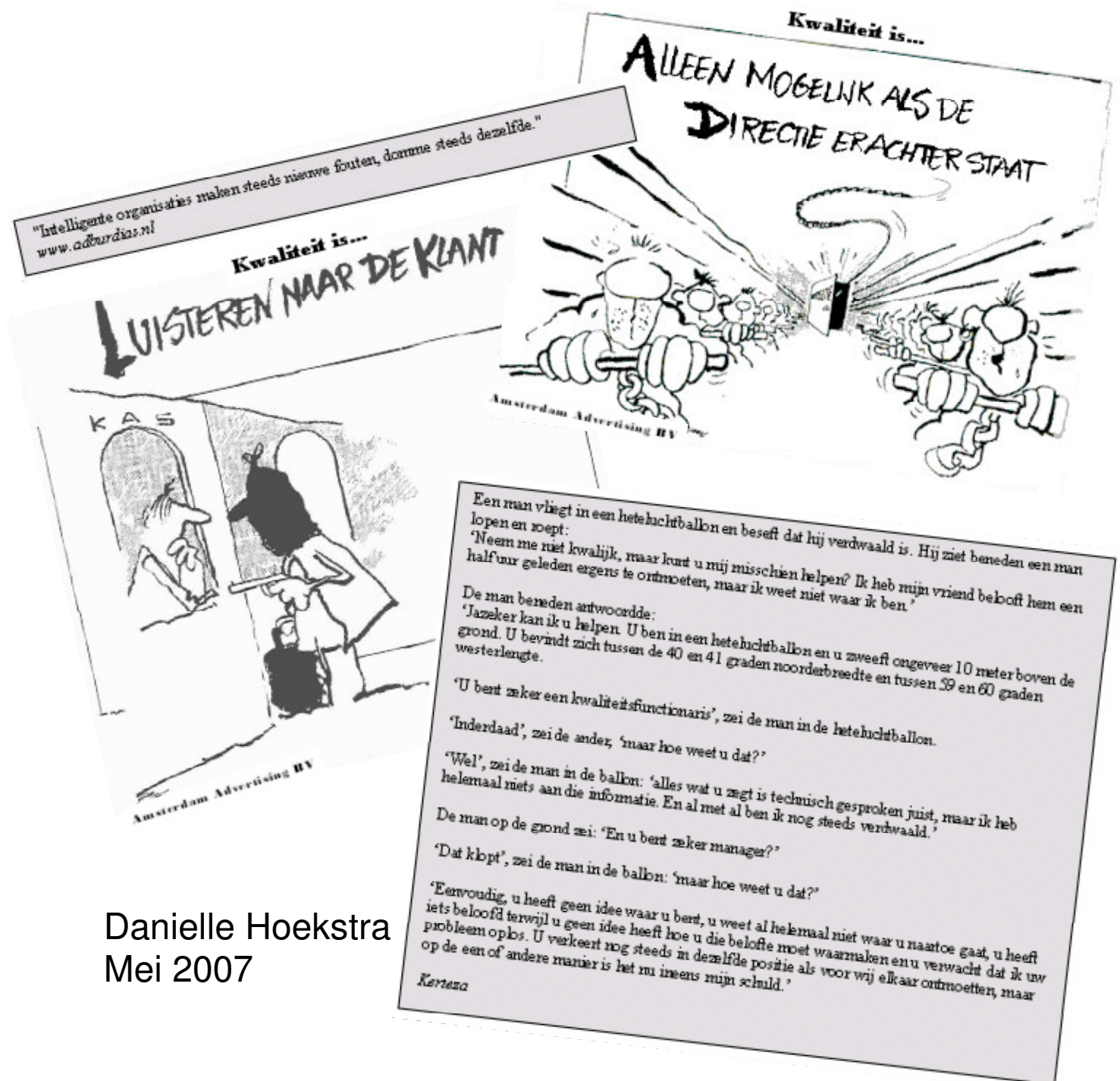


Zijn we er al bijna?!

Onderzoek naar de stappen die nog ondernomen moeten worden binnen de FD van Curium om te komen tot een NIAZ-accreditatie.



Danielle Hoekstra
Mei 2007

Zijn we er al bijna?!

Onderzoek naar de stappen die nog ondernomen moeten worden binnen de FD van Curium om te komen tot een NIAZ-accreditatie.

Danielle Hoekstra
20030344
Mei 2007

Haagse Hogeschool
Academie voor Facility Management
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag

Opdrachtgever: Curium
Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie
Endegeesterstraatweg 27
2342 AK Oegstgeest

Mentor: Mevr. C.L. van Baaren

Beoordelaar: Dhr. C.M. Genet

Medebeoordelaar: Dhr. A.D. Neervoort

Onderzoekperiode: Januari 2007 – Mei 2007

Auteursreferaat

Onderzoek naar wat er nog moet gebeuren binnen de Facilitaire Dienst van Curium om in aanmerking te komen voor een NIAZ-accreditatie. Onderzoeksvraag is op in hoeverre de Facilitaire Dienst van Curium voldoet aan de normen van het NIAZ en welke stappen nog ondernemen moeten worden om in het najaar van 2007 accreditatie bij het NIAZ aan te kunnen vragen. Achterliggende doelstelling is het **voldoen aan de wetgeving en het verbeteren van de bedrijfsvoering** van de Facilitaire Dienst van Curium. Belangrijkste conclusies zijn dat er vaak wel goed gewerkt wordt volgens de normen maar dit er weinig op papier staat, de **kwaliteit wordt niet geborgd en kan ook niet aangetoond worden**. **Daarnaast kan de manier waarop gewerkt wordt beter** en moet er **meer op de klant gericht** worden. De belangrijkste aanbevelingen die hieruit leiden zijn het opzetten van een **kwaliteitshandboek en afdelingsprotocolleboeken** en het **beheer** hiervan. Het aanbieden van **cursussen** aan de medewerkers, zoals HACCP-training, het werken met microvezel en een kwaliteitsmeetsysteem en een cursus veilig werken voor de Technische Dienst en het opzetten van een **klachtensysteem** voor de FD, een **producten- en dienstencatalogus** en een **klanttevredenheidsonderzoek**.

Indexreferaat

Facility Management, scriptie, geestelijke gezondheidszorg, Curium, Facilitaire Dienst, NIAZ, accreditatie, certificatie, kwaliteit, kwaliteitssysteem.

Managementsamenvatting

In opdracht van Curium is onderzoek gedaan naar in hoeverre de Facilitaire Dienst voldoet aan de normen van het NIAZ.

Om te voldoen aan de wetgeving en om de bedrijfsvoering te verbeteren heeft Curium besloten om in het najaar van 2007 een NIAZ-accreditatie aan te vragen. Voordat dit plaats kan vinden zal er eerst voor moeten worden gezorgd dat Curium voldoet aan de normen van het NIAZ.

De probleemstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

'In hoeverre voldoet de Facilitaire Dienst van Curium aan de normen van het NIAZ en welke stappen moeten nog ondernomen worden om in het najaar van 2007 accreditatie bij het NIAZ aan te kunnen vragen.'

Om een antwoord te kunnen geven op deze probleemstelling is er literatuuronderzoek gedaan en zijn er audits bij de afdelingen gehouden, door middel van documentenanalyse, het houden van interviews en het observeren van de werkzaamheden.

De afdelingen waar dit onderzoek gericht is zijn de Receptie en Bewaking, Voeding en Catering, Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening en de Technische Dienst.

De belangrijkste conclusies die voortkomen uit het onderzoek zijn:

- Er staat bij de FD weinig op papier. Alleen de Receptie en Bewaking beschikt over een protocollenboek;
- Bij de Voeding en de Catering wordt geen volledig HACCP-systeem gehanteerd en controles worden niet altijd uitgevoerd;
- Bij de Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening wordt er gewerkt met de microvezel methode, alleen hebben de medewerkers hier geen cursus voor gehad. De coördinator heeft daarnaast geen diploma voor het uitvoeren van een kwaliteitsmeetsysteem voor de schoonmaak en weet maar enkele punten te benoemen waar op gelet moet worden;
- Bij de Technische Dienst wordt niet altijd gebruik gemaakt van de aanwezige veiligheidsmaterialen en de afdeling beschikt niet over een registratie-/onderhoudssysteem, zodat het soms veel tijd kost om informatie te vinden;
- Voor de klanten van de FD is er geen klachtensysteem en ook is er geen producten en dienstencatalogus beschikbaar;
- De FD beschikt niet over een actief milieubeleid;
- Niet iedereen binnen Curium is even goed op de hoogte van zijn of haar rol in het BHV-plan en daarnaast is het BHV-plan niet up-to-date.

De belangrijkste aanbevelingen die volgen uit deze conclusies zijn:

- De FD zal een kwaliteitshandboek en afdelingsprotocollenboek op moeten zetten;
- Voor deze documenten moeten werknemers verantwoordelijk gesteld worden die zorgen voor het beheer en onderhoud;
- Er zal meer klantgericht gewerkt moeten worden, door middel van een producten- en dienstencatalogus, een klachtensysteem voor de FD en een tevredenheidsonderzoek onder de klanten;
- Het opleidingsplan moet bijgewerkt worden met een cursus microvezel, een cursus kwaliteitsmeetsysteem en een cursus veilig werken;
- Het HACCP-plan moet verder uitgewerkt worden om te voldoen aan de HACCP-principes;
- Er moet een milieubeleid worden geschreven;
- Het BHV-plan moet geüpdate worden en er moet een continuïteitsplan opgezet worden.
- Het management moet weerstand onder de medewerkers voorkomen door het creëren van draagvlak.

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven naar aanleiding van de afstudeeropdracht van de opleiding Facility Management aan de Haagse Hogeschool.

De stage heeft plaatsgevonden bij de Facilitaire Dienst van Curium. Dit rapport is het resultaat van het onderzoek dat ik de afgelopen maanden heb uitgevoerd bij Curium.

Voor de totstandkoming van deze scriptie wil ik een aantal mensen bedanken.

Allereerst wil ik het hoofd van de Facilitaire Dienst, Charlotte van Baaren, bedanken voor het aanbieden van een leuke en vooral leerzame afstudeeropdracht en voor de begeleiding tijdens de uitvoering.

Daarnaast wil ik alle medewerkers van Curium, en in het bijzonder de Facilitaire Dienst, bedanken voor hun medewerking en ondersteuning voor de tot stand koming van deze scriptie.

Tevens wil ik mijn docentbegeleider, Cees Genet, en tweede beoordelaar, Lex Neervoort, bedanken voor het beantwoorden van mijn vragen en het geven van feedback en adviezen met betrekking tot mijn onderzoek.

Danielle Hoekstra
21 mei 2007, Oegstgeest

Inhoudsopgave

Inleiding	1
1. Onderzoeksverantwoording	2
1.1 Onderzoekskader	2
1.1.1 Relevantie	2
1.1.2 Doelstellingen	2
1.1.3 Randvoorwaarden	2
1.1.4 Afbakening	3
1.2 Probleemstelling en subprobleemstellingen	3
1.3 Methoden van onderzoek	3
1.3.1 Theoretisch onderzoek	3
1.3.2 Empirisch onderzoek	4
1.4 Samenvatting	5
2. Organisatiebeschrijving	6
2.1 Geschiedenis	6
2.2 De organisatie	6
2.3 Doelstellingen	7
2.4 De Facilitaire Dienst	8
2.4.1 De afdelingen	8
2.4.2 Missie en visie	9
2.4.3 Doelgroepen	10
2.5 Financiering	10
2.6 Kwaliteit	10
2.7 Samenvatting	11
3. Branchebeschrijving	12
3.1 De sector jeugdzorg	12
3.2 Landelijk en provinciaal beleid	12
3.3 Algemene ontwikkelingen op FD-gebied	13
3.4 Samenvatting	15
4. Kwaliteit	16
4.1 Begrippen	16
4.1.1 Kwaliteit	16
4.1.2 Kwaliteitssysteem	17
4.1.3 Kwaliteitsborging	18
4.1.4 Certificatie en accreditatie	19
4.2 Historische ontwikkelingen	19
4.3 De keuze voor een kwaliteitscertificaat	20
4.4 Kwaliteitscertificaten	21
4.4.1 NEN-EN-ISO 9001:2000	21
4.4.2 HKZ keurmerk	21
4.4.3 INK	21
4.4.4 Gouden, zilveren en bronzen keurmerk	22
4.4.5 NIAZ-accreditatie	22
4.5 Samenvatting	22
5. NIAZ	23
5.1 Het instituut	23
5.2 Normen	23
5.3 Sterke en zwakke punten van het NIAZ	24
5.4 De keuze voor de NIAZ-accreditatie	25
5.5 Samenvatting	26
6. Onderzoeksresultaten	27

6.1 Receptie en Bewaking	27
6.1.1 Documentanalyse	27
6.1.2 Interview / observatie	27
6.2 Voeding en Catering	27
6.2.1 Documentanalyse	28
6.2.2 Interview / observatie	28
6.3 Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening	28
6.3.1 Documentanalyse	29
6.3.2 Interview / observatie	29
6.4 Technische Dienst	29
6.4.1 Documentanalyse	29
6.4.2 Interview / observatie	30
6.5 FD breed	30
6.6 Curiumbreed	31
6.7 Vergelijking LUMC	32
6.8 Vergelijking Delta	34
6.9 Samenvatting	34
7. Advies en implementatie	36
7.1 Verbeterpunten	36
7.1.1 Kwaliteitsdocumenten	36
7.1.2 Beheer	38
7.1.3 Klantgericht werken	39
7.1.4 Opleidingsplan (KZ. Norm 3.8 / AFD. Norm 4.1)	41
7.1.5 Registratie-/onderhoudssysteem	42
7.1.6 HACCP	42
7.1.7 Milieu	43
7.1.8 BHV	43
7.2 Weerstand en het creëren van draagvlak	43
7.3 Plan van aanpak	44
7.4 Samenvatting	45
8. Bedrijfskundige consequenties	47
8.1 Personele consequenties	47
8.2 Organisatorische consequenties	47
8.3 Financiële consequenties	47
8.3.1 Kosten	47
8.3.2 Baten	48
8.4 Samenvatting	48
Conclusies en aanbevelingen	49
Literatuuropgave	51
Afkorting	53

Inleiding

Steeds meer zorginstellingen laten hun kwaliteitssysteem certificeren. Het aantal uitgegeven certificaten door de daartoe bevoegde instellingen is het afgelopen jaar flink gestegen. Curium heeft er ook voor gekozen om zich te laten certificeren. Zij hoopt hiermee de bedrijfsvoering te verbeteren en wil tevens voldoen aan de wetgeving. De Kwaliteitswet zorginstellingen eist namelijk dat alle zorginstellingen over een kwaliteitscertificaat beschikken.

De probleemstelling die hieruit voort komt luidt als volgt:

'In hoeverre voldoet de Facilitaire Dienst van Curium aan de normen van het NIAZ en welke stappen moeten nog ondernomen worden om in het najaar van 2007 accreditatie bij het NIAZ aan te kunnen vragen.'

Dit onderzoek wordt dus alleen gedaan voor de Facilitaire Dienst van Curium en richt zich op de normen van het Nederlands Instituut voor de Accreditatie van Ziekenhuizen.

In hoofdstuk een wordt er dieper ingegaan op het onderzoekskader en de onderzoeksmethoden. Vervolgens wordt in hoofdstuk twee een organisatiebeschrijving gegeven om een beeld te vormen van het kader waarin dit onderzoek plaatsvindt. Daarna wordt er ingegaan op de branche waarbinnen Curium zich bevindt en op het kwaliteitsbeleid wat geldt binnen deze branche. Hoofdstuk 3 wordt afgesloten met de algemene ontwikkelingen op het gebied van de facilitaire dienstverlening. Aan de hand hiervan kan het advies in een breder kader geplaatst worden.

In hoofdstuk vier wordt er een uitleg gegeven van de vaak voorkomende begrippen binnen kwaliteitszorg, er wordt een beeld gegeven van de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit, waarom Curium heeft gekozen voor kwaliteitscertificaat en welke kwaliteitscertificaten Curium aan kan vragen. Curium heeft gekozen voor de NIAZ-accreditatie. Daarom wordt in hoofdstuk 5 een toelichting gegeven op het instituut, de normen die het NIAZ hanteert, de sterke en zwakke punten en waarom Curium heeft gekozen voor een NIAZ accreditatie.

In hoofdstuk 6 zijn vervolgens de resultaten uit het onderzoek weergegeven en naar aanleiding van het theoretisch kader en de onderzoeksresultaten is in hoofdstuk 7 een advies gegeven en een plan van aanpak om dit advies in te voeren.

In hoofdstuk 8 wordt tenslotte een beeld gevormd van de organisatorische consequenties gevolgd door een conclusie en de aanbevelingen.

1. Onderzoeksverantwoording

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksverantwoording beschreven. Dit wordt gedaan door middel van het weergeven van het onderzoekskader, de probleemstelling en de daarbij behorende subprobleemstellingen en de onderzoeksmethoden die gebruikt zijn om antwoord te kunnen geven op deze probleemstellingen.

1.1 Onderzoekskader

In het onderzoekskader wordt kort het onderzoek toegelicht. Er wordt ingegaan op de vraag of het onderzoek wel relevant is, met welke doelstelling dit onderzoek wordt gedaan, wat de randvoorwaarden zijn bij het uitvoeren van het onderzoek en wat er wel en niet gerekend wordt tot dit onderzoek.

1.1.1 Relevantie¹

Steeds meer zorginstellingen laten hun kwaliteitssysteem certificeren. Het aantal uitgegeven certificaten door de daartoe bevoegde instellingen is het afgelopen jaar flink gestegen. Hier zijn een aantal verklaringen voor. Veel brancheorganisaties stellen eisen aan hun leden, men kan lid worden of blijven als aan de eisen wordt voldaan. Daarnaast stellen steeds meer zorgverzekeraars een kwaliteitscertificaat als voorwaarde voor het aangaan van contracten met aanbieders van de zorg. Vanuit de overheid wordt steeds strenger gecontroleerd op de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen. In deze wet wordt aangegeven dat elke zorginstelling een kwaliteitssysteem op dient te stellen. Tevens een belangrijk punt is dat steeds meer organisaties zich willen professionaliseren door middel van een certificatie op hun kwaliteitssysteem.

Om op andere organisaties voor te blijven en bestaansrecht te creëren in de nieuwe situatie van de vrije markt en daarnaast in het voldoen aan de wetgeving kan een gecertificeerd kwaliteitssysteem een goede bijdrage leveren.

1.1.2 Doelstellingen

De doelstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

'Het uitbrengen van een advies en een plan van aanpak voor de stappen die nog ondernomen moeten worden binnen de Facilitaire Dienst van Curium om in het najaar van 2007 accreditatie bij het NIAZ aan te kunnen vragen, met een succesvol resultaat.'

Daarnaast wordt de NIAZ-accreditatie aangevraagd met als doel:

'Het verbeteren van de bedrijfsvoering van Curium en, met betrekking tot dit onderzoek, de Facilitaire Dienst'.

1.1.3 Randvoorwaarden

In het najaar van 2007 wil Curium accreditatie aanvragen. De eerste interne audit van de Facilitaire Dienst staat gepland voor september 2007. Voor deze interne audit moet zoveel mogelijk het advies en het plan van aanpak, welke leidt uit dit onderzoek, geïmplementeerd zijn. De deadline voor het invoeren van het gehele plan van aanpak is gesteld op november 2007.

De accreditatie zal aangevraagd worden voor heel Curium. Dit onderzoek wordt echter alleen gericht op de FD. Alhoewel Curium beschikt over locaties in Oegstgeest, als wel in Gouda, heeft de opdrachtgever aangegeven dit onderzoek alleen te doen voor de FD in Oegstgeest. De FD in Gouda is vergelijkbaar met de FD in Oegstgeest, alleen is deze

¹ <http://www.zbc.nu/main.asp?ChapterID=2780>

kleiner. Daarnaast wordt de FD centraal aangestuurd. De uitkomsten van dit onderzoek zullen daarom ook voor een groot gedeelte van toepassing zijn op de locatie in Gouda. Om de doelstellingen binnen deze randvoorwaarden te behalen is rekening gehouden met financiële middelen op orde van grootte van de tot op heden gerealiseerde besparingen. Dit komt neer op ongeveer 10% van de materiële onderhoudskosten van de totale FD, €100.000,-. In de begroting is daarvoor op diverse onderdelen budgettaire ruimte voor vernieuwing / verbetering in het kader van kwaliteitszorg meegenomen. Mogelijk voorbeelden hiervan zijn een HACCP-training en de opzet van een meerjarenonderhoudsplan.

1.1.4 Afbakening

Door de kwaliteitscommissie van Curium is besloten dat er Curium NIAZ-geaccrediteerd moet worden. Hoewel Curium een instellingsbrede accreditatie bij het NIAZ aan wil vragen zal dit onderzoek alleen gericht zijn op de FD van Curium. De algemene Kwaliteitsnorm Zorginstellingen van het NIAZ zal zoveel mogelijk toegespitst worden op de FD en daarnaast wordt de FD beoordeeld aan de hand van de afdelingsnormen die het NIAZ hanteert. Het gaat om de Kwaliteitsborgingsnorm Civiele dienst, de Kwaliteitsborgingsnorm Voedingsdienst en de Kwaliteitsborgingsnorm Technische zaken.

1.2 Probleemstelling en subprobleemstellingen

In dit verslag wordt antwoord gegeven op de volgende probleemstelling:

'In hoeverre voldoet de Facilitaire Dienst van Curium aan de normen van het NIAZ en welke stappen moeten nog ondernomen worden om in het najaar van 2007 accreditatie bij het NIAZ aan te kunnen vragen.'

Om een antwoord te kunnen geven op de probleemstelling zijn er een aantal subprobleemstellingen opgesteld:

1. Wat is Curium en hoe is de Facilitaire Dienst van Curium georganiseerd?
2. Wat omhelst de sector Jeugdzorg (jeugd-ggz) en wat zijn de kwaliteitseisen daarin?
3. Wat is kwaliteitszorg, welke vormen van kwaliteitsborging zijn er voor de zorgsector?
4. Wat houdt het NIAZ in, wat zijn de sterke en zwakke punten van het NIAZ?
5. Waarom kiest Curium voor een NIAZ-accreditatie?
6. Wat is de stand van zaken voor wat betreft kwaliteitszorg binnen Curium?
7. Hoe hebben de voorlopende afdelingen binnen Curium het eigen functioneren t.o.v. het NIAZ onderzocht, hoe gebeurt dit binnen het Leids Universitair Medisch Centrum en (eventueel) hoe is het NIAZ in andere vergelijkende organisaties geïmplementeerd?
8. Hoe moet het onderzoek, naar in hoeverre de Facilitaire Dienst voldoet aan de normen van het NIAZ, plaatsvinden?
9. In hoeverre voldoen de facilitaire afdelingen aan de normen van het NIAZ en wat moet er nog gebeuren?
10. Hoe moeten de nog te ondernemen stappen gerealiseerd worden en wat zijn de bedrijfskundige consequenties hiervan?

1.3 Methoden van onderzoek

Bij dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Bij de keuze van methoden en technieken voor het onderzoek is een onderscheid gemaakt in theoretisch en empirisch onderzoek.

1.3.1 Theoretisch onderzoek

In dit onderzoek is gekozen voor literatuuronderzoek. Het literatuuronderzoek vormt de basis voor het onderzoek.

Met het literatuuronderzoek is informatie verkregen over Curium, de FD en de branche, een omschrijving van kwaliteitszorg en de veel voorkomende begrippen, de kwaliteitssystemen die er zijn binnen de gezondheidszorg, specifiek de NIAZ-accreditatie en hoe de NIAZ normen gebruikt moet worden.

1.3.2 Empirisch onderzoek

Participerende observatie

Wanneer we het hebben over participerende observatie in het kader van dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van audits, documentenanalyse en open interviews – het halfgestructureerde interview. Deze methoden zullen gebruikt worden voor en tijdens het meelopen en meewerken met de afdelingen.

De resultaten vanuit de participerende observatie worden vergeleken met andere zorginstellingen.

Audits

*'Het begrip audit is afkomstig van het Latijn en betekent 'hij hoort'. In de kern gaat het om een doorlichting van een product, proces of organisatie via interviews, het beoordelen van documenten en/of het testen van producten. Het gaat bij een audit om een systematisch en relatief onafhankelijk onderzoek, waarin de feitelijke situatie van een product, proces of organisatie vergeleken wordt met de eraan gestelde eisen. Verder wordt in een audit beoordeeld of de wijze waarop het werk wordt uitgevoerd leidt tot het realiseren van geformuleerde doelstellingen.'*²

*'In een audit worden procedures, werkinstructies en functiebeschrijvingen van de organisatie onderzocht en beoordeeld. Het gaat niet om de papieren stukken op zich, maar er wordt vooral gekeken of er overeenkomstig de afspraken wordt gewerkt. Als de werkwijze ergens niet klopt, biedt dat een mogelijkheid voor verandering of verbetering.'*³

In het kader van dit onderzoek heb ik een audit gehouden op de facilitaire afdelingen met als doel te kijken of de processen, producten en organisatie van de afdeling wel voldoen aan de NIAZ-normen en of de wijze van uitvoering van het werk wel leidt tot de geformuleerde doelstellingen.

De audits zijn uitgevoerd in één week per afdeling. In die week zijn eerst de bestaande documenten doorgelicht. Vervolgens is er door mij een dag meegelopen met de afdeling, waarbij de documenten vergeleken zijn met hoe er in de praktijk te werk wordt gegaan en waarbij interviews afgenomen zijn met de werknemers van de desbetreffende afdeling. De laatste dag(en) zijn de resultaten geanalyseerd. Deze resultaten zijn teruggekoppeld naar de afdeling voor eventuele feedback.

Er is gekozen voor het houden van een audit omdat de audits in deze vorm ook toegepast worden door de interne auditoren van Curium en de externe auditoren van het NIAZ.

Doordat er door dezelfde bril wordt gekeken als die van de auditoren wordt met dit onderzoek een zo realistisch mogelijk beeld verkregen van de stand van zaken van de afdelingen met betrekking tot de NIAZ-normen, zoals de auditoren dit zouden zien.

Om de audits zo realistisch mogelijk te houden heb ik meegelopen met de eerste interne audit die is georganiseerd door Curium. Zo is een beeld gecreëerd van de manier waarop gewerkt wordt en de manier waarop informatie wordt verkregen.

² Bij, H. van der, e.a.: *Kwaliteitsmanagement in beweging*. 2^e druk. Deventer: Kluwer, 2004. ISBN 90 14 08089 1. Blz. 244.

³ Jeanson, M. en Oosterhuis, B.: *Auditing omdat het werkt*. 2^e druk. Deventer: Kluwer, 2001. ISBN 90 14 07671 1.

Documentenanalyse

Tijdens de audit is er een documentenanalyse gehouden van de documenten die gemaakt zijn door en voor de afdeling. Het gaat hier om protocollen, werkinstructies, afspraken en dergelijke. De documenten zijn vooraf opgevraagd bij de coördinatoren van de afdelingen en zijn vervolgens tijdens de audit getoetst aan de praktijk.

Open interviews – het halgestructureerde interview

Er zijn oriënterende interviews (bijlage 1) gehouden om algemene informatie te krijgen over de facilitaire afdelingen en daarnaast is er gebruik gemaakt van interviews om tijdens de audits meer informatie te verkrijgen over de stand van zaken van de facilitaire diensten met betrekking tot de NIAZ-normen. Het verslag van de interviews die tijdens de audit zijn gehouden is teruggekoppeld naar de afdelingen om te voorkomen dat er verkeerde informatie wordt gebruikt om conclusies uit te trekken.

Vergelijking resultaten

De resultaten van de participerende observatie zullen worden vergeleken met het LUMC en Delta Psychiatrisch Centrum. Deze laatste instelling was tot voor kort de enige GGZ instelling die beschikte over een deelaccreditatie (accreditatie voor een individuele afdeling) van het NIAZ. In december 2006 is het RIAGG Midden-Limburg ook NIAZ-geaccrediteerd. Het RIAGG Midden-Limburg beschikt over een instellingsbrede accreditatie.

1.4 Samenvatting

Het aantal uitgegeven certificaten in de zorg is gestegen. Steeds meer organisaties zien het belang in van een goed functionerend kwaliteitssysteem. Curium volgt deze organisaties door het, in het najaar van 2007, aanvragen van een accreditatie bij het NIAZ. Curium hoopt door het invoeren van een kwaliteitssysteem de bedrijfsvoering te verbeteren.

Dit onderzoek richt zich alleen op de Facilitaire Dienst van Curium. De interne audit van de FD staat gepland voor september 2007. Voor deze audit moet zoveel mogelijk het advies en het plan van aanpak, welke leidt uit dit onderzoek, geïmplementeerd zijn. De deadline voor de invoering van het advies staat gesteld op november 2007.

De probleemstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

'In hoeverre voldoet de Facilitaire Dienst van Curium aan de normen van het NIAZ en welke stappen moeten nog ondernomen worden om in het najaar van 2007 accreditatie bij het NIAZ aan te kunnen vragen.'

Naar aanleiding van deze probleemstelling zijn een aantal subprobleemstellingen opgesteld die zullen helpen bij de beantwoording van de probleemstelling. Deze subprobleemstellingen worden in dit verslag stuk voor stuk behandeld.

Om tot een adviesplan en een plan van aanpak te komen is de probleemstelling behandeld aan de hand van verschillende onderzoeksmethodes. Er is onderscheid gemaakt in theoretisch en empirisch onderzoek. Het theoretische onderzoek bestaat uit de uitvoering van literatuuronderzoek. Bij het empirisch onderzoek is er gebruik gemaakt van participerende observatie, wat aangeeft dat er verschillende dataverzamelmethodes gebruikt zullen worden. In dit onderzoek spreken we dan over audits, documentenanalyse en open interviews. De resultaten hiervan worden vergeleken met andere zorginstellingen, namelijk het LUMC en Delta Psychiatrisch Centrum. Beide instellingen beschikken over een NIAZ-accreditatie, waarvan Delta tot voor kort de eerste GGZ instelling was met een NIAZ-accreditatie.

2. Organisatiebeschrijving

In dit hoofdstuk wordt de huidige situatie van Curium beschreven. Er wordt in gegaan op het ontstaan van Curium, de organisatie, de FD en kwaliteit binnen Curium.

2.1 Geschiedenis⁴

Dr. D. Arn. van Krevelen nam in 1949 het initiatief tot oprichting van een kinderpsychiatrische kliniek, met de aankoop van Huize Curium in Oegstgeest. Het duurde echter nog tot 1955 voor de kliniek kon worden geopend. Vooral omdat het moeilijk bleek te zijn om de benodigde gelden bijeen te brengen.

De naam Curium is geen verwijzing naar het Latijnse woord 'curare', genezen. Het is de naam van de villa in Oegstgeest die Dr. Van Krevelen aankocht, Huize Curium.

In 1972 kreeg Curium een nieuwe directeur. Met de komst van deze directeur, Dr. J. Weinberg, veranderde er nogal wat binnen de organisatie. Ten eerste werd Curium omgedoopt van 'Paedologisch Kliniek' tot 'Kinderpsychiatrisch Centrum'. Ten tweede werd een nieuwbouwcomplex gerealiseerd, waar Van Krevelen de grondslag voor had gelegd. Op 11 april 1978 werd de kliniek officieel geopend door koningin Juliana.

In 1982 werd de samenwerking met de universiteit van Leiden verstevigd en werd Curium een academisch kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum. De universiteit stelde personeel beschikbaar voor academische taken, zoals onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. In het kader daarvan werd in 1983 Dr. Ph.D.A. Treffers benoemd in een dubbelfunctie van hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie en directeur van Curium. Een van zijn eerste activiteiten betrof de ontwikkeling van een polikliniek. In 1986 werd het stafgebouw uitgebreid met een nieuwe verdieping en werd de polikliniek geopend.

Curium is inmiddels uitgegroeid tot een instelling met een breed scala aan doelgroepen en behandelingen.

In 1999 werd de bestuurlijke integratie met het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) een feit: de Raad van Bestuur van het LUMC vormt het bestuur van de Stichting Curium. Sindsdien raakt Curium in toenemende mate verweven met het LUMC, op het gebied van patiëntenzorg, automatisering en facilitaire diensten, onderwijs en onderzoek.

Voor meer informatie over de relatie tussen het LUMC en Curium wordt verwezen naar bijlage 2.

Na de voltooiing van de nieuwbouw beschikt Curium over 77 bedden voor klinische behandeling en 36 stoelen voor dagbehandeling. Daarnaast worden ongeveer 400 kinderen en jongeren per jaar poliklinisch behandeld.

2.2 De organisatie⁵

Curium is gevestigd in Oegstgeest en Gouda. Dit verslag heeft alleen betrekking op Oegstgeest. Op de plattegrond van bijlage 3 staan alle panden die horen bij Curium Oegstgeest.

Binnen het verzorgingsgebied Zuid-Holland-Noord en Midden-Holland behandelt Curium kinderen (tot 12 jaar) en jeugdigen (van 12 tot 18 jaar, met een uitloop tot 23 jaar bij polikliniek De Vlier) met een psychiatrische stoornis. Curium biedt mogelijkheden tot klinische, dagklinische of poliklinische diagnostiek en behandeling. Tevens heeft Curium een bovenregionale afdeling voor kinderen met een autistische stoornis en een landelijke

⁴ Makkinga, B. e.a.: 50 jaar kinderen van Curium (1955-2005). FREEM, 2005. *Inleg DVD*.

⁵ www.curium.nl

afdeling voor auditief gehandicapte kinderen en jeugdigen met een psychiatrische stoornis.

Curium heeft een lijn-staf organisatiestructuur (bijlage 4). Iedere medewerker heeft één directe manager en de manager heeft een bepaald aantal medewerkers. Binnen deze lijnorganisatie is op een hoger niveau een gespecialiseerde staf, die wel op hoger niveau mee discussieert, maar geen beslissingsbevoegdheid heeft.⁶

Het Bestuur van Curium bestaat uit de Raad van Bestuur van het LUMC. Het Bestuur wordt ondersteund door de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad, die beide een staffunctie hebben. Direct onder het Bestuur valt de Directie. De Directie bestaat uit een Algemeen Directeur en een Directeur Bedrijfsvoering. Zo wordt ervoor gezorgd dat het primaire proces in Curium niet de overhand krijgt. Naast de Directie van Curium staat de Staf en de Afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het LUMC. Direct onder de Directie staan drie clusters:

Cluster 1 - Klinische en dagklinische afdelingen

Cluster 2 - Poliklinische zorg en dagbehandeling

Cluster 3 - Auditief gehandicapten

Tevens vallen de Economische Administratieve Dienst en de Facilitaire Dienst onder de Directie. Verdeeld over deze afdelingen en clusters werken ongeveer 355 mensen, voor het totale personeelsbestand van Curium wordt verwezen naar bijlage 4.

2.3 Doelstellingen⁷

De stichting Curium heeft als doel curatieve en preventieve hulp te verlenen op het terrein van geestelijke gezondheidszorg. In het bijzonder verzorgt Curium de diagnostiek, verpleging en behandeling van kinderen en jeugdigen van wie de emotionele, cognitieve en/of sociale ontwikkeling is vastgelopen of ernstig wordt bedreigd.

De meest voorkomende problemen die in Curium worden behandeld zijn angststoornissen, depressieve stoornissen, ADHD, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, autismestoornissen, eetstoornissen (waaronder anorexia nervosa), psychotische stoornissen en stoornissen in de ontwikkeling van de persoonlijkheid.

De kerntaken van Curium zijn:

Patiëntenzorg - Curium verzorgt de diagnostiek en behandeling van kinderen en jeugdigen met psychiatrische problemen;

Opleiding van assistenten - In Curium worden assistenten geneeskunde opgeleid tot kinder- en jeugdpsychiater, waarbij het mogelijk is om een stage bij Curium te lopen. Het gaat hier om interne opleidingen;

Wetenschappelijk onderzoek - Er vindt binnen Curium wetenschappelijk onderzoek plaats, in relatie met de geboden zorg. Het is mogelijk dat ouders en kinderen gevraagd wordt om deel te nemen aan een onderzoeksproject. Er wordt in Curium uitsluitend onderzoek verricht na toestemming van de Commissie Medische Ethiek van het LUMC. Onder andere wordt op de polikliniek het effect van de behandeling van ernstige angstproblemen van kinderen en jeugdigen onderzocht;

Onderwijs - De medewerkers van Curium en het LUMC geven onderwijs aan de studenten geneeskunde van de Universiteit Leiden, zowel in de doctoraalfase, als in de co-assistentenfase: in Curium zijn permanent co-assistenten in opleiding. Daarnaast wordt onderwijs gegeven aan studenten van de Faculteit Sociale Wetenschappen (ontwikkelingspsychologie; (ortho)pedagogiek; klinische psychologie). Ook zijn er in Curium stagiaires van de Faculteit Sociale Wetenschappen werkzaam.

Dit heeft ook gevolgen voor kinderen en ouders. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat aan ouders en kinderen toestemming gevraagd wordt dat co-assistenten bij een gesprek aanwezig zijn, of een gesprek voeren.

⁶ www.nl.wikipedia.org/wiki/Organisatiestructuur

⁷ www.curium.nl/intranet Curium

Op het gebied van onderwijs werken dragen medewerkers van Curium op grote schaal mee. Op het gebied van wetenschappelijk onderzoek gebeurt dit in mindere mate.

Om bovenstaande doelstellingen te bereiken hanteert Curium een aantal uitgangspunten welke terug te vinden zijn in bijlage 5.

2.4 De Facilitaire Dienst

In deze paragraaf wordt kort ingegaan op de organisatie van de FD van Curium, door middel van het beschrijven van de afdelingen die onder de FD vallen, de missie en de visie waarmee de afdelingen werken en de doelgroepen van de FD.

2.4.1 De afdelingen

De FD biedt ondersteuning aan het primaire proces. Dit doet zij door het leveren van massaproductie, zoals de schoonmaak en de voeding, maar ook door het leveren van maatwerk, zoals interne verhuizingen en catering voor recepties.⁸

Binnen de gezondheidszorg is de mate van interdependentie tussen de FD en het primaire proces groot, wat het afbreukrisico ook groot maakt. Bij de FD van Curium ligt het afbreukrisico vooral bij het technisch onderhoud van gebouwen, installaties, water en energie, de receptie, restauratieve voorzieningen en de schoonmaak. De onderdelen van de FD die een minder groot afbreukrisico hebben zijn de beveiliging, de kantoorartikelen en de groenvoorziening.⁹ Dit maakt dat het primair proces van Curium soms in mindere, maar vaak ook in meerdere mate afhankelijk is van de FD.

Voor de ondersteuning van het primaire proces beschikt de FD over 4 afdelingen (bijlage 6). In deze paragraaf worden de afdelingen beschreven.

Receptie en Bewaking

Bij de Receptie werken 5 mensen, waarvan 3 in vaste dienst en 2 oproepkrachten. De werkzaamheden van de receptie bestaan onder andere uit het ontvangen van de interne en externe klanten, het behandelen van reserveringsaanvragen voor de vergaderzalen, spreekkamers e.d. en de bestellingen van kantoorartikelen.

De bewaking bestaat uit de medewerkers van de receptie die overdag de bewakingscamera's in de gaten houden en uit de nachtbewaking. De nachtbewaking bestaat uit 2 mensen in vaste dienst. Wanneer beide medewerkers niet kunnen werken worden invalkrachten van VCD Security, via het LUMC, opgeroepen. De bewaking zelf is geplaatst in het hoofdbouw. 's Nachts worden er controlerondes gelopen over het terrein.

Voeding en Catering

Op deze afdeling werken 3 mensen, waarvan 2 in vaste dienst en 1 oproepkracht. De werkzaamheden van de Voeding en Catering bestaan onder andere uit de catering voor de lunch van het personeel, het bijvullen en schoonmaken van alle koffiezetapparaten, het inkopen van producten, het verzorgen van recepties, symposia e.d. en het verzorgen van de bestellijsten voor de maaltijden voor de units. Het bereiden van de maaltijden wordt uitbesteed bij het LUMC. De coördinator van de Voeding en Catering zorgt ervoor dat de lijsten voor de aanvraag van warme maaltijden wekelijks worden ingevuld door de units, kijkt deze na en stuurt ze vervolgens op naar het LUMC.

De personeelskantine is open van 12.00-13.30 en biedt plek aan ongeveer 75 mensen. Het assortiment van de kantine bestaat uit verschillende broodsoorten, hartig en zoet beleg,

⁸ Krimpen van, J.: *Facility management in perspectief*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2003. ISBN 90 13 00043 6. Blz. 98.

⁹ Krimpen van, J.: *Facility management in perspectief*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2003. ISBN 90 13 00043 6. Blz. 26.

salades, snacks, soep, vers fruit, toetjes en verschillende drankjes. Veel van dit assortiment wordt kant-en-klaar besteld.

Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening

De Huishoudelijke Dienst bestaat uit 15 vaste medewerkers, waarvan er 2 in Gouda werken en 2 oproepkrachten zijn. De vaste schoonmaakkrachten werken op hun 'eigen' unit, de oproepkrachten worden ingezet waar dat nodig is. De schoonmaak van kantoren is uitbesteed aan ICS. Dit bedrijf werkt 's avonds, zodat de medewerkers van Curium niet gestoord worden door de schoonmaakwerkzaamheden. Voor informatieoverdracht tussen de externe schoonmaakdienst en de coördinator ligt een logboek bij de receptie, waarin bijzonderheden opgeschreven kunnen worden. Dringende zaken worden persoonlijk, of via de telefoon afgehandeld.

De Linnenvoorziening bestaat uit 3 medewerkers. De werkzaamheden van de Linnenvoorziening bestaan uit het wassen van kleding, dekbedhoezen en gordijnen en het maken en/of verstellen van kapotte kleding. Het wassen van platgoed (bedtextiel, badtextiel en huishoudtextiel) is uitbesteed aan Clean Lease.

Technische Dienst

Op deze afdeling werken 5 mensen, die allemaal in vaste dienst zijn. De werkzaamheden van de TD bestaan uit het dagelijks onderhoud van Curium op technisch gebied. Grotere werkzaamheden in het rondom de gebouwen worden uitbesteed.

Alle afdelingen worden volgens een vast rooster bezocht om daar via een klussenlijst diverse werkzaamheden uit te voeren. Buiten het vaste rooster worden ad-hoc problemen zoveel mogelijk direct opgelost.

FD Gouda

Curium Gouda bestaat uit 1 gebouw, waar ongeveer 20 mensen werkzaam zijn

De FD van Gouda wordt centraal aangestuurd vanuit Oegstgeest. Er zijn twee secretaresses. Zij vallen onder het secretariaat en dus niet onder de FD. Daarnaast is er geen personeelskantine in het gebouw. De medewerkers maken gebruik van de personeelskantine van het naastgelegen bedrijf, Stichting Robert Fleury.

Er zijn er in principe twee medewerkers van de Huishoudelijk Dienst en Linnenvoorziening werkzaam op Gouda. Door omstandigheden worden deze werkzaamheden tijdelijk uitbesteed aan ICS.

Van de TD gaat elke dinsdag van de oneven week 1 werknemer naar Gouda voor de klussen. Bij dringende zaken nemen de secretaresses, ter informatie, contact op met de TD in Oegstgeest en roepen ze de hulp in van aannemers of servicediensten uit de buurt.

