspraken die met direct betrokkenen zijn gecommuniceerd.	niet bepaald	3		
518.15	De taakverdeling, de verantwoordelijkheidsverdeling en de werkafspraken tussen de arts-assistenten en superviserende artsen/specialisten zijn vastgelegd en met alle betrokken zorgverleners gecommuniceerd.	3	3		

518.16	De instelling heeft per patiënt een dossier zodat elke bevoegde betrokkene bij het betreffende (zorg)proces op elk moment kennis kan nemen van de relevante informatie.	3	3		
518.17	De instelling heeft afspraken voor informatieoverdracht tussen de medewerkers en werkeenheden die bij eenzelfde (zorg)proces zijn betrokken.	3	3		
518.18	Er zijn afspraken dat verwijzers en vervolgbehandelaars steeds tijdig, juist en volledig zijn geïnformeerd over relevante ontwikkelingen rond een individuele patiënt.	niet bepaald	3		
518.19	De instelling heeft afspraken dat (zorg)processen waarvoor de vereiste deskundigheid en/of benodigde vaardigheden ontbreken, met hulp van derden doorgang kunnen vinden.	niet bepaald	3		
518.20	De instelling heeft afspraken voor de prioritering van (zorg)processen in het geval van de personele en materiële middelen op enig moment tekortschieten.	niet bepaald	3		
<b>Rubriek 519. Zorg in bijzondere omstandigheden</b>					
519.05	De instelling heeft een regeling voor het reanimeren van patiënten met een adem- en circulatiestilstand. In deze regeling zijn ook bepalingen over de registratie opgenomen. De instelling heeft afspraken met betrekking tot "Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt" geïmplementeerd.	3	3		
519.06	De werkeenheden en medewerkers zijn bekend met de afspraken rond reanimatie en oefenen met regelmaat hun eigen aandeel daarin.	niet bepaald	3		
519.07	De instelling heeft afspraken in de vorm van een intern noodplan (B) voor de zorg voor de patiënten in geval van een interne calamiteit waaronder begrepen de uitval van kritieke voorzieningen.	3	3		
519.08	De werkeenheden zijn bekend met het intern noodplan en oefenen met regelmaat hun aandeel daarin, met name waar het ontruiming van gebouw(delen) en evacuatie van patiënten, medewerkers en bezoekers betreft.	niet bepaald	3		
519.09	De instellingsleiding ziet erop toe dat de (brand)veiligheidseisen onder alle omstandigheden worden nageleefd en stimuleert dat patiënten, medewerkers en bezoekers die onveilige situaties signaleren, hiervan direct melding maken.	3	2	Verbeterpunt: vrijwaren van de doorgangsmogelijkheden van nooduitgangen.	ja
519.11	De instelling participeert met een extern rampenopvangplan in de opvang en behandeling van slachtoffers van grootschalige calamiteiten in het verzorgingsgebied. De werkeenheden zijn bekend met en oefenen hun aandeel in het rampenopvangplan.	niet bepaald	3		