2.4.2 Missie en visie¹⁰

De missie van de FD luidt als volgt:

'De Facilitaire Dienst biedt optimale ondersteuning aan het primaire proces middels een pakket diensten dat aansluit bij de wensen van zowel interne als externe klanten passend binnen de (financiële) mogelijkheden van Curium.'

De visie van de FD:

'In een veranderende omgeving worden vanuit een proactieve opstelling diensten uitgevoerd door bekwame en betrokken medewerkers die zich bewust zijn van hun faciliterende functie. Er vindt een goede afstemming plaats tussen de Facilitaire Dienst en de zorgverleners om het totaal overeengekomen dienstenpakket efficiënt uit te voeren, in zowel kwalitatief als kwantitatief opzicht.'

¹⁰ Splinter, J.: Facilitaire Organisatie Scan.

2.4.3 Doelgroepen

De doelgroepen van de FD kunnen opgedeeld worden in interne en externe klanten.

*'Het is de externe klant die zorgt voor de inkomsten en niet de interne klant. Daarnaast kunnen externe klanten een einde maken aan de relatie met hun leverancier/aanbieder, terwijl dit bij een interne klant-leveranciers relatie veel moeilijker is.'*¹¹

*'Externe klanten staan buiten de onderneming, interne klanten zijn personen of afdelingen die binnen de onderneming werkzaam zijn en waaraan diensten worden aangeboden.'*¹²

Gekeken naar de bovenstaande definities worden onder interne klanten van de FD verstaan de medewerkers van Curium en het LUMC en de studenten. Onder externe klanten worden verstaan de patiënten, de ouders en verzorgers van de patiënten, verwijzers, leveranciers, medewerkers van Curium die tevens docenten zijn bij het LUMC of de Universiteit Leiden en de omwonenden.

2.5 Financiering

In 2006 verdeelde de provincie circa € 100 miljoen over de jeugdzorginstellingen en Bureau Jeugdzorg. Volgens de wet is de provincie verantwoordelijk voor de financiering van Bureau Jeugdzorg en het jeugdzorgaanbod.¹³

Binnen de GGZ vindt een omslag plaats wat betreft financiering. Nu valt Curium qua financiering nog onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het geneeskundige deel van de geestelijke gezondheidszorg gaat vanaf 1 januari 2008 over van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze zorg is vanaf 1 januari 2008 opgenomen in de polis van de basisverzekering.

De overheveling van de AWBZ naar de Zvw valt samen met de invoer van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Een DBC is een medische procesbeschrijving, welke alle activiteiten van ziekenhuizen en medisch specialisten omvat die voortvloeien uit de zorgvraag van de patiënt. Aan elke DBC kan een prijskaartje worden gehangen. De financiering op basis van DBC's (dus de declaratie richting zorgverzekeraars) gaat in 2008 in.

In 2005 waren de bedrijfsopbrengsten van Curium € 15.301.975,-.

De FD krijgt jaarlijks een budget toegedeeld. Het budget van de FD voor 2007 is vastgesteld op € 1.392.240,-. Dit budget is vastgesteld naar aanleiding van de begroting voor 2007. De kosten die de FD maakt worden niet doorberekend. Dit maakt de FD een tot een kostencentrum.

Voor een toelichting op de omslag van de financiering van Curium en het budget van de FD wordt verwezen naar bijlage 7.

2.6 Kwaliteit¹⁴

Curium beschikt over een kwaliteitscommissie. Deze kwaliteitscommissie valt rechtstreeks onder de directie. Het hoofd van de FD is de voorzitter van de commissie. Daarnaast bestaat de commissie uit nog vier andere werknemers van Curium.

¹¹ www.amelior.be/FS_index.asp?dropdown=dropdown.asp&Content=http://www.amelior.be/artikels/management/management59.htm

¹² <http://www.carrieretijger.nl/functioneren/commerciele-vaardigheden/klantgerichtheid>

¹³ www.zuid-holland.nl

¹⁴ Curium: Jaarplan 2005. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 28.

In 2005 is de kwaliteitscommissie van Curium gestart met een Curiumbrede presentatie om het begrip kwaliteitszorg te introduceren. Naast het maken van een plan van aanpak en een zelfevaluatie door het management, heeft een viertal afdelingen het eigen functioneren onder de loep genomen. Een tweede groep, van tevens vier afdelingen, is na de zomer van 2005 start gegaan.

Na verloop van tijd bleek het efficiënter om processen en protocollen op de verschillende niveaus te laten beschrijven, zodat niet iedereen het wiel opnieuw hoeft uit te vinden. Om dit te structureren is een protocollencommissie benoemd die op afdelingen- of clusteroverstijgend niveau de protocollen vormgeeft. De Manager Patiëntenzorg is de voorzitter van deze commissie. Daarnaast bestaat de commissie uit nog 5 andere werknemers van Curium.

De protocollencommissie valt rechtstreeks onder de directie en staat in de organisatie naast de kwaliteitscommissie. De kwaliteitscommissie meldt aan de directie dat er een protocol geschreven moet worden en de directie geeft vervolgens opdracht aan de protocollencommissie.

Naast de oprichting van een protocollencommissie is in 2005 een start gemaakt met het documentenbeheersysteem. In dit systeem kunnen de protocollen geplaatst en beheerst worden. Dit systeem vereist dat in elk protocol de auteur, autorisator, autorisatiedatum, revisiedatum, documentnummer en documentbeheerder komt te staan. Hoewel het definitieve systeem nog op zich laat wachten, zijn de protocollen, volgens de kwaliteitscommissie, in format en qua indeling voor een groot deel klaar om daarin opgenomen te worden.

Tenslotte is een eerste groep van vijf interne auditoren gekozen, welke vallen onder de verantwoordelijkheid van de kwaliteitscommissie. De auditoren hebben een opleiding gevolgd om binnen Curium verschillende afdelingen te bezoeken en te bekijken of deze voldoen aan de normen die gesteld zijn met betrekking tot kwaliteit en de borging daarvan. Inmiddels zijn deze auditoren geschoold en de eerste audits zijn gepland. Van deze geplande audits zijn er twee reeds uitgevoerd.

2.7 Samenvatting

In 1955 zijn de deuren van Curium geopend voor patiënten. Inmiddels is Curium uitgegroeid tot een instelling met een breed scala aan doelgroepen en behandelingen. Nu beschikt Curium over 77 bedden voor klinische behandeling en 36 stoelen voor dagbehandeling. Daarnaast worden ongeveer 400 kinderen en jongeren per jaar poliklinisch behandeld. Bij Curium werken ongeveer 355 mensen.

Curium is een academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, gevestigd in Oegstgeest en Gouda. De doelstelling van de stichting is in de eerste plaats de diagnostiek en behandeling van kinderen en jeugdigen met psychiatrische problemen. De andere doelstellingen zijn: het verzorgen van onderwijs (intern), het doen van onderzoek en het opleiden tot kinder- en jeugdpsychiater (extern). Curium is bestuurlijk verweven met het LUMC. De Raad van Bestuur van het LUMC vormt het bestuur van Stichting Curium.

De FD van Curium bestaat uit de afdelingen Receptie en Bewaking, Voeding en Catering, Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening en de Technische Dienst (bijlage 6).

Curium beschikt over een kwaliteitscommissie en een protocollencommissie, die beiden rechtstreeks onder de directie vallen en naast elkaar staan in de organisatie.

Binnen Curium is er al een en ander gedaan met betrekking tot kwaliteitszorg. Er zijn al presentaties gehouden om het begrip kwaliteitszorg te introduceren, er is begonnen met het afnemen van zelfevaluaties, er is een start gemaakt met het documentenbeheersysteem en er is een groep van interne auditoren opgeleid om de eerst geplande audits uit te voeren. Hiervan zijn er inmiddels twee uitgevoerd.

3. Branchebeschrijving

Om een beeld te krijgen van het werkveld van Curium wordt in dit hoofdstuk de branche beschreven waartoe Curium behoort - de sector jeugdzorg - en wordt een korte samenvatting gegeven van het landelijk en provinciaal beleid in deze branche met betrekking tot kwaliteitszorg. Vervolgens wordt er ingegaan op de ontwikkelingen binnen het werkveld van de FD. De beschrijving van deze onderwerpen zal een basis vormen voor het opstellen van een gericht advies naar aanleiding van de probleemstelling.

3.1 De sector jeugdzorg

Jeugdzorg bestaat uit alle zorg aan ouders en kinderen om ernstige opgroei- en opvoedproblemen op te lossen. De zorg kan in het gezin of elders, bijvoorbeeld bij een zorgaanbieder (jeugdzorginstelling) geboden worden. De zorg kan enkele uren per week zijn gedurende een paar maanden, maar het kan ook beter zijn dat het kind voor korte of langere tijd niet in het eigen gezin woont. Het kind verblijft dan in een instelling of een pleeggezin.¹⁵

Jeugd-ggz

De jeugd-ggz is een onderdeel van de sector Jeugdzorg en bestaat uit de (voormalige) RIAGG-jeugdafdelingen en kinder- en jeugdpsychiatrische (poli)klinieken. Deze voorzieningen bieden ambulante, semi-murale en intramurale diagnostiek, behandelingen en begeleiding voor zowel kinderen en jeugdigen als hun ouders of verzorgers.¹⁶

Voor een overzicht van de belangrijke partijen in de sector wordt verwezen naar bijlage 8.

3.2 Landelijk en provinciaal beleid¹⁷

Wet op de jeugdzorg

Op 1 januari 2005 is de Wet op de jeugdzorg in werking getreden. De Wet op de jeugdzorg heeft twee doelen: betere zorg voor jeugdigen en hun ouders, de cliënten van de jeugdzorg en het versterken van hun positie. De cliënt staat centraal in een meer transparant, eenvoudiger georganiseerd stelsel voor de jeugdzorg.

Kwaliteitswet zorginstellingen¹⁸

Op 1 april 1996 is de Kwaliteitswet zorginstellingen in werking getreden. De wet stelt globale eisen aan de zorg in plaats van vele gedetailleerde normen; de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling voor kwalitatief goede zorg is het uitgangspunt.

De instellingen moeten volgens de wet aan vier kwaliteitseisen voldoen:

1. Het bieden van verantwoorde zorg;
2. Het hebben van een op kwaliteit gericht beleid;
3. Het opzetten van een kwaliteitssysteem;
4. Het uitbrengen van een jaarrapport over de kwaliteit van de zorg in de instelling.

Beleid Zuid-Holland

De provincie wil in 2005 tot en met 2008 het algemeen en preventief jeugdbeleid versterken, een integrale toegang tot de jeugdzorg realiseren, het recht op jeugdzorg realiseren via de inzet van aanbod op maat en de betrokkenheid en medezeggenschap van jeugdigen vergroten.

¹⁵ http://www.gemeente.nu/jeugd_onderwijs_actuele_themas/id1219-56307/wet_op_de_jeugdzorg.html

¹⁶ http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_class/br_wens_jeugd-ggz.html

¹⁷ www.jeugdzorg.nl

¹⁸ http://www.hulpkids.nl/wetten/wet_kwaliteit Zorg.htm

Landelijk Beleidskader Jeugdzorg 2005-2008

De kwaliteitsrapportages van het Bureau Jeugdzorg en de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders moeten vanaf eind 2005 ook informatie bevatten over de meting van de doelrealisatie.

Een ander aspect van het kwaliteitsbeleid is de certificering van de jeugdzorginstellingen. De provincie wil dat dit in 2007 voor alle instellingen is afgerond.

Kwaliteitsschema jeugdzorg

In maart 2005 is het kwaliteitsschema (Certificatieschema Jeugdzorg¹⁹) vastgesteld door het Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (Stichting HKZ). Het schema bevat normen voor externe toetsing van kwaliteitsmanagementsystemen van instellingen die (de toegang tot de) geïndiceerde jeugdzorg bieden. Het schema geldt dus zowel voor de toegangsfunctie van het Bureau Jeugdzorg tot de geïndiceerde jeugdzorg als voor de aanbieders van geïndiceerde jeugdhulpverlening en jeugd-ggz.

Kwaliteit en certificatie

In de praktijk is gebleken dat met name crisisopvang bij nieuwe, niet op kwaliteit getoetste jeugdzorgaanbieders, onaanvaardbare risico's voor jeugdigen kunnen opleveren. Voor jeugdzorgaanbieders is er geen systeem van erkenning vooraf. De overheid is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. De jeugdzorgaanbieders zijn daarin zelf verantwoordelijk voor de manier waarop zij kwaliteit van zorg onder de huidige Wet op de jeugdzorg inbrengen in de instelling. Het proces van certificering in de jeugdzorg is nog niet afgerond.

Er wordt toegewerkt naar een situatie waarbij alle jeugdzorgaanbieders het kwaliteitscertificaat (kwaliteitsschema HKZ) moeten hebben. Een aantal jeugdzorgaanbieders is begonnen met de implementatie van dit schema. Provincies gaan ervan uit dat als een nieuwe jeugdzorgaanbieder dit kwaliteitscertificaat kan overleggen, de kwaliteit voldoende gewaarborgd is.

Voor een uitgebreider kwaliteitsbeleid van de sector jeugdzorg, zie bijlage 9.

3.3 Algemene ontwikkelingen op FD-gebied

*De zorgsector snelt af naar een vrije marktsituatie. In december 2006 werd bekend dat nagenoeg alle zorginstellingen spoedig door patiënten met rapportcijfers beoordeeld gaan worden. Deze rapportcijfers worden openlijk gepubliceerd op internet. Zorgverzekeraars tonen zich hiermee verguld en vinden hierin een leidraad voor hun handel en wandel in de toekomst. Dat gaat onherroepelijk betekenen dat de beste instellingen overleven en de zwakste niet.*²⁰

Dit is een ontwikkeling die ongetwijfeld invloed gaat hebben op de facilitaire dienstverlening van zorginstellingen. Dus ook op Curium. Onderstaand volgen nog enkele ontwikkelingen binnen het facilitaire werkveld, welke in bijlage 10 verder uitgewerkt zijn.

Experience economy / belevingseconomie.²¹

Sinds kort bevinden de FM'ers zich in het tijdperk van de FM'er die bijdraagt aan het succes van de onderneming met toegevoegde waarde aan het primaire proces als focus. Het mag weer wat meer kosten. Maar het moet wel aantoonbaar rendement opleveren. Als deze trend zo doorzet, dan wordt klanttevredenheid de grootste zorg van de FM'er. De perceptie van de

¹⁹ www.hkz.nl

²⁰ Kooyman, W. e.a.: *Facility Management Magazine Jaarboek 2007*. Nieuwegein: Arko Uitgeverij bv, 2007. ISBN 10 90 5472 023 9. Blz. 5.

²¹ Kooyman, W. e.a.: *Facility Management Magazine Jaarboek 2007*. Nieuwegein: Arko Uitgeverij bv, 2007. ISBN 10 90 5472 023 9. Blz. 8-10.

klant speelt hier een grote rol. Gastheerschap, gastvrijheid en hospitality zijn hedendaagse facilitaire sleutelwoorden, die direct in verband worden gebracht met kwaliteit.

De vraag van de klant veranderd

De vraag van de klant is heterogener en onvoorspelbaarder geworden. De facilitaire organisatie moet zich door middel van accountmanagers, klanttevredenheidsonderzoeken en klantenpanels een goed beeld kunnen vormen van de producten en diensten die de toekomstige klant van de facilitaire organisatie wenst af te nemen.²²

Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (MVO)²³

MVO is oog hebben voor drie aspecten: *people*, *planet* en *profit*. Dat betekent niet meteen de winst centraal stellen, maar investeren in de eigen mensen op het gebied van veiligheid en gezondheid, en opleiding en educatie en daarnaast het verantwoord omgaan met grondstoffen en het milieu. MVO is ook van belang, omdat bedrijven omringt zijn door kritische burgers en de media tegenwoordig elke misstand uitvergrooten

ICT

Een gevolg van de ICT-ontwikkelingen is dat de economie steeds transparanter is geworden. Dit leidt ertoe dat klanten steeds beter geïnformeerd zijn en steeds beter in staat zijn producten, diensten en organisatie te vergelijken. Door deze ontwikkeling zal er een toenemende druk komen op de facilitaire organisaties om efficiënt en effectief met beschikbare middelen om te gaan.²⁴

Kantoorconcepten

Mensen kunnen door de ICT-mogelijkheden werken waar en wanneer ze maar willen. Het territorium van de facility manager breidt zich uit naar de werkomgeving thuis, het wegrestaurant enzovoorts. In ieder geval voor wat betreft de informatie- en communicatietechnologie, ofwel de bereikbaarheid.²⁵ Maar sociale contacten spelen een eminente rol bij het succes van de organisatie. De band van medewerkers met het bedrijf blijft eigenlijk alleen maar overeind door ontmoeten. Omdat zij niet voor het *werken* hoeven te komen, is het dus van belang om het medewerkers aantrekkelijk te maken om naar het kantoor te komen voor het *ontmoeten*.²⁶

Shared Service Centres / Corporate Infrastructure Resource Management

Een Shared Service Centre (SSC) is een resultaatverantwoordelijke organisatie-eenheid die meer ondersteunde diensten heeft verenigd. Het is het op een efficiënte manier bundelen van processen, om daarmee door hogere schaalgrootte tijd en kosten te besparen bij een hogere kwaliteit.²⁷

Corporate Infrastructure Resource Management (CIRM) houdt het bundelen van alle ondersteunende activiteiten in. Dus alle niet-primaire. De voorstanders wijzen op mogelijke synergie binnen het grotere geheel. De tegenstanders noemen vooral het schaalprobleem

²² Maas, G.W.A. en Pleunis, J.W.: *Facility management*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2001. ISBN 90 1407 794 7. Blz. 51.

²³ Zomeren van, D en Bruin de, P.: *Ontwikkelingen in het facilitaire werkveld*. In: Facto Magazine. Nr. 12, december 2006.

²⁴ Maas, G.W.A. en Pleunis, J.W.: *Facility management*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2001. ISBN 90 1407 794 7. Blz. 54.

²⁵ Drion, B.: *Bestaat FM in 2030 nog wel?* In: Facto Magazine. Nr. 5, mei 2007.

²⁶ Kooyman, W. e.a.: *Facility Management Magazine Jaarboek 2007*. Nieuwegein: Arko Uitgeverij bv, 2007. ISBN 10 90 5472 023 9. Blz. 10.

²⁷ Drion, B.: *Bestaat FM in 2030 nog wel?* In: Facto Magazine. Nr. 5, mei 2007.

en het handhaven van eenheid van leiding, alsmede de te grote heterogeniteit van diensten en daarvoor benodigde kwalificaties en competenties.²⁸

Het verschil tussen beide modellen is dat bij een SSC sprake is van een samenvoeging van gedeelde en gemeenschappelijke ondersteunende processen, welke diensten levert aan meerdere klanten. Bij CIRM worden *alle* bedrijfsondersteunende processen en middelen op elkaar afgestemd en ingezet ten behoeve van het bereiken van de organisatiedoelstellingen.

Total Facility Management

Een trend die al jaren geleden is ingezet is de focus op kernactiviteiten. Organisaties richten zich op kernactiviteiten. Overige activiteiten worden afgestoten en de noodzakelijke ondersteunende activiteiten worden veelal uitbesteed.²⁹

Het aantal situaties waarbij Total Facility Management (TFM – maximaal uitbesteden) wordt toegepast is nu nog gering, zeker bij de succesvolle casussen. Maar binnen een aantal jaren neemt dat fenomeen toch zijn vlucht.

Facilitaire organisaties zullen zich af moeten vragen wat de toegevoegde waarde is voor de organisatie en hoe deze verhoogd kan worden.³⁰

3.4 Samenvatting

Curium valt onder de sector jeugdzorg en is daarbinnen onderdeel van de jeugd-ggz.

Op 1 januari 2005 is de wet op de jeugdzorg in werking getreden, met als doel het verbeteren van de zorg en het versterken van de positie van jeugdigen en hun ouders.

Daarnaast is er de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze wet geeft aan dat de instellingen moeten voldoen aan vier kwaliteitseisen, namelijk het bieden van verantwoorde zorg, het hebben van een op kwaliteit gericht beleid, het opzetten van een kwaliteitssysteem en het uitbrengen van een jaarrapport over de kwaliteit van de zorg in de instelling.

De provincie wil dat in 2007 alle jeugdzorginstellingen zijn gecertificeerd met een HKZ-certificaat. Provincies gaan ervan uit dat als een nieuwe jeugdzorgaanbieder dit kwaliteitscertificaat kan overleggen, de kwaliteit voldoende gewaarborgd is.

Er is voor de jeugdzorg een HKZ-schema gemaakt, welke in maart 2005 is vastgesteld.

Binnen het facilitaire werkveld zijn een aantal ontwikkelingen aan de gang. Een aantal voorbeelden hiervan zijn de experience economy, de wens van de klant die verandert, Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen, ICT, verandering van kantoorconcepten, Shared Service Centre, Corporate Infrastructure Resource Management en Total Facility Management.

²⁸ Krimpen van, J.: *Facility management in perspectief*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2003. ISBN 90 13 00043 6. Blz. 21.

²⁹ Maas, G.W.A. en Pleunis, J.W.: *Facility management*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2001. ISBN 90 1407 794 7. Blz. 47.

³⁰ Maas, G.W.A. en Pleunis, J.W.: *Facility management*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2001. ISBN 90 1407 794 7. Blz. 47.

4. Kwaliteit

In dit hoofdstuk is de theorie over kwaliteitszorg beschreven. Om een beeld te krijgen van het kader van het onderzoek worden allereerst een aantal begrippen binnen kwaliteitszorg verklaard. Vervolgens wordt er ingegaan op de historische ontwikkelingen van kwaliteit, waardoor er een beeld gevormd kan worden van de plaats waar Curium zich op het moment bevindt en waar Curium naar toe wil. Als laatste wordt aangegeven waarom Curium een kwaliteitscertificaat wil en welke boringinstrumenten mogelijk zijn om dit certificaat te halen en te behouden.

4.1 Begrippen

Een aantal begrippen komen vaak terug wanneer er gesproken wordt over kwaliteitszorg. Om een duidelijk beeld te krijgen van de context van dit verslag, worden hieronder een aantal begrippen gedefinieerd.

4.1.1 Kwaliteit

Het begrip kwaliteit wordt vaak gebruikt en is niet eenduidig te benoemen. Kwaliteit heeft een grote reikwijdte.

*'In het Frans en Engels waren sinds ongeveer de twaalfde eeuw de woorden "qualité" en "quality" synoniemen met rang, voornaamheid. Een "homme de qualité" behoort tot de adel, de noblesse, dat wil zeggen: degene die zich onderscheidt, die zich bekendheid verworven heeft door opvallend, moedig, waardig en verdienstelijk te leven.'*³¹

Uit dit citaat blijkt dat kwaliteit al eeuwenlang een positieve betekenis heeft.

Wanneer er in de literatuur gesproken wordt over kwaliteit wordt vaak verwezen naar de theorie van Garvin (1984). Hij verklaart de diversiteit van definities van kwaliteit vanuit de vele invalshoeken van waaruit het begrip kwaliteit kan worden bekeken:³²

De transcendent benadering (filosofisch) - Kwaliteit wordt beschouwd als een niet goed operationeel vast te leggen begrip, dat men herkent door ervaring. Kwaliteit is synoniem met 'aangeboren uitmuntendheid';

De productgerichte benadering (economisch) - Kwaliteit is een concrete, meetbare variabele. Verschillen in kwaliteit worden veroorzaakt door verschillen in de hoeveelheid van een bepaald ingrediënt of attribuut dat in het product is verwerkt. Kwaliteit is synoniem met kwantiteit;

De gebruikersgerichte invalshoek (marketing) - Kwaliteit is het vermogen om te voorzien in de behoeften van de gebruiker. Het gaat om precieze combinaties van eigenschappen die bedoeld zijn voor specifieke gebruikers;

De productiegerichte invalshoek (technisch) - Een product dat in overeenstemming is met het ontwerp is een goed product. Een product dat volgens de productspecificaties wordt voortgebracht is kwalitatief goed, ook al zouden de productspecificaties sterker gebaseerd zijn op mogelijkheden van het bedrijf dan op de wensen van de klanten;

De waardegerichte invalshoek (bedrijfskundig) - Kwaliteit wordt beschouwd in relatie tot de prijs. Er is geen sprake van een kwalitatief goed product als er geen acceptabele prijs tegenover staat.

³¹ Bij, H. van der, e.a.: *Kwaliteitsmanagement in beweging*. 2^e druk. Deventer: Kluwer, 2004. ISBN 90 14 08089 1. Blz. 31 (citaat van Haasse, 1987).

³² Bij, H. van der, e.a.: *Kwaliteitsmanagement in beweging*. 2^e druk. Deventer: Kluwer, 2004. ISBN 90 14 08089 1. Blz. 33.

Kwaliteit is dus een breed begrip, dat op verschillende manieren geïnterpreteerd kan worden.

Certificatie van een kwaliteitssysteem schept hierbij duidelijkheid. Met certificatie vergroot een organisatie enerzijds de efficiency en effectiviteit, waardoor de kwaliteit van de activiteiten en diensten verbetert en anderzijds schept certificatie duidelijkheid voor de medewerkers en de klant. Een certificaat is een objectief bewijs dat een organisatie een goede prestatie levert voor datgene waarvoor de organisatie gecertificeerd is.

Een vaak terugkomende definitie van kwaliteit luidt als volgt:

*'Kwaliteit = perceptie – verwachting.'*³³

Deze definitie vormt het uitgangspunt in het Servqual-model, ook wel Gap-model genoemd. Dit model is ontwikkeld om te achterhalen waarom de ervaringen die klanten opdoen niet geheel overeenstemmen met de verwachtingen. Deze definitie heeft dus betrekking op dienstverlening.

In het geval van de FD van Curium heeft kwaliteitszorg ook betrekking op het leveren van diensten. Enkele kenmerken van diensten:

- Een dienst is niet tastbaar
- De klant produceert mee
- Met een dienst kan maatwerk geleverd worden
- Een dienst is persoonsgebonden
- Een dienst is vergankelijk
- Een dienst is subjectief meetbaar³⁴

Dit zijn aspecten die meegenomen moeten worden bij het opzetten van een kwaliteitsbeleid voor de FD.

Kwaliteit heeft dus alles te maken met wat de verwachtingen van de klant zijn over de te leveren dienst in verhouding tot hoe de dienst daadwerkelijk geleverd wordt. Waren de verwachtingen van de klant hoger dan de perceptie, dan betekent dit dat er geen goede kwaliteit is geleverd.

4.1.2 Kwaliteitssysteem

De definitie voor een kwaliteitssysteem dat het meest van toepassing is op het kwaliteitssysteem waar Curium op doelt, luidt als volgt:

*'Een uitgebreid stelsel van bedrijfskundige regels. Het doel daarvan is te waarborgen dat een constante en goede kwaliteit wordt geleverd en dat fouten zoveel als mogelijk is worden voorkomen. Dit alles moet in het bedrijfsleven leiden tot een goed functionerende organisatie met tevreden klanten.'*³⁵

Er wordt gesproken over constante kwaliteit. Alhoewel het leveren van kwaliteit in de praktijk vaak dynamisch is, omdat de vraag van de klant constant veranderd kan er binnen de gezondheidszorg ook wel gesproken worden van constante kwaliteit in die zin dat er binnen de gezondheidszorg professionals werken. Zij zijn de mensen met kennis van zaken. De klant heeft dit niet op het gebied van, in dit geval, geestelijke gezondheidszorg. Wanneer de klant dus weinig inbreng kan hebben kan er meer constante kwaliteit geleverd worden. Dit geldt voor het primair proces. Wanneer we het hebben over het leveren van ondersteunende diensten zal er toch rekening gehouden moeten worden met de vraag van de klant en de te leveren kwaliteit die hierdoor dynamisch wordt.

³³ Boomsma, S. en Borrendam, A. van: *Kwaliteit van dienstverlening*. 3^e druk. Alphen aan den Rijn: Samson, 2000. ISBN 90 140 6148 X. Blz. 51.

³⁴ Boomsma, S. en Borrendam, A. van: *Kwaliteit van dienstverlening*. 3^e druk. Alphen aan den Rijn: Samson, 2000. ISBN 90 140 6148 X. Blz. 45.

³⁵ Sluijs, E.M. en Wagner, C.: *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000*. Utrecht: NIVEL, 2000. ISBN 90 6905 467 1. Blz. 11.

Een functionerend kwaliteitssysteem verondersteld volgens Gerritsen dat:³⁶

Op systeemniveau:

- Taken/bevoegdheden/verantwoordelijkheden van lijnfunctionarissen en professionals onderling met elkaar in verband zijn gebracht en vastgesteld;
- De voornemens, regels en procedures op schrift staan: kwaliteitsbeleid, procedures, protocollen en keuringsplannen in een kwaliteitshandboek.

Op inhoudsniveau:

- Het doel van het kwaliteitssysteem duidelijk is en dat het inhoudelijke informatie en resultaten oplevert;
- Het gebaseerd is op missie, visie, beleid en doelstellingen.

Op relationeel niveau:

- Het kwaliteitssysteem wordt gedragen door mensen op de werkvloer;
- Dit gebeurt met een (bij voorkeur positieve) attitude ten aanzien van kwaliteit.

Kritische kanttekening die hierbij gemaakt kan worden is dat niet alle voornemens, regels en procedures op schrift gesteld moeten worden. Dit moet alleen gedaan worden wanneer dit noodzakelijk is voor het op de juiste manier uit kunnen voeren van de werkzaamheden en wanneer dit gebruikt moet of kan worden om aan te kunnen tonen dat kwaliteit geborgd wordt in de organisatie.

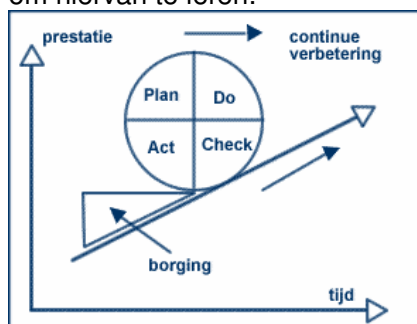
Wanneer alles vaststaat op papier loopt een organisatie het risico dat er te bureaucratisch te werk wordt gegaan, wat veel tijd in beslag neemt en uiteindelijk niets oplevert.

4.1.3 Kwaliteitsborging

Wanneer we spreken over een kwaliteitssysteem wordt dit vaak in één adem genoemd met het begrip kwaliteitsborging.

Bij borging moet er een minimum kwaliteitsniveau van de werkzaamheden in de organisatie worden afgesproken en zichtbaar nageleefd moet worden. Daarnaast is borging het voorkomen van het maken van fouten. Er moet dus proactief gehandeld worden. De Deming Cirkel (Figuur 1) is een hulpmiddel die hierbij gebruikt kan worden. Bij de Deming Cirkel draait het om vier met elkaar samenhangende begrippen: Plan, Do, Check en Act.

Uitgangspunt is het in gang zetten en houden van verbeteringen in organisaties, ofwel borging van de kwaliteit. De Deming Cirkel vereist wel dat doelstellingen, activiteiten en de beoogde resultaten concreet worden gemaakt. 'Organisaties die bij één of meer van deze activiteiten niet duidelijk of inconsistent zijn, zullen niet in staat zijn om op een systematische wijze vorm en inhoud te geven aan het managen van de eigen (verbeter)doelstellingen en om hiervan te leren.'³⁷



Figuur 1: Deming Cirkel³⁸

³⁶ Gerritsen, G. e.a. NVKZ: *Auditsystemen. Bekeken en vergeleken*. Amsterdam: SWP, 2000. ISBN 90 6665 376 0. Blz. 12.

³⁷ Have ten, S. e.a.: *Berenschot: Het managementmodellenboek*. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie bv, 1999. ISBN 90 6155 928 6. Blz. 63.

³⁸ www.foodfocus.nl

4.1.4 Certificatie en accreditatie

De definitie voor certificatie luidt volgens de Raad voor de Certificatie als volgt:

*'Activiteiten op grond waarvan een onafhankelijke instantie kenbaar maakt dat een gerechtvaardigd vertrouwen bestaat dat een duidelijk omschreven onderwerp van certificatie in overeenstemming is met een bepaalde norm, of met een eisenstellend document.'*³⁹

In de ziekenhuiswereld wordt gesproken over accreditatie:

*'Een door de branche geaccepteerde en daartoe bevoegd gemaakte instantie voert de audit uit en bevestigt dit formeel.'*⁴⁰

In een artikel wordt accreditatie op de volgende manier toegelicht:⁴¹

'Toetsing door peers (auditoren uit de branche) op basis van door de sector vastgestelde normen.'

'Bij accreditatie hoeft niet alles te zijn opgeschreven. Het is goed voor een werkwijze die minder gestandaardiseerd is en meer professioneel en patiëntgericht.'

Certificatie en accreditatie komen in principe op hetzelfde neer. Een organisatie wordt doorgelicht door een daartoe bevoegde instantie en deze reikt vervolgens een certificaat of een accreditaat uit aan een organisatie die voldoet aan de normen. De normen bij een accreditatie zijn wat minder streng met betrekking tot het vastleggen van protocollen (niet alles hoeft nadrukkelijk op papier vermeld te worden, het kan in sommige gevallen al voldoende zijn wanneer blijkt dat de medewerkers het weten en dit aan kunnen geven) en daarnaast wordt bij accreditatie gebruik gemaakt van peers (auditoren die werken in de branche) en is de instelling die accrediteert goedgekeurd door de branche.

4.2 Historische ontwikkelingen

Binnen de evolutie van kwaliteitsmanagement kunnen de volgende fases onderscheiden worden:⁴²

Ambachtelijke kwaliteit - Er is direct contact tussen de leverancier en afnemer, er is bekend wat de klant wil en de ambachtsman heeft de realisering ervan volledig in eigen hand.

Kwaliteit wordt gewaarborgd door gilden waar de ambachtsman bij aangesloten is en er is alleen een sprake van kwaliteitsgarantie als de ambachtsman de meestertitel heeft gehaald;

Kwaliteitsinspectie - In het tijdperk van de industriële revolutie, waarin massafabricage mogelijk wordt, doen de kwaliteitscontroleurs hun intrede in de fabriek.

Kwaliteitsmanagement wordt een aparte functie;

Quality Engineering - Eind jaren veertig realiseert men zich dat de kwaliteit van het eindproduct in hoge mate wordt bepaald door de kwaliteit van het ontwerp. Een onnodig ingewikkeld ontwerp leidt tot een grotere kans op fouten tijdens de productie. Men gaat zich richten op de preventie van fouten;

Quality Assurance of kwaliteitsborging - In deze fase van het kwaliteitsdenken zien we de ontwikkeling van het productgericht denken naar het meer procesgericht denken. De vraag staat centraal hoe een goed kwaliteitssysteem in de organisatie kan worden verankerd. In deze ontwikkeling horen begrippen thuis als kwaliteitshandboeken, normen en auditing. Kwaliteit moet worden geborgd door middel van regels, procedures en instructies;

³⁹ Boomsma, S. en Borrendam, A. van: *Kwaliteit van dienstverlening*. 3^e druk. Alphen aan den Rijn: Samson, 2000. ISBN 90 140 6148 X. Blz. 208.

⁴⁰ Gerritsen, G. e.a. NVKZ: *Auditsystemen. Bekeken en vergeleken*. Amsterdam: SWP, 2000. ISBN 90 6665 376 0. Blz. 10.

⁴¹ Swinkels, J.A.: *Certificeren of accrediteren*. In: Medisch Contact. Jaargang 56, nr. 14, 6 april 2001. Blz. 559.

⁴² Bij, H. van der, e.a.: *Kwaliteitsmanagement in beweging*. 2^e druk. Deventer: Kluwer, 2004. ISBN 90-14-08089-1. Blz. 55.

Total Quality Management (TQM) - na invoering van een kwaliteitssysteem is tekortkoming in de organisatie nog steeds mogelijk, ook als men voldoet aan organisatorische normen. De normen omvatten voornamelijk eisen voor het primaire proces, niet voor de ondersteunende processen. Daarnaast is het ook mogelijk dat het primaire proces goed verloopt, maar de overall efficiency van het bedrijf te wensen overlaat, waardoor het product te duur wordt. Om deze reden is Total Quality Management ontwikkeld, ook wel integraal kwaliteitsmanagement genoemd. Er dient structureel aandacht te zijn voor zaken als kwaliteitsverbetering, managementstijl, cultuur en participatie. TQM wordt door middel van drie concepten gekarakteriseerd: klanttevredenheid, continue verbetering en teamwork en participatie. Kwaliteit krijgt dus, in tegenstelling tot Quality Assurance, een dynamisch karakter. Elke mogelijkheid tot verbetering in de organisatie zal aangegrepen moeten worden.

Wanneer Curium geaccrediteerd wil worden is het belangrijk om naar de laatste twee fases te kijken, Quality Engineering en Total Quality Management. Het is belangrijk niet in de fase van Quality Engineering te blijven hangen om tekortkomingen in de organisatie te voorkomen. Total Quality Management moet in de gehele organisatie geïntegreerd worden.

4.3 De keuze voor een kwaliteitscertificaat

Steeds meer organisaties in de zorg laten hun kwaliteitssysteem certificeren. De reden dat deze organisaties kiezen voor certificering zijn onder te verdelen in push- en pullfactoren. Pushfactoren zijn factoren waardoor de organisaties gedwongen worden, of zich gedwongen voelt, om een gecertificeerd kwaliteitssysteem na te streven. Bij pullfactoren komt de druk meer uit de organisatie zelf. De organisatie ziet interne voordelen voor het ontwikkelen van een kwaliteitsmanagementsysteem en het laten certificeren daarvan.⁴³

Onderstaan worden de push- en pullfactoren weergegeven welke gelden voor Curium bij de uiteindelijke keuze voor certificatie.

Pushfactoren

- De overheid wil de zorg in de vrije markt zien. Meer marktwerking en de toenemende kritische houding van de verzekeraars en cliëntverenigingen over de geleverde kwaliteit van zorg dwingen Curium tot een meer bedrijfsmatige aanpak van haar bedrijfsprocessen;
- Vanuit het landelijke beleid wordt geëist dat alle zorginstellingen op termijn gecertificeerd zijn voor hun kwaliteitssysteem. In de Kwaliteitswet voor zorginstellingen wordt gesteld dat alle zorginstellingen een kwaliteitssysteem dienen op te stellen;
- De brancheorganisatie GGZ Nederland eist dat uiterlijk in 2009 alle GGZ-instellingen beschikken over een certificatie op basis van de eisen van de stichting HKZ;
- De klant wordt steeds mondiger. Om te kunnen blijven voldoen aan de wensen van de klant zal deze binnen Curium centraal moeten staan.

Pullfactoren

- Curium wil zich meer professionaliseren. Ze willen de zorg inzichtelijk, meetbaar en toetsbaar maken. Dit wil Curium doen door middel van het certificeren van een kwaliteitsmanagementsysteem;
- De organisatie wordt steeds groter, waardoor er hogere eisen gesteld worden aan de organisatorische inrichting;
- Curium voorziet voor de komende periode een toenemende schaarste aan middelen. Hierdoor moet de personele inzet geoptimaliseerd worden en moet de productiviteit zo hoog mogelijk gehouden worden. Er moet met minder middelen toch een kwalitatief goede dienst geleverd worden. Een kwaliteitssysteem kan hierbij helpen;

⁴³ <http://www.zbc.nu/main.asp?ChapterID=2780>

- Door de samenwerking met het LUMC, welke NIAZ geaccrediteerd is, is Curium gemotiveerd geraakt om ook een kwaliteitscertificatie te halen.

4.4 Kwaliteitscertificaten

Binnen de zorgsector zijn er verschillende kwaliteitscertificaten te behalen. Curium heeft de keuze uit de NEN-EN-ISO 9001:2000, het HKZ keurmerk, het INK-model, de gouden, zilveren of bronzen keurmerken en de NIAZ-accreditatie.

4.4.1 NEN-EN-ISO 9001:2000⁴⁴

De ISO 9001:2000 norm stelt een aantal eisen aan het kwaliteitssysteem van een organisatie en de manier waarop de organisatie met het kwaliteitsbeleid om gaat. De organisatie moet zorgen voor klantentevredenheid door te voldoen aan de eisen van de klanten en aan de van toepassing zijnde wettelijke voorschriften. Daarnaast moeten de bedrijfsprocessen vastgelegd worden in een kwaliteitshandboek en moet er ook daadwerkelijk volgens deze processen gewerkt worden.

De ISO 9001 wordt gebruikt om te beoordelen of de organisatie in staat is te voldoen aan eisen van klanten, wet- en regelgeving en de eisen van de eigen organisatie. Deze norm wordt gebruikt door organisaties, maar bijvoorbeeld ook door certificatie-instellingen. Wanneer er op basis van deze norm gewerkt wordt kan een certificaat worden verkregen.

4.4.2 HKZ keurmerk⁴⁵

Het doel van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) is harmonisatie van kwaliteitsbeoordeling in zorg en welzijn. Opdat kwaliteit in de verschillende sectoren op dezelfde manier beoordeeld wordt. HKZ stelt kwaliteitseisen op voor diverse deelgebieden van de sector zorg en welzijn door middel van certificatieschema's. HKZ heeft ook een certificatieschema ontwikkeld voor instellingen voor jeugd-geestelijke gezondheidszorg. Dit deelschema valt onder het certificatieschema 'Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg'.

De certificatieschema's zijn afgeleid van de ISO 9001. Wanneer een organisatie het HKZ-keurmerk heeft verkregen is deze ook gecertificeerd volgens ISO 9001. De meerwaarde van HKZ boven ISO 9001 is dat HKZ ook inhoudelijke eisen stelt.

4.4.3 INK⁴⁶

Het Instituut voor Nederlandse Kwaliteit (INK) is een stichting met als doelstelling het verhogen van de kwaliteit van de bedrijfsvoering op basis van het INK-managementmodel. Het model bestaat uit negen aandachtsgebieden die samen bepalend zijn voor het succes van de organisatie, namelijk leiderschap, personeelsmanagement, strategie en beleid, middelenmanagement, procesmanagement, medewerkers, klanten, maatschappij, ondernemingsresultaten.

Daarnaast bestaat het model uit 5 fasen: Activiteit-, proces-, systeem-, ketengeoriënteerd en excellentie en transformatie. Organisaties die ruim in fase II verkeren en blijken hun verbeterplan het vermogen bezitten om gestructureerd te verbeteren kunnen een INK-verbetercertificaat aanvragen. Tevens kunnen organisaties een INK-onderscheiding of een INK-prijs krijgen. Dit hangt af van het aantal punten wat de organisatie behaalt bij een audit welke wordt gehouden door een door het INK samengesteld auditteam.

⁴⁴ http://nl.wikipedia.org/wiki/ISO_9001

⁴⁵ www.hkz.nl

⁴⁶ www.ink.nl

4.4.4 Gouden, zilveren en bronzen keurmerk⁴⁷

De Stichting Perspekt verleent in de zorg het gouden, zilveren en bronzen keurmerk aan instellingen voor verpleging en verzorging. De beoordelingscriteria voor goud en zilver zijn gebaseerd op de van toepassing zijnde certificatieschema's van HKZ en MIK-V (Model Integrale Kwaliteitszorg Verpleeghuizen), een eerder door de sector ontwikkelt systeem. Zowel HKZ als MIK-V zijn verwant aan ISO 9001, waardoor het gouden en zilveren keurmerk voornamelijk de kwaliteit van de interne organisatie betreffen. De beoordelingscriteria voor brons zijn gericht op de thema's zorg, welzijn en veiligheid.

Welk keurmerk een organisatie uiteindelijk krijgt hangt af van de score die wordt behaald bij de audit.

4.4.5 NIAZ-accreditatie⁴⁸

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen is een organisatie die accreditatie geeft aan zorginstellingen. De normen van het NIAZ zijn gebaseerd op de systematiek van het INK-model. Tevens is de Plan-Do-Check-Act cyclus, ofwel de Deming Cirkel, een belangrijk element in het accreditatieprogramma. Bij de NIAZ-accreditatie wordt de zorginstelling getoetst door collega's uit een andere zorginstelling. Zo wordt de deskundigheid en het inzicht van ervaren collega's ingezet om de kwaliteit van een instelling te beoordelen.

De NIAZ-toetsing wordt uitgevoerd op basis van de instellingsbrede Kwaliteitsnorm Zorginstelling én de 38 afdelingsgebonden kwaliteitsborgingnormen (bijlage 11) .

Curium heeft ervoor gekozen om een NIAZ-accreditatie aan te vragen. In het volgende hoofdstuk wordt hier nader op ingegaan.

4.5 Samenvatting

Kwaliteit is een breed begrip, welke op verschillende manieren geïnterpreteerd kan worden. Wanneer we kijken naar de FD van Curium moeten we kijken vanuit het dienstverleningsperspectief. Certificatie schept duidelijkheid met betrekking tot het begrip kwaliteit. Een certificaat is een objectief bewijs dat een organisatie een goede prestatie voor datgene waarvoor de organisatie gecertificeerd is.

Het doel van het invoeren van een kwaliteitssysteem is dat de organisatie goed kan functioneren en daardoor over tevreden klanten beschikt.

Met betrekking tot het werken volgens een kwaliteitsmeetsysteem zal er aan de hand van de Deming Cirkel gewerkt moeten worden; Plan-Do-Check-Act. Door constant opnieuw te plannen, dit uit te voeren, de uitkomsten te controleren en waar nodig weer actie te ondernemen kan een kwaliteitssysteem geborgd worden.

In de ziekenhuiswereld wordt in plaats van certificatie ook wel gesproken over accreditatie. Het verschil met certificatie zit hem in het feit dat bij accreditatie minder vastgelegd hoeft te worden met betrekking tot protocollen en werkinstructies, er wordt geaudit door peers (personen die werkzaam zijn in de branche) en de instelling die accrediteert is goedgekeurd door de branche.

De evolutie van kwaliteitsmanagement heeft een aantal fases doorlopen, namelijk de ambachtelijke kwaliteit, de kwaliteitsinspectie, Quality Engineering, Quality Assurance of kwaliteitsborging en Total Quality Management.

Wanneer we Curium naast deze historische ontwikkelingen zetten zien we dat de organisatie op weg is naar Quality Assurance, met het doel om uit te komen bij Total Quality Management.

Curium kan voor een kwaliteitscertificaat kiezen van de NEN-EN-ISO, het HKZ, het INK, Stichting Perspekt en het NIAZ. De keuze van Curium is gevallen op de NIAZ-accreditatie. In het volgende hoofdstuk wordt hier nader op ingegaan.

⁴⁷ www.keurmerk.nl

⁴⁸ www.niaz.nl

5. NIAZ

In dit hoofdstuk wordt uitgebreider ingegaan op het NIAZ. Aan bod komt een korte beschrijving van het instituut, de normen, de sterke en zwakke punten van het NIAZ en waarom Curium heeft gekozen voor een NIAZ-accreditatie.

Voor een uitgebreidere omschrijving van het NIAZ wordt verwezen naar bijlage 11.

5.1 Het instituut⁴⁹

Het NIAZ is op 22 december 1998 opgericht door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), de Orde van Medisch Specialist (OMS) en de Stichting Proefproject ACcreditatie (PACE).

De missie van het NIAZ is het verbeteren en borgen van de kwaliteit van de organisatie van de zorg in Nederlandse ziekenhuizen. NIAZ geeft aan dat hoewel de 'Z' in NIAZ staat voor 'Ziekenhuizen', uiteraard ook andere zorginstellingen zich kunnen aansluiten bij het NIAZ-accreditatieprogramma.

Bij de missie heeft NIAZ twee doelstellingen geformuleerd, namelijk het ondersteunen van individuele instellingen in de kwaliteitsverbetering en -borging van de zorgorganisatie en het bieden van de mogelijkheid aan individuele zorginstellingen om zich te verantwoorden voor de kwaliteit van de organisatie van de zorg.

NIAZ geeft aan dat het beslist níet de bedoeling is dat alles schriftelijk wordt vastgelegd, want dat zou kwaliteitszorg tot een bureaucratisch monster maken en de organisatie in een keurslijf dringen. Het NIAZ schrijft daarnaast niet voor hoe de instelling haar kwaliteitssysteem moet hebben ontwikkeld, of met welk model dat gebeurd moet zijn. Het is aan de zorginstelling zelf om te bepalen hoe zij haar kwaliteitssysteem inricht. Het NIAZ toetst of dat systeem effectief is.

5.2 Normen⁵⁰

NIAZ beschikt over een instellingsbrede norm, de Kwaliteitsnorm Zorginstelling, en over 38 afdelings- of dienstgebonden normen.

Tijdens accreditaties vormt de instellingsbrede NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling de leidraad. Deze norm beschrijft aan welke organisatorische voorwaarden een ziekenhuis moet voldoen om kwaliteitszorg te borgen. De Kwaliteitsnorm Zorginstelling bevat kwaliteitscriteria voor de organisatorische voorwaarden voor kwaliteitszorg, die betrekking hebben op de zorginstelling als geheel. Een aantal van deze kwaliteitscriteria wegen zwaarder dan anderen. In bijlage 13 zijn de zwaarwegende criteria dik gedrukt. In de instellingsbrede norm is de 'Plan-Do-Check-Act cyclus' verweven. Plan betekent dat iets nog niet is geregeld, maar dat de instelling dit wel van plan is. In de Do-fase krijgt dit gestalte in bijvoorbeeld protocollen, procedures en (schriftelijke) werkafspraken. Als het eenmaal is geregeld, gaat de Check-fase in. Daarin controleert het ziekenhuis structureel of de gemaakte afspraken werken in de praktijk. In de afsluitende Act-fase volgt op deze structurele controle waar nodig een verbeteringsactie. Daarmee is de verbeteringscyclus afgerond.

De afdelingsnormen zijn 'streefnormen': Afdelingen hoeven niet aan de criteria in de normen te voldoen. Organisaties kunnen zelf beoordelen welke norm en welke criteria van die norm

⁴⁹ www.niaz.nl

⁵⁰ www.niaz.nl

relevant zijn voor het kwaliteitssysteem op hun afdelingen. De normen zijn onderverdeeld in verschillende hoofdstukken: 'Beleid en organisatie', 'Procesbeheersing', 'Middelen en materialen', 'Kennis en vaardigheden' en 'Borging van het kwaliteitssysteem'. De criteria in het hoofdstuk 'Procesbeheersing' variëren per afdeling; de criteria in de andere hoofdstukken zijn voor alle afdelingen hetzelfde.

Dit onderzoek heeft alleen betrekking op de FD van Curium. Er wordt gebruik gemaakt van de afdelingsnormen die de gehele FD dekken, namelijk de Kwaliteitsborgingsnorm Civiele Dienst de Kwaliteitsborgingsnorm Voedingsdienst en de Kwaliteitsborgingsnorm Technische zaken (bijlage 12).

Deze normen zijn streefnormen, er wordt dus niet geëist dat de FD aan deze normen moet voldoen. Wel *moet* Curium aan de Kwaliteitsnorm Zorginstelling voldoen. Om een volledig beeld te krijgen van hoe de FD van Curium zich tot de NIAZ normen verhoudt wordt de algemene norm voor zover mogelijk ook toegespitst op de FD.

De afdelingsnormen zullen op termijn door het NIAZ worden herzien. Het NIAZ wil komen tot een beperkte set afdelingsnormen, die aansluit op de Kwaliteitsnorm Zorginstelling en die de mensen op de werkvloer houvast biedt. Daarvoor heeft de Commissie van Deskundigen van het NIAZ geadviseerd de afdelingsnormen te clusteren naar snijdende patiëntgerelateerde afdelingen, beschouwende patiëntgerelateerde afdelingen, ondersteunend specialismen en ondersteunende bedrijfsvoering. Ook worden de normen uitgebreid met criteria voor veiligheidsmanagement. Eind 2007 moet er een bètaversie van het herziene afdelingsgebonden normenkader verschijnen, die in 2008 gevalideerd zal worden.⁵¹

Naast de normen zijn er ook nog noodzakelijk voorwaarden waaraan de instelling moet voldoen om in aanmerking te komen voor de accreditatie:

De instelling moet beschikken over een aantoonbare verbetercultuur - Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer toetsingsverslagen laten zien dat gerealiseerde verbeteringen tot resultaten hebben geleid of dat er toetsing op verbeterpunten plaatsvindt. Resultaten van in- en externe audits, evaluaties en andere metingen vormen hierbij het referentiepunt;

Er moet in voldoende mate sprake zijn van borging - Borging betekend het vasthouden van de sterke punten en de doorgevoerde verbeteringen. Kortom, het borgen van afspraken en de verbetercultuur. Daar horen ook de toetsing en de monitoring bij. Naast dat er gecontroleerd wordt of er volgens de normen gewerkt wordt moet hier in de periodes tussen de audits ook toezicht op worden gehouden. Dat maakt borging tot een sluitstuk op de verbetercyclus, een garantie dat de instelling denkt in termen van toetsen en verbeteren;

Een gerechtvaardigd vertrouwen in de kwaliteit van de instelling is een must - Op alle onderdelen van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling wordt bij de consensus van de auditoren vastgesteld of er een gerechtvaardigd vertrouwen is in de kwaliteit van de instelling en of de instelling alle redelijke waarborgen heeft gerealiseerd voor de veiligheid van de patiënt, medewerker en omgeving.

5.3 Sterke en zwakke punten van het NIAZ⁵²

Sterktes

- Het NIAZ richt zich op verbetering van de kwaliteit van de organisatie door de Deming Cirkel toe te passen;
- NIAZ wil niet dat alles schriftelijk wordt vastgelegd, want dat zou kwaliteitszorg tot een bureaucratisch monster maken en de organisatie in een keurslijf dringen;

⁵¹ NIAZ: NIAZ scherpt procedures aan. Kwaliteit kan altijd beter. In: NIAZ Nieuwsbrief. Nr. 3, 2006. Blz. 14.

⁵² Gerritsen, G. e.a. NVKZ: *Auditsystemen. Bekeken en vergeleken*. Amsterdam: SWP, 2000. ISBN 90 6665 376 0. Blz. 24-57.

- De normen zijn onderverdeeld in één instellingsbrede norm en 38 afdelingsgebonden streefnormen, welke bottom-up ontwikkeld zijn in ziekenhuizen. Hierdoor hebben de normen een breder draagvlak;
- Het NIAZ maakt bij de audits gebruik van verschillende informatiebronnen, namelijk vragenlijsten, materialen, observaties en interviews;
- Het auditteam van het NIAZ bestaat uit personen vanuit de branche (peer-review). Deze personen hebben dus kennis van de primaire processen en de diensten en producten;
- Het NIAZ hanteert noodzakelijke voorwaarden. Deze noodzakelijke voorwaarden vormen de basis voor de borging van een kwaliteitssysteem. Een organisatie wordt toegelaten indien de organisatie zegt te voldoen aan deze voorwaarden;
- Het NIAZ heeft zijn normen gebaseerd op het INK-model. Hierdoor is het een eenvoudig model om de complexe werkelijkheid van organisaties mee in kaart te brengen.

*'Kanttekeningen van het INK-model is dat het gebruik van het model beperkt wordt tot analyse en actie, zonder dat er feedback plaatsvindt. De essentiële koppeling tussen 'wat doen we' en 'wat levert het op' wordt niet gemaakt en verbeteringen worden niet consistent opgepakt.'*⁵³

NIAZ gaat hier verder dan het INK-model. Doormiddel van verplichte interne en externe audits verkrijgt de instelling feedback over het functioneren;

- Het is voor het verkrijgen van een NIAZ-accreditatie van belang dat er een aantoonbare verbetercultuur is.

Zwaktes

- De audit vindt (voor een groot ziekenhuis) plaats in 10-12 dagen, waarbij het bedrijfsbezoek 50 tot 60 uur beslaat. Dit is veel tijd in verhouding tot andere instellingen die audits uitvoeren;
- De bijdrage van de patiënten in de verschillende fases is gering. Dit geldt voor de meeste auditsystemen. Nederland loopt achter in deze ontwikkeling;
- In verhouding tot het INK-model en HKZ heeft het NIAZ een minder breed referentiekader. Het NIAZ beschikt over de negen aandachtsgebieden van het INK-model, maar gaat niet verder dan niveau 2/3, waar het INK-model tot niveau 5 gaat.

5.4 De keuze voor de NIAZ-accreditatie

De keuze voor de NIAZ-accreditatie komt voort uit het feit dat Curium bestuurlijk verweven is met het LUMC. Het LUMC heeft een instellingsbrede accreditatie van het NIAZ, die geldig is tot eind 2009. Binnen het LUMC is de kwaliteitsorganisatie dus helemaal opgezet. Er is een kwaliteitscommissie, er zijn kwaliteitshandboeken voor alle afdelingen, er is een intern auditsysteem en dergelijke.

Het LUMC en Curium willen beide apart geaccrediteerd worden en niet als gezamenlijke GGZ-instelling. Curium zal dus niet mee worden genomen in de kwaliteitsorganisatie en het interne auditsysteem, maar het LUMC heeft wel aangegeven Curium te willen ondersteunen bij de opzet hiervan. De ondersteuning kan plaatsvinden door middel van het geven van advies wanneer Curium tegen problemen aanloopt, het helpen bij het opzetten van een kwaliteitsorganisatie, de aanschaf van een documentenbeheersysteem welke ook door het LUMC gebruikt wordt en het meenemen van Curium met bij de opleidingen voor de interne auditoren. Dit bespaart Curium veel tijd en geld, zij hoeft zo niet helemaal zelf een kwaliteitssysteem vanaf de grond op te bouwen.

Vanuit de brancheorganisatie GGZ is aangegeven dat iedere GGZ-instelling een HKZ-certificaat moet hebben. Omdat de voorkeur van Curium uitgaat naar een NIAZ-accreditatie

⁵³ Have ten, S. e.a.: *Berenschot: Het managementmodellenboek*. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie bv, 1999. ISBN 90 6155 928 6. Blz. 65.

is Curium eerst bij GGZ te raden gegaan over de mogelijkheid om niet het HKZ-certificaat, maar de NIAZ-accreditatie aan te vragen. Het GGZ heeft als reactie gegeven dat de keuze voor een model vrij is, maar dat zijzelf de voorkeur geven aan het HKZ-model. Toch is Curium niet de eerste GGZ-instelling die kiest voor de NIAZ-accreditatie. Delta Psychiatrisch Centrum te Poortugaal en RIAGG Midden-Limburg beschikken beide over een NIAZ-accreditatie.

5.5 Samenvatting

De missie van het NIAZ is het verbeteren en borgen van de kwaliteit van de organisatie van de zorg in Nederlandse ziekenhuizen. Bij de missie heeft NIAZ twee doelstellingen geformuleerd: Het ondersteunen van individuele instellingen in de kwaliteitsverbetering en -borging van de zorgorganisatie en het bieden van de mogelijkheid aan individuele zorginstellingen om zich te verantwoorden voor de kwaliteit van de organisatie van de zorg.

NIAZ beschikt over een instellingsbrede norm en over afdelingsgebonden normen. De afdelingsnormen worden op het moment aangepast en zullen in 2008 gevalideerd worden.

De sterktes van het NIAZ zijn dat ze zich richten op de verbetering van de kwaliteit door de Deming Cirkel toe te passen. NIAZ wil niet dat alles schriftelijk wordt vastgelegd. De normen van het NIAZ zijn bottom-up ontwikkeld en bestaan uit één algemene norm en 38 afdelingsnormen. Het NIAZ maakt bij audits gebruik van verschillende informatiebronnen. NIAZ maakt gebruik van 'peer review', de organisatie hanteert noodzakelijke voorwaarden, heeft zijn normen gebaseerd op het INK-model en het is bij het verkrijgen van een accreditatie van belang dat er een aantoonbare verbetercultuur is in de organisatie. De zwaktes van het NIAZ zijn dat de audit veel tijd in beslag neemt in vergelijking tot andere auditsystemen, de bijdrage van de patiënten, is net zoals in bijna alle auditsystemen, gering en het NIAZ heeft in verhouding tot andere auditsystemen een minder breed referentiekader.

Curium heeft gekozen voor de NIAZ-accreditatie omdat het LUMC deze accreditatie al heeft behaald. Curium is bestuurlijk verweven met het LUMC en kan hierbij dus voordelen behalen. Het LUMC kan de nodige ondersteuning bieden bij het opzetten van het kwaliteitssysteem, waardoor kostenbesparingen gerealiseerd kunnen worden. Alhoewel vanuit de branche is aangegeven dat alle GGZ-instellingen een HKZ-certificaat moeten behalen is GGZ Nederland akkoord gegaan met de vraag van Curium om een NIAZ-accreditatie te behalen, in plaats van een HKZ-certificaat.

6. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten per afdeling beschreven aan de hand van de onderzoeksmethodes die zijn gebruikt, zoals aangegeven in hoofdstuk 1.

Daarnaast zullen een aantal constateringën weergegeven worden die FD breed of zelfs Curiumbreed gelden. De Curiumbrede constateringën vallen buiten het onderzoek, maar het zijn wel belangrijke punten die aangepakt moeten worden om in aanmerking te kunnen komen voor een NIAZ-accreditatie. Om deze reden worden ze toch kort beschreven.

De onderzoeksresultaten zijn vergeleken met het LUMC en Delta Psychiatrisch Centrum.

Voor alle onderzoeksresultaten naar aanleiding van de NIAZ-normen wordt verwezen naar bijlage 12 en 13.

6.1 Receptie en Bewaking

In deze paragraaf wordt ingegaan op de constateringën die zijn gedaan bij de Receptie en Bewaking, opgedeeld in de verschillende onderzoeksmethodes die hiervoor zijn gebruikt.

6.1.1 Documentanalyse

Als enige afdeling beschikt de Receptie en Bewaking over een protocollenboek. Hierin staan alle werkzaamheden en gebruiksaanwijzingen beschreven die van belang zijn voor de afdeling. Voor nieuwkomers is het zo eenvoudiger om de werkzaamheden goed uit te kunnen voeren, aangezien alle informatie teruggevonden kan worden.

Bij het analyseren van de documenten komen een aantal zaken naar voren. Bij de protocollen voor 'brand', 'openen' en 'sluiten' is aangegeven dat mondelinge toelichting vereist is. Dit is een belangrijk punt. Zeker het protocol voor brand zal nooit helemaal volstaan op papier, naast een mondelinge toelichting zal ook oefening in de praktijk nodig zijn.

Voor de processen zijn geen gewenste uitkomsten geformuleerd. Bijvoorbeeld in termen van effectiviteit, doelmatigheid en tijdigheid.

De protocollen worden niet beheerd met betrekking tot revisie, auteur, beheerder en dergelijke. Op het intranet is een 'telefoon afhandelingprotocol' te vinden welke niet in het protocollenboek staat. Ook blijkt dit protocol in de praktijk niet te werken. De telefoon moet opgenomen worden binnen drie belsignalen, maar het belsignaal bij de receptie is een toon zonder onderbrekingen, waardoor de medewerkers niet kunnen weten wanneer de telefoon drie keer over is gegaan.

6.1.2 Interview / observatie

De receptionistes zijn de spil in het BHV-plan. Wanneer zich een calamiteit voltrekt wordt de receptie gebeld via het speciale alarmnummer. De receptie moet contact houden met de BHV'ers ter plaatse. Tevens houden ze contact met buitenstaanders die bellen naar de organisatie. Uit het interview is gebleken dat de receptionistes weten wat ze moeten doen in het geval van een calamiteit. Er zijn nog wel enkele onduidelijkheden, maar de oorzaak hiervan ligt bij het BHV-plan wat nog niet geheel up-to-date is.

Bij de observatie is gebleken dat de receptionistes werken volgens de processen zoals deze vastgesteld zijn in het protocollenboek. De receptionistes komen bekwaam en behulpzaam over en weten waar ze mee bezig zijn.

6.2 Voeding en Catering

In deze paragraaf wordt ingegaan op de constateringën die zijn gedaan bij de Voeding en Catering.

6.2.1 Documentanalyse

De afdeling beschikt over een HACCP-keukenhygiëneplan en een HACCP-plan voor unit-keukens.

Het HACCP-keukenhygiëneplan is gemaakt door een extern bedrijf en voldoet aan zowel de HACCP- als aan de ARBO-wetgeving. In dit hygiëneplan staan controlelijsten voor wekelijks en periodiek onderhoud, reinigingsinstructies, productinformatiebladen en veiligheidsinformatiebladen. Alle elementen die schoongemaakt moet worden zijn opgenomen in het plan.

Het HACCP-plan is gemaakt door een tweedejaars stagiaire van de opleiding Facility Management. In dit plan wordt ingegaan op de procedures en processen voor de keukens van de units. In het HACCP-plan zijn werkinstructies, stroomschema's, checklisten en registratieformulieren beschreven die ingaan op de persoonlijke hygiëne, inkoop, ontvangst, opslag, bereiden, distribueren, vaatwas, reinigen en het verwijderen van afval.

Daarnaast zijn voor al deze onderwerpen de risicofactoren en kritische beheerspunten beschreven, behalve voor persoonlijke hygiëne.

Dit plan ligt nog bij het hoofd FD en de coördinator van de afdeling ter verbetering en is dus nog niet ingevoerd op de units. Er moet ook nog het één en ander aangepast worden.

Voor de keukens van de kantine is geen HACCP-plan. Veel van de documenten uit het plan voor de units zijn wel bruikbaar voor de personeelskantine.

6.2.2 Interview / observatie

Wat betreft persoonlijke hygiëne zijn er geen afspraken gemaakt. Het haar hoeft niet in een staart gedragen te worden, er hoeven geen handschoenen gebruikt te worden bij de bereiding van voedsel en sieraden mogen gedragen worden.

Controle van de THT-datum (tenminste houdbaar tot) van etenswaar wordt in de keukens elke vrijdag gedaan door de coördinator, maar de overige medewerkers doen dit niet altijd. Voor de units is er een HACCP-lijst beschikbaar waarop dagelijks ingevuld moet worden of de maaltijden goed zijn aangeleverd voor wat betreft de temperatuur. Deze lijst wordt niet dagelijks bijgehouden. De coördinator van de Voeding en Catering acht het voldoende wanneer de lijst ingevuld wordt voor 1 dag in de week. Dit wordt dan ook gedaan. De coördinator zorgt voor de ingangscontrole van de producten die geleverd worden voor de personeelskantine. Wanneer de coördinator afwezig is zorgt de vervanger hiervoor. Bij de ingangscontrole moet de temperatuur, de verpakking en de THT-datum worden gecontroleerd. Hiervoor is een checklist beschikbaar.

Voor de medewerkers staat een cursus HACCP-training op het programma in het opleidingsplan, maar deze is nog niet gepland.

De afdeling heeft geen rol in het BHV-plan. De medewerkers van de afdeling zijn niet op de hoogte van hun persoonlijke rol, in het BHV-plan, wanneer sprake is van een calamiteit.

De medewerkers komen bekwaam en behulpzaam over. Wel ontstaan er af en toe conflicten op de werkvloer. Het lijkt erop dat iedereen voor zijn eigen hachje zorgt (zolang ik mijn werk maar goed uitvoer is er niets aan de hand), maar in de praktijk moet er juist meer als een team gewerkt worden om te komen tot goede resultaten en het leveren van kwaliteit. Vooral de coördinator moet dit inzien en hier naar handelen.

Het hoofd FD is op het moment bezig met het vergroten van het teamgevoel binnen de afdeling en dit lijkt vorderingen te maken.

6.3 Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening

In deze paragraaf wordt ingegaan op de constatering die zijn gedaan bij de Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening.

6.3.1 Documentanalyse

Bij deze afdeling staat er weinig aan protocollen, afspraken en werkinstructies op papier. De documenten met afspraken en protocollen die aangeleverd worden zijn op het moment zelf uitgetypt. De documenten die wel beschikbaar zijn, zijn een korte uitleg over de microvezel methode, het schoonmaakrooster en het rooster voor de linnenkamer. Deze documenten zijn niet eenduidig opgesteld.

6.3.2 Interview / observatie

De afdeling is sinds kort overgegaan op de microvezel methode. Een schoonmaakmethode waarbij geen gebruik gemaakt hoeft te worden van schoonmaakmiddelen. Dit is beter voor het milieu en vergroot de veiligheid. Daarnaast hoeven medewerkers de doeken niet meer in een emmer onder te dompelen en uit te wringen, wat klachten voorkomt. Er zijn daarnaast hulpmiddelen beschikbaar om het schoonmaken nog eenvoudiger te maken.

Bij het schoonmaken met microvezel moet met speciale technieken gewerkt worden om een goed resultaat te bereiken, zowel qua schoonmaak alsook om klachten te voorkomen. In het opleidingsplan staat dat de medewerkers een cursus microvezel moeten krijgen, maar deze staat nog niet gepland.

Bij controle aan de schoonmaakwerkzaamheden blijkt dat de medewerkers op verschillende manieren werken. Bij de ene unit zijn bepaalde onderdelen goed schoon, terwijl dit bij de andere unit niet het geval is en andersom. De ene medewerker haalt bijvoorbeeld wel de opgedroogde waterspeters rond de wasbak en onder het apparaat met disposable doekjes weg, maar een andere medewerker doet dit niet. Er zijn dan ook geen standaard werkinstructies voor de medewerkers opgesteld. Wanneer we spreken over de externe schoonmaakdienst zijn deze verschillen niet te constateren.

Controle van de schoonmaakwerkzaamheden wordt intern door de coördinator van de afdeling gedaan en extern wekelijks door ICS zelf en 2 keer per jaar door een extern bedrijf. De externe controles vinden plaats volgens een kwaliteitmeetsysteem, waar kwaliteitsrapportages van worden gemaakt. De interne controles vinden niet plaats volgens een kwaliteitmeetsysteem. De coördinator heeft van de externe controleur wel een aantal punten gekregen waar goed op gelet moet worden bij de controle.

De afdeling heeft geen rol in het BHV-plan. De medewerkers van de afdeling zijn niet op de hoogte van hun persoonlijke rol, in het BHV-plan, wanneer sprake is van een calamiteit.

Ook op deze afdeling geldt dat er de nodige conflicten zijn tussen medewerkers. Het hoofd FD is op het moment ook bezig met het vergroten van het teamgevoel binnen deze afdeling en dit lijkt vorderingen te maken.

6.4 Technische Dienst

In deze paragraaf wordt ingegaan op de constatering die zijn gedaan bij de TD..

6.4.1 Documentanalyse

Ook bij deze afdeling staan weinig protocollen, afspraken en werkinstructies op papier. Sinds kort werkt de afdeling aan de hand van een jaarrooster. Elke dag wordt een ander pand bezocht om de opdrachten te doen die op de werklijsten staan aangegeven. De werklijsten liggen op centrale plaatsen. Alle medewerkers kunnen op de werklijst een opdracht noteren welke gedaan moet worden. Wanneer een opdracht afgerond is wordt dit op de werklijst geschreven, als terugkoppeling. Als een werklijst vol is wordt deze bewaard door de afdeling.

Daarnaast is er ook de mogelijkheid om aanvragen te mailen worden naar het algemene e-mailadres. Spoedopdrachten moeten over de telefoon gemeld worden aan de coördinator van de afdeling. Afgeronde opdrachten die over de e-mail zijn gemeld worden niet bewaard.

6.4.2 Interview / observatie

Voor klussen zijn beschermende maatregelen aanwezig, maar uit de observatie en de interviews is gebleken dat deze niet altijd gebruikt worden. Daarnaast ligt er een Veiligheidszakboekje 2006 op de afdeling. Er zijn geen instructies waarin wordt beschreven hoe er veilig gewerkt moet worden. Wel blijkt uit de interviews dat er regelmatig aandacht aan wordt besteed tijdens het werkoverleg.

Er is één medewerker die beschikt over een VCA diploma. Deze medewerker geeft aan dat het voor de overige medewerkers ook belangrijk is om een VCA diploma te halen.

De kwalificatie Basisveiligheid VCA omvat basiskennis van onder meer: Wet- en regelgeving, het begrip 'risico', preventie, beheersmaatregelen, oorzaken, de ijsbergtheorie, herkennen van onveilige handelingen en situaties, ongevallenrapportage, werkvergunningen, gevaarlijke stoffen, branden, explosie, besloten ruimtes, gereedschappen en machines, hijsen, tillen, dragen, struikelen, uitglijden, vallen, werken op hoogte, lassen, elektriciteit, persoonlijke beschermingsmiddelen.

In het kader van de veiligheid en de wetgeving wordt jaarlijks al het elektrische gereedschap en de trapjes en steigers gecontroleerd door een extern bedrijf. Daarnaast beschikken alle medewerkers over een BHV-diploma. Tijdens de observatie en de interviews is gebleken dat alle medewerkers op de hoogte zijn van hun rol in het BHV-plan.

Er is één medewerker van de afdeling die mag werken met elektriciteit, aangezien deze medewerker daar specialist in is. De overige medewerkers werken alleen met zwakstroom. Hier zijn geen afspraken over gemaakt op papier.

Er wordt op de afdeling geen gebruik gemaakt van een onderhoud-/registratiesysteem. Plattegronden zijn niet allemaal digitaal beschikbaar en ook niet up-to-date, storingsen worden niet bijgehouden en de apparatuur en installaties die de afdeling beheert staan niet allemaal geregistreerd. De coördinator van de TD geeft zelf ook aan dat er tijd wordt verspild door het zoeken naar documenten, omdat deze niet via een systeem gearchiveerd worden. Al het witgoed is wel geregistreerd. Er zijn registratiestickers geplakt op de apparatuur en dit wordt bijgehouden in een map. Het witgoed en het onderhoud daarvan loopt allemaal via Siemens. Hiervoor zijn onderhoudscontracten opgezet. Dit geldt voor al het apparatuur wat de afdeling zelf niet kan onderhouden. Van deze onderhoudscontracten is geen planning beschikbaar van wanneer er weer onderhoud gepleegd moet worden.

De afdeling zorgt ervoor dat bij alle apparaten en installaties gebruiksaanwijzingen beschikbaar zijn. Ook de audiovisuele middelen worden beheerd door de TD. De TD zorgt voor de gebruiksaanwijzingen voor deze middelen.

Voor de medewerkers staat een cursus installatietechniek en klimaatbeheersing in het opleidingsplan, maar deze cursussen zijn nog niet gepland.

De medewerkers van deze afdeling komen behulpzaam, vriendelijk en bekwaam over. Ze verstaan hun vak en handelen hier ook naar.

6.5 FD breed

Vanuit de NIAZ-normen is het erg belangrijk dat er gewerkt wordt vanuit een missie en een visie. De Facilitaire Dienst heeft wel een missie en een visie, maar deze staat alleen beschreven in het verslag van een oud-stagiaire. Het hoofd van de FD heeft de missie en visie in haar hoofd zitten. Uit de observatie en interviews blijkt dat de coördinatoren en de medewerkers van de FD geen weet hebben van de missie en de visie. Het beleidsplan is wel

geschreven naar aanleiding van de missie en de visie en doelstellingen en activiteiten komen voort uit de visie.

De FD beschikt over een opleidingsplan met een budget van €15.000,-. Dit opleidingsplan is wel minimalistisch en globaal. Er geen van de opleidingen is gepland.

De documenten binnen de FD worden niet volgens afspraken opgesteld en beheerd. Voor het schrijven van beleidsplannen en jaarplannen zijn geen afspraken opgesteld en er is geen eenheid in de documentatie. Het hoofd van de FD heeft gevraagd om een format voor het beleids- en jaarplan, maar deze is nog niet opgesteld.

Voor de klanten van de FD is er geen klachtensysteem. Er is wel een officiële klachtenprocedure, maar deze is niet toegankelijk voor de simpele klachten. In de procedure wordt de volgende definitie aan een klacht gegeven:

*'Onvrede die, als zodanig omschreven en beargumenteerd, overeenkomstig dit reglement aan de klachtencommissie is voorgelegd.'*⁵⁴ Een klacht moet dus zodanig zijn dat deze voorgelegd moet worden aan de klachtencommissie.

Een andere belangrijke conclusie is dat Curium niet beschikt over een actief milieubeleid. Er wordt wel voldaan aan de wetgeving, het Landelijk Afvalbeheerplan (LAP)⁵⁵, wat betreft afvalscheiding. Dit betekent dat elke organisatie gevaarlijk afval, asbest, papier en karton en bruin- en witgoed moet scheiden (bijlage 14). Uit de tabel in bijlage 14 blijkt dat GFT-afval verplicht gescheiden moet worden bij een wekelijks aantal van 200 kg. Hier komt Curium niet aan.

In het geheel is de FD een afdeling die veel tijd stopt in het professionaliseren van de werkzaamheden. In de afgelopen twee jaar is er veel veranderd binnen de FD. De receptie is geprofessionaliseerd door middel van het aanschaffen van een telefooncentrale, met headset, het automatiseren van reserveringen en dergelijke. De TD is anders gaan werken met de invoering van de werklijsten, de huishouding werkt nu met de microvezel methode en bij de voeding is het thema 'gezonder eten' gelanceerd in de personeelskantine. Op deze dagen worden alleen gezonde maaltijden bereid. Voor de komende jaren zal er nog veel veranderen binnen de FD. Ook met de invoering van dit adviesplan. De medewerkers lijken positief tegenover vernieuwingen en kwaliteit te staan. In de periode van de uitvoering van deze opdracht is er weinig geklaagd over alle veranderingen die hebben plaatsgevonden en nog zullen plaatsvinden, terwijl je als buitenstaander toch veel klachten binnen een organisatie te horen krijgt.

6.6 Curiumbreed

Curium heeft geen *concrete* missie en helemaal geen visie opgesteld. Dit is wel één van de belangrijke eisen van het NIAZ.

Bij de interviews is gebleken dat de medewerkers van de FD niet allemaal even goed op de hoogte zijn van het BHV-plan en hun rol bij een calamiteit. Dit kwam ook naar voren bij de interne audit, waarbij meegelopen is. Wel is gebleken dat hoe dichter de medewerkers bij de patiënten staan of hoe belangrijker hun rol is in het BHV-plan, hoe beter zij op de hoogte zijn van hun rol. Het probleem ligt dus vooral bij de medewerkers die enigszins van de patiënten afstaan en die geen belangrijke taak behelzen binnen het BHV-plan.

Daarnaast is het BHV-plan niet up-to-date. De laatste dateert van 2004 en is bijgewerkt in mei 2006. Deze versie voldoet al niet meer aan de gerealiseerde nieuwbouw. Een

⁵⁴ Intranet Curium

⁵⁵ <http://www.vrom.nl/pagina.html?id=9265>

oproepkracht van de afdeling Receptie en Bewaking is houdt het BHV-plan bij, maar deze medewerker heeft hier weinig tijd voor. Daarnaast is er een medewerker van de TD aangesteld als teamleider BHV, maar deze heeft aangegeven hier weinig tijd voor te hebben. Zijn taak is om nieuwe medewerkers te instrueren, zorg dragen voor het organiseren van opleidingen, het organiseren van trainingen in de praktijk, het schrijven van een evaluatierapport e.d. Deze medewerkers hebben beide een belangrijke taak binnen de BHV, maar kunnen niet altijd de tijd vrijmaken om aan deze eisen te voldoen. Daarnaast beschikt Curium niet over een continuïteitsplan. Welke wel belangrijk is om in te kunnen zetten nadat er een calamiteit heeft plaatsgevonden.

Curium is bezig met de aanschaf van een documentbeheersysteem. Via het LUMC bestaat de mogelijkheid om licenties aan te vragen. Zo worden er kosten bespaard. Dit systeem vereist dat in elk protocol de auteur, autorisator, autorisatiedatum, revisiedatum, documentnummer en documentbeheerder komt te staan. Zo wordt ervoor gezorgd dat documenten op eenduidige wijze worden vastgesteld, opgesteld en beheerd.

6.7 Vergelijking LUMC

Receptie en Bewaking

Het LUMC beschikt over een ontvangstbalie en een frontoffice (servicepunt).

De ontvangstbalie valt niet onder het Facilitair Bedrijf, maar onder de Dienst Maatschappelijk Werk en Patiëntenservice. Bij de ontvangstbalie kunnen mensen terecht voor het informeren naar locaties binnen het LUMC, het aanvragen van een taxirit en het inschakelen van een vrijwilliger voor patiënten die het prettig vinden om begeleid te worden naar een afdeling of onderzoeksruimte.

Het servicepunt valt wel onder het Facilitair Bedrijf. Bij het servicepunt kunnen klanten onder andere terecht voor aanvragen, reserveringen en meldingen van audiovisuele presentatieapparatuur, desinfecties, extra linnenverstrekking, extra schoonmaak, facilitaire klachten en suggesties, gordijnen, storingen aan kledingautomaten of aan drank-, koffie- en warenautomaten, uitrijkaart voor de parkeergarage, vergaderservice en vergaderzalen. Beide afdelingen beschikken over een kwaliteitshandboek waarin alle processen beschreven zijn.

De receptie van Curium is een mix tussen deze twee diensten, waardoor een vergelijking moeilijk te maken is.

Voeding en Catering

Voor wat betreft voeding komt de afdeling Restauratieve voorzieningen het meest overeen met de Voeding en Catering van Curium.

Deze afdeling verzorgt de catering voor recepties, diners en buffetten, de vergaderservice, het restaurant en de coffeecorner en de automaten.

Helaas is het niet gelukt om bij deze afdeling op bezoek te gaan.

Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening

Bij het LUMC zijn er twee externe schoonmaakbedrijven. Daarnaast beschikt de afdeling Huishouding over twee gediplomeerde kwaliteitscontroleurs. Deze controleurs hebben een diploma van de Vereniging Schoonmaak Research (VSR) voor een kwaliteitmeetsysteem. Wanneer een rondje gelopen wordt met deze controleurs blijkt dat zij veel meer punten aan kunnen geven waar op gelet moet worden bij het controleren van de schoonmaak.

De kwaliteit van de schoonmaakbedrijven wordt tevens gemeten via 8 wekelijkse gesprekken die de bedrijven met interne klanten moeten hebben. Hierbij wordt ingegaan op de ervaring van de interne klant met de schoonmaak. Deze resultaten moeten teruggekoppeld worden naar de Huishouding.

Ook binnen het LUMC wordt gewerkt met de microvezel methode. De medewerkers hebben een cursus gehad om hier mee te leren werken. Er wordt ook aangegeven dat dit nodig is om de methode goed te kunnen hanteren.

Bij de wasmachines, waar de microvezel doekjes in worden gewassen, hangen gebruiksaanwijzingen van hoe er gewassen moet worden. Er moet hygiënisch gewassen worden, onder andere door het gebruik van handschoenen. Daarnaast moet aangegeven worden wanneer de doekjes uit de was zijn gekomen. De doekjes moeten namelijk klamvochtig gebruikt worden en zijn 12 uur na wassing niet meer te gebruiken. Deze instructie is in Curium niet aanwezig.

De Huishouding beschikt over een kwaliteitshandboek. Hierin staat het kwaliteitsbeleid en de protocollen en werkinstructies. Van alle processen is een processchema gemaakt. Dit handboek wordt via een documentbeheersysteem beheerd. Het kwaliteitshandboek wordt bijgehouden door één van de huishoudcoördinatoren. Zij geeft aan veel tijd te kwijt te zijn aan het onderhoud van dit handboek en dat er in de praktijk weinig tot geen gebruik van wordt gemaakt.

Bij de medewerkers van de Huishouding heerst het idee dat het NIAZ eist dat er een kwaliteitshandboek, met daarin een beschrijving van alle processen, moet zijn en dat zij met enkel dit kwaliteitshandboek voldoen aan de normen van het NIAZ.

Technische Dienst

De afdeling Infra van het LUMC beschikt over het onderhoudssysteem ULTIMO. Infra gebruikt ULTIMO voor correctief- en preventief onderhoud, kostenindicatie, raming, uitvoering, opdrachtverstrekking en ruimtebeheer.

De invulling van het ULTIMO wordt gedaan door Infra. Het beheer van het systeem wordt verzorgd door de Directoraat ICT.

Voor wat betreft veiligheid beschikken alle medewerkers van Infra over een VCA-diploma en zijn er voldoende beschermende middelen aanwezig om te gebruiken. Al het elektrische gereedschap en de middelen voor hoogwerken worden jaarlijks gecontroleerd door een extern bedrijf.

De medewerkers die gekwalificeerd zijn om met elektrische installaties te werken hebben een contract getekend waarin ze aangeven dit te kunnen.

Om de kwaliteit van de afdeling te borgen heeft Infra een kwaliteitshandboek opgezet. In dit handboek wordt ingegaan op alle normen van de 'Kwaliteitsborgingnorm Technische zaken'. Dit kwaliteitshandboek wordt via een documentbeheersysteem beheerd en bijgehouden door het hoofd Infra.

In het handboek zijn de processen beschreven van de afdeling. Bij het schrijven van de processen wordt er uit gegaan van de deskundigheid van de medewerkers, zoals het hoofd Infra dit ervaart. Niet alles is dus tot in detail uitgewerkt. Bijvoorbeeld bij een melding voor correctief onderhoud staat er in het processchema dat de medewerker de melding moet analyseren (wat kan de oorzaak zijn?). Er worden geen aanwijzingen gegeven van hoe de analyse plaats moet vinden. Het hoofd Infra geeft aan dat de medewerkers van de afdeling zelf in staat zijn dit op te lossen.

Kwaliteitshandboek

Het kwaliteitshandboek van het Facilitair Bedrijf van het LUMC is geschreven aan de hand van de algemene hoofdstukken van de afdelingsnormen, dus Beleid en Organisatie, Middelen en Materialen, Kennis en Vaardigheden en Borging van het kwaliteitssysteem. Het hoofdstuk Procesbeheersing wordt buiten beschouwing gehouden.

Onder dit kwaliteitshandboek vallen de afdelingsprocesboeken. Deze afdelingsprocesboeken zijn geschreven aan de hand van alle hoofdstukken van de afdelingsnorm die van toepassing zijn op de afdeling.

Curium mag gebruik maken van deze handboeken bij het schrijven van een eigen kwaliteitshandboek.

6.8 Vergelijking Delta

Delta geeft aan dat het belangrijk is om zoveel mogelijk vast te leggen, om zo te borgen dat de informatie altijd ergens terug te vinden is. Bijvoorbeeld wanneer de medewerkers Huishouding beschikken over een diploma van een cursus microvezel is dit niet voldoende. Er moeten tevens werkinstructies vastgelegd worden om aan te kunnen laten zien dat wanneer de medewerkers iets niet meer weten, zij dit altijd op kunnen zoeken. Toch geeft het NIAZ zelf aan dat het beslist níet de bedoeling is dat alles schriftelijk wordt vastgelegd. Dit zou kwaliteitszorg tot een bureaucratisch monster maken en de organisatie in een keurslijf dringen.

Delta geeft aan dat het belangrijk is om over een kwaliteitshandboek te beschikken op de FD. In dit handboek moet worden ingegaan op de normen die in het algemeen gelden voor de FD. Het advies van Delta is om bij het schrijven van het kwaliteitshandboek niet teveel de normen af te vinken. Het NIAZ keurt dit niet goed, omdat zij willen dat de organisatie zelf een invulling geeft aan het kwaliteitssysteem. De tip is daarom om het handboek te schrijven naar aanleiding van het INK-model. Daarnaast heeft Delta haar eigen handboek beschikbaar gesteld aan Curium om te gebruiken bij het schrijven van een eigen handboek.

Delta heeft alle processen beschreven aan de hand van de globale activiteiten, betrokkenen, de van toepassing zijnde normen, kritische momenten / risico's en de beheersinstrumenten / documenten die gebruikt worden bij het proces, zoals werkinstructies, checklisten, richtlijnen en dergelijke (bijlage 15). Deze processen zijn opgedeeld in hoofdprocessen, ondersteunende processen en calamiteitenprocessen.

Delta heeft deze processen geïnventariseerd door per tijdstip bij te houden wat de medewerkers van de afdelingen doen. Aan de hand van deze procesbeschrijvingen zijn protocollen opgezet. In deze protocollen moeten de doelstelling, het resultaat, het toepassingsgebied, de betrokkenen en verantwoordelijken, inhoud en werkwijzen, referenties en de van toepassing zijnde documenten zijn beschreven.

Delta heeft nog een aantal algemene tips meegegeven:

1. Schrijf de missie en de visie en het beleidsplan, jaarplan en doelstellingen naar aanleiding van het INK-model. Zo ontstaat er een duidelijk structuur in de verslaglegging, wordt er ingegaan op de normen van het NIAZ, maar worden niet alle normen punt voor punt afgewerkt;
2. Bepaal wie er verantwoordelijk is voor de processen en de daarbij behorende documenten;
3. Bedenk voordat je gaat schrijven waarom je het doet;
4. Beschrijf alles volgens de Plan-Do-Check-Act methode;
5. NIAZ gaat over van het auditten per afdelingen op het auditten van processen. Er wordt dus niet meer vanuit de organisatie gekeken, maar vanuit de klant. Met een proces bedoelen ze dat het afdelingsoverstijgend kan zijn. Hoe verloopt bijvoorbeeld het proces van het moment dat de klant zich meldt bij de receptie tot het moment dat de klant op de desbetreffende afdeling wordt ontvangen en vervolgens wordt geholpen;
6. Naar aanleiding van bovenstaande moet Curium zich in eerste instantie richten op de afdelingsprocessen en zorgen dat er op dat niveau aan de normen voldaan wordt. Wanneer dit het geval is zal er over moeten worden overgegaan op het auditten van afdelingsoverstijgende processen.

6.9 Samenvatting

De Receptie en Bewaking beschikt als enige facilitaire afdeling over een protocollenboek. Hierin staan alle werkzaamheden en gebruiksaanwijzingen beschreven die van belang zijn voor de afdeling.

De receptionisten zijn de spil in het BHV-plan. Bij de interviews is gebleken dat de receptionisten weten hoe ze moeten handelen indien een calamiteit plaatsvindt.

De Voeding en Catering beschikt over een HACCP-hygiëneplan en een HACCP-plan voor de units, welke nog niet goedgekeurd is, dus ook nog niet in gebruik is. Voor de keuken is er geen HACCP-plan. Naast deze plannen staat er niets vastgelegd aan protocollen en werkinstructies.

Er zijn geen afspraken gemaakt wat betreft persoonlijke hygiëne. Productcontroles moeten plaatsvinden, maar voor niet alle controles zijn checklisten beschikbaar en ook worden de controles niet altijd uitgevoerd.

De warme maaltijden moeten dagelijks gecontroleerd worden, maar dit gebeurt één keer in de week.

De Huishoudelijk Dienst en Linnenvoorziening heeft ook weinig vastgelegd staan. De afdeling is sinds kort overgegaan op de microvezel methode, maar de medewerkers hebben hier nog geen cursus voor gehad.

De medewerkers werken ook met hun eigen methode, waardoor er verschillen in de schoonmaak zijn te constateren. Bij de externe schoonmaakdienst is dit niet het geval.

De coördinator zorgt voor de controle van de interne schoonmaak. Hier heeft zij geen opleiding voor.

De TD heeft ook weinig protocollen op papier staan.

De beschermende maatregelen die op de afdeling aanwezig zijn worden niet altijd gebruikt. Wel wordt er in het overleg regelmatig over veiligheid gesproken. Het elektrische gereedschap wordt jaarlijks gekeurd en alle medewerkers beschikken over een BHV-diploma.

De afdeling beschikt niet over een onderhoud-/registratiesysteem. Informatie wordt niet eenzijdig beheerd en er wordt dan ook tijd verspild aan het zoeken naar informatie. Al het witgoed wat in het beheer van de afdeling is wordt wel geregistreerd.

De FD beschikt over een missie en visie, maar deze wordt niet gecommuniceerd. Het beleidsplan en de doelstellingen echter wel. De FD beschikt over een opleidingsplan met een budget van €15.000,-. De opleidingen die hierin staan voor 2007 zijn nog niet gepland. De FD beschikt niet over een centraal klachtenpunt en ook niet over een actief milieubeleid.

Bij de dienst staat het verbeteren centraal en hier wordt ook naar gehandeld. Het personeel lijkt hier niet veel klachten over te hebben.

Curium zelf beschikt niet over een *concrete* missie en helemaal niet over een visie. Medewerkers binnen Curium zijn niet altijd even goed op de hoogte van het BHV-plan en hun rol daarin. De medewerkers die dicht bij de patiënten staan of die een belangrijke rol hebben in het plan weten dit wel.

De medewerkers die binnen Curium aangesteld voor het bijhouden van het BHV-plan en als teamleider geven aan weinig tijd te hebben om deze taak uit te voeren. Het BHV-plan is dan ook niet meer up-to-date.

Curium is op het moment bezig met de aanschaf van een documentbeheersysteem via het LUMC.

De huishoudcoördinatoren van het LUMC zijn gediplomeerde kwaliteitscontroleurs. De afdeling beschikt over een kwaliteitshandboek welke wordt bijgehouden door één van de huishoudcoördinatoren. Zij heeft aangegeven hier veel tijd aan kwijt te zijn. In de praktijk blijkt dat het boek weinig gebruikt wordt.

De afdeling Infra van het LUMC beschikt over het onderhoudssysteem ULTIMO. Alle medewerkers op de afdeling hebben een veiligheidscursus gehad en de medewerkers die gekwalificeerd zijn om met elektrische installaties te werken hebben hiervoor een contract getekend.

Waar de Huishouding alle processen tot in detail beschrijft doet Infra dit niet.

Het kwaliteitshandboek van het Facilitair Bedrijf is geschreven naar aanleiding van de hoofdstukken uit de afdelingsnormen van het NIAZ.

Delta geeft aan dat het belangrijk is om veel informatie vast te leggen, zodat geborgd wordt dat de informatie ergens terug te vinden is.

Delta heeft als tips gegeven om het kwaliteitshandboek, de missie en visie, het beleidsplan, het jaarplan en de doelstellingen te schrijven naar aanleiding van het INK-model, de processen te inventariseren door per tijdstip te kijken wat de medewerkers doen, mensen verantwoordelijk stellen voor het beheer van processen en documenten, bedenken waarom je iets schrijft, bij het schrijven zelf volgens de P-D-C-A methode werken en als laatste moet Curium zich eerst richten op de afdelingsprocessen en zorgen dat deze voldoen aan de normen. Vervolgens moet worden gekeken naar de afdelingsoverstijgende processen.

7. Advies en implementatie

In dit hoofdstuk wordt een advies gegeven door middel van het aangegeven van de verbeterpunten. Dit advies is gebaseerd op de uitkomsten van de voorgaande hoofdstukken. Voor een concreter advies wordt verwezen naar bijlage 16 en 17. Vervolgens wordt een plan van aanpak gegeven voor de implementatie van het advies.

7.1 Verbeterpunten

In deze paragraaf worden de verbeterpunten benoemd. Waar mogelijk is aangegeven op welke norm(en) de verbeterpunten betrekking hebben:

AFD = Afdelingsnorm Algemeen (bijlage 12)

AFD/CD = Afdelingsnorm Civiele dienst (bijlage 12)

AFD/VD = Afdelingsnorm Voedingsdienst (bijlage 12)

AFD/TZ = Afdelingsnorm Technische zaken (bijlage 12)

KZ = Kwaliteitsnorm zorginstelling (bijlage 13)

7.1.1 Kwaliteitsdocumenten

Missie en visie (KZ. Norm 1.1 en 1.8)

De FD beschikt wel over een missie en een visie, maar deze staat niet op schrift en is niet bekend bij de medewerkers. Het hoofd FD werkt wel aan de hand van deze missie en visie, maar de coördinatoren van de afdelingen niet. Om de missie en visie meer bekend te maken bij de medewerkers moet deze in het beleidsplan beschreven worden en op intranet geplaatst worden.

Curium moet een duidelijke en concrete missie en een visie op papier zetten. Zo kan er binnen de afdelingen eenduidig gewerkt worden en kan ervoor gezorgd worden dat alle doelstellingen en activiteiten binnen het beleid van Curium vallen.

Kwaliteitsbeleid (AFD. Norm 1.2)

Volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen moet iedere instelling een op kwaliteit gericht beleid hebben. Curium beschrijft in het strategisch beleidsplan het kwaliteitsbeleid. De FD heeft dit niet in het beleidsplan staan. Dit adviesplan vormt het kwaliteitsbeleid voor de komende periode. Deze moet echter nog wel omgezet worden in concrete doelstellingen die SMART geformuleerd zijn.

*'Curium werkt SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Tijdsgebonden en Realistisch) en volgt de Plan-Do-Check-Act cyclus in haar beleid.'*⁵⁶

Op inhoudsniveau moet volgens Gerritsen (hoofdstuk 4) het doel van het kwaliteitssysteem duidelijk zijn en moet het inhoudelijke informatie en resultaten opleveren. In het kwaliteitsbeleid moet worden beschreven hoe hier invulling aan wordt gegeven.

Kwaliteitshandboek (KZ. Norm 1.9 / AFD. Norm 1.7)

*'De belangrijkste ontwikkelingen op dit moment zijn de uitbreiding met nieuwe units en de professionalisering van de dienst zelf, onder andere met het oog op kwaliteit en de borging daarvan.'*⁵⁷

Om kwaliteit te borgen moet er in eerste instantie een kwaliteitshandboek beschikbaar zijn op de FD. In het kwaliteitshandboek komt een omschrijving van de structuur en de verantwoordelijkheden van de dienst, de belangrijkste processen en procedures en de opzet en beheersing van het documentatiesysteem. Daarnaast wordt beschreven hoe er aan de

⁵⁶ Curium: *Strategisch Beleidsplan CURIMUM 2006/2007*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 18.

⁵⁷ Baaren, C.L. van: *Jaarplan 2006*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 3.

normen wordt voldaan die gelden voor de hele FD, bijvoorbeeld met betrekking tot jaargesprekken, klantbejegening, personeelsontwikkeling, begroting en klachtenbehandeling. De FD kan bij het samenstellen van het kwaliteitshandboek gebruik maken van het handboek van het LUMC en Delta. Tip van Delta is om het handboek te schrijven naar aanleiding van het INK-model, zodat de normen van het NIAZ niet teveel stuk voor stuk worden afgewerkt en een eigen invulling mist.

Ook de overlegstructuur moet in het kwaliteitshandboek komen te staan. De overleggen moeten aangevuld worden met het doel, de aard (informerend of besluitvormend) en de status van ieder overleg.

Eén van de noodzakelijke voorwaarden van het NIAZ is dat er in voldoende mate sprake moet zijn van borging (hoofdstuk 5). Een manier om dit te realiseren is om 'kwaliteit' als vast agendapunt op de overleggen te plaatsen. Zo kan het werken aan kwaliteit in de organisatie gewaarborgd worden en kan de organisatie dit ook aantonen, aan de hand van de notulen.

Om het kwaliteitshandboek zo eenvoudig mogelijk te houden volstaat het om het handboek alleen digitaal te hebben. Zo kan het handboek snel en eenvoudig bijgewerkt worden en hoeven er bij wijzigingen niet allemaal nieuwe versies uitgeprint en verdeeld te worden. Daarnaast heeft iedere medewerker de mogelijkheid om in te loggen op een computer, dus het is voor iedereen toegankelijk.

Afdelingsprotocollenboek (AFD. Norm 1.4 / AFD/CD. Norm 2.1, 2.4 en 2.11)

*'Het wordt in de komende periode een uitdaging, om in verband met de toenemende schaarste aan middelen, de personele inzet te optimaliseren en de productiviteit zo hoog mogelijk te houden. [...] De komende jaren zoekt Curium naar mogelijkheden om de medewerkers zo veel mogelijk te begeleiden en te ontlasten in de uitvoering van het primaire proces. Materiële budgetten, ICT en huisvesting dienen ten goede te komen aan de efficiëntie. Procedures dienen daarbij eenduidig en transparant te worden vastgelegd teneinde helderheid te verschaffen in de taken en verantwoordelijkheden. De ondersteunende diensten zullen in de komende periode een meer proactieve rol krijgen en anticiperen op vragen en ontwikkelingen. Dit vraagt een andere manier van werken die meer planmatig is dan Curium tot nu toe gewend was.'*⁵⁸

*'Decentralisatie, planmatig werken en innovatie zijn de sleutelwoorden voor de facilitaire dienst de komende jaren. Ze zullen garant staan voor een betere dienstverlening.'*⁵⁹

Planmatig werken kan gerealiseerd worden door de processen eenduidig te beschrijven en door het vastleggen van protocollen en werkinstructies in een protocollenboek.

Het afdelingsprotocollenboek valt onder het kwaliteitshandboek. In dit boek komen de processen, en de daarbij behorende protocollen en werkinstructies, te staan die de afdelingen uitvoeren.

Deze processen zullen eerst geïnterviewd moeten worden. Delta heeft dit gedaan door per tijdstip bij te houden wat de werknemers op de afdeling precies doen. Aan de hand hiervan kunnen deze processen aangevuld worden met de globale activiteiten, betrokkenen, de van toepassing zijnde normen (waar mogelijk de doorlooptijden), kritische momenten / risico's, de beheersinstrumenten / documenten die gebruikt worden bij het proces en, waar mogelijk, de gewenste uitkomsten (bijlage 15). Wanneer dit vastgelegd is kan worden bepaald van welke processen het nodig is om protocollen of werkinstructies te beschrijven. In bijlage 16 en 17 staat aangegeven welke protocollen in ieder geval gemaakt moeten worden.

⁵⁸ Curium: *Strategisch Beleidsplan CURIMUM 2006/2007*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 11.

⁵⁹ Baaren, C.L. van: *Jaarplan 2006*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 4.

De coördinator is de juiste persoon om verantwoordelijk te stellen voor de uitvoering van deze werkzaamheden.

Voor de Receptie en Bewaking geldt dat zij een schema moeten maken met de processen, zoals hierboven beschreven. Aan dit schema kunnen zij hun bestaande protocollen koppelen.

Ook bij het protocollenboek geldt dat het voldoende is als deze alleen digitaal beschikbaar is. Zo kan het boek snel en eenvoudig bijgewerkt worden en hoeven er niet allemaal nieuwe versies uitgeprint en verdeeld te worden. Alleen in het geval van de Huishoudelijk Dienst en Linnenvoorziening is het handig het boek ook hard-copy te hebben. Bij deze afdeling werken namelijk 18 mensen die samen de beschikking hebben over 1 computer. Dit garandeert niet dat iedereen bij het protocollenboek kan wanneer dit nodig is.

Het kwaliteitshandboek hoeft niet hard-copy beschikbaar te zijn voor de afdeling. Aangezien in het handboek een algemeen stuk van de FD staat en niet is toegespitst op de werkzaamheden van de medewerkers van de Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening.

Het is wel belangrijk om niet teveel aan de documenten te hangen. Er kan sneller gewerkt worden wanneer de werknemers weten wat ze moeten doen, zonder het op te moeten zoeken, vooral in noodsituaties is dit belangrijk.

Protocollen en werkinstructies moeten alleen vastgelegd worden wanneer dit ook daadwerkelijk nodig is. Bij het schrijven van de protocollen en werkinstructies moet er voor worden gezorgd dat deze zo beknopt en eenvoudig mogelijk gehouden worden. De instructies moeten namelijk gemakkelijk en snel te hanteren zijn.⁶⁰

Kwaliteitsjaarverslag⁶¹

In een kwaliteitsverslag legt een instelling verantwoording af over haar kwaliteitsbeleid. De Kwaliteitswet stelt instellingen verplicht om jaarlijks een kwaliteitsverslag te publiceren. Het verslag is ten eerste bedoeld voor de eigen organisatie. Door op te schrijven wat de instelling aan kwaliteitsbeleid heeft gedaan en wat de resultaten zijn, krijgt de leiding een goed beeld van de sterke en zwakke kanten in de organisatie. Met die informatie kan zij toekomstig kwaliteitsbeleid ontwikkelen. Daarnaast kan het personeel zien wat voor resultaten hun inspanningen om de kwaliteit te verbeteren hebben opgeleverd. De informatie kan ook nuttig zijn voor externe organisaties zoals het regionaal patiënten/consumentenplatform, de verzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In het kwaliteitsjaarverslag moet een instelling in elk geval aandacht besteden aan de kwaliteit van de verleende zorg en het gevoerde kwaliteitsbeleid.

Dit kwaliteitsjaarverslag kan toegevoegd worden aan het jaardocument wat Curium ieder jaar opstelt.

7.1.2 Beheer

Documentbeheersysteem (KZ. Norm 5.4 / AFD. Norm 5.1)

Curium heeft de noodzaak van de aanschaf van een documentbeheersysteem al ingezien en is op het moment in onderhandeling met het LUMC over licenties voor het systeem wat zij gebruiken. Hierdoor bespaart Curium de nodige kosten.

Het systeem staat nog wel als aanbeveling om nog extra te benadrukken dat de aanschaf erg belangrijk is binnen het kwaliteitssysteem en de normen van NIAZ.

Beheer (KZ. Norm 5.6)

⁶⁰ Boomsma, S. en Borrendam, A. van: *Kwaliteit van dienstverlening*. 3^e druk. Alphen aan den Rijn: Samson, 2000. ISBN 90 140 6148 X. Blz. 220.

⁶¹ www.minvws.nl

Van een centraal gedirigeerde dienst die voldeed in een kleinere instelling is de Facilitaire Dienst op weg naar een meer gedelegeerde dienstverlening, die adequater en flexibeler kan inspelen op al die vragen, problemen, klachten en wensen van verschillende afdelingen binnen het groeiende Curium. Daarbij horen ook gedelegeerde verantwoordelijkheden, met budgetverantwoordelijkheid lager in de organisatie en een grotere mate van zelfstandigheid bij de verschillende disciplines.⁶²

[...] Gegevensbeheer zal een belangrijkere plaats gaan innemen. Daarmee zal ook een professionalisering van archieven aan de orde zijn.⁶³

In hoofdstuk 5 staat aangegeven dat één van de noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie is dat er in voldoende mate sprake moet zijn van borging. Om kwaliteit te borgen moet dit goed beheerd worden. Curium beschikt over een kwaliteitscommissie en een protocollencommissie welke verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit in de organisatie. Toch is het goed de verantwoordelijkheden met betrekking tot kwaliteit ook vast te leggen op een lager niveau in de organisatie. In het geval van de FD dus bij de coördinatoren. Er moet iemand verantwoordelijk gesteld worden voor de processen en het daarbij behorende protocollenboek. De coördinator is hiervoor de geschikte persoon. De taak van de coördinator zal zijn het beheren van het protocollenboek, het zorgen dat er aan de hand van de opgestelde protocollen wordt gewerkt en het frequent (bijvoorbeeld 1 keer per jaar) doorlopen voor de processen om eventuele aanpassingen te kunnen maken wanneer blijkt dat er efficiënter gewerkt kan worden. Dit moet blijken aan de hand van de normen en doorlooptijden welke bij de processen worden beschreven. Wanneer hier niet aan wordt voldaan zullen de processen, of de normen aangepast moeten worden. Ook dit is een vorm van borging van kwaliteit, welke aantoonbaar kan worden gemaakt. Het kwaliteitshandboek zal beheerd worden door het hoofd FD.

Strategische- en beleidsdocumenten (KZ. Norm 1.6 en 5.4 / AFD. Norm 1.1, 1.3 en 5.1)

Strategische- en beleidsdocumenten worden binnen Curium niet eenduidig opgesteld en beheerd. Om dit te realiseren moet er een format worden opgesteld voor het schrijven van een beleidsplan, activiteitenplan en een jaarverslag. Delta heeft als tip gegeven om hierbij het INK-model te gebruiken. Ook het LUMC gebruikt het INK-model voor het schrijven van strategische en beleidsdocumenten. Curium kan bij het maken van een format een beleidsdocument van het LUMC als voorbeeld gebruiken.

Daarnaast moeten er beheerseisen aan strategische- en beleidsdocumenten worden opgesteld. Wie beheert de documenten, hoe lang moeten ze bewaard worden, hoe moeten de documenten vernietigd worden enzovoorts.

7.1.3 Klantgericht werken (AFD. Norm 1.13)

Zoals weergegeven in hoofdstuk 3 zitten wij in de tijd van de experience economy en veranderd de vraag van de klant ook regelmatig. Daarnaast hebben ontwikkelingen in de ICT ervoor gezorgd dat de economie steeds transparanter is geworden en dat facilitaire organisaties daardoor steeds transparanter moeten worden om de toegevoegde waarde van hun diensten kenbaar te maken

Ook blijkt uit hoofdstuk 4 dat kwaliteit alles te maken heeft met wat de verwachtingen van de klant zijn over de te leveren dienst in verhouding tot hoe de dienst daadwerkelijk geleverd wordt.

Om klantgericht te kunnen werken zal er dus inzicht gekregen moeten worden in de verwachtingen van de klant en zal de FD zich transparanter op moeten stellen tegenover de

⁶² Baaren, C.L. van: *Jaarplan 2006*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 4.

⁶³ Baaren, C.L. van: *Jaarplan 2006*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 4.

klant. Dit kan door middel van een producten- en dienstencatalogus, een klachtensysteem, tevredenheidsonderzoeken en een klantgerichte houding.

Producten- en dienstencatalogus (AFD/CD. Norm 2.2 en 2.3 / AFD/VD. Norm 2.8 / AFD/TZ. Norm 2.10)

Curium beschikt sinds kort over een nieuw intranet. De FD kan dit goed als medium gebruiken naar de klanten. Op het intranet kan een producten en diensten catalogus (PDC) geplaatst worden. In de PDC kan bijvoorbeeld het assortiment van de Voeding en Catering en de Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening komen te staan, de manier waarop aanvragen (vergaderzalen, platgoed, beamers, klussen etc.) gedaan moeten worden, hoe te handelen bij storingen, welke afvalstromen er zijn binnen Curium en hoe de afdelingen van de FD bereikt kunnen worden. Zo is de klant meer bekend met de werkzaamheden van de FD en hoeven ze niet voor elke vraag op te bellen. De inventarisatie van de procedures voor het protocollenboek kan hierbij als leidraad gebruikt worden. Daarnaast zijn in bijlage 16 en 17, naar aanleiding van de normen, meer onderwerpen aangegeven die in de PDC geplaatst kunnen worden. Het plaatsen van het PDC op intranet kan gedaan worden door de PR-medewerker. Deze medewerker beheert het intranet.

Om te zorgen dat klanten de PDC gaan gebruiken zal dit gecommuniceerd moeten worden, bijvoorbeeld via het intranet.

De PDC zal ook onderhouden moeten worden. Wanneer de coördinatoren processen aanpassen zal dit ook doorgevoerd moeten worden in de PDC.

Klachtensysteem (AFD. Norm 5.3)

Van een centraal gedirigeerde dienst die voldeed in een kleineren instelling is de Facilitaire Dienst op weg naar een meer gedelegeerde dienstverlening, die adequater en flexibeler kan inspelen op al die vragen, problemen, klachten en wensen van verschillende afdelingen binnen het groeiende Curium.⁶⁴

Om inzicht te krijgen in de problemen, klachten en wensen over de FD is het belangrijk dat klanten deze eenvoudig kunnen uiten⁶⁵. Dit kan door middel van een centraal aanspreekpunt bij de receptie, welke via de telefoon of de mail (aan de hand van een invulformulier) benaderd kan worden. De receptie gaat hierdoor meer als frontoffice functioneren, zoals bij het LUMC. De klacht wordt vervolgens doorgespeeld naar de desbetreffende afdeling of persoon.

Om de klant op de hoogte te brengen van hoe hij klachten kan uiten en om voor een juiste afwikkeling te zorgen, zal er een klachtenreglement opgesteld moeten worden en op het intranet geplaatst moeten worden. De responstijd is een essentiële factor bij adequate klachtenafhandeling.⁶⁶ Dit zal daarom ook opgenomen moeten worden in het klachtenreglement.

Om te zorgen dat klanten het nieuwe klachtensysteem gebruiken zal dit gecommuniceerd moeten worden, bijvoorbeeld via intranet.

Tevredenheidsonderzoek (KZ. Norm 7.2 en 7.3)

De medewerkers van Curium werken in een cultuur waarbinnen het actief zoeken naar en bespreken van fouten en tekortkomingen noodzakelijk wordt geacht voor het leveren van kwaliteit.⁶⁷

Om een inzicht te krijgen in de fouten en tekortkomingen zal een tevredenheidsonderzoek gehouden kunnen worden. Niet alle mensen uiten hun klachten⁶⁸ en om hier toch enig zicht

⁶⁴ Baaren, C.L. van: *Jaarplan 2006*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 4.

⁶⁵ Bij, H. van der, e.a.: *Kwaliteitsmanagement in beweging*. 2e druk. Deventer: Kluwer, 2004. ISBN 90 14 08089 1. Blz. 340.

⁶⁶ Bij, H. van der, e.a.: *Kwaliteitsmanagement in beweging*. 2^e druk. Deventer: Kluwer, 2004. ISBN 90 14 08089 1. Blz. 340.

⁶⁷ Curium: *Strategisch Beleidsplan CURIMUM 2006/2007*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 17.

op te krijgen zal de FD hier pro-actief moeten handelen, door zelf naar tekortkomingen te vragen. Er wordt al jaarlijks een medewerkerstevredenheidsonderzoek gehouden binnen Curium, maar deze gaat niet in op de FD. De FD zal zelf een klanttevredenheidsonderzoek op moeten zetten welke structureel (bijvoorbeeld 1 keer in de 3 jaar) gehouden wordt. Wil een tevredenheidsonderzoek resultaten opleveren dan zal wel vooraf gerealiseerd en afgesproken moeten worden dat naar aanleiding van de uitkomsten ook maatregelen worden genomen. Delta houdt ook tevredenheidsonderzoeken met betrekking tot de dienstverlening. Zij hebben een format ter beschikking gesteld welke als basis kan gelden voor het tevredenheidsonderzoek van Curium.

Eén keer per maand hebben de vaste medewerkers van de interne schoonmaakdienst een overleg met de unit waar ze werken. Van dit overleg kunnen notulen gemaakt worden die gegeven worden aan de coördinator van de afdeling. Zo wordt er inzicht gecreëerd in de tevredenheid van de unit over de schoonmaak en de desbetreffende werknemer.

Klantgerichte houding (AFD. Norm 1.13)

*De Facilitaire Dienst van Curium moet groeien naar een goed geïntegreerd geheel van klantgerichte medewerk(st)ers. Vragen en wensen worden tegemoet getreden met een positieve instelling ("ja, tenzij") en bij problemen en klachten moet oplossingsgericht gereageerd worden.*⁶⁹

De meest voor de hand liggende optie om de klantgerichte houding te verbeteren is het volgen van een cursus. Uit onderzoek is gebleken dat deze cursussen beginnen rond een bedrag van €700,-. Aangezien de FD beschikt over 33 werknemers wordt dit een dure aangelegenheid.

Voordat er over wordt gegaan op een cursus kan eerst het resultaat van het eerste tevredenheidsonderzoek afgewacht worden. Blijkt hieruit dat de klantgerichtheid op bepaalde afdelingen onder de maat is, dan kan altijd nog uitgeweken worden naar een cursus voor de desbetreffende afdeling die op dit punt negatief wordt beoordeeld.

Om klantgericht gedrag te stimuleren kan er naar gerefereerd worden tijdens jaargesprekken en beoordelingsgesprekken. Het functioneren van de medewerkers wordt zo dus beoordeeld op klantgericht gedrag.

7.1.4 Opleidingsplan (KZ. Norm 3.8 / AFD. Norm 4.1)

HACCP-training (AFD/VD. Norm 2.3, 2.6 en 2.17)

Bij de Voeding en Catering wordt nog niet gewerkt aan de hand van een HACCP-systeem. Om de medewerkers te leren hoe ze aan de hand van de HACCP-wetgeving moeten werken zullen ze hiervoor een training moeten volgen. Deze cursus is al opgenomen in het opleidingsplan, maar staat nog niet gepland.

Cursus microvezel (AFD/CD. Norm 2.11 en 2.13)

Omdat de medewerkers van de Huishoudelijk Dienst en Linnenvoorziening er niet allemaal dezelfde werkwijze op na houden qua schoonmaken en daarnaast ook nooit hebben leren werken met microvezel is er in het opleidingsplan een cursus microvezel opgenomen. Deze cursus staat nog niet ingepland, maar moet wel zo snel mogelijk plaats vinden.

Cursus kwaliteitmeetsysteem (AFD/CD. Norm 2.14)

De interne schoonmaakwerkzaamheden moeten structureel en eenduidig gecontroleerd worden. Dit wordt wel gedaan door de externe schoonmaakdienst, maar intern wordt er niet gecontroleerd aan de hand van een kwaliteitssysteem. Om dit goed te kunnen doen en aan

⁶⁸ Bij, H. van der, e.a.: *Kwaliteitsmanagement in beweging*. 2^e druk. Deventer: Kluwer, 2004. ISBN 90 14 08089 1. Blz. 340.

⁶⁹ Baaren, C.L. van: *Jaarplan 2006*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 3.

te kunnen tonen is het goed om een cursus voor een kwaliteitmeetsysteem te volgen. Het gaat hierbij om de cursus VSR-DKS. DKS staat voor Dagelijks Controle Systeem. Het DKS is een steekproefcontrole die snel en eenvoudig uitgevoerd kan worden voor directe resultaatmeting. Het doel van DKS is het inzicht verschaffen in de kwaliteit van de uitgevoerde schoonmaakwerkzaamheden.

Cursus veilig werken (AFD/TZ. Norm 2.7 en 2.8)

Wat betreft veiligheid is het niet voldoende om dit alleen op papier te zetten, medewerkers moeten weten hoe ze dit in de praktijk toe kunnen passen. Een cursus biedt hierbij uitkomst en daarnaast kan het op deze manier ook aangetoond worden. Wanneer er enkel een boek op de afdeling ligt kan er niet verzekerd worden dat de medewerkers dit ook echt lezen en gebruiken.

Om te garanderen dat de medewerkers van de TD weten hoe ze veilig kunnen werken is er de mogelijkheid om een veiligheidscursus volgen. Het gaat hierbij om de cursus B-VCA. De medewerkers van de Infra van het LUMC beschikken ook over dit diploma.

7.1.5 Registratie-/onderhoudssysteem (KZ. Norm 4.9 / AFD/TZ. Norm 2.3, 2.17, 2.18, 2.21, 2.25, 2.30)

Het hoofd FD is, samen met een stagiair, al bezig met de aanschaf van het onderhoudssysteem ULTIMO. Zij is op het moment in onderhandeling over de kosten voor een licentie via het LUMC. Net als met het documentbeheersysteem is dit systeem opgenomen in de aanbevelingen om nog extra te benadrukken dat de aanschaf erg belangrijk is binnen het kwaliteitssysteem en de normen van NIAZ.

7.1.6 HACCP (AFD/VD. Norm 2.3, 2.6 en 2.17)

Kwaliteitsverbetering op het vlak van Voeding en Catering zal in deze beleidsperiode vooral liggen op het gebied van veiligheid, hier met name ingevuld door verbetering van de praktische uitwerking, handelingen en registratie rond HACCP en hygiëne.⁷⁰

De afdeling beschikt al over een HACCP-plan voor de units. Dit plan kan zo aangepast worden dat deze ook voor de personeelskantine gebruikt kan worden.

HACCP hanteert de volgende principes⁷¹:

1. Inventariseer alle potentiële gevaren en wijs de reële gevaren aan;
2. Ga na welke maatregelen er nodig zijn om het gevaar te beheersen en stel de kritische beheerspunten (CCP's) vast. (Dit zijn punten in het proces waar het risico kan worden voorkomen, geëlimineerd of tot een aanvaardbaar niveau kan worden teruggebracht).
3. Geef per CCP de kritische grenzen aan;
4. Stel vast hoe de CCP's bewaakt worden;
5. Leg de correctieve acties vast per CCP. (Correctieve acties zijn nodig wanneer de monitoring aangeeft dat het CCP niet wordt beheerst. De correctieve acties kunnen nodig zijn op het product en/of het proces en moeten leiden tot herstel van de veiligheid);
6. Pas verificatie toe. (Verificatie is een periodieke controle om na te gaan of de HACCP aanpak effectief is, ofwel om na te gaan of de beheersing van een CCP effectief is. Verificatie laat dus zien of de werkwijze tot voldoende veiligheid leidt);
7. Houd documentatie en registraties bij. (Documentatie wil zeggen dat de systeemopzet vastgelegd moet worden. Registratie is het verplicht vastleggen van bepaalde onderdelen van de systeemuitvoering).

Het HACCP-plan is maar gemaakt tot en met principe 2. Dit plan zal dus nog uitgebreid moeten worden met de andere principes om een goed HACCP-systeem te hanteren.

⁷⁰ Baaren, C.L. van: *Jaarplan 2006*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 7.

⁷¹ <http://www.food-info.net/nl/qual/haccp.htm>

7.1.7 Milieu (KZ. Norm 4.13 / AFD/CD. Norm 2.8 / AFD/VD. Norm 2.4 / AFD/TZ. Norm 2.9 / AFD. Norm 3.10)

*'Er zal minder ad hoc en meer proactief gewerkt worden.'*⁷²

*Naast oog voor duurzaamheid, zal er aandacht zijn voor milieuvriendelijkheid, voor energiebesparende maatregelen, afvalverwijdering en papierscheiding.*⁷³

*'Een bedrijf staat in continue wisselwerking met zijn omgeving. Wanneer een bedrijf direct of indirect overlast veroorzaakt voor de omgeving zal dit een reactie opleveren. Anderzijds kan een bedrijf ook proactief op zijn omgeving inspelen, dit kan het bedrijfsimago verbeteren. Belangrijke aspecten waarop de omgeving een bedrijf immers beoordeeld zijn: effecten op welzijn, gezondheid en milieu.'*⁷⁴

In hoofdstuk 3 is gesproken over MVO, waarbij instellingen oog hebben voor people, planet en profit. Planet staat voor verantwoord omgaan met grondstoffen en milieu.

Curium voldoet wel aan de wetgeving wat betreft afvoer van afval, maar in het kader van proactief werken en oog hebben voor het verantwoord omgaan met grondstoffen en milieu zal er een actief milieubeleid opgezet moeten worden, te beginnen met de preventie en de juiste scheiding van afval.

Aangezien de uitvoering wat betreft het afval bij de FD ligt, zal het schrijven van een milieubeleid ook vanuit de FD moeten komen.

7.1.8 BHV (AFD/CD. Norm 2.8 en 2.9 / AFD/VD Norm 2.11 / AFD/TZ. Norm 2.11)

*'Op kleine calamiteiten zijn organisaties voor verpleging en verzorging goed voorbereid. Daarvoor kunnen zij een beroep doen op de eigen BHV-organisatie. Maar in de BHV-plannen is vaak niet voorzien in grote calamiteiten. Continuïteit van zorg bij een calamiteit, ramp of crisis is voor de cliënten van levensbelang. In de praktijk is helaas al vaak genoeg gebleken: 'When you fail to prepare, you prepare to fail'.'*⁷⁵

Het BHV-plan van Curium is niet meer up-to-date. Deze moet aangepast worden aan de huidige situatie van Curium. Daarnaast beschikt Curium niet over een continuïteitsplan. Deze zal gemaakt moeten worden.

Tevens zullen de medewerkers blijvend moeten worden herinnerd aan het BHV-plan en hun rol daarin, bijvoorbeeld via het intranet en via oefeningen. Zo wordt ervoor gezorgd dat iedereen op de hoogte is van hun rol en dit ook blijft.

7.2 Weerstand en het creëren van draagvlak

Een van de noodzakelijk voorwaarden van het NIAZ is dat er sprake is van een gerechtvaardigd vertrouwen in de kwaliteit van de instelling (hoofdstuk 5).

In hoofdstuk 4 is daarnaast aangegeven dat een kwaliteitssysteem onder andere veronderstelt dat het wordt gedragen door mensen op de werkvloer en dat dit met een (bij voorkeur positieve) attitude ten aanzien van kwaliteit gebeurt.

Bij veranderingen binnen een organisatie bestaat de kans dat er weerstand van de werknemers ontstaat. Wanneer dit het geval is zal er bij de medewerkers geen vertrouwen zijn in de kwaliteit van de instelling.

⁷² Baaren, C.L. van: *Jaarplan 2006*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 4.

⁷³ Baaren, C.L. van: *Jaarplan 2006*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 5.

⁷⁴ Maas, J.G.V. en Doeleman, H.J.: *De kwaliteit van milieu- en ARBO-zorg*. 5^e druk. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1999. ISBN 90 140 6365 2. Blz. 62.

⁷⁵ Kooyman, W.: Continuïteit in de zorgsector bij rampen. In: *Facility Management Magazine*. Jaargang 20, nr. 148, maart 2007

Het zwaartepunt van weerstand tegen veranderen zal in hoofdzaak voortkomen uit: een niet geaccepteerd beeld van de noodzaak, uit een verkeerde aanpak of uit een onderschatting van de gevolgen.⁷⁶

Naast deze punten zijn er nog vijf redenen waarom mensen weerstand tegen verandering kunnen voelen. Deze redenen hebben betrekking op gewoonten, zekerheid, economische factoren, angst voor het onbekende en selectief gebruik van informatie door de medewerkers.⁷⁷

Om weerstand zoveel mogelijk te vermijden moeten deze punten dus voorkomen worden. Belangrijke voorwaarden hiervoor is dat het management commitment uit moet stralen en heldere doelen en beleidskaders moet formuleren. Daarnaast wordt draagvlak en motivatie gecreëerd bij betrokkenen wanneer zij kunnen participeren in de verandering.⁷⁸

Het hoofd FD en de coördinatoren zullen de medewerkers dus moeten blijven informeren over wat hen te wachten staat, door middel van eenduidige informatie. Er kan gecommuniceerd worden via de werkoverleggen, nieuwsbrieven en voorlichtingsbijeenkomsten.

De medewerkers moeten ook gemotiveerd worden om mee te gaan met de veranderingen. De opleidingen die gepland staan kunnen hierbij helpen. Het geeft de medewerkers vertrouwen wanneer ze een diploma kunnen behalen. Tevens is het goed om de medewerkers zoveel mogelijk te laten participeren in het veranderingsproces. Door kwaliteit vast te leggen op de overleggen worden de medewerkers niet alleen geïnformeerd over het proces, maar ook betrokken in het proces. Laat de medewerkers zelf met punten komen die verbeterd worden en motiveer dit ook. De medewerkers kunnen bijvoorbeeld betrokken worden in het inventariseren van alle processen.

7.3 Plan van aanpak

Nr.	Activiteit	Tijdspad	Uren	Verantwoordelijke
	Kwaliteitsdocumenten			
1	Missie en visie	Voor aanvraag NIAZ-accreditatie	-	Directie
1	Missie en visie	1 juni - 1 augustus	1	Hoofd FD
2	Kwaliteitsbeleid	1 juni - 1 augustus	50	Hoofd FD
3	Kwaliteitshandboek	1 juni - 1 september	200	Hoofd FD
4	Afdelingsprotocollenboek	1 juni - 1 september	400	Coördinatoren
5	Kwaliteitsjaarverslag	Jaarlijks	-	Directie
	Beheer			
6	Documentbeheersysteem	In uitvoering	-	PR-medewerker
7	Beheer Kwaliteitshandboek	Jaarlijks	100	Hoofd FD

⁷⁶ Jong de, B en Niesten, H.: *De besturing van facilitaire organisaties*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2004. ISBN 90 13 00959 X. Blz. 164.

⁷⁷ Robbins, S.P.: *Gedrag in organisaties, de essentie*. 5^e druk. Schoonhoven: Academic Service, 2001. ISBN 90 5261 227 7. Blz. 292.

⁷⁸ Krimpen van, J.: *Facility management in perspectief*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2003. ISBN 90 13 00043 6. Blz. 132.

7	Beheer Afdelingsprotocollenboek	Jaarlijks	100	Coördinatoren
8	Strategische- en beleidsdocumenten	Voor aanvraag NIAZ-accreditatie	-	Directie
	Klantgericht werken			
9	PDC	1 juni - 1 november	Verwerkt in actie 4	Coördinatoren / Hoofd FD / PR-medewerker
10	Klachtensysteem	1 juni - 1 november	100	Hoofd FD / Coördinator Receptie en Bewaking
11	Tevredenheidsonderzoek	1 juni - 1 november	300	Hoofd FD
12	Klantgerichte houding	Indien nodig na tevredenheids-onderzoek	-	Hoofd FD
	Opleidingsplan			
13	HACCP-training	1 juni - 1 november	-	Hoofd FD / Voeding en Catering
14	Cursus microvezel	Afhankelijk van aanbod	-	Hoofd FD / Huishoudelijke Dienst
15	Cursus kwaliteitsmeetsysteem	Afhankelijk van aanbod	-	Hoofd FD / Coördinator Huishoudelijke Dienst
16	Cursus veilig werken	Afhankelijk van aanbod	-	Hoofd FD / TD
17	Registratie-/onderhoudssysteem	In uitvoering	-	Hoofd FD / Stagiair
18	HACCP	1 juni - 1 november	200	Coördinator Voeding en Catering / Hoofd FD
19	Milieu	Voor aanvraag NIAZ-accreditatie	-	Hoofd FD
20	BHV	Voor aanvraag NIAZ-accreditatie	-	Directie

Toelichting

Een aantal van de acties moeten gedaan worden door de directie en één actie door de PR-medewerker. Deze acties vallen buiten de FD en hoeven dus niet gedaan te worden voor de gestelde deadline.

Het opzetten van een milieubeleid kost teveel tijd om te kunnen realiseren voor de deadline. Daarom is deze deadline gesteld op de dag waarop aanvraag voor een accreditatie wordt gedaan.

7.4 Samenvatting

Curium moet een concrete missie en een visie vastleggen. De FD moet de missie en visie beter communiceren naar de coördinatoren, medewerkers en klanten.

Dit adviesplan vormt het kwaliteitsbeleid voor de FD voor de komende periode. Wel moet vanuit dit plan nog een aantal doelstellingen SMART geformuleerd worden. Daarnaast moet de FD een kwaliteitshandboek en een afdelingsprotocollenboek opstellen.

Curium moet volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen elk jaar een kwaliteitsjaarverslag opstellen. Dit kan geïntrigeerd worden in het jaardocument van Curium.

Curium is op het moment bezig met de aanschaf van een documentbeheersysteem. Om te voldoen aan de NIAZ normen is het belangrijk dat deze er komt.

Het beheer van de afdelingsprotocollenboeken moet gelegd worden bij de coördinatoren. Zij zorgen ervoor dat de protocollen up-to-date blijven en dat de processen structureel doorgelopen worden om te kijken of er aan de doorlooptijden en anderen normen wordt voldaan.

Voor het schrijven van strategische- en beleidsdocumenten moet er binnen Curium voor worden gezorgd dat dit eenzijdig gebeurt, door middel van een format. Daarnaast moeten er beheerseisen aan deze documenten worden opgesteld.

In het kader van klantgericht werken zal er een PDC opgesteld moeten worden. Daarnaast moet de FD beschikken over een klachtensysteem en zal zij structureel een tevredenheidonderzoek moeten houden. Wanneer uit dit onderzoek blijkt dat de medewerkers van de FD niet klantgericht werken kan er een cursus klantgerichtheid aan de medewerkers aangeboden worden.

Het opleidingsplan van de FD moet bijgewerkt worden met een cursus voor een kwaliteitsmeetsysteem en een cursus veilig werken. Naast dat deze cursussen gepland moeten worden moet ook de HACCP-training en de cursus microvezel gepland worden.

De FD is bezig met de aanschaf van een registratie-/onderhoudssysteem. Het is belangrijk dat dit systeem er komt.

Daarnaast moet er meer gewerkt worden aan de hand van HACCP. Naast de cursus moet ook het HACCP-plan bijgewerkt en aangevuld worden.

Het NIAZ vraagt van de instellingen ook dat ze een actief milieubeleid hebben. Curium beschikt hier niet over. Deze zal nog opgesteld moeten worden. Omdat de uitvoering wat betreft het afvoer van afval bij de FD ligt zal de FD ook het milieubeleid op moeten stellen.

Als laatste moet het BHV-plan up-to-date gemaakt worden en moet er een continuïteitsplan opgesteld worden.

Om weerstand te voorkomen zal er draagvlak gecreëerd moeten worden bij de medewerkers.

Om weerstand te vermijden en draagvlak te creëren bij de medewerkers moet het management commitment uitstralen en heldere doelen en beleidskaders formuleren. Het management moet de medewerkers dus constant informeren over wat hen staat te wachten, door middel van eenduidige informatie. Daarnaast moeten de medewerkers gemotiveerd worden om mee te gaan met de veranderingen. De opleidingen die in het plan van aanpak staan kunnen hierbij helpen. Medewerkers krijgen vertrouwen door het behalen van een diploma.

Door kwaliteit vast te leggen op de werkoverleggen worden de medewerkers niet alleen op de hoogte gehouden van de vorderingen, maar kunnen ze ook participeren in het veranderingsproces, wat een belangrijk punt is bij het creëren van draagvlak. Ook kunnen de medewerkers betrokken worden in bijvoorbeeld het in kaart brengen van alle processen voor het afdelingsprotocollenboek.

8. Bedrijfskundige consequenties

In dit hoofdstuk worden ingegaan op de bedrijfskundige consequenties die samenhangen met de implementatie van het advies uit voorgaande hoofdstukken.

8.1 Personele consequenties

Wanneer de aanbevelingen worden toegepast zal dit inzet vragen van zowel het management als de medewerkers. Om een goed resultaat te krijgen zal door beide partijen inzet en initiatief getoond moeten worden. Vooral het op papier zetten van de processen zal veel inzet vereisen van de medewerkers.

8.2 Organisatorische consequenties

Organisatorisch kleven een aantal consequenties aan het opvolgen van de aanbevelingen. Er zullen heel wat uren gestopt moeten worden in de aanbevelingen om het gewenste resultaat te behalen. Daarnaast zullen een aantal dingen veranderen binnen de organisatie van de FD. De medewerkers van de TD zullen moeten leren werken met een registratie- / onderhoudssysteem en er zal een klachtensysteem en een tevredenheidonderzoek opgezet moeten worden door de FD.

8.3 Financiële consequenties

In deze paragraaf wordt ingegaan op de kosten en baten die leiden uit de aanbevelingen.

8.3.1 Kosten

Eenmalige investeringen

Aanbieder	Product	Aantal	Kosten p/s	Totaal
LUMC	Documentbeheersysteem	In onderhandeling met LUMC		
LUMC	Registratie-/onderhoudssysteem	In onderhandeling met LUMC		
HACCP NOW	HACCP-training	1	€ 109,00	€ 109,00
SVS	Cursus microvezel (docent)	4	€ 370,00	€ 1.480,00
SVS	Cursus microvezel (zelf doceren) Handleiding	1	€ 22,50	€ 22,50
SVS	Cursus microvezel (zelf doceren) Deelnemersboekje	11	€ 12,50	€ 137,50
SVS	Cursus kwaliteitsmeetsysteem	1	€ 455,00	€ 455,00
SVS	Cursus kwaliteitsmeetsysteem (examen)	1	€ 110,00	€ 110,00
CCB-Groep	Cursus veilig werken (B-VCA)	4	€ 260,00	€ 1.040,00
Totaal				€ 3.354,00

Toelichting

De HACCP-training bestaat uit een PowerPoint Presentatie, een multiple choice test en een format voor een certificaat. Daarom hoeft hier maar 1 stuk van te worden aangeschaft.

De cursus microvezel kost per persoon € 370,-. Bij de Huishoudelijke Dienst werken 15 personen. Wat totaal dus neer zou komen op € 5.550,-.

SVS biedt ook een handleiding en deelnemersboekjes aan, zodat instellingen hun medewerkers zelf kunnen doceren. SVS geeft wel aan dat de instructeur bij voorkeur dient te beschikken over een diploma Lager Kader Leidinggevende Schoonmaakonderhoud. De coördinator van de afdeling beschikt niet over dit diploma. Daarom is het advies om 4 medewerkers op cursus te sturen en daarnaast een handleiding te kopen en voor de overige medewerkers een deelnemersboekje. De coördinator kan samen met de medewerkers die

op cursus zijn geweest de overige medewerkers instrueren. Zo worden er de nodige kosten bespaard.

De cursus veilig werken is voor 4 personen berekend. Bij de TD werken op het moment 5 personen. Maar 1 daarvan vertrekt op korte termijn.

Overige eenmalige kosten

De overige elementen uit het plan van aanpak bestaan uit de uren die medewerkers van Curium bezig zijn met de uitvoering. Hier zitten dus geen extra uitgaven aan vast.

Om toch een beeld te krijgen van de kosten voor de invoering van de eenmalige activiteiten (dus exclusief jaarlijks terugkerende kosten, voor bijvoorbeeld beheer) is het totaal aantal uren vermenigvuldigd met het gemiddeld bruto uurloon bij Curium, € 90,-

Activiteit		Aantal uren
Missie en visie		1
Kwaliteitsbeleid		50
Kwaliteitshandboek		200
Afdelingsprotocollenboek		400
Klachtensysteem		100
Tevredenheidsonderzoek		300
HACCP	+	200
Totaal aantal uren		1251
Bruto uurloon Curium	*	€ 90,00
Totaal kosten		€ 112.590,00

8.3.2 Baten

Actie	Baten
Kwaliteitsdocumenten	Informatie eenvoudig terug te vinden, schommeling in de kwaliteit voorkomen door eenduidige uitvoering, bewijsmiddel voor derden.
Beheer	Duidelijkheid taken, inzicht in sterktes en zwaktes door toetsing.
Klantgericht werken	Tevreden klanten, duidelijkheid naar de klant (PDC), inzicht in tekortkomingen, verminderen van de kans op fouten in de toekomst, bescherming imago (klachtensysteem).
Opleidingsplan	Vergroten van het vakmanschap, beter functioneren van de werknemers, tevredenheid van de medewerkers, minder verzuim.
Registratie-/onderhoudssysteem	Eenduidige registratie, directe toegang tot de gegevens, kortere doorlooptijden, actueel inzicht in de voortgang.
HACCP	Inzicht in kritische punten en risico's, hygiënischer werken
Milieu	Goed voor het milieu, verbetering van het imago
BHV	Het treffen van de juiste maatregelen bij een calamiteit

8.4 Samenvatting

De medewerkers en het management zullen initiatief en inzet moeten tonen. Er zal veel tijd gestopt moeten worden in de uitvoering en er zullen een aantal dingen veranderen binnen de organisatie.

Er zal eenmalig geïnvesteerd worden in de aanschaf van systemen en in cursussen, wat neerkomt op €3.354,-. De overige kosten bestaan uit de uren die de medewerkers bezig zijn met de uitvoering. Dit zijn geen extra uitgaven. Om toch een indruk te krijgen van deze kosten is een schatting gemaakt, welke neerkomt op € 112.590,-.

De baten zijn niet in geld uit te drukken, maar zitten vooral in duidelijke taakomschrijvingen, het hebben van bewijsmateriaal, inzicht in sterktes en zwaktes, tevreden klanten en medewerkers, bescherming van het imago, vergroten van de vakmanschap, kortere doorlooptijden en dergelijke.

Conclusies en aanbevelingen

In dit rapport wordt antwoord gegeven op de volgende probleemstelling:

'In hoeverre voldoet de Facilitaire Dienst van Curium aan de normen van het NIAZ en welke stappen moeten nog ondernomen worden om in het najaar van 2007 accreditatie bij het NIAZ aan te kunnen vragen.'

Bij de audits is gebleken dat veel informatie bij de medewerkers in het hoofd zit en niet staat vastgelegd. In sommige gevallen is dit geen probleem. Maar in andere gevallen verwacht het NIAZ wel dat de informatie ergens geborgd is. Om deze reden zal de eerste activiteit het maken van een kwaliteitshandboek en de afdelingsprotocolleboeken moeten zijn.

Bij het schrijven van het kwaliteitshandboek kan dit aan de hand van het INK-model geschreven worden. Het NIAZ wil, volgens Delta, namelijk niet dat alle normen punt voor punt worden afgewerkt, zonder dat de organisatie haar eigen invulling geeft aan het kwaliteitssysteem. Wel kan Curium het handboek van Delta en van het LUMC als leidraad gebruiken voor het opstellen van een eigen kwaliteitshandboek. Het advies is om dit ook zeker te doen, aangezien dit veel tijd zal besparen.

Voor het protocollenboek geldt dat eerst de processen goed in kaart gebracht moeten worden. Vervolgens zal bij de processen gekeken worden naar waar het nodig is om nog extra informatie, zoals protocollen en werkinstructies, vast te leggen. Probeer dit tot een minimum te houden, zodat er geen bureaucratisch geheel ontstaat. Dit brengt veel werk met zich mee en levert weinig op. Zorg er ook voor dat de protocollen en werkinstructies zou eenvoudig en beknopt mogelijk zijn. Zo zijn ze snel en gemakkelijk te hanteren.

Om bijwerken zou eenvoudig mogelijk te houden kan het handboek en het protocollenboek zoveel mogelijk alleen digitaal bewaard worden. Alleen in het geval van de Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening is dit niet wenselijk, aangezien daar 18 werknemers beschikken over 1 computer. Zo kan er niet gewaarborgd worden dat de medewerkers informatie kunnen opzoeken wanneer dit nodig is.

Om naast de NIAZ-normen tevens aan de wetgeving te voldoen zal er ook jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag gemaakt moeten worden.

Het beheer van de documenten is een belangrijk punt. Zorg ervoor dat alle documenten in een documentbeheersysteem worden gezet en stel daarnaast mensen verantwoordelijk voor de documenten. Het NIAZ verwacht dat een organisatie toetst, maar er moet ook sprake zijn van monitoring. Het is dus belangrijk dat de processen niet alleen structureel worden doorlopen, maar ook dat er gecontroleerd wordt dat er daadwerkelijk volgens de regels gewerkt wordt.

Kwaliteit hangt grotendeels samen met klanttevredenheid. Om de klanttevredenheid tot een hoger niveau te brengen is het aan te raden een PDC op het intranet te plaatsen, een klachtensysteem voor de FD op te zetten en het houden van klanttevredenheidsonderzoeken. Zo wordt de FD transparanter en wordt er ook inzicht verkregen in de wensen en eisen van de klant, zodat daar aan voldaan kan worden.

Het opleidingsplan zal bijgewerkt moeten worden met de cursus voor een kwaliteitsmeetsysteem van de schoonmaak. Nu wordt de schoonmaak niet voldoende gecontroleerd. Dit blijkt ook uit de verschillende schoonmaakmethoden die de werknemers erop na houden. Het is daarom ook belangrijk om een cursus microvezel in te plannen, zodat de medewerkers leren werken met de nieuwe methode.

Voor de medewerkers van de Voeding en Catering zal de HACCP-training gepland moeten worden en daarnaast zal het HACCP-plan bijgewerkt moeten worden tot een volledig HACCP-systeem, om zo te borgen dat er hygiënisch gewerkt wordt.

Voor de medewerkers van de TD is het goed om een cursus veilig werken te plannen. Zo kan er aangetoond worden dat de medewerkers weten hoe ze veilig moeten werken en het kan de medewerkers ook stimuleren meer gebruik te maken van de veiligheidsmaterialen. Ook zal er voor de TD een registratie-/onderhoudssysteem moeten komen. Het systeem helpt bij het eenduidig registreren van informatie en is er directe toegang tot de informatie.

Met het oog op Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen is het goed om een milieubeleid in te voeren in de organisatie. Dit kan het imago van Curium verbeteren en dat is belangrijk in de nieuwe situatie waarin de zorginstellingen op de vrije markt staan.

Als laatste is het belangrijk om het BHV-plan te updaten en daarnaast een continuïteitsplan op te zetten. Er moet gezorgd kunnen worden dat patiënten en medewerkers in geval van calamiteit snel op een veilige plaats ondergebracht kunnen worden.

Bij het implementeren van deze aanbevelingen is het belangrijk om weerstand te voorkomen, door middel van het creëren van draagvlak. Het management moet commitment uitstralen en heldere doelen en beleidskaders formuleren. Het management moet de medewerkers dus constant informeren over wat hen staat te wachten, door middel van eenduidige informatie. Daarnaast moeten de medewerkers gemotiveerd worden om mee te gaan met de veranderingen. De opleidingen die in het plan van aanpak staan kunnen hierbij helpen. Medewerkers krijgen vertrouwen door het behalen van een diploma. Door kwaliteit vast te leggen op de werkoverleggen worden de medewerkers niet alleen op de hoogte gehouden van de vorderingen, maar kunnen ze ook participeren in het veranderingsproces, wat een belangrijk punt is bij het creëren van draagvlak. Ook kunnen de medewerkers betrokken worden bij bijvoorbeeld het in kaart brengen van alle processen voor het afdelingsprotocolleboek.

In het algemeen geldt dat er structureel aandacht moet zijn voor kwaliteit binnen de organisatie. Elke mogelijkheid tot verbetering in de organisatie zal aangegrepen moeten worden. En dit moet gebeuren aan de hand van de Plan-Do-Check-Act cyclus. Wanneer dit niet uit het oog wordt verloren is Curium al een heel eind met betrekking tot de invoering en het in stand houden van kwaliteit.

Literatuuropgave

Boeken

- Bij, H. van der, e.a.: *Kwaliteitsmanagement in beweging*. 2^e druk. Deventer: Kluwer, 2004. ISBN 90 14 08089 1
- Boomsma, S. en Borrendam, A. van: *Kwaliteit van dienstverlening*. 3^e druk. Alphen aan den Rijn: Samson, 2000. ISBN 90 140 6148 X
- Gerritsen, G. e.a. NVKZ: *Auditsystemen. Bekeken en vergeleken*. Amsterdam: SWP, 2000. ISBN 90 6665 376 0
- Have ten, S. e.a.: *Berenschot: Het managementmodellenboek*. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie bv, 1999. ISBN 90 6155 928 6
- Jeanson, M. en Oosterhuis, B.: *Auditing omdat het werkt*. 2^e druk. Deventer: Kluwer, 2001. ISBN 90 14 07671 1
- Jong de, B en Niesten, H.: *De besturing van facilitaire organisaties*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2004. ISBN 90 13 00959 X
- Jumelet, H. en Teunis, C.: *Kwaliteit in uitvoering. Kwaliteitszorg in de jeugdzorg*. Utrecht: SWP, 1999. ISBN 90 666 5303 5
- Kooyman, W. e.a.: *Facility Management Magazine Jaarboek 2007*. Nieuwegein: Arko Uitgeverij bv, 2007. ISBN 10 90 5472 023 9
- Krimpen van, J.: *Facility management in perspectief*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2003. ISBN 90 13 00043 6
- Maas, J.G.V. en Doeleman, H.J.: *De kwaliteit van milieu- en ARBO-zorg*. 5^e druk. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1999. ISBN 90 140 6365 2
- Maas, G.W.A. en Pleunis, J.W.: *Facility management*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2001. ISBN 90 1407 794 7
- Robbins, S.P.: *Gedrag in organisaties, de essentie*. 5^e druk. Schoonhoven: Academic Service, 2001. ISBN 90 5261 227 7
- Sluijs, E.M. en Wagner, C.: *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000*. Utrecht: NIVEL, 2000. ISBN 90 6905 467 1

Rapporten

- Baaren, C.L. van: *Beleidsplan Facilitaire Dienst*. Oegstgeest: Curium, 2005
- Baaren, C.L. van: *Jaarplan 2006*. Oegstgeest: Curium, 2006
- Curium: *Jaarplan 2005*. Oegstgeest: Curium, 2006
- Curium: *Strategisch Beleidsplan CURIUM 2006/2007*. Oegstgeest: Curium, 2006
- HKZ: *HKZ Addendum bij certificatieschema. Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg*. Utrecht: HKZ, 2002.
- NIAZ: *NIAZ Kwaliteitsboringnorm Civiele Dienst*. Leiden: NIAZ, oktober 2004
- NIAZ: *NIAZ Kwaliteitsboringnorm Technische Zaken*. Leiden: NIAZ, oktober 2004
- NIAZ: *NIAZ Kwaliteitsboringnorm Voedingsdienst*. Leiden: NIAZ, oktober 2004
- NIAZ: *Kwaliteitsnorm Zorginstelling versie 1.0*. Leiden: NIAZ, juni 2005.
- Splinter, J.: *Facilitaire Organisatie Scan*.

Artikelen

- Drion, B.: *Bestaat FM in 2030 nog wel?* In: Facto Magazine. Nr. 5, mei 2007.
- NIAZ: *NIAZ scherpt procedures aan. Kwaliteit kan altijd beter*. In: NIAZ Nieuwsbrief. Nr. 3, 2006
- Kooyman, W.: *Continuïteit in de zorgsector bij rampen*. In: Facility Management Magazine. Jaargang 20, nr. 148, maart 2007
- Swinkels, J.A.: *Certificeren of accrediteren*. In: Medisch Contact. Jaargang 56, nr. 14, 6 april 2001.
- Zomeren van, D en Bruin de, P.: *Ontwikkelingen in het facilitaire werkveld*. In: Facto Magazine. Nr. 12, december 2006.

Websites

- Intranet Curium
- www.adburdias.nl
- www.amelior.be
- www.carrieretijger.nl
- www.ccb-groep.nl
- www.curium.nl
- www.foodfocus.nl
- www.gemeente.nu
- www.hkz.nl
- www.hulpgids.nl
- www.ink.nl
- www.jeugdzorg.nl
- www.keurmerk.nl
- www.minvws.nl
- www.niaz.nl
- www.nl.wikipedia.org/wiki/Organisatiestructuur
- www.svs-schoonmaak.nl
- www.vrom.nl
- www.zbc.nu
- www.zuid-holland.nl

DVD

- Makkinga, B. e.a.: *50 jaar kinderen van Curium (1955-2005)*. FREEM, 2005.

Interviews

- Charlotte van Baaren, hoofd Facilitaire Dienst
- Annette Koster, coördinator Receptie en Bewaking
- Myra van der Goes, medewerker Receptie en Bewaking
- Leny Imthorn, medewerker Receptie en Bewaking
- Ada van Antwerpen, coördinator Voeding en Catering
- Angelique ten Bokkel, medewerker Voeding en Catering
- Jeannette Helling, coördinator Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening
- Piet Smittenaar, coördinator Technische Dienst
- René Duurkoop, medewerker Technische Dienst en Automatisering
- Theo van Rijn, medewerker Technische Dienst
- Philip Hoogervorst, Huishoudcoördinator Huishouding LUMC
- Michiel de Jong, Hoofd Infra Continudienst LUMC
- Anniek Peelen, Kwaliteitscoördinator Delta Psychiatrisch Centrum
- René van der Gun, Hoofd Civiele Diensten Delta Psychiatrisch Centrum
- Therese Kramer, Hoofd Frontoffice Delta Psychiatrisch Centrum

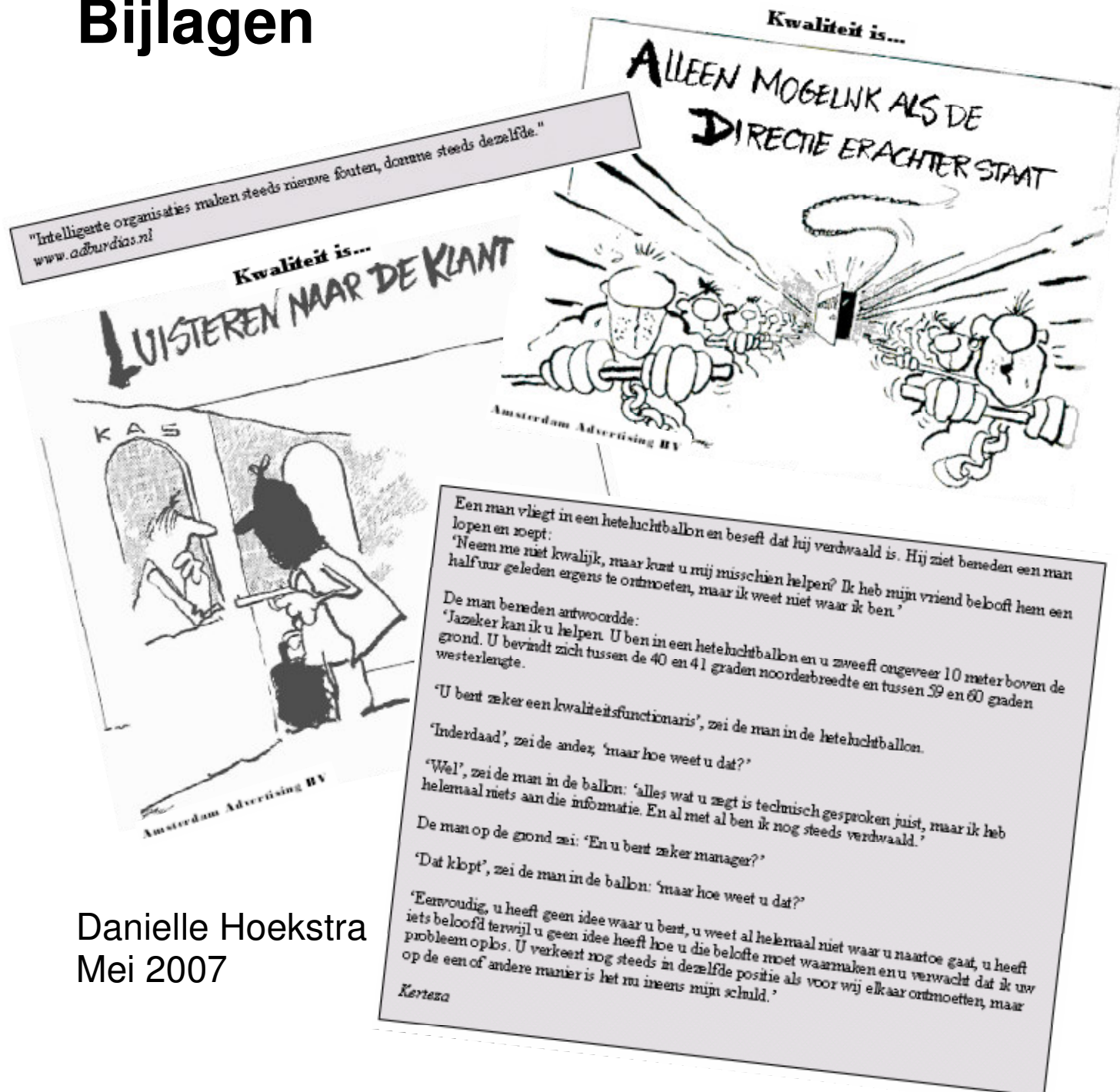
Afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BHV	Bedrijfs hulpverlening
B-VCA	Kwalificatie basisveiligheid
CIRM	Corporate Infrastructure Resource Management
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
FD	Facilitaire Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Points
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
Jeugd-ggz	Jeugd-Geestelijke Gezondheidszorg
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MVO	Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
PDC	Producten- en Dienstencatalogus
SMART	Specifiek, Meetbaar Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden
SSC	Shared Service Centre
TD	Technische Dienst
TFM	Total Facility Management
THT	Tenminste Houdbaar Tot
TQM	Total Quality Management
VSR	Vereniging Schoonmaak Research
(VSR)-DKS	Dagelijks Controle Systeem
Zvw	Zorgverzekeringswet

Zijn we er al bijna?!

Onderzoek naar de stappen die nog ondernomen moeten worden binnen de FD van Curium om te komen tot een NIAZ-accreditatie.

Bijlagen



Danielle Hoekstra
Mei 2007

Zijn we er al bijna?!

Onderzoek naar de stappen die nog ondernomen moeten worden binnen de FD van Curium om te komen tot een NIAZ-accreditatie.

Bijlagen

Danielle Hoekstra
20030344
Mei 2007

Haagse Hogeschool
Academie voor Facility Management
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag

Opdrachtgever: Curium
Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie
Endegeesterstraatweg 27
2342 AK Oegstgeest

Mentor: Mevr. C.L. van Baaren

Beoordelaar: Dhr. C.M. Genet

Medebeoordelaar: Dhr. A.D. Neervoort

Onderzoekperiode: Januari 2007 – Mei 2007

Inhoudsopgave

Bijlage 1: Oriënterend interview	1
Bijlage 2: Relatie LUMC / Curium	2
Bijlage 3: Plattegrond Curium Oegstgeest.....	4
Bijlage 4: Organigram en personeelsbestand Curium.....	6
Bijlage 5: Doelstellingen en uitgangspunten	7
Bijlage 6: Organigram Facilitaire Dienst.....	9
Bijlage 7: Financiering	10
Bijlage 8: Belangrijke partijen in de sector	24
Bijlage 9: Kwaliteitsbeleid sector Jeugdzorg.....	26
Bijlage 10: Ontwikkelingen op FD gebied.....	28
Bijlage 11: Het NIAZ	31
Bijlage 12: Auditresultaten Afdelingsnormen	39
Bijlage 13: Auditresultaten Kwaliteitsnorm Zorginstellingen	83
Bijlage 14: Scheiding afval	96
Bijlage 15: Beschrijving processen Delta.....	97
Bijlage 16: Actieplan Afdelingsnormen	98
Bijlage 17: Actieplan Kwaliteitsnorm Zorginstellingen.....	104

Bijlage 1: Oriënterend interview

1. Wat zijn de werkzaamheden van deze afdeling?
2. Hoeveel mensen werken er op deze afdeling?
3. Wat is het doel van deze afdeling?
4. Wie is / zijn de doelgroep (en)?
5. Met welke afdeling(en) heeft deze afdeling veel te maken?
6. Met welke externe bedrijven heeft deze afdeling veel te maken?
7. Hoe is de werksfeer op deze afdeling en binnen de facilitaire dienst?
8. Hoe wordt er voornamelijk binnen deze afdeling en Curium gecommuniceerd?
9. Bent u tevreden over de gang van zaken binnen deze afdeling en binnen de facilitaire dienst?
10. Wat zou er beter kunnen?
11. Bent u bekend met de NIAZ-accreditatie?
12. Zo ja, wat vindt u ervan dat dit ingevoerd wordt op Curium?
13. Hoe ver denkt u dat deze afdeling is met betrekking tot kwaliteit en een kwaliteitssysteem?

Bijlage 2: Relatie LUMC / Curium⁷⁹

Het LUMC is geen rechtspersoon. Iedere medewerker van het LUMC is in dienst van het Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL).

Het AZL heeft een zeggenschapsrelatie met een aantal instellingen, waaronder de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit Leiden. Dat is de juridische basis van het LUMC, de samenwerking tussen ziekenhuis en faculteit. Maar er zijn nog andere instellingen waarover het AZL zeggenschap heeft en die dus verbonden zijn met het LUMC: Medipark BV te Leiden, Stichting Houdster van Aandelen Medipark BV te Leiden, Stichting Klinisch Genetisch Centrum te Leiden en Stichting Curium Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie te Oegstgeest.

De bezoeker van Curium moet dezer dagen een eind door de modder waden om de ingang te bereiken. “Ze zijn een glasvezelkabel aan het leggen”, vertelt directeur prof. dr. Flip Treffers. “Daarmee krijgen we een verbinding met het LUMC. We kunnen dan bijvoorbeeld ook op Intranet.” De kabel is symbool voor de verbindingen, infrastructureel en inhoudelijk, tussen Curium en het LUMC. Treffers is daar heel blij mee. Hij deed in 1999 zowel aan het bestuur van Curium als aan de Raad van Bestuur van het LUMC het voorstel om Curium bestuurlijk onder te brengen bij het LUMC. “Beide partijen reageerden gelukkig instemmend”, zegt hij tevreden.

Formeel betekent het dat de Raad van Bestuur ook het bestuur van de Stichting Curium vormt. Treffers: “We hadden in 1999 een vacature voor een adjunct-directeur bedrijfsvoering. Om de integratie te begeleiden heeft de Raad van Bestuur toen een medewerker, Rik Boswerger, in die functie gedetacheerd naar Curium. Dat werkt heel goed, hebben we gemerkt.” Liever samen met het LUMC dan met de Rijngroep? “Rijngroep heeft ook een jeugdafdeling, dus we hopen daar op den duur mee te kunnen gaan samenwerken, ook op het terrein van onderzoek en onderwijs. Maar ik vond dat Curium een academischer accent moest krijgen. Aansluiting bij het LUMC lag dus voor de hand.”

Toen Treffers in 1983 directeur van Curium werd, kreeg hij “als bruidsschat” enkele wetenschappelijk medewerkers mee. Die maakten voor hun onderwijs- en onderzoekstaken deel uit van de sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie, een onderdeel van de toenmalige vakgroep Psychiatrie. “We zijn er duidelijk op vooruitgegaan: er is nu een zelfstandige afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, die bij divisie 3 hoort. Voor de ontwikkeling van dit vak zijn we dus niet langer afhankelijk van de afdeling volwassenenpsychiatrie.” De integratie komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in het feit dat Treffers is benoemd tot hoofd van de psychosociale sectie van Kindergeneeskunde.

Zowel onderzoek als onderwijs profiteren volgens Treffers van de verbintenis met het LUMC. “Kinder- en jeugdpsychiatrie is belangrijker geworden in het nieuwe curriculum. Het maakt deel uit van de blokken psychiatrie en kindergeneeskunde en we beginnen dit jaar met een eigen keuzeblok voor het tweede en derde jaar. Wat onderzoek betreft, kunnen we gebruik maken van de adviezen van het Bureau Onderzoek van het LUMC. Onlangs hebben we voor een groot onderzoek een deelsubsidie toegekend gekregen uit het Revolving Fund, een fonds van de Raad van Bestuur voor nieuwe projecten.” Zelf is Treffers ook intensief betrokken bij het reilen en zeilen van het LUMC: als voorzitter van de Artsexamencommissie en lid van de Commissie Medische Ethiek.

De Curiumdirecteur heeft nog wel iets te wensen. “Het is niet eenvoudig om een van oorsprong niet-academische instelling te academiseren. We zijn ook nog niet klaar daarmee, maar het groeiproces gaat in het goede tempo. Voor de toekomst hoop ik dat we een deel van de patiëntenzorg en van het personeel nog eens onder auspiciën van het LUMC kunnen

⁷⁹ Directoraat Communicatie LUMC: *Onder de paraplu*. In: Cicero. Nr. 20, 21 december 2001.

brengen. De afdeling voor dove kinderen bijvoorbeeld, en een deel van de polikliniek. Dat lijkt me een haalbaar doel.”

De medewerkers van de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het LUMC, welke valt onder divisie 3, verrichten hun werkzaamheden ook (deels) in Curium. Daarnaast zijn er nog meer medewerkers die in dienst zijn van het LUMC en die werkzaamheden verrichten in Curium. Het gaat hierbij om onderwijs- en onderzoeksmedewerkers en assistenten in opleiding welke via de Universiteit Leiden werkzaam zijn bij Curium. Zij houden zich bezig met onderzoek in Curium en zullen daarop promoveren.⁸⁰

⁸⁰ Curium: *Jaarplan 2005*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 37.

Bijlage 3: Plattegrond Curium Oegstgeest



Endegeesterstraatweg 27, Oegstgeest

Hoofdbouw - Facilitaire Dienst (met uitzondering van de Technische Dienst), vergaderkamers, kopieerruimte, wachtruimtes;

Stafgebouw - Kantoren, behandelkamers, apotheek, bibliotheek, archieven;

De Sprong - Sportgebouw;

Unit A - Deeltijdbehandeling, daggroep en naschoolse groep, t.b.v. autismespectrumstoornissen, 12 tot 18 jaar;

Unit B - Dagbehandeling DGT (dialectische therapie) t.b.v. borderline persoonlijkheidsstoornissen, 15 tot 18 jaar;

Unit C - Behandelafdeling kinderen, t.b.v. diverse psychiatrische problematiek, 6 tot 12 jaar;

Unit D - Open observatieafdeling kinderen, t.b.v. diagnostiek en behandeladvies, kortdurende behandeling, 6 tot 12 jaar;

Unit E - Neuropsychiatrische stoornissen, 12 tot 18 jaar;

Unit F - Combinatie licht verstandelijk gehandicapten (LVG) en neuropsychiatrische stoornissen, t.b.v. diagnostiek en behandeladvies, 12 - 18 jaar;

Unit G - Open observatieafdeling jeugd, t.b.v. diagnostiek en behandeladvies, kortdurende behandeling, 12 tot 18 jaar;

Unit H - Eet-, somatoforme en internaliserende stoornissen, 10 tot 18 jaar;

Gesloten Afdeling - Crisisinterventie, bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), gesloten opname t.b.v. diagnostiek en behandeladvies, 12 tot 18 jaar;

Intensief Kortdurende Behandeling (IKB) en Diagnostiek - Emotionele stoornissen, psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen waar cognitieve therapie geïndiceerd is, 12 tot 18 jaar;

De Schuur - Creatieve therapie en activiteitenbegeleiding en de Technische Dienst.

Endegeesterstraatweg 36. Oegstgeest

De Vlier - Combinatie doven en slechthorenden en psychiatrische problemen, 0 tot 23 jaar;

Van Krevelenhuys - Autisme en aanverwante stoornissen, 6 tot 12 jaar;

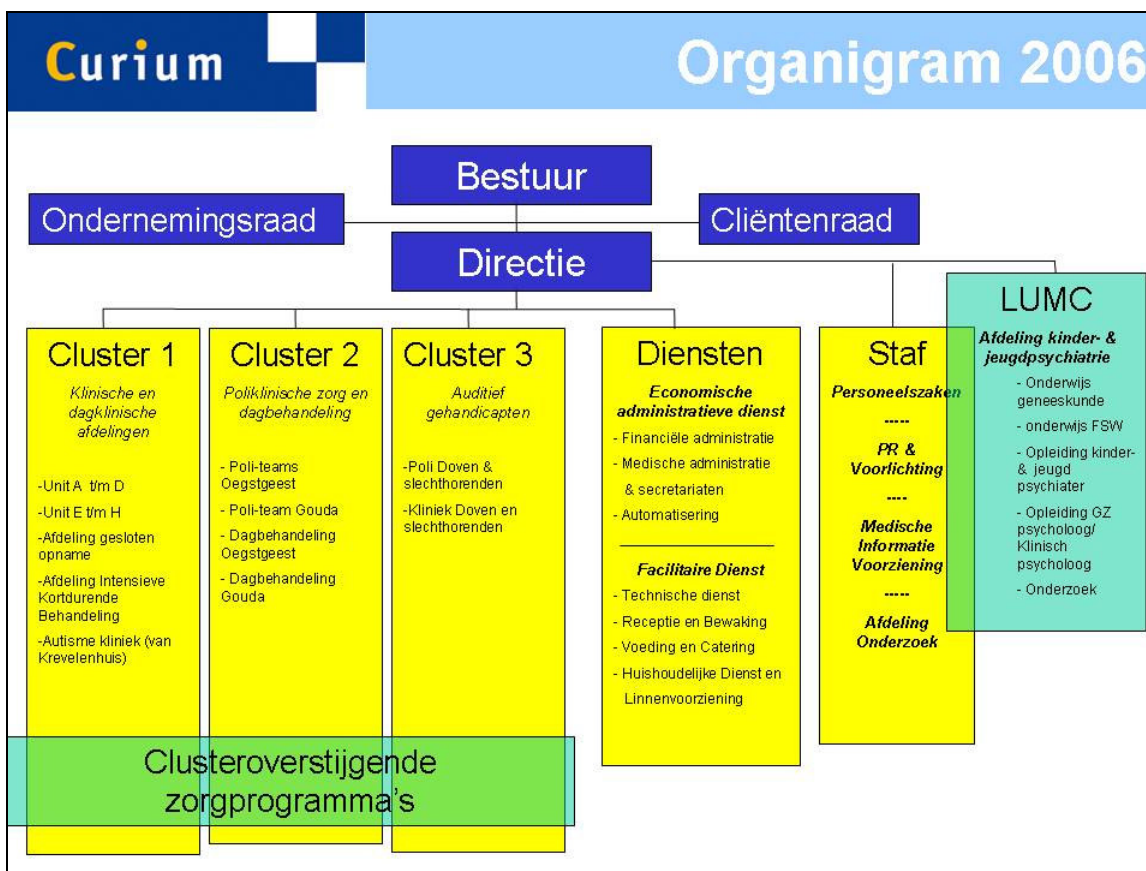
Dagbehandeling Oegstgeest - Autismespectrumstoornis, angststoornissen en/of depressieve stoornissen en ADHD, 5 tot 12 jaar.

Curium Gouda bestaat uit 1 gebouw, waar ongeveer 20 mensen werkzaam zijn. In het gebouw zijn gevestigd:

Dagbehandeling Gouda - Kinderen met psychiatrische problematiek, die tot uiting kan komen in problemen in het functioneren thuis, op school en in de omgang met leeftijdgenootjes, 5 tot 12 jaar;

Polikliniek - Diagnostiek en ambulante behandeling van kinderen en jeugdigen met psychiatrische problematiek, 0 tot 18 jaar.

Bijlage 4: Organigram en personeelsbestand Curium



Personeelsbestand 31 december 2005

Functiecategorie	Mannen	Vrouwen	Totaal
Behandelingscoördinatoren	1	9	10
Kinder- en Jeugdpsychiater	6	2	8
Management	5	3	8
Medici overig	1	7	8
Medische informatie voorziening (MIV)	-	4	4
Ondersteuning	15	61	76
Ouderbegeleiders	1	12	13
Patiëntenzorg overig	3	13	16
Psychologen	1	14	15
Psychotherapeuten	3	9	12
Sociotherapeuten	25	143	168
Therapeuten	1	16	17
Totaal	62	293	355

Tabel 1: Personeelsbestand Curium 2005⁸¹

⁸¹ Curium: *Jaarplan 2005*. Oegstgeest: Curium, 2006. Blz. 34.

Bijlage 5: Doelstellingen en uitgangspunten

De stichting Curium heeft als doel curatieve en preventieve hulp te verlenen op het terrein van geestelijke gezondheidszorg. In het bijzonder verzorgt Curium de diagnostiek, verpleging en behandeling van kinderen en jeugdigen van wie de emotionele, cognitieve en/of sociale ontwikkeling is vastgelopen of ernstig wordt bedreigd.

De meest voorkomende problemen die in Curium worden behandeld zijn angststoornissen, depressieve stoornissen, ADHD, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, autisimestoornissen, eetstoornissen (waaronder anorexia nervosa), psychotische stoornissen en stoornissen in de ontwikkeling van de persoonlijkheid.

De kerntaken van Curium zijn:

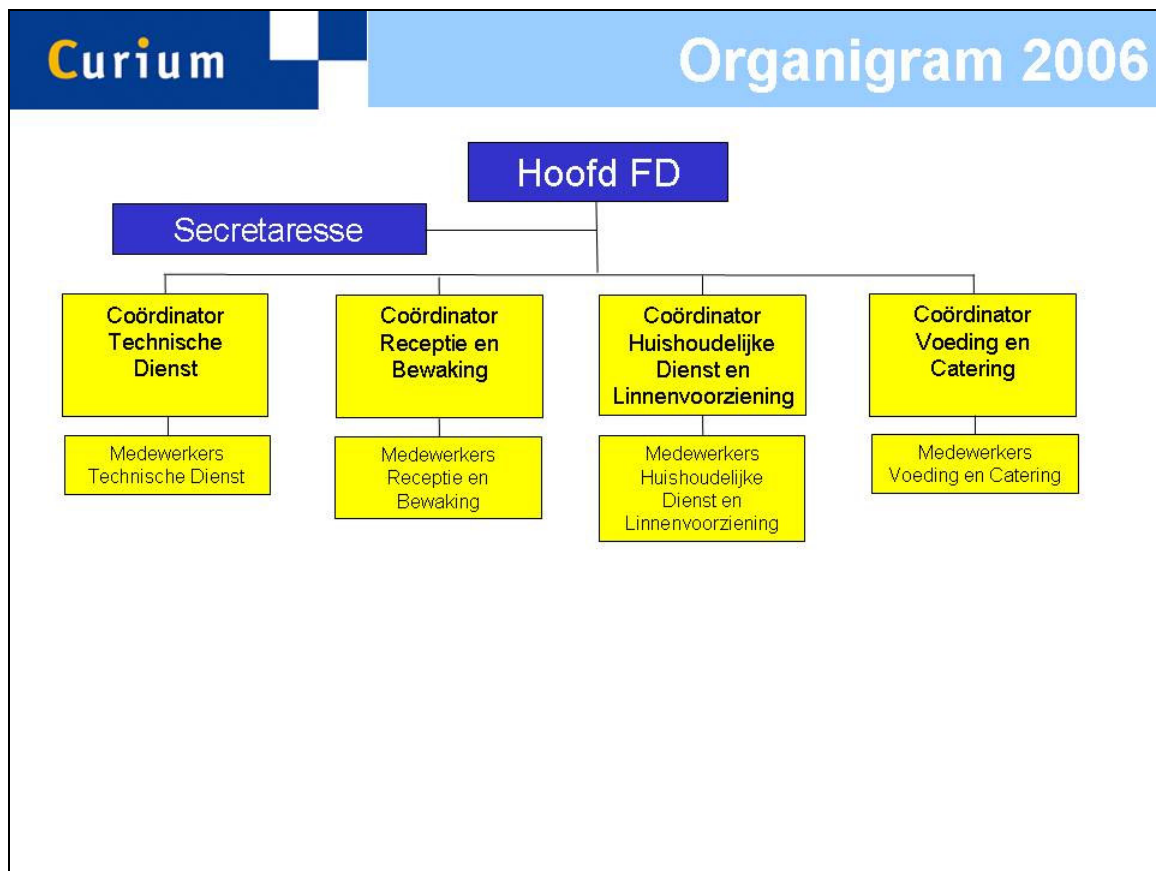
- Patiëntenzorg - Curium verzorgt de diagnostiek en behandeling van kinderen en jeugdigen met psychiatrische problemen;
- Opleiding van assistenten - In Curium worden assistenten geneeskunde opgeleid tot kinder- en jeugdpsychiater, waarbij het mogelijk is om een stage bij Curium te lopen. Het gaat hier om interne opleidingen;
- Wetenschappelijk onderzoek - Curium verricht onderzoek, in relatie met de geboden zorg;
- Onderwijs - Door de medewerkers van Curium/LUMC wordt voorzien in het onderwijs aan de studenten geneeskunde van de Universiteit Leiden en aan studenten van de Faculteit Sociale Wetenschappen. Het gaat hier om externe opleidingen. Het onderwijs wordt gegeven buiten Curium.

Om deze doelstellingen te bereiken hanteert Curium een aantal uitgangspunten:

- Curium voorziet in de basisfuncties en in een aantal specialistische bovenregionale, respectievelijk landelijke functies op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie;
- Curium zoekt actief samenwerking met andere regionale en landelijke zorgaanbieders om verschillende specialisaties met elkaar te verbinden;
- Curium geeft vorm aan de academisering door middel van:
 1. Specialisatie in verschillende doelgroepen;
 2. Specialisatie in verschillende vormen van diagnostiek en behandeling;
 3. Verrichten van wetenschappelijk onderzoek;
 4. Het bieden van onderwijs aan studenten van de Faculteit Geneeskunde en de Faculteit Sociale Wetenschappen;
 5. Opleiding van kinder- en jeugdpsychiaters;
 6. Nascholing van kinder- en jeugdpsychiaters.
- Curium richt zich - in samenwerking met instellingen op het gebied van jeugdhulpverlening in de regio - op de ontwikkeling van de zorg binnen en buiten de keten;
- Curium biedt een gedifferentieerd, op de vraag aansluitend behandelaanbod;
- Vraaggestuurde zorg komt tot stand door middel van samenwerking, onderhandeling en uiteraard bij voorkeur in overeenstemming met cliënten, het verzorgend systeem en verwijzers over het zorgaanbod, de behandelplannen en de uitvoering van de behandeling;
- Waar mogelijk wordt de zorg in clusteroverstijgende zorgprogramma's uitgevoerd;
- De continuïteit van zorg kan worden gewaarborgd dankzij de overeenstemming tussen de clusters van Curium (zie bijlage 3) over de uitgangspunten van diagnostiek en behandeling:
 1. Waar mogelijk wordt kortdurend en ambulant behandeld, waar nodig langdurig en klinisch;

2. In die gevallen waar sprake is van vastgestelde richtlijnen van diagnostiek en behandeling gelden deze als uitgangspunt. Hier wordt slechts gemotiveerd van afgeweken. Hetzelfde geldt voor in empirisch onderzoek verkregen gegevens over de effectiviteit van behandelingen;
 3. Diagnostiek, behandeling en behandelingsevaluatie komen via multidisciplinaire processen tot stand onder regie en verantwoordelijkheid van een kinder- en jeugdpsychiater;
 4. Multidisciplinair werken geeft de betreffende behandelaars recht op inzage van het centrale dossier en de plicht tot het bijwonen van de bespreking over de betreffende cliënt en het leveren van schriftelijke rapportages ten behoeve van de bespreking.
- De komende jaren staan voor Curium in het teken van groei. Er is niet alleen sprake van groei van de omvang van de organisatie, maar ook van kwalitatieve groei;
 - Waar het aanbod van Curium deel uitmaakt van de keten van zorgvormen is er een goede afstemming en samenwerking vereist met andere voorzieningen die bijvoorbeeld verzorging en onderwijs voor hun rekening nemen.

Bijlage 6: Organigram Facilitaire Dienst



Bijlage 7: Financiering

In 2006 verdeelde de provincie circa € 100 miljoen over de jeugdzorginstellingen en Bureau Jeugdzorg. Volgens de wet is de provincie verantwoordelijk voor de financiering van Bureau Jeugdzorg en het jeugdzorgaanbod.⁸²

Binnen de GGZ vindt een omslag plaats wat betreft financiering. Nu valt Curium qua financiering nog onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ vergoedt de kosten van het poliklinisch onderzoek en het consult. Dit geldt ook als in de verzekeringspolis een eigen risico is opgenomen. Als een kind een poliklinische behandeling krijgt, dan is vrijwel altijd een eigen bijdrage verschuldigd. De ouderbegeleiding wordt wel geheel vergoed. De AWBZ vergoedt ook de opname van een kind in Curium.⁸³

Het geneeskundige deel van de geestelijke gezondheidszorg gaat vanaf 1 januari 2008 over van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Onder het geneeskundige deel wordt verstaan dat deel van de geestelijke gezondheidszorg waarbij er sprake is van een psychiatrische aandoening en waarvoor geneeskundige zorg nodig is. Deze geneeskundige zorg moet onder de zorgverzekeringswet vallen en er moet sprake zijn van een verblijf welke noodzakelijk is voor de geneeskundige zorg in verband met de psychiatrische aandoening. Door deze overheveling vallen lichamelijke en geestelijke zorg voortaan onder dezelfde wet. Dit is goed voor de samenhang van de zorg. Ook de AWBZ krijgt meer samenhang door de overheveling van de geneeskundige ggz. De wet wordt weer een verzekering voor langdurige, continue zorg.

Deze zorg is vanaf 1 januari 2008 opgenomen in de polis van de basisverzekering.

De overheveling van de AWBZ naar de Zvw valt samen met de invoer van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Een DBC is een medische procesbeschrijving, welke alle activiteiten van ziekenhuizen en medisch specialisten omvat die voortvloeien uit de zorgvraag van de patiënt. Aan elke DBC kan een prijskaartje worden gehangen. In de prijs zijn inbegrepen: materiaal, afschrijvingen, personeel en een vergoeding voor de medisch-specialistische zorg. Een DBC is dus een combinatie van product en prijs.

Een DBC bestaat uit vier onderdelen: zorgvraag, zorgtype, diagnose en behandeling. Alle voorkomende DBC's worden gegroepeerd tot een hanteerbare productstructuur, die uit ongeveer 650 productgroepen bestaat. Een productgroep is dus een clustering van DBC's.⁸⁴ De financiering op basis van DBC's (dus de declaratie richting zorgverzekeraars) gaat in 2008 in.

De FD krijgt jaarlijks een budget toegedeeld. Het budget van de FD voor 2007 is vastgesteld op € 1.392.240,-. Op de volgende pagina is het budget van de FD voor 2007 weergegeven.

⁸² www.zuid-holland.nl

⁸³ www.curium.nl

⁸⁴ <http://www.minvws.nl/dossiers/dbc/achtergrond/wat-is-een-dbc/>

budget van:	Kwartaal	jaar	kosten soort	afdeling	omschrijving	aanvraag incl. BTW	toekenning incl. BTW
CB 2		2007	161150	Algemeen	aanbrengen kunstwerk bij entree rondweg	35.000	35.000
CB 1		2007	161150	Algemeen	aanpassingen riolering ea terrein (extra)	20.000	20.000
CB 3		2007	161150	Algemeen	bewegwijzering aanpassen na herinrichting terrein	10.000	10.000
PS 4		2007	161150	Algemeen	eenvoudige Dormadranger 350kg slaapkamerdeuren units	6.000	3.000
PS 2		2007	161150	Algemeen	extra aanplant bomen/groen onder auspiciën Piet	5.000	5.000
CB 4		2007	161150	Algemeen	herinrichten terrein nr. 36	pm	0
CB 4		2007	161150	Algemeen	inventarisatie en Energieplan opstellen	25.000	0
CB 2		2007	161150	Algemeen	migratie telefonie	pm	0
CB 3		2007	161150	Algemeen	overkappen fietsenstalling bij entreegebouw/sprong	28.000	28.000
CB 4		2007	4631130	Algemeen	kosten lentefeest e.a. evenementen	6.000	6.000
				Totaal Algemeen		135.000	107.000
CB 4		2007	4414110	Arbocommissie	arbo meubilair	15.000	15.000
CB 4		2007	4419190	Arbocommissie	arbo diverse inrichtingselementen	5.000	5.000
CB 4		2007	4712110	Arbocommissie	arbo diverse technische aanpassingen	5.000	5.000
PS 4		2007	4714110	Arbocommissie	testen gereedschappen	1.050	1.050
				Totaal Arbocommissie		26.050	26.050
CB 4		2007	141100	BHV	middelen tbv oefeningen	500	500
AK 4		2007	4419190	BHV	EHBO en BHV benodigdheden	500	500
PS 1		2007	4419190	BHV	ontruimingsplannen aanpassen	1.500	1.500
PS 4		2007	4713150	BHV	brandblusapparaten	1.200	1.200
PS 4		2007	4713150	BHV	impregneren spullen lentefeest + kerst ivm brandpreventie	500	500
				Totaal BHV		4.200	4.200
CB 2		2007	141100	Creative Therapie	timmerwerkbank	800	800
CB 2		2007	4414110	Creative Therapie	in gelijke kleur spuiten van onderstellen krukken ed.	200	200
PS 2		2007	4414110	Creative Therapie	keukenkastjes 3x boven het aanrecht	270	270
CB 2		2007	4414110	Creative Therapie	picknicktafel voor buiten	200	200
CB 2		2007	4414110	Creative Therapie	Plutar kast Timmy blz. 112 ca 600,- tbv AB gesloten afd	600	600

CB	2	2007	4414110	Creatieve Therapie		werktafels 2x stevige (wesco, ca 260,- ex BTW)	650	650
PS	2	2007	4419190	Creatieve Therapie		groot prikbord aan de muur 180 x 90 Overloom ca 165,-	200	200
PS	3	2007	4712110	Creatieve Therapie		dubbele deur bij muziektherapie	2.000	2.000
				Totaal Creatieve Therapie			4.920	4.920
CB	2	2007	141100	Directie		inrichting kamer Robert Vermeiren	10.000	10.000
				Totaal Directie			10.000	10.000
CB	0	2007	0	Facilitaire Dienst		geautomatiseerd onderhoudsprogr (licentie of aanschaf)	pm	0
CB	4	2007	141100	Facilitaire Dienst		inventaris onvoorziën	7.000	7.000
CB	4	2007	4411180	Facilitaire Dienst		schoonmaakwerkzaamheden derden	100.000	100.000
CB	4	2007	4414110	Facilitaire Dienst		onderhoud meubilair	6.000	6.000
CB	4	2007	4414120	Facilitaire Dienst		stoffering en vloerbedekking	19.800	12.000
CB	4	2007	4419140	Facilitaire Dienst		verpakkingsmateriaal	2.000	2.000
CB	4	2007	4419190	Facilitaire Dienst		overige kosten huishoud en inrichting algemeen/FD	5.000	5.000
CB	4	2007	4419190	Facilitaire Dienst		overige kosten huishoud en inrichting cluster 1	2.500	2.500
CB	4	2007	4419190	Facilitaire Dienst		overige kosten huishoud en inrichting cluster 2	400	400
CB	4	2007	4419190	Facilitaire Dienst		overige kosten huishoud en inrichting cluster 3	200	200
CB	4	2007	4521110	Facilitaire Dienst		portokosten	18.000	18.000
CB	4	2007	4521110	Facilitaire Dienst		postbus	2.000	2.000
CB	3	2007	4522110	Facilitaire Dienst		telefonische bereikbaarheid herhalingsonderzoek	1.800	1.800
CB	4	2007	4631120	Facilitaire Dienst		speelgoed	2.500	2.500
CB	4	2007	4631130	Facilitaire Dienst		ontspanning en ontwikkeling algemeen	2.200	2.200
PS	4	2007	4712110	Facilitaire Dienst		onderhoud gebouwen onvoorziën	2.500	2.500
CB	4	2007	4733110	Facilitaire Dienst		electra	80.000	70.000
CB	4	2007	4734110	Facilitaire Dienst		gas	65.000	65.000
CB	4	2007	4736110	Facilitaire Dienst		water	20.000	15.000
				Totaal Facilitaire Dienst			336.900	314.100
PS	5	2007	4322110	Gesloten afdeling		kookplaat en oven aanpassen/vervangen cf IKB	pm	0
CB	3	2007	4414110	Gesloten afdeling		herstofferen 10 blauwe stoelen	1.000	1.000
PS	3	2007	4551110	Gesloten afdeling		DVD recorder	300	300
PS	2	2007	4712110	Gesloten afdeling		valdorpel kantoor groepsleiding	200	200
CB	2	2007	4713190	Gesloten afdeling		airco behandelkamer	3.000	pm
				Totaal Gesloten afdeling			4.500	1.500

CB	5	2007	161150	Gouda		aanbrengen traplift	0	0
PS	3	2007	161150	Gouda		aanbrengen valbeveiliging dak	4.500	4.500
CB	5	2007	161150	Gouda		onderzoek renovatie achterterrein	0	0
CB	5	2007	161150	Gouda		uitbreiding gebouw oa met wachtruimte tbv mindervaliden	pm	0
CB	5	2007	161150	Gouda		uitvoering renovatie achterterrein	pm	0
PS	1	2007	4711110	Gouda		hekwerk herstellen+aanpassen straatwerk parkeervakken	4.600	4.600
PS	3	2007	4713120	Gouda		vervanging boiler	2.000	2.000
				Totaal Gouda			11.100	11.100
U	0	2007	0	Gouda Dagbehandeling		laptop voor de ST's (liefst draadloos)	pm	0
CB	1	2007	141100	Gouda Dagbehandeling		eettafelstoelen 14x voor rode en blauwe groep	500	500
CB	2	2007	141100	Gouda Dagbehandeling		tafel+stoel voor rustigwordtkamer vastgezet aan de muur	1.000	1.000
CB	3	2007	4414110	Gouda Dagbehandeling		fatboys 2x voor speelkamers	320	320
PS	3	2007	4551110	Gouda Dagbehandeling		televisie 2x voor rode en blauwe groep	800	800
				Totaal Gouda Dagbehandeling			2.620	2.620
JH	1	2007	4411110	Huishoudelijke Dienst/Linnen		microvezelmateriaal	1.300	1.300
JH	4	2007	4411110	Huishoudelijke Dienst/Linnen		schoonmaakapparatuur en benodigdheden	7.000	7.000
JH	1	2007	4413110	Huishoudelijke Dienst/Linnen		femcare hygieneboxen 15x compleet (incl 3 voor Gouda)	1.000	1.000
JH	4	2007	4413110	Huishoudelijke Dienst/Linnen		toiletbenodigdheden	5.000	5.000
JH	4	2007	4421110	Huishoudelijke Dienst/Linnen		linengoed	5.700	5.700
JH	4	2007	4421110	Huishoudelijke Dienst/Linnen		separeerartikelen (oa dekens/kussens wit en blauw)	850	850
JH	3	2007	4421120	Huishoudelijke Dienst/Linnen		dekbedhoezen 12x (140 x 260)	600	600
JH	4	2007	4421120	Huishoudelijke Dienst/Linnen		dekens kussens en inkoop via TD: matrassen	2.000	2.000
JH	4	2007	4421130	Huishoudelijke Dienst/Linnen		huur textiel	23.000	23.000
JH	4	2007	4421140	Huishoudelijke Dienst/Linnen		naai- en linnenkamerapparatuur en benodigdheden	500	500
JH	2	2007	4421140	Huishoudelijke Dienst/Linnen		naaimachine vervangen (met vrije arm)	400	400
JH	4	2007	4422110	Huishoudelijke Dienst/Linnen		wasbenodigdheden	3.200	3.200
JH	2	2007	4422110	Huishoudelijke Dienst/Linnen		waskarren (voor natte was)	500	500
PS	4	2007	4641110	Huishoudelijke Dienst/Linnen		toiletartikelen tbv patienten	8.000	8.000
				Totaal Huishoudelijke Dienst/Linnen			59.050	59.050
PS	4	2007	4419190	Hygienecommissie		middelen tbv hygienecommissie	400	400
				Totaal Hygienecommissie			400	400
CB	2	2007	4414110	ICT afdeling		ladenblok vrijrijbaar tbv G Brohm	400	400

				Totaal ICT afdeling				
PS	2	2007	161150	IKB		uitbreiding AB ruimte en extra slaapkamer creëren	400	400
AA	2	2007	4419190	IKB		nieuwe pannenset/koekenpannen	10.000	10.000
JH	2	2007	4422110	IKB		strijkplank en strijkijzer	400	400
PS	3	2007	4551110	IKB		DVD recorder	60	60
				Totaal IKB			300	300
							10.760	10.760
PS	2	2007	4712110	IKB/Gesloten afdeling		valdorpel in tussengang kamers 011 en 012	400	400
PS	4	2007	4712110	IKB/gesloten afdeling		dakbeveiliging	14.000	14.000
				Totaal IKB/Gesloten afdeling			14.400	14.400
CB	4	2007	4419190	Kunstcommissie		kunstuitleen en inlijsten curiumcollectie	1.500	1.500
				Totaal Kunstcommissie			1.500	1.500
CB	5	2007	161150	Oegstgeest Dagbehandeling		uitbreiding gebouw voor derde groep	pm	0
CB	1	2007	4414110	Oegstgeest Dagbehandeling		bureaustoelen 2x	800	800
CB	3	2007	4414110	Oegstgeest Dagbehandeling		herstofferen matrassen 2x (oude dubbele) speelruimte	300	300
CB	2	2007	4414110	Oegstgeest Dagbehandeling		vaste bank aanbrengen in time out kamer	500	500
CB	1	2007	4414110	Oegstgeest Dagbehandeling		werplekken 2x kamer vh Arjan Theil	0	0
PS	4	2007	4712110	Oegstgeest Dagbehandeling		schilderen kantoren, hal en (gedeeltelijk) gang beneden	0	0
CB	1	2007	4713190	Oegstgeest Dagbehandeling		airco aanbrengen in kamer vh Arjan Theil	3.000	pm
				Totaal Oegstgeest Dagbehandeling			4.600	1.600
CB	2	2007	141100	Personeelszaken		bureau met druppel en afsluitbaar ladenblok voor marielle	1.500	1.500
				Totaal Personeelszaken			1.500	1.500
AK	4	2007	4419190	Receptie		kamerplanten/groen	3.000	3.000
				Totaal Receptie			3.000	3.000
CB	3	2007	4712110	Schakel en Chalet		buitenschilderwerk kozijnen en dakvlakken kopgevels	13.000	13.000
				Totaal Schakel en Chalet			13.000	13.000
CB	1	2007	4414110	Sprong		bureaustoel	400	400
CB	1	2007	4414110	Sprong		picknickset	200	200
				Totaal Sprong			600	600
CB	4	2007	141100	Stafgebouw		vervanging inventaris diverse kamers	30.000	25.000
CB	1	2007	161150	Stafgebouw		aanpassingen na renovatie	30.000	30.000
CB	2	2007	4322110	Stafgebouw		koelkast RVS tafemodel tbv pantry directie	600	600
CB	1	2007	4322110	Stafgebouw		koffie automaat tbv poli-gang	1.650	1.650

CB	2	2007	4322110	Stafgebouw		vaatwasser RVS tbv pantry directegang	800	800
CB	2	2007	4322110	Stafgebouw		waterkoeler in restaurant of elders in stafgebouw	2.000	2.000
JH	2	2007	4414110	Stafgebouw		prullenbakken vervangen door nieuwe zwart rond	150	150
CB	5	2007	4414120	Stafgebouw		zonwering binnen (lamellen, plisé- of rolgordijn)	17.000	0
CB	2	2007	4419190	Stafgebouw		bakken oud papier	400	400
CB	2	2007	4712110	Stafgebouw		zonwering/screens buiten	35.000	35.000
PS	2	2007	4713130	Stafgebouw		CV regeling vervangen	8.500	8.500
				Totaal Stafgebouw			126.100	104.100
PS	4	2007	4412110	Technische Dienst		afvalverwijdering Gouda	2.200	2.200
PS	4	2007	4412110	Technische Dienst		afvalverwijdering Oegstgeest	12.500	12.500
PS	4	2007	4412110	Technische Dienst		afvoer batterijen en tl-armaturen	450	450
PS	4	2007	4412110	Technische Dienst		glasbak	1.000	1.000
PS	4	2007	4412110	Technische Dienst		vetvangput legen en ontstoppen	2.000	2.000
PS	4	2007	4432100	Technische Dienst		vervoer door derden	1.500	1.500
PS	4	2007	4432105	Technische Dienst		auto afschrijving (FD bestelauto)	4.000	4.000
PS	4	2007	4432105	Technische Dienst		auto Curium onderhoud bus en bestelauto	2.000	2.000
PS	4	2007	4432110	Technische Dienst		fietsen aanschaf	900	900
PS	4	2007	4432110	Technische Dienst		onderhoud fietsen	1.000	1.000
PS	4	2007	4432110	Technische Dienst		onderhoud transportkar TD	800	800
PS	4	2007	4522110	Technische Dienst		Casema	1.900	1.900
PS	4	2007	4522110	Technische Dienst		telefoonkosten Oegstgeest en Gouda	62.000	62.000
PS	4	2007	4529110	Technische Dienst		communicatiekosten overig	5.505	5.505
PS	4	2007	4529110	Technische Dienst		kaarten aanschaf	900	900
PS	4	2007	4529110	Technische Dienst		mobile telefoons aanschaf	1.800	1.800
PS	4	2007	4529110	Technische Dienst		telefoons aanschaf	1.600	1.600
PS	4	2007	4551110	Technische Dienst		audiovisuele apparatuur en benodigdheden aanschaf	2.000	2.000
PS	4	2007	4551110	Technische Dienst		onderhoud audiovisuele apparatuur en benodigdheden	1.200	1.200
PS	4	2007	4551110	Technische Dienst		videobanden	500	500
PS	4	2007	4551120	Technische Dienst		omroepbijdrage/centrale antenne	3.555	3.555
PS	4	2007	4631119	Technische Dienst		speeltuinenbenodigdheden	2.500	2.500
PS	4	2007	4711110	Technische Dienst		onderhoud speeltoestellen	5.000	5.000
PS	4	2007	4711110	Technische Dienst		onderhoud terreinen (potgrond/planten/hekwerk etc)	3.000	3.000

PS	4	2007	4711110	Technische Dienst	onderzoek oplossing verzakkingen tuin Gouda	2.500	0
PS	4	2007	4711110	Technische Dienst	ongediertebestrijding en contract Ratrace	4.165	4.165
PS	4	2007	4711110	Technische Dienst	terreinonderhoud contract Arcadis Gouda	7.100	7.100
PS	4	2007	4711110	Technische Dienst	terreinonderhoud contract Arcadis kunstgrasveld	1.020	1.020
PS	4	2007	4711110	Technische Dienst	terreinonderhoud contract Arcadis Oegstgeest	53.800	53.800
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	behang en verf	1.000	1.000
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	binnenschilderwerk	15.000	15.000
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	buitenschilderwerk	25.000	25.000
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	Dakwacht nrs 27 en 36	2.250	2.250
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	deurdrangers	1.000	1.000
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	diverse deuren vervangen	4.500	4.500
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	hang- en sluitwerk	1.500	1.500
PS	2	2007	4712110	Technische Dienst	horren	5.000	5.000
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	hout	650	650
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	ijzerwaren (moeren/schroeven/draadnagels etc)	1.600	1.600
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	onderhoud beglazing	5.000	5.000
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	onderhoud dakbedekking Gouda (inspectie)	400	400
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	onderhoud gevels	1.000	1.000
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	onderhoud plafonds en vensterbanken	1.000	1.000
PS	4	2007	4712110	Technische Dienst	onderhoud zonwering (oegstgeest en gouda)	2.500	2.500
PS	4	2007	4713110	Technische Dienst	accu's en noodverlichting	500	500
PS	4	2007	4713110	Technische Dienst	armaturen	2.500	2.500
PS	4	2007	4713110	Technische Dienst	batterijen	500	500
PS	4	2007	4713110	Technische Dienst	gloeilampen	1.700	1.700
PS	4	2007	4713110	Technische Dienst	onderhoud doveninstallatie	1.500	1.500
PS	4	2007	4713110	Technische Dienst	onderhoud elektrische installaties onvoorzien	1.000	1.000
PS	4	2007	4713110	Technische Dienst	schakelmateriaal	1.000	1.000
PS	4	2007	4713120	Technische Dienst	keuringen en monsterns	4.500	4.500
PS	4	2007	4713120	Technische Dienst	kranen en slangen	600	600
PS	1	2007	4713120	Technische Dienst	legionella beheersplannen completeren	8.000	8.000
PS	4	2007	4713120	Technische Dienst	maatregelen tbv legionella	5.000	5.000
PS	4	2007	4713120	Technische Dienst	maatregelen tbv Milieudienst CV	3.000	3.000

PS	4	2007	4713120	Technische Dienst	onderhoud sanitaire installaties onvoorzien	2.000	2.000
PS	4	2007	4713120	Technische Dienst	sanitair	600	600
PS	4	2007	4713120	Technische Dienst	wastafels en spiegels	450	450
PS	4	2007	4713130	Technische Dienst	contract verwarmingsinstallatie Gouda	1.000	1.000
PS	4	2007	4713130	Technische Dienst	contract verwarmingsinstallatie Oegstgeest	7.200	7.200
PS	4	2007	4713130	Technische Dienst	onderhoud verwarmingsinstallaties Gouda	1.250	1.250
PS	4	2007	4713130	Technische Dienst	onderhoud verwarmingsinstallaties Oegstgeest	5.000	5.000
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	brandmeldinstallatiecontr WLtechniek Gouda+Oegstgeest	3.000	3.000
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	brandmeldinstallatie contract Siemens Oegstgeest	6.000	6.000
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	contract buitencamera's	750	750
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	Gouda aanpassing Verkerk	1.500	1.500
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	Gouda contract brandweer	2.200	2.200
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	Gouda contract Verkerk en inspectie	1.400	1.400
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	Gouda Keyholding	500	500
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	Gouda meldingspost	600	600
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	Gouda PTTlijn brandmelding	1.525	1.525
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	Gouda Telenorma	700	700
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	Gouda VNV alarmopvolging	1.500	1.500
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	maatregelen brandweerinspectie	300	300
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	Oegstgeest contract brandweer	2.200	2.200
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	Oegstgeest en Gouda incidenteel Firecontrol	2.000	2.000
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	onderhoud beveiligingsinstallaties onvoorzien	1.000	1.000
PS	4	2007	4713150	Technische Dienst	onderhoud bliksembeveiliging	1.300	1.300
PS	4	2007	4713155	Technische Dienst	onderhoud Hello	1.300	1.300
PS	4	2007	4713155	Technische Dienst	onderhoud telefooninstallatie TKT	6.250	6.250
PS	4	2007	4713155	Technische Dienst	onderhoud TKT beheer	4.000	4.000
PS	4	2007	4713160	Technische Dienst	onderhoud koel- en vriesinstallaties	2.500	2.500
PS	4	2007	4713160	Technische Dienst	vervanging koel- en vriesinstallaties	2.000	2.000
PS	4	2007	4713170	Technische Dienst	onderhoud CLB voor nieuwe PBS	7.000	7.000
PS	4	2007	4713170	Technische Dienst	onderhoud PBS installaties onvoorzien	2.000	2.000
PS	4	2007	4713190	Technische Dienst	noodverlichting onderhoudscontract Grimbergen	1.500	1.500
PS	4	2007	4713190	Technische Dienst	onderhoud airco	2.000	2.000

PS	4	2007	4713190	Technische Dienst		onderhoud lift	1.500	1.500
PS	4	2007	4713190	Technische Dienst		onderhoud luchtroosters	1.000	1.000
PS	4	2007	4713190	Technische Dienst		onderhoud overige installaties onvoorzien	2.000	2.000
PS	4	2007	4713190	Technische Dienst		onderhoud was-, afwas- en keukenapparatuur	3.000	3.000
PS	4	2007	4713190	Technische Dienst		onderhoudscontract Metos	500	500
PS	4	2007	4713190	Technische Dienst		schoonmaken ventilatieboxen	1.200	1.200
PS	4	2007	4713190	Technische Dienst		ventilatoren	2.000	2.000
PS	4	2007	4714110	Technische Dienst		accu's	250	250
PS	3	2007	4714110	Technische Dienst		compressor werkplaats	1.500	1.500
PS	3	2007	4714110	Technische Dienst		draai/snijset werkplaats	200	200
PS	4	2007	4714110	Technische Dienst		onderhoud machines en gereedschappen	1.000	1.000
PS	4	2007	4714110	Technische Dienst		techn gereedschappen en beschermingsmiddelen TD	2.050	2.050
PS	4	2007	4714110	Technische Dienst		technische gereedschappen units	300	300
PS	4	2007	4714110	Technische Dienst		tuingereedschap TD	175	175
PS	4	2007	4714110	Technische Dienst		tuingereedschap units	150	150
PS	2	2007	4714110	Technische Dienst		zaagtafel vervangen incl. toebehoren en afzuiging	5.000	5.000
				Totaal Technische Dienst			379.945	377.445
U	0	2007	0	Unit A (Klimop)		Keybord, tafelvotbal, skateboards, skates, ballen	0	0
U	0	2007	0	Unit A (Klimop)		kleurenprinter en extra computer op het netwerk	0	0
CB	1	2007	4419190	Unit A (Klimop)		fitnessapparatuur bijdrage van 50% in kosten	300	300
CB	2	2007	4419190	Unit A (Klimop)		parasol 2x canvas met draaiarm en voet	200	200
PS	2	2007	4432110	Unit A (Klimop)		fietstassen voor diensfiets	30	30
PS	2	2007	4522110	Unit A (Klimop)		draagbare telefoon voor daggroep	pm	0
				Totaal Unit A (Klimop)			530	530
CB	3	2007	4414110	Unit B		barkruk IKEA 2x	80	80
U	0	2007	4414110	Unit B		bureaulamp	30	0
CB	3	2007	4414110	Unit B		opbergbakken IKEA 4x	25	25
U	0	2007	4414110	Unit B		Wissellijsten	60	0
U	0	2007	4419190	Unit B		Meditatie kussens en matjes	210	0
PS	3	2007	4551110	Unit B		DVD recorder	300	300
PS	3	2007	4551110	Unit B		Radio/CD speler	100	100
				Totaal Unit B			805	505

U	0	2007	0	Unit C		kindercomputer en kleurenprinter	0	0
U	0	2007	0	Unit C		oorthermometer	0	0
U	0	2007	0	Unit C		skelter en step	0	0
U	0	2007	4413110	Unit C		electrische tandenborstels en opzetstukken	0	0
CB	2	2007	4414110	Unit C		extra speelkussens voor onder de trap	400	400
CB	2	2007	4414110	Unit C		houten bank en picknickset voor buiten	500	500
CB	2	2007	4414110	Unit C		kast voor schoenen, shawls, laarzen etc	200	200
CB	3	2007	4414110	Unit C		krukken voor in dagruimte	500	500
CB	3	2007	4414110	Unit C		opbergbakken/kasten voor speelgoed	200	200
CB	3	2007	4414110	Unit C		opbergmeubel voor cd/video/dvd's	200	200
CB	3	2007	4414110	Unit C		tijdschriftenhouder voor programma's en duimenplannen	100	100
CB	1	2007	4414110	Unit C		trijptrapp stoelen 2x en speelkussens voor onder te trap	0	0
PS	2	2007	4419190	Unit C		digitale fotocamera	300	300
PS	0	2007	4419190	Unit C		lamineerapparaat	225	225
JH	2	2007	4422110	Unit C		waskar	325	0
PS	3	2007	4551110	Unit C		radio/CD speler draagbare 2x	100	100
PS	2	2007	4712110	Unit C		planken in kledingkasten	100	100
CB	2	2007	4713190	Unit C		airco slaapkamers	pm	pm
PS	2	2007	4714110	Unit C		sproeier voor in de tuin	25	25
				Totaal Unit C			3.175	2.850
U	0	2007	0	Unit D		buitenspeelgoed, skelter, step, skeelers, skateboard	pm	0
U	0	2007	0	Unit D		grote plantenpotten voor tuin en kleed voor in zithoek	0	0
U	0	2007	0	Unit D		kindercomputer	0	0
U	0	2007	0	Unit D		oorthermometer	0	0
CB	2	2007	4414110	Unit D		eettafel en meubel voor kindercomputer in speelruimte	0	0
CB	1	2007	4414110	Unit D		grote kast voor gereedschap in schuurtje	0	0
CB	2	2007	4414110	Unit D		houten bank en picknickset voor buiten	500	500
CB	1	2007	4414110	Unit D		opbergbakken/kasten voor speelgoed	200	200
JH	2	2007	4422110	Unit D		waskar	325	325
PS	3	2007	4551110	Unit D		radio/CD speler draagbare 2x	100	100
PS	2	2007	4712110	Unit D		planken in kledingkasten	100	100
CB	2	2007	4713190	Unit D		airco slaapkamers	pm	pm

			Totaal Unit D							
CB	2	2007	4414110	unit E		stoelen of 2 kleine bankjes voor in de tuin		1.225		1.225
JH	2	2007	4422110	Unit E		waskar		500		500
PS	2	2007	141100	unit E		schuifdeurkast onder de trap		325		0
CB	5	2007	4414110	unit E		aanschafkosten voor 2 parasols terug		1.000		1.000
CB	5	2007	4414110	unit E		comfortabele stoel voor in nachtdienskamer		0		0
AA	0	2007	4419190	unit E		nieuwe borden, bekerv ed		0		0
PS	3	2007	4432110	unit E		fiets tbv jongeren		400		400
PS	2	2007	4529110	unit E		mobiele telefoon (ivm diefstal vorige exemplaar)		0		0
CB	2	2007	4713190	unit E		ventilatoren 7x voor op kamers jongeren		pm		pm
				Totaal unit E				2.225		1.900
CB	2	2007	4414110	unit F		parasol 2x met standaard		200		200
CB	2	2007	4414110	unit F		tuintoelen 2x houten		300		300
JH	2	2007	4422110	Unit F		waskar		325		325
PS	3	2007	4432110	unit F		fiets		400		400
PS	3	2007	4551110	unit F		draagbare radio		50		50
				Totaal unit F				1.275		1.275
CB	5	2007	4414110	unit G		meer zitplaatsen (zodat 8 i+3 st tegelijk kunnen zitten)		0		0
CB	2	2007	4414110	unit G		parasol 2x		200		200
PS	2	2007	4419190	unit G		digitale camera		250		250
JH	2	2007	4422110	Unit G		waskar		325		0
PS	3	2007	4432110	unit G		fiets voor jongeren		400		400
				Totaal unit G				1.175		850
CB	3	2007	4414110	unit H		Fatboy		160		160
CB	5	2007	4414110	unit H		voorraadkast (ipv alles in wasruimte die vochtig is)		0		0
JH	2	2007	4422110	Unit H		waskar		325		325
				Totaal unit H				485		485
U	0	2007	0	Van Krevelenhuis		slaapzakken 15x		pm		0
CB	2	2007	141100	Van Krevelenhuis		boekenkast		1.200		1.200
PS	2	2007	141100	Van Krevelenhuis		renovatie kantoor,herinrichting kasten, bureau ed		5.100		5.100
CB	3	2007	4414110	Van Krevelenhuis		parasol 2x canvas met draaiarm en voet		200		200
CB	4	2007	4414120	Van Krevelenhuis		vloerbedekking vervangen begane grond		7.000		7.000

U	0	2007	4419190	Van Krevelenhuis		luchtbedden 15x		pm	0
PS	3	2007	4421120	Van Krevelenhuis		matrassen vervangen		2.500	2.500
PS	2	2007	4529110	Van Krevelenhuis		babyfoon		pm	0
PS	5	2007	4711110	Van Krevelenhuis		moestuin aanleggen		pm	0
PS	2	2007	4712110	Van Krevelenhuis		horren repareren/vervangen		1.000	1.000
PS	1	2007	4712110	Van Krevelenhuis		opknappen na hardnekkige lekkage		2.000	2.000
PS	2	2007	4712110	Van Krevelenhuis		zonwering electrisch		3.000	3.000
PS	2	2007	4713130	Van Krevelenhuis		CV regeling vervangen		12.000	12.000
CB	2	2007	4713190	Van Krevelenhuis		airco op alle kamers bovenverdieping		pm	pm
				Totaal Van Krevelenhuis				34.000	34.000
CB	2	2007	141100	Vlier A		eetkamertafel 4x		1.600	1.600
CB	2	2007	141100	Vlier A		kasten/inrichting woonkamer renoveren		3.500	3.500
CB	5	2007	4414110	Vlier A		nieuwe speeltafel en salontafel		800	0
CB	3	2007	4414120	Vlier A		gordijnen of andere raambekleding begane grond		1.000	1.000
U	1	2007	4432110	Vlier A		fietstander vervangen		600	600
PS	3	2007	4551110	Vlier A		radio/CD speler vervangen		100	100
PS	4	2007	4712110	Vlier A		binnenschildenwerk trappenhuis en woonkamer		800	800
PS	2	2007	4712110	Vlier A		horren voor openstaande deuren		300	300
PS	5	2007	4712110	Vlier A		nieuwe keuken incl tegels en oven		pm	0
				Totaal Vlier A				8.700	7.900
U	0	2007	0	Vlier A/B		gereedschap		pm	0
PS	2	2007	141100	Vlier A/B		schuifdeurkast slaapwachtkamer		1.000	1.000
CB	3	2007	4414110	Vlier A/B		herstofferen slaapkamerstoelen 10x		1.000	1.000
CB	3	2007	4414120	Vlier A/B		gordijnen of andere raambekleding kamers boven		2.000	2.000
PS	5	2007	4631119	Vlier A/B		speeltoestellen in tuin		pm	0
CB	2	2007	4713190	Vlier A/B		airco in slaapkamers anders voorlopig ventilatoren		25.000	pm
PS	3	2007	4713190	Vlier A/B		dovencommunicatie aanpassingen/groot onderhoud		10.000	10.000
				Totaal Vlier A/B				39.000	14.000
U	0	2007	0	Vlier B		flatscreen voor kantoor		pm	0
CB	3	2007	141100	Vlier B		keukenkastjes aanpassen aan afwasmachine		1.000	1.000
PS	3	2007	4322110	Vlier B		vaatwasser		600	600
PS	3	2007	4551110	Vlier B		DVD-speler		300	300

PS	3	2007	4551110	Vlier B	nieuwe geluidsboxen voor radio, DVD, TV en video	250	250
PS	3	2007	4551110	Vlier B	televisie vervangen	400	400
PS	3	2007	4712110	Vlier B	omkasting met slot van wasmachine en droger	200	200
PS	2	2007	4712110	Vlier B	zonwering twee slaapkamers voorzijde	1.500	1.500
PS	2	2007	4713150	Vlier B	fietslamp bij beide toegangsdeuren kantoor Bgroep	300	300
				Totaal Vlier B		4.550	4.550
U	0	2007	0	Vlier polikliniek	lesmateriaal voor L Cox	pm	0
CB	4	2007	141100	Vlier polikliniek	jalousiedeurkast met uittrekframe voor J. v.h. Geloof	1.000	0
CB	4	2007	141100	Vlier polikliniek	meubelair aanpassen/vervangen kamer T. v. Gent	3.000	0
CB	5	2007	161150	Vlier polikliniek	bewegwijzering de Vlier e.a.	pm	0
CB	3	2007	4414110	Vlier polikliniek	herstofferen diverse (tolken)stoelen	600	600
CB	5	2007	4414110	Vlier polikliniek	ladenblok (evt. vrijdbaar) met 1 hang en 2 legladen	550	0
PS	5	2007	4414110	Vlier polikliniek	verrijdbaar televisie/video/DVD meubel	600	0
CB	2	2007	4414120	Vlier polikliniek	lamellen 2e secretariaatsruimte	400	400
PS	5	2007	4419190	Vlier polikliniek	draagbare overheadprojector tbv L. Cox	700	0
PS	3	2007	4551110	Vlier polikliniek	DVD recorder tbv screenruimte	300	300
PS	2	2007	4712110	Vlier polikliniek	plint tbv afwerking 2e secretariaatsruimte	100	100
CB	2	2007	4713190	Vlier polikliniek	airco 2e secretariaatsruimte	3.000	pm
				Totaal Vlier polikliniek		10.250	1.400
CB	1	2007	141100	Voeding & Catering	tafels 6x bedrijfsrestaurant	2.000	2.000
AA	4	2007	4311140	Voeding & Catering	dranken	500	500
AA	4	2007	4311150	Voeding & Catering	kruidenierswaren	80.000	80.000
AA	4	2007	4311160	Voeding & Catering	melk en melkproducten	1.000	1.000
AA	4	2007	4311171	Voeding & Catering	bijzondere lunches/recepties/bijeenkomsten	7.000	7.000
AA	4	2007	4311180	Voeding & Catering	koffie en thee	12.000	12.000
AA	4	2007	4312110	Voeding & Catering	komplete maaltijden	130.000	130.000
AA	1	2007	4321110	Voeding & Catering	dienbladen 36x 1/2 GN tbv ovens ivm schoonmaak	360	360
AA	4	2007	4321110	Voeding & Catering	keukenapparatuur en benodigdheden	6.000	6.000
AA	1	2007	4322110	Voeding & Catering	bestek 120x	400	400
AA	2	2007	4322110	Voeding & Catering	etagère 3x met drie plateau's	75	75
AA	2	2007	4322110	Voeding & Catering	koekenpan	30	30
AA	4	2007	4322110	Voeding & Catering	onderhoud koffie-automaten	1.800	1.800

AA	4	2007	4322110	Voeding & Catering		restaurantiee apparatuur en benodigdheden algemeen/FD	4.350	4.350
AA	4	2007	4322110	Voeding & Catering		restaurantiee apparatuur en benodigdheden cluster 1	2.200	2.200
AA	4	2007	4322110	Voeding & Catering		restaurantiee apparatuur en benodigdheden cluster 2	900	900
AA	4	2007	4322110	Voeding & Catering		restaurantiee apparatuur en benodigdheden cluster 3	200	200
AA	2	2007	4322110	Voeding & Catering		saladebar	1.500	1.500
AA	1	2007	4322110	Voeding & Catering		schotelwarmer met waxinelichtjes	35	35
AA	2	2007	4322110	Voeding & Catering		servies uitbreiding	500	500
AA	2	2007	4322110	Voeding & Catering		soepketel 10 liter met klapdeksel	75	75
AA	1	2007	4414110	Voeding & Catering		stoelen opklapbaar tbv symposia	600	600
				Totaal Voeding & Catering			251.525	251.525
			Eindtotaal				1.509.465	1.392.240

Bijlage 8: Belangrijke partijen in de sector

*Ministerie van VWS*⁸⁵

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is onder meer verantwoordelijk voor de vrijwillige jeugdhulpverlening, de hulpverlening aan licht verstandelijk gehandicapten en jongeren met psychiatrische problemen.

*Ministerie van Justitie*⁸⁶

Samen met het ministerie van VWS is het Ministerie van Justitie verantwoordelijk voor de jeugdzorg. Het Ministerie van Justitie houdt zich daarbij bezig met kinderen en jongeren die extra bescherming nodig hebben of in contact zijn gekomen met het jeugdstrafrecht.

*Programmaministerie Jeugd en Gezin*⁸⁷

De minister voor Jeugd en Gezin is voor het eerst verschenen in het huidige kabinet, Balkenende IV. Deze ministerpost valt onder het Ministerie van VWS en de functie wordt bekleedt door André Rouvoet van de ChristenUnie.

Het kabinet wil kinderen een goede start geven. Gezinnen vormen daarvoor een goede basis. De minister moet samenhang brengen in het beleid rond jeugd, gezin, onderwijs en werk. Beleid dat nu verdeeld is over diverse ministeries.

*Provincie Zuid-Holland*⁸⁸

In 2006 verdeelde de provincie circa € 100 miljoen over de jeugdzorginstellingen en Bureau Jeugdzorg. Volgens de wet is de provincie verantwoordelijk voor planning, beleid en financiering van Bureau Jeugdzorg en het jeugdzorgaanbod. Zuid-Holland wil een zo efficiënt en effectief mogelijk hulpaanbod. Daarom bevordert de provincie samenwerking met lokale voorzieningen en tussen ketenpartners en intersectorale samenwerking binnen de jeugdzorg.

Bureau Jeugdzorg^{89/90}

Jongeren met opgroei- en opvoedproblemen hebben volgens de wet op de jeugdzorg recht op zorg. De toegangspoort tot die zorg is het Bureau Jeugdzorg. Medewerkers van dit bureau begeleiden jongeren en de ouders en stellen vast welke vorm van hulpverlening noodzakelijk is. Dat kan geestelijke gezondheidszorg zijn, maar bijvoorbeeld ook een plaatsing in een pleeggezin of in een justitiële jeugdinrichting. Het Bureau Jeugdzorg omvat ook gezinsvoogdij, jeugdreclassering en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

*GGZ Nederland*⁹¹

De vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland) is de brancheorganisatie van de instellingen voor de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg. GGZ Nederland besteed veel aandacht aan het onderbouwen en formuleren van een goede zorgvisie waarin haar leden zich kunnen vinden, en het uitstippelen van de juiste strategie om gedeelde standpunten ook daadwerkelijk om te kunnen zetten in gemeenschappelijk beleid. GGZ Nederland laat daarbij ruimte over voor de leden om een eigen invulling te geven aan de wijze waarop zij hun zorg en hulpverleningsaanbod in de praktijk willen vormgeven.

⁸⁵ <http://www.minvws.nl>

⁸⁶ www.justitie.nl

⁸⁷ www.jeugdengezin.nl

⁸⁸ www.zuid-holland.nl

⁸⁹ www.bureaujeugdzorg.info

⁹⁰ www.minvws.nl

⁹¹ www.ggz nederland.nl

Daarnaast bevordert GGZ Nederland de kwaliteit van de zorg en haar leden door te werken aan een systeem van certificatie. Een dergelijk systeem van kwaliteitseisen biedt cliënten, samenwerkende en financierende partijen, én de buitenwacht de garantie dat binnen de bij GGZ Nederland aangesloten instellingen doelmatig, efficiënt en op een transparante wijze gewerkt wordt.

*Inspectie voor de jeugdzorg*⁹²

De inspectie voor de jeugdzorg houdt toezicht op de door de zorgaanbieders en de bureaus jeugdzorg geleverde kwaliteit. Zij proberen de jeugdinstanties steeds naar manieren te laten zoeken om de hulpverlening aan jongeren en hun ouders of verzorgers te verbeteren. De Wet op de jeugdzorg geeft de Inspectie jeugdzorg de volgende taken:

- Onderzoek doen naar de kwaliteit van de jeugdzorg;
- Toezicht houden op de naleving van de kwaliteitseisen die in de wet staan;
- Voorstellen doen voor verbetering.

De inspectie voor jeugdzorg werkt voor het ministerie van VWS en het ministerie van Justitie en voor alle provincies.

*Inspectie voor de gezondheidszorg*⁹³

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wil een veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg bevorderen. Dit doet zij door middel van het toezicht houden op kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg en het bewaken van de rechten van de patiënt.

*Raad voor de Kinderbescherming*⁹⁴

De Raad voor de Kinderbescherming komt op voor de rechten van het kind, van wie de ontwikkeling en opvoeding wordt bedreigd. De Raad schept voorwaarden om die bedreiging op te heffen of te voorkomen. De Raad doet onderzoek, adviseert in juridische procedures en kan maatregelen of sancties voorstellen. De Raad werkt nauw samen met andere instanties.

Zorgverzekeraars

De regering wil dat de zorgsector op de vrije markt terecht komt. Dit heeft als gevolg dat de administratieve last voor de zorginstellingen toeneemt. De AWBZ vergoedde vroeger bijna ongelimiteerd de gedane verrichtingen binnen de GGZ, waardoor er een beperkte administratieve last was.

Omdat de kosten in de gezondheidszorg stijgen, wil de regering meer greep krijgen op de kosten. Om zicht te krijgen op de verhouding tussen de uitgevoerde activiteit en de kostprijs is de DBC ingevoerd. De zorgverzekeraar wil zien wat er op de werkvloer gedaan wordt, hoe lang en intensief een bepaalde behandeling is en wat dit kost, aangezien de zorgverzekeraar dit betaald. Voor de zorginstellingen betekent dit dat dit allemaal geregistreerd moet worden, waardoor de administratieve last toeneemt.

⁹² www.inspectiejeugdzorg.nl

⁹³ www.igz.nl

⁹⁴ www.kinderbescherming.nl

Bijlage 9: Kwaliteitsbeleid sector Jeugdzorg

Beleidskader 2005-2008

De kwaliteitsrapportages van het bureau jeugdzorg en de provinciaal gefinancierde zorgaanbieders moeten naast informatie over de snelheid waarmee de cliënt door het stelsel kan, de cliëntenstromen afgezet tegen de capaciteit, de meting van de tevredenheid van de cliënten over de jeugdzorg vanaf eind 2005 ook informatie bevatten over de meting van de doelrealisatie. Volgens de provincie zijn de Zuid-Hollandse instellingen de eerste in Nederland die meten of de doelen van de jeugdzorg worden gerealiseerd.

Een ander aspect van het kwaliteitsbeleid is de certificering van de jeugdzorginstellingen. De provincie wil dat dit in 2007 voor alle instellingen is afgerond.

Kwaliteit en certificatie

In de praktijk is gebleken dat met name crisisopvang bij nieuwe, niet op kwaliteit getoetste jeugdzorgaanbieders onaanvaardbare risico's voor jeugdigen kunnen opleveren. Voor jeugdzorgaanbieders is er geen systeem van erkenning vooraf. Jeugdzorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg onder de huidige Wet op de jeugdzorg. Het proces van certificering in de jeugdzorg is nog niet afgerond.

Er wordt toegewerkt naar een situatie waarbij alle jeugdzorgaanbieders het kwaliteitscertificaat (HKZ-schema) moeten hebben. Een aantal jeugdzorgaanbieders is begonnen met de implementatie van dit HKZ-schema. Provincies gaan ervan uit dat als een nieuwe jeugdzorgaanbieder dit kwaliteitscertificaat kan overleggen, de kwaliteit voldoende gewaarborgd is. Tot die tijd moet er een tijdelijke oplossing gaan gelden, waarbij rekening gehouden wordt met ieders verantwoordelijkheden en mogelijkheden op grond van de Wet op de jeugdzorg.

In het protocol Kwaliteit nieuwe particuliere zorgaanbieders zijn bindende afspraken opgenomen tussen provincies onderling en tussen provincies en de Inspectie Jeugdzorg. Kern van het protocol is dat plaatsing bij een nieuwe zorgaanbieder niet mogelijk is in geval van een crisissituatie. Bij reguliere plaatsingen of plaatsingen bij zorgaanbieders in aanpalende sectoren, vindt er een kwaliteitstoets plaats. In eerste instantie bekijkt de provincie met een provinciaal toetsingskader of er een voorlopige subsidie wordt verstrekt. Indien dit zo is, vindt na een half jaar een toetsing door de Inspectie Jeugdzorg plaats. Hiervoor is het toetsingskader Inspectie Jeugdzorg ontwikkeld, dat aansluit op het toetsingskader van de provincies.

In de inspectietoets wordt beoordeeld of een nieuwe zorgaanbieder voldoet aan voorwaarden voor een veilig opvoedingsklimaat en voorwaarden voor verantwoorde zorg. In het toetsingskader heeft de inspectie aangegeven:

- welke eisen worden gesteld aan een veilig opvoedingsklimaat en verantwoorde zorg;
- wat de inspectie van instellingen verwacht, willen zij aan die eisen voldoen;
- hoe de inspectie bij de beoordeling van een zorgaanbieder de eisen onderling weegt, de ene eis vindt de inspectie belangrijker (meer van invloed) dan de andere.

Met behulp van het toetsingskader komt de inspectie na onderzoek tot een oordeel over de nieuwe zorgaanbieder, dat zowel aan de zorgaanbieder als de desbetreffende provincie wordt bekendgemaakt. Zonodig worden met provincie en zorgaanbieders verbeterafspraken gemaakt.

Kwaliteitsschema jeugdzorg

In maart 2005 is het kwaliteitsschema vastgesteld. Het schema bevat normen voor externe toetsing van kwaliteitsmanagementsystemen van instellingen die (de toegang tot de)

geïndiceerde jeugdzorg bieden. Het schema geldt dus zowel voor de toegangsfunctie van het bureau jeugdzorg tot de geïndiceerde jeugdzorg als voor de aanbieders van geïndiceerde jeugdhulpverlening en jeugd-ggz (instellingen voor jeugdzorg). De Stuurgroep Kwaliteit in de Jeugdzorg (een samenwerkingsverband tussen de MOgroep en GGZ Nederland) heeft de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (Stichting HKZ) een certificatieschema voor jeugdzorginstellingen laten ontwikkelen. In het certificatieschema is een onderscheid gemaakt tussen de toegang en het aanbod van de jeugdzorg. De primaire processen zijn voor deze twee deelgebieden apart genormeerd. Met de komst van het HKZ-schema vervallen de basiscriteria voor de jeugdzorg. Een instelling besluit zelf of en wanneer zij overgaat tot het extern laten beoordelen op basis van het certificatieschema.

Prestatie-indicatoren

Van groot belang voor het verbeteren van de kwaliteit en effectiviteit is ook het vaststellen van prestatie-indicatoren. Daarmee is landelijk te meten hoe de jeugdzorg presteert. Het is daarvoor nodig om te werken aan een gezamenlijke, integrale visie op wat het doel van de jeugdzorg is en met welke indicatoren de prestaties van de jeugdzorg in kaart te brengen zijn.

Een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de MOgroep, het IPO, ministerie van VWS, ministerie van Justitie en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI, voorheen NIZW Jeugd) heeft een voorstel opgesteld voor een systeem van prestatie-indicatoren.

De indicatoren gaan over de vier hoofddoelen van de jeugdzorg:

- De hulpvragen van cliënten zijn beantwoord;
- De autonomie van cliënten is versterkt;
- De veiligheid van de jeugdige is hersteld;
- De jeugdige vormt geen bedreiging voor de veiligheid van de samenleving.

Bijlage 10: Ontwikkelingen op FD gebied

*Experience economy / belevingseconomie.*⁹⁵

Sinds kort bevinden de FM'ers zich in het tijdperk van de FM'er die bijdraagt aan het succes van de onderneming met toegevoegde waarde aan het primaire proces als focus. Het mag weer wat meer kosten. Maar het moet wel aantoonbaar rendement opleveren. Als deze trend zo doorzet, dan wordt klanttevredenheid, en daarmee samenhangende gastvrijheid, de grootste zorg van de FM'er.

De verwachting van de klant bij dienstverlening bestaat uit drie hoofdbestanddelen, namelijk het voldoen aan de afspraken, tevredenheid van de afnemer / gebruiker realiseren en marktconform zijn. Vooral de tevredenheid van de afnemer / gebruiker realiseren is tegenwoordig in de belangstelling vanwege het nieuwe inzicht dat deze 'zachte factor' de kwaliteit aanzienlijk beïnvloed. Doeltreffend belevingsmanagement levert naast een klantgerichte attitude hoge klanttevredenheid op. De perceptie van de klant speelt hier een grote rol. Gastheerschap, gastvrijheid en hospitality zijn hedendaagse facilitaire sleutelwoorden, die direct in verband worden gebracht met kwaliteit.

De vraag van de klant veranderd

De vraag van de klant is heterogener en onvoorspelbaarder geworden. Door de veranderende behoefte van de klant en door hun behoefte zich van anderen te onderscheiden is de productlevenscyclus van veel producten en diensten korter geworden. [...] In de strijd om de gunst van de consument worden kwaliteit, snelle levering en maatwerk steeds belangrijker. [...] De facilitaire organisatie moet zich door middel van accountmanagers, klanttevredenheidsonderzoeken en klantenpanels een goed beeld kunnen vormen van de producten en diensten die de toekomstige klant van de facilitaire organisatie wenst af te nemen.⁹⁶

*Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (MVO)*⁹⁷

MVO is oog hebben voor drie aspecten: *people*, *planet* en *profit*. Dat betekent niet meteen de winst centraal stellen, hoewel die een voorwaarde is voor het ondernemen, maar investeren in de eigen mensen op het gebied van veiligheid en gezondheid, en opleiding en educatie. Dat is een interne aangelegenheid. Extern betekent het oog hebben voor mensenrechten in landen waar je actief bent. MVO is ook van belang, omdat bedrijven omringt zijn door kritische burgers en de media die tegenwoordig elke misstand uitvergrooten. Planet staat voor verantwoord omgaan met grondstoffen en het milieu.

ICT

Een gevolg van de ICT-ontwikkelingen is dat de economie steeds transparanter is geworden. Dit leidt ertoe dat klanten steeds beter geïnformeerd zijn en steeds beter in staat zijn producten, diensten en organisatie te vergelijken. Door deze ontwikkeling zal er een toenemende druk komen op de facilitaire organisaties om efficiënt en effectief met beschikbare middelen om te gaan.⁹⁸

⁹⁵ Kooyman, W. e.a.: *Facility Management Magazine Jaarboek 2007*. Nieuwegein: Arko Uitgeverij bv, 2007. ISBN 10 90 5472 023 9. Blz. 8-10.

⁹⁶ Maas, G.W.A. en Pleunis, J.W.: *Facility management*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2001. ISBN 90 1407 794 7. Blz. 51.

⁹⁷ Zomeren van, D en Bruin de, P.: *Ontwikkelingen in het facilitaire werkveld*. In: Facto Magazine. Nr. 12, december 2006.

⁹⁸ Maas, G.W.A. en Pleunis, J.W.: *Facility management*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2001. ISBN 90 1407 794 7. Blz. 54.

Facilitaire organisaties moeten zelf ook steeds transparanter worden om de toegevoegde waarde van de diensten die geleverd worden kenbaar te maken. De facilitaire bedrijven gaan zogenaamde klant-leveranciersrelaties aan. Producten- en dienstencatalogi en service desks maken de dienstverlening meer transparant en toegankelijk. Service Level Agreements (SLA's), facilitaire tarifiering en kostendoorbelasting zorgden voor verdere verzakelijking en minder vrijblijvendheid.⁹⁹

Kantoorconcepten

Mensen kunnen door de ICT-mogelijkheden werken waar en wanneer ze maar willen. Het territorium van de facility manager breidt zich uit naar de werkomgeving thuis, het wegrestaurant enzovoorts. In ieder geval voor wat betreft de informatie- en communicatietechnologie, ofwel de bereikbaarheid.¹⁰⁰ Maar sociale contacten spelen een eminente rol bij het succes van de organisatie. De band van medewerkers met het bedrijf blijft eigenlijk alleen maar overeind door ontmoeten. Omdat zij niet voor het *werken* hoeven te komen, is het dus van belang om het medewerkers aantrekkelijk te maken om naar het kantoor te komen voor het *ontmoeten*. Een omgeving zonder beleving en gastvrijheid zal dat *ontmoeten* niet stimuleren.¹⁰¹

De kantoren van de toekomst zullen veel meer weghebben van horecagebouwen, zoals wegrestaurants en hotels. Daarin tref je diverse multifunctionele plekken aan in verschillende sferen. Je kunt er informeel ontmoeten, ontspannen, werken, formeel vergaderen: alle activiteiten die men in een kantoor zou willen uitvoeren¹⁰²

Shared Service Centres / Corporate Infrastructure Resource Management

Een Shared Service Centre (SSC) is een resultaatverantwoordelijke organisatie-eenheid die meer ondersteunde diensten heeft verenigd. Het is het op een efficiënte manier bundelen van processen, om daarmee door hogere schaalgrootte tijd en kosten te besparen bij een hogere kwaliteit.¹⁰³

Corporate Infrastructure Resource Management (CIRM) houdt het bundelen van alle ondersteunende activiteiten in. In aanmerking zouden dan alle niet-primaire afdelingen komen, van financiële en personele zaken tot ICT. De voorstanders wijzen op mogelijke synergie binnen het grotere geheel. De tegenstanders noemen vooral het schaalprobleem en het handhaven van eenheid van leiding, alsmede de te grote heterogeniteit van diensten en daarvoor benodigde kwalificaties en competenties.¹⁰⁴

Het verschil tussen beide modellen is dat bij een SSC sprake is van een samenvoeging van gedeelde en gemeenschappelijke ondersteunende processen, welke diensten levert aan meerdere klanten. Bij CRIM worden *alle* bedrijfsondersteunende processen en middelen op elkaar afgestemd en ingezet ten behoeve van het bereiken van de organisatiedoelstellingen.

Publieke Private Samenwerkingen

Publieke Private Samenwerkingen (PPS) speelt zich vooral binnen de overheid af. Het is samenwerken van de overheid met het bedrijfsleven, waarbij de investerings- en exploitatie kosten voor een periode van bijvoorbeeld twintig jaar worden afgekocht.¹⁰⁵

⁹⁹ Kooyman, W. e.a.: *Facility Management Magazine Jaarboek 2007*. Nieuwegein: Arko Uitgeverij bv, 2007. ISBN 10 90 5472 023 9. Blz. 17.

¹⁰⁰ Drion, B.: *Bestaat FM in 2030 nog wel?* In: Facto Magazine. Nr. 5, mei 2007.

¹⁰¹ Kooyman, W. e.a.: *Facility Management Magazine Jaarboek 2007*. Nieuwegein: Arko Uitgeverij bv, 2007. ISBN 10 90 5472 023 9. Blz. 10.

¹⁰² Drion, B.: *Bestaat FM in 2030 nog wel?* In: Facto Magazine. Nr. 5, mei 2007.

¹⁰³ Drion, B.: *Bestaat FM in 2030 nog wel?* In: Facto Magazine. Nr. 5, mei 2007.

¹⁰⁴ Krimpen van, J.: *Facility management in perspectief*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2003. ISBN 90 13 00043 6. Blz. 21.

¹⁰⁵ Drion, B.: *Bestaat FM in 2030 nog wel?* In: Facto Magazine. Nr. 5, mei 2007.

Bij de groei van PPS projecten neemt de betrokkenheid van de facilitaire partijen toe bij het voorbereiden, realiseren en exploiteren van zogenaamde Design, Build, Finance, Maintenance en Operate (DBFMO) overeenkomsten.¹⁰⁶

Total Facility Management

Een trend die al jaren geleden is ingezet is de focus op kernactiviteiten. Organisaties richten zich op kernactiviteiten. Overige activiteiten worden afgestoten en de noodzakelijke ondersteunende activiteiten worden veelal uitbesteed.¹⁰⁷

Het aantal situaties waarbij Total Facility Management (TFM – maximaal uitbesteden) wordt toegepast is nu nog gering, zeker bij de succesvolle casussen. Maar binnen een aantal jaren neemt dat fenomeen toch zijn vlucht.

Nu zitten we in de ontwikkelfase van TFM. Die ontwikkelfase zet zich voorlopig wel voort en zal over pakweg vijf tot tien jaar door de meeste bedrijven worden toegepast.¹⁰⁸

Facilitaire organisaties zullen zich af moeten vragen wat de toegevoegde waarde is voor de organisatie en hoe deze verhoogd kan worden.¹⁰⁹

¹⁰⁶ Kooyman, W. e.a.: *Facility Management Magazine Jaarboek 2007*. Nieuwegein: Arko Uitgeverij bv, 2007. ISBN 10 90 5472 023 9. Blz. 19.

¹⁰⁷ Maas, G.W.A. en Pleunis, J.W.: *Facility management*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2001. ISBN 90 1407 794 7. Blz. 47.

¹⁰⁸ Drion, B.: *Bestaat FM in 2030 nog wel?* In: Facto Magazine. Nr. 5, mei 2007.

¹⁰⁹ Maas, G.W.A. en Pleunis, J.W.: *Facility management*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2001. ISBN 90 1407 794 7. Blz. 47.

Bijlage 11: Het NIAZ¹¹⁰

Ontstaan van het NIAZ

Het NIAZ is op 22 december 1998 opgericht door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Stichting Proefproject ACcreditatie (PACE). Deze laatste stichting, een initiatief van een achttal ziekenhuizen, was al vanaf 1989 actief in het ontwikkelen van normmateriaal, gesteund door de inzet van veel medewerkers uit de ziekenhuizen. De stichting had twee doelen voor ogen: het ontwikkelen van een normenstelsel voor de beoordeling van het functioneren van ziekenhuizen en het opzetten van een auditsysteem.

In 1996 ging PACE over tot de formulering van een accreditatieprocedure. De stichting stelde de accreditatiegidsen bij en ontwikkelde met de ziekenhuizen een overkoepelende, ziekenhuisbrede norm. Als kern van het nieuwe systeem koos PACE voor 'peer review': collega's uit andere ziekenhuizen onderzoeken tijdens een auditbezoek of een ziekenhuis voldoet aan de noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie.

Na een aantal proefaccreditaties zaten de werkzaamheden van PACE er in 1998 op en werd het NIAZ opgericht. Precies een jaar later mocht het academisch ziekenhuis Maastricht als eerste instelling in Nederland het NIAZ-accreditatiebewijs in ontvangst nemen. Anno 2005 heeft een aantal ziekenhuizen en ziekenhuisafdelingen het NIAZ-accreditatietraject met succes doorlopen.

Al een aantal jaren kijkt het NIAZ ook over de grens. Het NIAZ werkt in ISQua (International Society for Quality in Health Care) verband nauw samen met accreditatie-instituten uit Europa, Australië, Canada, de Verenigde Staten en Zuid-Afrika. Deze samenwerking dient vooral ter verbetering en verdere ontwikkeling van het NIAZ-accreditatieprogramma. Binnen de ISQua is een accreditatieprogramma ontwikkeld om accreditatie-instituten zoals het NIAZ te accrediteren op basis van 'peer review': door collega's van andere accreditatie-instituten. Dit programma is opgezet om internationaal de kwaliteit van accreditatie-instituten te bewaken. De ISQua hanteert 'Principles for Standards' (te stellen eisen aan standaarden) en 'Standards for health care accreditors' (standaarden waaraan de organisatie van accreditatie-instituten moet voldoen).

Missie en doelstellingen

De missie van het NIAZ is het verbeteren en borgen van de kwaliteit van de organisatie van de zorg in Nederlandse ziekenhuizen. Hoewel de 'Z' in NIAZ staat voor 'Ziekenhuizen', kunnen uiteraard ook andere zorginstellingen zich aansluiten bij het NIAZ-accreditatieprogramma.

Bij deze missie horen twee doelstellingen. In de eerste plaats wil het NIAZ individuele instellingen ondersteunen in de kwaliteitsverbetering en -borging van de zorgorganisatie. Het NIAZ heeft daarvoor een accreditatiesysteem ontwikkeld. De kern daarvan bestaat uit afdelingsgebonden accreditatienormen en een overkoepelende, instellingsbrede norm, waaraan te accrediteren afdelingen en instellingen als geheel moeten voldoen. Toetsing aan de deze normen gebeurt via auditering op basis van 'peer review'. Dit houdt in dat de auditoren afkomstig zijn uit het veld. Denk bijvoorbeeld aan managers, specialisten en kwaliteitsfunctionarissen uit andere instellingen.

De tweede doelstelling van het NIAZ is individuele zorginstellingen de mogelijkheid te bieden om zich te verantwoorden voor de kwaliteit van de organisatie van de zorg. Accreditatie is

¹¹⁰ www.niaz.nl

daarvoor een ideaal instrument - niet alleen om verantwoording af te kunnen leggen binnen de eigen instellingsmuren, maar ook aan de buitenwereld.

Uitgangspunten NIAZ accreditatie

Kwaliteitszorg moet verankerd zijn in de organisatie van een zorginstelling. Er moet binnen de organisatie sprake zijn van een cultuur, waarin iedereen alert is op verbetermogelijkheden en die ook aangrijpt. De 'Plan-Do-Check-Act cyclus' vormt de rode draad door het hele NIAZ-accreditatieprogramma.

Wat moet er dan wel gebeuren om de kwaliteit binnen zorginstellingen te borgen? In de eerste plaats moeten afspraken zijn gemaakt over de werkwijzen en communicatie op kritische punten in de primaire en ondersteunende processen. Die afspraken moeten bekend zijn en alle betrokkenen dienen daar ook naar te handelen. Daarnaast moeten alle afspraken structureel worden getoetst op effectiviteit en, waar nodig, bijgesteld. Zo ontstaat een continue verbetercyclus - een voorwaarde voor accreditatie. Het is beslist niet de bedoeling dat alles schriftelijk wordt vastgelegd, want dat zou kwaliteitszorg tot een bureaucratisch monster maken en de organisatie in een keurslijf dringen.

Werkwijze

In een NIAZ-accreditatie voeren collega's uit andere zorginstellingen de toetsing uit. Zo wordt de deskundigheid en het inzicht van ervaren collega's ('peers') ingezet om de kwaliteit van een instelling te beoordelen. NIAZ-auditors zijn leden van Raden van Bestuur / directies, afdelingshoofden, specialisten, lijnmanagers en kwaliteitsfunctionarissen. Allen kennen de zorginstellingen door en door.

'Peer review' heeft een dubbel leereffect: voor zowel de geauditeerde zorginstelling als de auditors is het accreditatietraject een leerervaring. Om de onafhankelijkheid van de toetsing te garanderen, mogen de leden van het auditorenteam geen binding hebben met de te accrediterende zorginstelling. Ook zijn zij verplicht te tekenen voor geheimhouding van alle informatie vanuit de zorginstelling die zij auditeren. Het systeem van toetsing door uitsluitend peers krijgt naar verwachting de komende jaren versterking door de toevoeging van professionele auditors aan de auditteams.

De NIAZ-toetsing wordt uitgevoerd op basis van de instellingsbrede Kwaliteitsnorm Zorginstelling én de 38 afdelingsgebonden kwaliteitborgingsnormen. Tijdens een meerdaags auditbezoek toetsen de auditors of de instelling werkt volgens de gemaakte afspraken. Ook kijken zij of die afspraken bijdragen aan een goede organisatie van alle werkzaamheden. De afspraken liggen vast in het zelfevaluatie-rapport dat de instelling na de accreditatie-aanvraag heeft opgesteld. Het auditbezoek resulteert uiteindelijk in een auditrapport met verbeterpunten. De instelling vertaalt die in een actieplan. Op basis van het auditrapport en het actieplan besluit het NIAZ of de instelling voldoet aan de noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie. Is dat het geval, dan ontvangt de instelling een accreditatiebewijs. Na een jaar komt een deel van het auditteam opnieuw op bezoek om de uitvoering van het actieplan te controleren. Oordelen zij positief, dan wordt het accreditatiebewijs voor vier jaar gecontinueerd.

Het NIAZ schrijft niet voor hoe de instelling haar kwaliteitssysteem moet hebben ontwikkeld, of met welk model dat gebeurd moet zijn. Het is aan de zorginstelling zelf om te bepalen hoe zij haar kwaliteitssysteem inricht. Het NIAZ toetst of dat systeem effectief is. Het NIAZ-accreditatieprogramma is transparant voor alle betrokkenen - zeker ook voor patiënten, verzekeraars en andere partijen uit de zorgwereld. De NIAZ-normen en de werkwijze in een accreditatie zijn openbaar en onder meer te vinden op deze website.

Instellingsbrede Kwaliteitsnorm Zorginstelling

Tijdens accreditaties vormt de instellingsbrede NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling de leidraad. Deze norm beschrijft aan welke organisatorische voorwaarden een ziekenhuis

moet voldoen om kwaliteitszorg te borgen: wat moet er allemaal geregeld zijn om te zorgen dat de kwaliteit van de geleverde zorg niet van personen of toeval afhankelijk is? De Kwaliteitsnorm Zorginstelling bevat kwaliteitscriteria voor de organisatorische voorwaarden voor kwaliteitszorg, die betrekking hebben op de zorginstelling als geheel.

In deze norm is de 'Plan-Do-Check-Act cyclus' verweven. Plan betekent dat iets nog niet is geregeld, maar dat de instelling dit wel van plan is. In de Do-fase krijgt dit gestalte in bijvoorbeeld protocollen, procedures en (schriftelijke) werkafspraken. Als het eenmaal is geregeld, gaat de Check-fase in. Daarin controleert het ziekenhuis structureel of de gemaakte afspraken werken in de praktijk. In de afsluitende Act-fase volgt op deze structurele controle waar nodig een verbeteringsactie. Daarmee is de verbeteringscyclus afgerond.

Op 1 juni 2005 verscheen de Kwaliteitsnorm Zorginstelling met bijbehorende handleiding en scoreboek. De handleiding dient als hulpmiddel voor de zorginstellingen bij het uitvoeren van de zelfevaluatie. Het scoreboek is een hulpmiddel voor de auditoren in het auditproces.

Afdelingsnormen

Naast de instellingsbrede Kwaliteitsnorm Zorginstelling spelen 38 afdelings- of dienstgebonden NIAZ-normen een rol in het accreditatietraject. Deze worden vooral gebruikt voor de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem op afdelingsniveau, voor het uitvoeren van zelfevaluaties en als referentiekader voor interne audits. De afdelingsnormen bevatten een groot aantal kwaliteitscriteria voor de verschillende afdelingen binnen een zorginstelling. Al deze normen zijn, net als de Kwaliteitsnorm Zorginstelling, vanuit het veld ('bottom-up') ontwikkeld. Uitgangspunt is dat de normen een breed draagvlak hebben en bruikbaar zijn voor alle betrokken medewerkers.

De afdelingsnormen zijn 'streefnormen': afdelingen hoeven niet aan de criteria in de normen te voldoen. Zij kunnen zelf beoordelen welke norm en welke criteria van die norm relevant zijn voor het kwaliteitssysteem op hun afdeling. De normen zijn onderverdeeld in verschillende hoofdstukken: 'Beleid en organisatie', 'Procesbeheersing', 'Middelen en materialen', 'Kennissen en vaardigheden' en 'Borging van het kwaliteitssysteem'. De criteria in het hoofdstuk 'Procesbeheersing' variëren per afdeling; die in de andere hoofdstukken zijn voor alle afdelingen hetzelfde. Bij het uitvoeren van een zelfevaluatie kan een afdeling aan de hand van die criteria vaststellen in welke fase van de cyclus zij zich bevindt.

Accreditatietrajecten

Het NIAZ kent meerdere vormen van accreditatie. Instellingsbrede accreditatie heeft betrekking op de instelling als geheel. Bij initiële accreditatie staat een door het NIAZ gemaakte selectie van afdelingen met de hoogste veiligheidsrisico's, zoals operatiekamers en intensive care units, centraal, samen met enkele door de instelling zelf geselecteerde processen. Deze laatste vorm is een instapmodel naar volledige accreditatie.

Deelaccreditatie tenslotte draait om een individuele afdelingen, diensten/cluster en patiëntenzorgprocessen.

De accreditatietrajecten verlopen in drie fasen en kennen een vrijwel identieke opzet. Bij instellingsbrede en initiële accreditaties is de doorlooptijd vanaf de accreditatieaanvraag tot het auditbezoek 190 werkdagen (38 weken). 150 werkdagen (30 weken) na het auditbezoek vindt de besluitvorming door het NIAZ-bestuur plaats.

Ziekenhuisbrede accreditatie

De aanvraag

Een aanvraag voor accreditatie moet worden ingediend door de voorzitter van de Raad van Bestuur/directie van de zorginstelling. Hiervoor moet gebruik worden gemaakt van de aanvraagformulieren op deze website. Alvorens de aanvraag te ondertekenen neemt de Raad van Bestuur/directie kennis van de noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie.

Op basis van de gegevens vindt beoordeling van de aanvraag plaats. Wordt die gehonoreerd, dan sluiten de instelling en het NIAZ een accreditatieovereenkomst, waarin ook een globale begroting voor de accreditatie is opgenomen. Met het tekenen van die overeenkomst, gaat de instelling een financiële verplichting aan. Vervolgens wijst het NIAZ een surveymanager aan voor de begeleiding van het accreditatietraject en wordt er een auditorenteam samengesteld, dat afhankelijk van de omvang van de instelling, bestaat uit vier tot acht leden. De Raad van Bestuur/directie van de instelling wordt schriftelijk geïnformeerd over de samenstelling van het auditteam en heeft de mogelijkheid daar bezwaar tegen aan te tekenen.

Eerste fase

Na het indienen van de aanvraag en het tekenen van de accreditatieovereenkomst breekt de eerste fase van het accreditatietraject aan. Deze fase begint met een intakegesprek, waarin de directeur van het NIAZ de werkwijze toelicht aan onder andere de directie of de Raad van Bestuur van de instelling en de voorzitter van de medische staf. Ook spreken de partijen af op welke datum het auditbezoek zal plaatsvinden, welke organisatorische zaken de instelling moet regelen rondom dat auditbezoek en wanneer de instelling welke documenten aanlevert.

De eerste taak van de instelling is het opstellen van een zelfevaluatie-rapport. Dat gebeurt op basis van de handleiding die bij de Kwaliteitsnorm Zorginstelling hoort. Het rapport moet de feitelijke situatie beschrijven voor alle criteria uit de Kwaliteitsnorm Zorginstelling, net als de stand van zaken rond het interne auditsysteem.

Op basis van het zelfevaluatie-rapport en andere door de instelling aangeleverde documenten bepaalt het auditorenteam of de instelling op papier in voldoende mate voldoet aan de noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie. Daaruit volgt een 'go/no-go besluit'. Het auditteam kan het advies geven om het accreditatietraject niet voort te zetten. De directeur van het NIAZ bespreekt dit advies met de Raad van Bestuur/directie van de zorginstelling.

Tweede fase

De tweede fase van het accreditatietraject begint met het selecteren van de processen die tijdens het auditbezoek worden geaudit. Met betrekking tot het primaire patiëntenproces concentreren de auditoren zich in ieder geval op de risicovolle afdelingen: Operatieafdeling, Intensive Care, Medium Care, CCU, Dagbehandeling, Verloskamers, Spoedeisende Hulp, Dialyseafdeling, en Hygiëne en Infectiepreventie. Van de ondersteunende processen krijgen de Centrale Sterilisatieafdeling Röntgenafdeling, Radiotherapie en Voedingsdienst zeker bezoek van het auditorenteam. De auditoren bepalen welke gegevens met betrekking tot de te auditten processen / te bezoeken afdelingen de instelling moet aanleveren.

Het auditbezoek

Tijdens het auditbezoek, dat - afhankelijk van de omvang van de instelling - drie tot vijf dagen duurt, onderzoeken de auditoren het functioneren van het kwaliteitssysteem in de praktijk. Dat gebeurt onder meer door functionarissen te interviewen en documenten te bekijken.

Op de laatste dag van het auditbezoek presenteren de auditoren hun eerste bevindingen. Uiteindelijk komen al hun bevindingen terecht in een accreditatierapport. Daarin staan geen rapportcijfers, maar wel overzichten van sterke punten en verbeterpunten. De instelling ontvangt dit rapport binnen zestig werkdagen na het bezoek ter correctie op feitelijke onjuistheden. De door de instelling aangegeven feitelijke onjuistheden en onduidelijkheden worden door de auditoren beoordeeld en al dan niet aangepast in het accreditatierapport. Daarmee ligt het officiële accreditatierapport definitief vast.

Het actieplan

Op basis van het definitieve accreditatierapport stelt de instelling het actieplan op. Daarin geeft de instelling aan, of, hoe en wanneer zij actie onderneemt op de gesignaleerde verbeterpunten. Dat gebeurt in de vorm van Specifieke, Meetbare, Acceptabele, Realistische en Tijdgebonden doelstellingen: de SMART-doelstellingen.

Het accreditatiebesluit

Aan de hand van het accreditatierapport en het actieplan beoordeelt de Commissie Kwaliteitsverklaringen van het NIAZ of de instelling voldoet aan de Noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie:

De instelling moet beschikken over een aantoonbare verbetercultuur. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer toetsingsverslagen laten zien, dat gerealiseerde verbeteringen tot resultaten hebben geleid of dat er toetsing op verbeterpunten plaatsvindt. Resultaten van in- en externe audits, evaluaties en andere metingen vormen hierbij het referentiepunt;

Er moet in voldoende mate sprake zijn van borging. Borging betekend het vasthouden van de sterke punten én de doorgevoerde verbeteringen. Kortom, het borgen van afspraken en de verbetercultuur. Daar horen dus ook toetsing en monitoring bij. Dat maakt borging tot een sluitstuk op de verbetercyclus: een garantie dat de instelling denkt ik termen van toetsen en verbeteren.

Tot slot is een gerechtvaardigd vertrouwen in de kwaliteit van de instelling een must. Op alle onderdelen van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling wordt bij consensus vastgesteld of er gerechtvaardigd vertrouwen is in de kwaliteit van de zorginstelling en of de zorginstelling alle redelijke waarborgen heeft gerealiseerd voor de veiligheid van de patiënt, medewerker en omgeving.

Het accreditatierapport en het actieplan, inclusief de reactie van de auditoren, worden besproken in de Commissie Kwaliteitsverklaringen. De Commissie adviseert het NIAZ-bestuur over het al dan niet toekennen of continueren van een accreditatiebewijs.

Derde fase

Een jaar na toekenning van het accreditatiebewijs toetsen de auditoren of de instelling het opgestelde actieplan in voldoende mate uitvoert. Voorafgaand aan deze toetsing levert de instelling een overzicht van de laatste stand van zaken aan. Twee auditoren van het team dat de externe audit heeft uitgevoerd, nemen deze toetsing op zich. Dit auditbezoek duurt een dag en resulteert uiteindelijk in een vervolgaccreditatierapport.

Op basis van dat rapport beoordeelt de Commissie Kwaliteitsverklaringen of de instelling het actieplan in voldoende mate heeft uitgevoerd en uitvoert, en besluit het NIAZ-bestuur de accreditatiestatus al dan niet te continueren. Bij een negatieve beoordeling kan het bestuur besluiten tot maatregelen, zoals een tweede heraudit en/of opschorting van het gebruik van het accreditatiebewijs.

Vier jaar na de toekenning van het accreditatiebewijs dient de instelling opnieuw een accreditatie aan te vragen. Daarvoor moet de instelling een zelfevaluatie-rapport opstellen met daarin een voortgangsrapportage die de overgang van de eerste naar de tweede accreditatie beschrijft.

Initiële en deelaccreditering

Initiële accreditatie

Naast een instellingsbrede accreditatie kent het NIAZ een tweede vorm: de initiële accreditatie. Deze vorm heeft het NIAZ in 2001 geïntroduceerd als instapmodel naar volledige accreditatie. Het doel: de voorbereidingen op het accreditatietraject voor de instelling zo beperkt mogelijk te houden.

Bij initiële accreditatie selecteert de instelling zélf de processen die de auditoren tijdens het auditbezoek onder de loep nemen. Deze selectie bevat minimaal één patiëntgebonden en één niet-patiëntgebonden proces. In de processen komen de afdelingen met een verhoogd

veiligheidsrisico in ieder geval voor, zoals operatiekamers en intensive care units. Verder kiest de instelling één verpleegafdeling en één polikliniek die deel uit zullen maken van het accreditatietraject. Ook rond de initiële accreditatie gelden de noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie.

Een instelling kan slechts één maal een initiële accreditatie aanvragen. Om het accreditatiebewijs te mogen behouden, moet de instelling binnen vier jaar na de afronding van het initiële accreditatietraject een ziekenhuisbrede accreditatie hebben aangevraagd.

Deelaccreditatie

De derde vorm van accreditatie is deelaccreditatie. Een deelaccreditatie kunnen instellingen aanvragen voor een individuele afdeling, dienst of cluster en patiëntenzorgproces. Voor het accreditatietraject moet de instelling een proces selecteren, waaraan in ieder geval de afdelingen deelnemen, die de kern vormen van het betreffende instellingsonderdeel. Ook bij een deelaccreditatie zijn de noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie van kracht

Samenwerkingsrelaties

Zorginstellingen gebruiken verschillende referentiekaders en kwaliteitsbeoordelingssystemen. De NIAZ-accreditatieprocedure is aanpakneutraal. Het NIAZ toetst het kwaliteitssysteem van de zorginstelling aan de hand van de NIAZ-norm, onafhankelijk van het model dat is gebruikt voor de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem. Met de 'eigenaren' van de meeste kwaliteitsbeoordelingssystemen die van toepassing zijn op zorginstellingen, heeft het NIAZ afspraken gemaakt over afstemming, aansluiting of erkenning. Maar ook met andere partijen onderhoudt het NIAZ samenwerkingsrelaties.

CCKL

CCKL is de stichting voor de bevordering van de kwaliteit van het laboratoriumonderzoek en voor de accreditatie van laboratoria in de gezondheidszorg. Al kort na de oprichting van het NIAZ in 1999 zijn het NIAZ en CCKL met elkaar in overleg getreden. Het doel: referentiekaders vergelijken, doublures voorkómen en verleende accreditaties accepteren (E.M.S.J. van Gennip, F. Linnebank, P.A.E. Sillevius Smitt en C.A. Geldof, Op weg naar een accreditatiesysteem van Nederlandse ziekenhuizen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1999: 89 – 93; 764 – 765).

Het overleg resulteerde in een samenwerkingsovereenkomst. Deze overeenkomst wordt, mede in het licht van de op handen zijnde fusie van CCKL en de Raad voor Accreditatie, op korte termijn aangepast. De samenwerking draagt bij aan meer inzicht in de gang van zaken bij kwaliteitsborging in de laboratoriumsector van de gezondheidszorg.

Het NIAZ toetst geen laboratorium als organisatieonderdeel. Het NIAZ erkent CCKL-accreditaten als overtuigende kwaliteitsbewijzen, maar dan moeten ze wel nog minimaal een jaar na het eindpunt van het NIAZ-accreditatieproces geldig zijn. In dat geval toetsen de NIAZ-auditoren alleen de raakvlakken tussen het laboratorium en andere onderdelen van de zorginstelling. Zijn de accreditaten ouder, dan worden ze alleen erkend wanneer aantoonbaar is, dat er al een nieuwe aanvraag voor toetsing is ingediend.

Schadeverzekeraars

In 2002 en 2003 is het referentiekader van het NIAZ vergeleken met de referentiekaders van de schadeverzekeraars MediRisk en Centramed. De risico-inventarisaties door de schadeverzekeraars worden in een NIAZ accreditatie beoordeeld op de mate waarin de zorginstelling de verbeterpunten uit de toetsingen heeft opgepakt. De NIAZ auditoren richten zich dus in de beoordeling van de zorginstelling op de resultaten van de toetsingen van MediRisk en Centramed en de acties die de instelling daarop heeft ondernomen: is de zorginstelling daadwerkelijk aan de slag is gegaan met de aanbevelingen van verzekeraar? Inmiddels hebben MediRisk en NIAZ de handen ineengeslagen. Op donderdag 21 september 2006 hebben zij een intentieverklaring ondertekend. De twee partijen gaan

samenwerken om de externe auditdruk voor ziekenhuizen te verlichten, de verschillende toetsingskaders af te stemmen en de toetsingen zoveel mogelijk te integreren. Zorginstellingen worden nu regelmatig door externe auditoren bezocht om de kwaliteit van zorg te beoordelen. De samenwerking maakt het mogelijk om een deel van de audits door de zorginstellingen zelf uit te laten voeren, onder toezicht van NIAZ. Bepaalde schaderisico's blijft MediRisk zelf monitoren.

In deze samenwerking vertrouwt MediRisk voor een deel van de audits op de auditsystematiek van NIAZ en de eigen verantwoordelijkheid van ziekenhuizen voor een intern auditsysteem. Dit laatste is een voorwaarde voor een NIAZ accreditatie. De samenwerking past binnen de ontwikkelingen rond veiligheidsmanagementsystemen van de zorginstellingen. Om de kwaliteit van beoordelen te waarborgen, leidt het NIAZ interne auditoren op. Daarnaast bewaakt het NIAZ met het accreditatieprogramma de kwaliteit van het interne auditsysteem. MediRisk levert een bijdrage aan de opleiding van de interne auditoren.

GGZ Nederland

De omvangrijke en belangrijke branche van de Geestelijke Gezondheidszorg is de afgelopen jaren meer en meer op de somatische sector gaan lijken. Een behoorlijk aantal ziekenhuizen beschikt over een psychiatrische afdeling of werkt samen met een GGZ-instelling. Het is daarom begrijpelijk dat ook GGZ-instellingen overwegen om zich aan te sluiten bij het NIAZ-accrediteringsprogramma. Op bestuurlijk niveau vindt regelmatig overleg plaats tussen GGZ Nederland en NIAZ.

De branche-organisatie GGZ Nederland heeft een ambitieus toetsingsprogramma: uiterlijk in 2009 moet elke GGZ-instelling beschikken over een kwaliteitskeurmerk via een NIAZ-accreditering of een certificatie op basis van de eisen van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) eisen. Het NIAZ toetst de instelling op basis van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling én de kwaliteitsborgingsnorm GGZ. Die laatste norm hebben HKZ en NIAZ in een gezamenlijk project ontwikkeld.

HACCP

Het NIAZ erkent een Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP) certificatie als garantie voor de voedselveiligheid binnen een instellingskeuken. Maar omdat een NIAZ-accreditering een bredere insteek heeft, maakt de voedingsdienst toch onderdeel uit van het auditbezoek.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) waardeert de toetsende rol van het NIAZ en beschouwt het NIAZ-accrediteringsprogramma als "een adequate invulling van de kwaliteitsborgende functie door de sector zelf". Bovendien acht de IGZ "een NIAZ-accreditering een indicatie voor het voldoen aan de regels van 'good practice'." In de basisset 'prestatie-indicatoren' van de IGZ is een NIAZ-accreditering als indicator opgenomen.

De IGZ en het NIAZ hebben regelmatig overleg over de kwaliteit van het NIAZ-programma in relatie tot de IGZ-toezichtsfasen. Momenteel wordt onderzocht of en in hoeverre een NIAZ-erkenning de eerste fase van het IGZ-toezicht kan vervangen.

ISQUA

ISQUA is de International Society for Quality in Health Care. Binnen ISQUA bestaat de 'Accreditation Federation', het zogenoemde 'Alpha-programma'. Dat is ontwikkeld om accreditatie-instituten, zoals het NIAZ, te accrediteren op basis van peer review. Zo'n accreditatie wordt uitgevoerd door directeuren en senior-medewerkers van collega-

accreditatie-instituten uit andere landen. Daarnaast kan het Alpha-programma de standaarden die accreditatie-instituten hanteren beoordelen.

Het Alpha-programma is opgezet om de kwaliteit van accreditatieinstituten over de hele wereld te bewaken. Daarbij hanteert de Accreditation Federation in de eerste plaats 'Principles for Standards', eisen waaraan de standaarden moeten voldoen. Daarnaast gebruikt het Alpha-programma 'Standards for health care accreditors': standaarden waaraan de organisatie van accreditatie-instituten moet voldoen. Ook het NIAZ zal zich op termijn door ISQUA laten accrediteren.

Ministerie van VWS

Regelmatig vindt overleg plaats met directies en beleidsmedewerkers van de diverse departementen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), waarbij het NIAZ-programma afzonderlijk of in combinatie met de programma's van HKZ en CCKL wordt gepresenteerd.

Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ)

De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ) ontwikkelt schema's voor ISO-HKZ certificatie in de zorg. De besturen van HKZ en het NIAZ voeren regelmatig overleg met elkaar. In 2000 hebben de bureaus van HKZ en het NIAZ geanalyseerd welke overeenkomsten en verschillen er tussen de twee instellingen zijn ten aanzien van normontwikkeling, wijze van toetsing en werkerterrein. Die analyse vond plaats aan de hand van de afdelingen waarvoor HKZ en het NIAZ allebei schema's, dan wel normen hebben ontwikkeld: Radiotherapie en Dialyse.

Uit deze analyse bleken er ten aanzien van het proces van normontwikkeling verschillen te bestaan, maar die klonken nauwelijks door in het uiteindelijke resultaat van die ontwikkelingstrajecten: de verschillen in normen en schema's waren slechts marginaal. Het maakt dus niet uit of een kwaliteitssysteem van een afdeling Dialyse of Radiotherapie met behulp van het HKZ-schema of de NIAZ-norm wordt ontwikkeld.

De besturen van beide instituten hebben geconcludeerd dat samenwerking en afstemming op het gebied van norm/schema-ontwikkeling perspectieven biedt. De samenwerking van HKZ en het NIAZ op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft geleid tot één norm. HKZ ontwikkelde naar aanleiding van deze norm een certificatieschema, waarmee instellingen gecertificeerd kunnen worden. Het NIAZ heeft de norm vertaald in een accreditatiegids die deel uitmaakt van het NIAZ-referentiekader.

Het NIAZ erkent ISO-HKZ certificaten voor de afdelingen Dialyse en Radiotherapie in ziekenhuizen, maar dan moeten ze wel nog minimaal een jaar na afsluiting van het NIAZ-accreditatieproces geldig zijn. Zijn de certificaten ouder, dan worden ze alleen erkend wanneer aantoonbaar is, dat er al een nieuwe aanvraag voor toetsing is ingediend.

Vereniging van Integrale KankerCentra (VIKC)

In opdracht van het NIAZ en de Vereniging van Integrale KankerCentra (VIKC) ontwikkelde TNO Preventie en Gezondheid een accreditatiegids voor zelfevaluatie, visitatie en accreditatie van het oncologisch proces. De gids is inmiddels in de praktijk getoetst in twee proefaccreditaties en voor validatie aangeboden aan de VIKC. De gids is gebaseerd op het Kwaliteitskader Organisatie Oncologische Zorg. In het toetsingsprogramma wordt de organisatie van de oncologische zorg en het beroepsinhoudelijk handelen uitgevoerd in een combinatie van NIAZ-auditoren en IKV-visitatoren. In Ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten en het Martini Ziekenhuis te Groningen zijn de eerste deelaccreditaties uitgevoerd. In het Deventer Ziekenhuis loopt een traject.

Bijlage 12: Auditresultaten Afdelingsnormen

NIAZ Afdelingsnormen

NIAZ Afdelingsnorm Algemeen				
1	Beleid & Organisatie	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
1.1	1. In een beleidsplan is de visie ten aanzien van de beroepsuitoefening en de doelstellingen van de Afdeling op middellange termijn verwoord. Tevens is hierin de voorgenomen nieuwe ontwikkelingen en de prioriteitsstelling van onderwerpen aangegeven. 2. Dit beleidsplan past binnen de randvoorwaarden en het beleidsplan van de instelling. 3. Er zijn afspraken met betrekking tot de werkwijze en bevoegdheden bij het op- en vaststellen van het beleidsplan. 4. Het beleidsplan wordt systematisch kwalitatief en kwantitatief uitgewerkt in (jaarlijkse) activiteiten, tijdsplanning en middelen. 5. Er zijn afspraken over op welke wijze dit activiteitenplan wordt opgesteld en vastgesteld.	FD breed	1. Ja 2. Ja 3. Nee 4. Ja 5. Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Er zijn geen randvoorwaarden vastgesteld voor waaraan het beleidsplan moet voldoen. Het hoofd FD heeft wel gevraagd of er een format voor een beleidsplan kan komen, maar deze is er nog niet. Ook voor het activiteitenplan is geen format beschikbaar.</i>			
1.2	1. Het hoofd van de Afdeling is verantwoordelijk voor het omschrijven van het kwaliteitsbeleid van deze afdeling. 2. Dit kwaliteitsbeleid is uitgewerkt in doelstellingen, actieprogramma's en middelen en past in het kader van het beleid en de randvoorwaarden van de organisatie. 3. De doelstellingen zijn 'SMART' geformuleerd, dat wil zeggen specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden. 4. Het hoofd van de Afdeling bewerkstelligt dat het beleid begrepen, in praktijk gebracht en op peil gehouden wordt. 5. Er zijn afspraken over de wijze waarop het kwaliteitsbeleid tot stand komt, vastgesteld en bijgesteld wordt.	FD breed	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Curium en de FD beschikken (nog) niet over een kwaliteitsbeleid</i>			
1.3	1. In een jaarverslag informeert de Afdeling belanghebbenden over de activiteiten van de Afdeling. 2. Het opstellen, vaststellen en distribueren van het jaarverslag gebeurt volgens, eventueel instellingsbrede, afspraken, onder verantwoordelijkheid van het hoofd van de Afdeling.	FD breed	1. Ja 2. Nee	Nee

<i>Toelichting</i>	<i>Het jaarverslag wordt geschreven door het hoofd FD, maar dit gebeurt niet volgens vastgestelde afspraken.</i>				
1.4	Afspraken zijn gemaakt over welke taken en functies de Afdelingen verricht.	FD breed	Ja	Ja	
<i>Toelichting</i>	<i>De algemene taken die de medewerkers van de afdelingen verrichten staan beschreven in de functiebeschrijving, maar deze is niet up-to-date.</i>				
1.5	1. De formele verhouding tussen de medewerkers van de Afdeling is in een organogram omschreven. In dit organigram komen hiërarchische, functionele en operationele relaties tot uitdrukking. 2. De bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen de Afdeling zijn duidelijk omschreven. Hierbij wordt onder meer uitgegaan van vigerende wetten en richtlijnen, bijvoorbeeld ten aanzien van ter zake deskundigen.	FD breed	1. Nee 2. Nee	1. Deels 2. Nee	
<i>Toelichting</i>	<i>De FD beschikt over een organigram waarin de hiërarchische relaties tot uitdrukking komen. Functionele en operationele relaties daarentegen zijn niet terug te vinden in het organigram.</i>				
1.6	Afspraken zijn gemaakt omtrent de formele verhoudingen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de Afdeling met andere diensten, afdelingen, commissies, medezeggenschapsraad en dergelijke binnen en, voor zover relevant, buiten het ziekenhuis.	FD breed	Ja	Ja	
<i>Toelichting</i>	<i>Dit staat beschreven in de visie van de FD.</i>				
1.7	1. Afspraken zijn gemaakt over de overlegstructuur binnen de Afdeling. 2. Van ieder structureel overleg is bij voorkeur beschreven het doel, de aard (informerend of besluitvormend) en de status. 3. De medewerkers van de Afdeling nemen deel aan en dragen actief bij tot overleg op organisatorisch en vakinhoudelijk gebied, voor zover dit voor de desbetreffende functie van toepassing is. 4. Van structureel overleg wordt een verslag gemaakt dat voor de medewerkers beschikbaar is.	Rec en Bew	1. Ja 2. Nee 3. Ja 4. Ja	1. Ja 2. Nee 3. N.v.t. 4. Ja	
<i>Toelichting</i>	<i>Overleggen: receptie (1x per 2 maanden), coördinatoren FD (1x per 3 weken), coördinator Receptie - hoofd FD (1x per maand), dagbespreking (elke dag 1 uur overlap bij overname dienst).</i>				
1.7	"	Voed en Cater	1. Ja 2. Nee 3. Ja 4. Ja	1. Ja 2. Nee 3. N.v.t. 4. Ja	
<i>Toelichting</i>	<i>Overleggen: coördinatoren FD (1x per 3 weken), coördinator Voeding en Catering - hoofd FD (1x per maand), huishoudelijk overleg met coördinator Huishoudelijke Dienst en Linnenvoorziening (1x per maand).</i>				

1.7	"	"	HHD en Lin	1. Ja 2. Nee 3. Ja 4. Ja	1. Ja 2. Nee 3. N.v.t. 4. Ja
<i>Toelichting</i>	Overleggen: Huishouding (1x per maand), coördinatoren FD (1x per 3 weken), coördinator Huishouding - hoofd FD (1x per 3 weken), coördinator - ICS externe schoonmaakdienst (1x per maand, daarnaast bijna dagelijks contact en tussendoor het lopen van een rondje).				
1.7	"	"	TD	1. Ja 2. Nee 3. Ja 4. Ja	1. Ja 2. Nee 3. N.v.t. 4. Ja
<i>Toelichting</i>	Overleggen: TD (1x per maand), coördinatoren FD (1x per 3 weken), coördinator TD - hoofd FD (1x per 3 weken), TD - hoofd FD (2x per jaar).				
1.8	Afspraken zijn gemaakt over bij welk structureel overleg binnen of buiten het ziekenhuis de medewerkers zijn betrokken.		Rec en Bew	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	De medewerkers van de afdeling hebben alleen het overleg op de afdeling.				
1.8	"	"	Voed en Cater	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	De coördinator van de dienst zit ook bij de overleggen van de Ondernemingsraad, als contactpersoon. De overige medewerkers zijn niet betrokken bij overleggen buiten de afdeling.				
1.8	"	"	HHD en Lin	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	De vaste medewerkers van de schoonmaakdienst hebben 1x per maand overleg met de unit waar zij werken. In dit overleg wordt alle relevante informatie besproken met betrekking tot de werkzaamheden van de werknemer. De coördinator van de dienst is niet betrokken bij deze overleggen, tenzij gevraagd.				
1.8	"	"	TD	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	Eén medewerker van de afdeling is teamleider BHV'er in zit bij de BHV overleggen.				
1.9	1. Afhankelijk van de inhoud van de functie zijn de leiding en medewerkers van de Afdeling gekwalificeerd op grond van opleiding en/of ervaring. 2. De eisen die aan deze kwalificaties worden gesteld zijn omschreven.		Rec en Bew	1. Nee 2. Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	De medewerkers van de afdeling werken er al jaren, toentertijd zijn ze niet beoordeeld op hun opleiding of ervaring. Wanneer er nu iemand aangenomen moet worden zal dit wel het				

	geval zijn.				
1.9	"	"	Voed en Cater	1. Nee 2. Nee	Nee
Toelichting	De coördinator beschikt wel over een horecadiploma, maar is hier niet op geselecteerd. De overige medewerkers beschikken niet over een voor de afdeling relevante opleiding.				
1.9	"	"	HHD en Lin	1. Nee 2. Nee	Nee
Toelichting	Ervaring in huishoudelijk werk en (voor de schoonmaakdienst) met de microvezel methode is gewenst, maar geen eis. Net als ervaring in een instelling in de gezondheidszorg. Dit is wel een pré, maar ook geen eis.				
1.9	"	"	TD	1. Ja 2. Nee	Nee
Toelichting	Bij het aannemen van de werknemer voor de afdeling wordt gekeken naar zijn/haar specialisatie en waar er op dat moment behoefte aan is bij de afdeling.				
1.10		Afspraken zijn gemaakt over de bereikbaarheid en vervanging van leidinggevende(n), medewerkers en/of behandelaren. Hiertoe behoren ook afspraken ten aanzien van werkzaamheden in avond, nacht en weekend en op feestdagen.	Rec en Bew	Ja	Deels
Toelichting	De coördinator van de afdeling is buiten werktijden altijd mobiel bereikbaar. Wanneer een medewerker van de receptie niet kan komen werken, om welke reden dan ook, wordt de coördinator opgebeld. Deze regelt de vervanging. Er zijn op de afdeling twee oproepkrachten beschikbaar voor dit soort gevallen. Wanneer een nachtwaker niet kan komen werken wordt dit geregeld via het hoofd van de FD, die ook altijd mobiel bereikbaar is. Er kan uitgeweken worden naar invalkrachten vanuit het LUMC. Wanneer de coördinator niet kan komen werken regelt deze zelf de vervanging.				
1.10	"	"	Voed en Cater	Ja	Nee
Toelichting	De coördinator van de afdeling is buiten werktijden altijd mobiel bereikbaar. Wanneer een medewerker van de catering niet kan komen werken, om welke reden dan ook, wordt de coördinator opgebeld. Deze regelt de vervanging. Er is op de afdeling één oproepkracht beschikbaar voor dit soort gevallen. Wanneer de coördinator niet kan komen werken regelt deze zelf de vervanging.				
1.10	"	"	HHD en Lin	Ja	Nee

<i>Toelichting</i>	<i>De coördinator van de afdeling is buiten werktijden altijd mobiel bereikbaar. Wanneer een medewerker van de huishoudelijke dienst en linnenvoorziening niet kan komen werken, om welke reden dan ook, wordt de coördinator opgebeld. Deze regelt de vervanging. Er zijn op de afdeling drie oproepkrachten beschikbaar voor dit soort gevallen. Wanneer de coördinator niet kan komen werken regelt deze zelf de vervanging. Wanneer er werknemers van de externe schoonmaakdienst niet kunnen komen werken zorgt de externe schoonmaakdienst zelf voor vervanging.</i>			
1.10	"	TD	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>De coördinator van de afdeling is buiten werktijden altijd mobiel bereikbaar. Wanneer een medewerker van de afdeling niet kan komen werken, om welke reden dan ook, wordt de coördinator opgebeld. Deze regelt de vervanging. Er zijn op de afdeling geen oproepkrachten beschikbaar. Wanneer de coördinator niet kan komen werken regelt deze zelf de vervanging.</i>			
1.11	Met betrekking tot het aantal bij de Afdeling werkzame personen zijn criteria vastgesteld.	FD breed	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	-			
	1. De leidinggevende(n) geeft aan medewerkers van de Afdeling aan hoe kennis genomen wordt van en in de praktijk omgegaan wordt met onder andere: - wettelijke voorschriften; - regels van de instelling (waaronder privacyreglement) en regels van de Afdeling. 2. Indien van toepassing wordt ook aandacht besteed aan het gebruik van materiaal voor andere doeleinden (bijvoorbeeld onderzoeksdoeleinden); - normen voor apparatuur (voor zover relevant); - gevaaarmeldingen - de ethische code; - professionele voorschriften van de eigen en andere disciplines; - de beroepscode en het –profiel 3. Relevante wetten, regels, richtlijnen et cetera zijn voor de medewerkers toegankelijk.		1. Ja 2. N.v.t. 3. Deels	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Bijv. het privacyreglement.</i>	Rec en Bew		
1.12	"	Voed en Cater	1. Ja 2. N.v.t. 3. Deels	Nee
<i>Toelichting</i>	-			
1.12	"	HHD en Lin	Deels	Nee

<i>Toelichting</i>	<i>Bij wettelijke voorschriften kan hierbij gedacht worden aan de ARBO. Bij regels van de instelling heeft de coördinator bijvoorbeeld gezorgd voor de introductie van de microvezel methode.</i>				
1.12	"	TD	Deels	Nee	
<i>Toelichting</i>	-				
1.13	Afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop klanten worden begeleid.	FD breed	Ja	Nee	
<i>Toelichting</i>	<i>Dit gebeurt naar eigen invulling van de medewerkers. Daarnaast krijgen de medewerkers agressietraining waarbij ze leren hoe om te gaan met agressie van kinderen en ouders. Voor de medewerkers van de Huishoudelijke Dienst, die werken op de units geldt dat ze zich niet met kinderen mogen bemoeien. Dit moet overgelaten worden aan de groepsleiding.</i>				
1.14	1. De Afdeling heeft een personeelsbeleid dat past in het kader van het beleid en de randvoorwaarden van de organisatie. Er zijn afspraken over: - werving en selectie van nieuwe medewerkers; - introductie en inwerken van nieuwe medewerkers; - evaluatie/beoordeling van het functioneren van medewerkers; - het beëindigen van het dienstverband. 2. Deze afspraken zijn van toepassing op en bekend bij alle personen werkzaam bij de Afdeling.	Curium breed / FD breed	Ja	Ja	
<i>Toelichting</i>	<i>De medewerkers krijgen elk jaar een jaargesprek om het functioneren te evalueren. Daarnaast is het mogelijk om beoordelingsgesprekken te houden. (Beoordelingsgesprekken moeten gehouden worden bij overgang van de functionele schaal A naar B, aan het eind van een tijdelijk contract, bij uitsteking functioneren met als gevolg een arbeidsrechtelijk besluit en aan het einde van de proeftijd. Hierbuiten vinden beoordelingsgesprekken alleen op verzoek plaats). Voor het voeren van deze gesprekken zijn verslagleggingformulieren opgesteld. Tevens zijn de medewerkers op de hoogte van de manier waarop een beëindiging van het dienstverband in werking treed. Naast deze Curiumbrede afspraken heeft het hoofd FD ook een stuk over het personeelsbeleid binnen de FD geschreven in het beleidsplan.</i>				
1.15	1. Afspraken zijn gemaakt over het (in kwantitatief en kwalitatief opzicht) inzetten van medewerkers. 2. De werkwijze en bevoegdheden bij het op- en vaststellen van deze planning zijn omschreven.	Rec en Bew	1. Ja 2. Nee.	1. Ja 2. Nee	
<i>Toelichting</i>	<i>De afdeling beschikt over drie vaste krachten die op vaste tijden werken en daarbij vaste werkzaamheden uitvoeren. Deze planning staat dus vast. Daarnaast zijn er twee oproepkrachten beschikbaar die komen werken wanneer dit nodig is. De planning wordt gemaakt door de coördinator.</i>				

1.15	"	"	Voed en Cater	1. Ja 2. Nee	1. Nee 2. Nee
Toelichting	<i>De werkzaamheden op de afdeling staan vast. Er is daarnaast een rooster met vaste tijden waarop de verschillende medewerkers werken. De planning wordt gemaakt door de coördinator.</i>				
1.15	"	"	HHD en Lin	1. Ja 2. Nee.	1. Ja 2. Nee
Toelichting	<i>Vaste medewerkers van de interne schoonmaakdienst hebben ieder hun eigen unit om te werken. Dit is goed voor de voortgang van de werkzaamheden, maar ook voor de kinderen, omdat zij vertrouwde gezichten zien. Oproepkrachten worden zoveel mogelijk op dezelfde unit gezet, maar dit is niet altijd mogelijk. Er is een schoonmaakschema voor de units waarop aangestreept moet worden wat er van de werkzaamheden is gedaan, opgedeeld in dagelijkse, maandelijkse en jaarlijkse werkzaamheden. Zo kan de oproepkracht zien wat er nog gedaan moet worden. De coördinator geeft 's ochtends aan wie welke unit loopt. In de linnenkamer werken ook vaste krachten die volgens een vast schema werken. De interne planning wordt gemaakt door de coördinator.</i>				
1.15	"	"	TD	1. Ja 2. Nee.	1. Ja 2. Nee
Toelichting	<i>Eén medewerker van de afdeling heeft een vast weekrooster. De overige medewerkers werken het jaarrooster af. Per dag moeten ze naar een ander gebouw om daar op de lijst te kijken wat er gemaakt moet worden. Een planning kan hiervoor niet gemaakt worden, de werkzaamheden zijn incidenteel. Alle medewerkers zijn in principe allrounders, maar hebben wel specialiteiten, wanneer mogelijk worden deze specialiteiten benut. De planning wordt gemaakt door de coördinator.</i>				

1.16	1. Er is sprake van voortgangsbewaking van het activiteitenplan. 2. Hierbij wordt een overzicht gegeven van de activiteiten en middelen zoals gepland en van activiteiten en middelen zoals gerealiseerd (in kwalitatieve en kwantitatieve zin). 3. Ook wordt een toelichting gegeven en worden voorstellen tot bijsturing bij afwijkingen gedaan. 4. De voortgangsbewaking van het activiteitenplan geschiedt onder verantwoordelijkheid van het hoofd van de Afdeling. 5. Over de gegevens wordt verantwoording afgelegd en indien nodig wordt een voorstel tot bijsturing gedaan. 6. Eventuele verandering of bijsturing wordt getoetst aan het beleidsplan en wordt goedgekeurd door de directie van het ziekenhuis, of door de leiding van de organisatie of dienst. 7. Rapportages komen eventueel volgens een ziekenhuisbrede werkwijze tot stand, zijn tijdig beschikbaar en zijn betrouwbaar.	FD breed	1. Ja 2. Ja 3. Ja 4. Ja 5. Ja 6. Ja 7. Ja	1. Ja 2. Ja 3. Nee 4. Nee 5. Nee 6. Nee 7. Nee
Toelichting	<i>De FD beschikt over een activiteitenplan. Dit activiteitenplan bestaat uit het jaarplan en de begroting voor het komende jaar. In dit activiteitenplan staan de activiteiten voor het komende jaar beschreven, waarbij is aangegeven welke activiteit prioriteit heeft. Op de begroting wordt aangegeven wat er al gerealiseerd is van de activiteiten. Het hoofd FD moet hiervoor ook verantwoording afleggen bij de directie.</i>			

NIAZ Kwaliteitsborgingnorm Civiele Dienst

2	Procesbeheersing	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
2.1	1. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkzaamheden / activiteiten van de Afdeling. 2. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de afstemming met de klanten (waaronder andere diensten / afdelingen) en derden (waaronder leveranciers) over deze werkzaamheden / activiteiten.	Rec en Bew	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Nee
Toelichting	<i>De afdeling is er geheel voor de klanten, alle werkzaamheden zijn dus op de klant afgestemd. Alle werkzaamheden die de afdeling uitvoert staan beschreven in het protocollenboek. Voor de medewerkers staan alle algemene werkzaamheden in hun functiebeschrijving, maar deze is niet up-to-date.</i>			
2.1	" "	HHD en Lin	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Nee
Toelichting	<i>Alle werkzaamheden van de dienst staan in het schoonmaakrooster en het rooster voor de linnenkamer beschreven. Voor de schoonmaak geldt daarnaast de algemene regel dat de werknemers moeten schoonmaken en niet opruimen. Voor de medewerkers staan alle algemene werkzaamheden in hun functiebeschrijving, maar deze is niet up-to-date.</i>			

2.2	1. De Afdeling draagt er zorg voor dat de klanten binnen de organisatie bekend zijn met de werkwijze en werkzaamheden van de dienst. 2. Afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop informatieoverdracht hierover plaatsvindt.	Rec en Bew	1. Nee 2. Nee	1. Nee 2. Nee
Toelichting	<i>De werkzaamheden van de receptie worden als vanzelfsprekend gezien. Tevens kunnen klanten met al hun vragen terecht bij de receptie, wanneer de receptie de klant niet kan helpen verwijzen zij deze door. De receptie is een een algemene vraagbaak. Klanten kunnen dus altijd terecht bij de receptie.</i>			
2.2	" "	HHD en Lin	1. Nee 2. Nee	1. Nee 2. Nee
Toelichting	-			
2.3	Afspraken zijn gemaakt over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de medewerkers van de Afdeling.	Rec en Bew	Ja	Deels
Toelichting	<i>De receptie wordt van 8.00 tot 17.30 bemand. De telefoon moet altijd opgenomen worden en gaat voor de gasten die aan de balie staan.</i>			
2.3	" "	HHD en Lin	Ja	Nee
Toelichting	<i>De medewerkers zijn aanwezig van 8.00-12.00, de coördinator is er langer. Wanneer contact opgenomen wordt met de dienst gaat dit via de coördinator. De medewerkers hebben hun vaste werkschema, maar spoedaanvragen worden altijd tussendoor behandeld.</i>			
2.4	1. Door de Afdeling zijn afspraken gemaakt ten aanzien van de doorlooptijden van werkzaamheden. 2. Uit periodieke registratie blijkt in hoeverre afspraken worden nageleefd. 3. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de prioriteitsstelling in werkzaamheden.	Rec en Bew	1. Deels 2. Nee 3. Ja	1. Deels 2. Nee 3. Ja
Toelichting	<i>Er is een telefoonafhandelingsprotocol waarin wordt aangegeven dat de telefoon binnen drie belsignalen wordt beantwoord. Dit protocol zit niet in het protocollenboek van de receptie, maar staat wel op het intranet. Bij de vraag aan de medewerkers of er doorlooptijden zijn voor de werkzaamheden wordt alleen beantwoord met: 'zo snel mogelijk'. Daarnaast speelt nog dat de telefoon een signaal geef zonder onderbrekingen, waardoor het niet of moeilijk in te schatten is wanneer de telefoon drie keer is overgegaan. Wel zijn er maatregelen getroffen om de telefoon sneller te kunnen beantwoorden. Aan deze maatregelen wordt voldaan. Aan de overige werkzaamheden zijn geen doorlooptijden gekoppeld. Wat betreft prioriteiten is er afgesproken dat de telefoon voor bezoekers gaat.</i>			
2.4	" "	HHD en Lin	1. Ja 2. Ja 3. Ja	1. Ja 2. Ja 3. Nee

Toelichting	<i>Voor de interne medewerkers zijn er geen doorlooptijden per activiteit gesteld, maar moeten aan het eind van de week alle dagelijkse werkzaamheden gedaan zijn. Dit schema wordt aan de coördinator overhandigd. Voor de externe schoonmaakdienst zijn er doorlooptijden per activiteit opgesteld. De controle hierop wordt gedaan door de externe dienst zelf. Wat betreft prioriteiten moeten in ieder geval de toiletten en de verkeersruimtes elke dag schoongemaakt worden. Een spoedaanvraag dient ook tussen de bedrijven door plaats te vinden. Wat betreft de linnenkamer zijn er ook geen doorlooptijden per activiteit, maar moet het weekschema gevolgd worden. Plaswas en andere vuile was heeft de prioriteit boven de overige was.</i>			
2.5	Afspraken zijn gemaakt over wanneer en op welke wijze de Afdeling wordt betrokken bij nieuwbouw, verbouw en het wijzigen van de bestemming van ruimten.	TD	Ja	Nee
Toelichting	-			
2.6	1. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij het maken van (contractuele) afspraken met leveranciers over het uitbesteden van diensten. 2. Hierbij wordt aandacht geschonken aan: - het programma van eisen; - de wijze van afstemming met de leverancier over de te leveren resultaten; - leveringsvoorwaarden en prijzen. 3. Voor zover relevant zijn gemaakte afspraken eenduidig vastgelegd.	FD breed	1. Ja 2. Ja 3. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee
Toelichting	<i>Uitbestedingen gaan altijd in samenwerking met het hoofd FD. De contracten worden centraal beheert.</i>			
2.7	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze van verslaglegging en archivering van gegevens. 2. Hierbij wordt onder andere aandacht geschonken aan: - de plaats waar de verschillende gegevens geregistreerd / bewaard worden; - de bewaartermijn van de verschillende gegevens; - de wijze van opslag of vernietiging bij het overschrijden van de bewaartermijn; - de opslagcondities; - wie de geregistreerde / gearchiveerde gegevens mag inzien.	Rec en Bew	1. Deels 2. Deels	1. Nee 2. Nee
Toelichting	<i>Er is een overdrachtsmap waarin alle relevante gegevens voor de receptiemedewerkers en de nachtwakers zijn opgeschreven. Deze map ligt op een vaste plaats. De receptie beschikt niet over gevoelige gegevens waardoor er geen strenge eisen gesteld worden aan de opslagplaats, bewaartermijn, wijze van opslag en vernietiging, opslacondities en autoriteiten voor het inzien van de gegevens.</i>			

2.7	"	"	HHD en Lin	1. Deels 2. Deels	1. Nee 2. Nee
Toelichting	<i>Alle gegevens worden door de coördinator in bewaring genomen en beheert. Wanneer dit relevant is krijgt de desbetreffende medewerker een kopie. Wanneer gegevens weg kunnen wordt dit versnipperd.</i>				
2.8	Op de Afdeling zijn afspraken gemaakt met betrekking tot veiligheid, hygiëne en milieu.		Rec en Bew	Deels	Deels
Toelichting	<i>De receptiemedewerkers spelen een belangrijke rol in het BHV plan, zij zijn namelijk de spil wanneer er een ramp voltrekt. De receptiemedewerkers houden contact met de BHV'ers ter plaatse en mensen die bellen met vragen. Er is voor de receptiemedewerkers een BHV-protocolboek beschikbaar. Wat betreft hygiëne en milieu zijn er geen afspraken gemaakt. Wel wordt het papier gescheiden van de rest van het afval.</i>				
2.8	"	"	HHD en Lin	Ja	Deels
Toelichting	<i>De afdeling beschikt over een hygiëneboek, deze is niet meer up-to-date. Daarnaast is er een contract afgesloten met een daartoe bevoegd bedrijf om jaarlijks de trapjes te controleren.</i>				
2.9	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de rol van de Afdeling in het rampenplan van het ziekenhuis. 2. Afspraken zijn gemaakt omtrent de rol van de dienst bij ongevallen c.q. calamiteiten op het terrein van het ziekenhuis.		Rec en Bew	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Ja
Toelichting	<i>De receptiemedewerkers spelen een belangrijke rol in het BHV plan, zij zijn namelijk de spil wanneer er een calamiteit voltrekt. De receptiemedewerkers houden contact met de BHV'ers ter plaatse en mensen die bellen met vragen. Er is voor de receptiemedewerkers een BHV-protocolboek beschikbaar, maar dit protocolboek is niet up-to-date. Na een overleg met iemand van het LUMC blijkt ook dat de rol van de medewerkers in het algemeen duidelijk is, maar er zijn nog wel een paar punten waar onduidelijkheden zitten. Zoals met wie van de BHV-ers ter plekke er precies contact moet worden onderhouden.</i>				
2.9	"	"	HHD en Lin	1. N.v.t. 2. N.v.t.	1. N.v.t. 2. N.v.t.
Toelichting	<i>De afdeling heeft geen specifiek rol in het BHV plan. De rol van de medewerkers op zich bij rampen is niet (geheel) bekend.</i>				
2.10	Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze met betrekking tot het traject van het ontwikkelen van een schoonmaakprogramma tot en met de uitvoering ervan.		HHD en Lin	Ja	Nee
Toelichting	<i>De coördinator zorgt voor de samenstelling van het schoonmaakprogramma voor intern gebruik en controleert of deze goed uitgevoerd wordt.</i>				

2.11	1. Voor elke te onderscheiden door de Afdeling schoon te maken ruimte zijn afspraken met betrekking tot het schoonmaakprogramma gemaakt. 2. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan: - de geldende specificaties van de ruimten (onder andere aantal m2, soort vloer en wandbedekking); - de werkwijze in bijzondere omstandigheden (bijvoorbeeld besmette ruimten); - de te gebruiken schoonmaakmiddelen en -materialen; - de verwachte tijdsbesteding en het gewenste aanvangstijdstip; - de afstemming met klanten en betrokkenen (onder andere Hygiëne en Infectiepreventie).	HHD en Lin	1. Nee 2. Nee	1. Nee 2. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Er is alleen een algemeen schema beschikbaar met wat er per tijdseenheid schoongemaakt moet worden.</i>			
2.12	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop de calculatie van schoonmaakactiviteiten plaatsvindt. 2. De rekenregels die hierbij gehanteerd worden zijn bekend.	HHD en Lin	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Met de externe schoonmaakdienst zijn er m2 prijzen afgesproken.</i>			
2.13	1. Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van het uitvoeren van schoonmaakactiviteiten. 2. Hierbij wordt ten minste aandacht geschonken aan: - de beschikbaarheid van medewerkers; - de wijze waarop toegang wordt verkregen tot de schoon te maken ruimten; - de eisen aan de dienstkleding; - de volgorde en frequentie van werkzaamheden; - de uit te voeren controleactiviteiten; - de wijze waarop de registratie van de uitgevoerde werkzaamheden plaatsvindt; - hoe te handelen bij afwijking (bijvoorbeeld verzuim).	HHD en Lin	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Deels

Toelichting	<i>De vaste medewerkers hebben hun eigen sleutels. De oproepkrachten krijgen elke ochtend de sleutel (loper) van de unit waar zij gaan werken uitgereikt en krijgen daarbij mondelinge uitleg. Er is dienstkleeding (een schort en schoenen) beschikbaar voor de medewerkers, maar het is niet verplicht dit te dragen. Wanneer de medewerkers vlekken krijgen op hun eigen kleding is dit voor eigen risico. De werkzaamheden die uitgevoerd moeten worden staan beschreven in het schoonmaakprogramma. De coördinator loopt dagelijks een controlerondje. De externe schoonmaakdienst heeft iedere week een zelfcontrole en ook twee keer per jaar een externe controle. Van de externe controles worden kwaliteitsrapporten verkregen. De uitgevoerde activiteiten worden allemaal aangevinkt op het schoonmaakprogramma. Voor informatieoverdracht tussen de externe schoonmaakdienst en de coördinator ligt een logboek bij de receptie, waarin bijzonderheden opgeschreven kunnen worden. Daarnaast liggen er nog logboeken op vijf andere gebouwen.</i>			
2.14	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent wanneer en door wie een beoordeling c.q. controle van schoonmaakactiviteiten plaatsvindt. 2. Deze beoordeling c.q. controle vindt plaats aan de hand van eenduidige en bij voorkeur vastgelegde criteria (kwaliteitmeetsysteem) en wordt bij voorkeur geregistreerd. 3. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de terugkoppeling van de resultaten met betrokkenen.	HHD en Lin	1. Ja 2. Deels 3. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee
Toelichting	<i>De coördinator loopt dagelijks een controlerondje. Dit gaat niet volgens een kwaliteitmeetsysteem. De externe schoonmaakdienst heeft iedere week een zelfcontrole en ook twee keer per jaar een externe controle. Dit gaat wel volgens een kwaliteitmeetsysteem. De resultaten van alle controles worden altijd via een kwaliteitsrapportage teruggekoppeld naar de desbetreffende medewerkers.</i>			
2.15	1. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze in geval van calamiteiten en spoedaanvragen. 2. Hierbij is onder meer aandacht geschonken aan: - wie bevoegd is om een spoedaanvraag te doen; - de wijze waarop de aanvraag dient te geschieden; - welke gegevens voor de spoedaanvraag moeten worden overgedragen.	HHD en Lin	1. Ja 2. Ja	1. Nee 2. Nee
Toelichting	<i>Spoedaanvragen gaan via de coördinator of de vaste krachten. Iedereen kan een spoedaanvraag doen. Spoedaanvragen worden altijd tussendoor afgehandeld.</i>			

2.16	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent het tot stand komen van een programma van eisen met betrekking tot de samenstelling van het assortiment van dienstkleiding en platgoed. 2. Bij de samenstelling van dit assortiment wordt rekening gehouden met het programma van eisen. 3. De dienst stelt informatie beschikbaar aan de afdelingen / diensten over het assortiment en de wijze waarop het assortiment wordt samengesteld en de daarbij gehanteerde standaardisatie.	HHD en Lin	1. Ja 2. Ja 3. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Deels
Toelichting	<i>Voor de units is er een bestellijst beschikbaar waarop al het benodigde linnengoed aangekruist kan worden. Door de huishoudelijke dienst wordt geen dienstkleiding verstrekt.</i>			
2.17	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze van afstemming met de afdeling / dienst ten aanzien van het aanvragen van het assortiment van het platgoed en de voorraad ervan. 2. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan: - de criteria voor het bepalen van het assortiment (onder andere functie van de afdeling, aantal bedden en doorlooptijd); - de afleverlocatie c.q. opslagplaats(en); - de criteria voor het bepalen van de minimale en maximale omvang van de voorraad van het assortiment; - de bevoegdheid voor het vaststellen en beheren van het voorraadniveau van het platgoed.	HHD en Lin	1. Ja 2. Ja	1. Nee 2. Nee
Toelichting	<i>De units beschikken over hun eigen beddengoed, dit is gelabeld. De unit krijgt lijsten voor de aanvraag van linnengoed. Hoeveel er aangevraagd moet worden gaat naar eigen beoordeling van de units, met een maximaal aantal van 70 stuks per week. De opslag van linnen is bij de linnenkamer en op de units zelf.</i>			
2.18	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop het aanvragen van dienstkleiding plaatsvindt. 2. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan: - door de klant te verstrekken gegevens (naam, functie, kostenplaats, benodigde kleding in relatie tot functie en aanstelling); - de criteria waarop het soort dienstkleiding wordt toegewezen; - de aflevercondities en -locatie en de herkenbaarheid van de eigen kleding; - de wijze waarop de tenaamstelling plaatsvindt (bijvoorbeeld door een label, chip).	HHD en Lin	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>De dienst verstrekt geen dienstkleiding aan andere afdelingen.</i>			
2.19	1. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze ten aanzien van de inname van vuil textiel. 2. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan: - de afleverlocatie van vuil textiel; - de wijze waarop uitgangscontrolle plaatsvindt; - de criteria voor het doen van reparaties e.d. en de verrekening van de kosten hiervan.	HHD en Lin	1. Ja 2. Ja	1. Nee 2. Nee

<i>Toelichting</i>	<i>Vuil textiel wordt door de units op vaste dagen naar de linnenkamer gebracht. Kleding van de kinderen wordt in eigen beheer gewassen, platgoed wordt uitbesteed. Hele vuile was, zoals plaswas of ondergebrakte was, mag altijd gebracht worden. Er moet aangegeven worden waarom de was heel vuil is. Deze was wordt intern gewassen en niet naar de externe wasserij gebracht. Voordat platgoed aan de externe wasserij wordt afgegeven moet dit altijd gewogen worden. Kapot platgoed wordt door Clean Lease gemaakt. Kapotte kleding wordt door de linnenkamer gemaakt. Dit moet aangevraagd worden door de medewerkers van de unit. Benodigheden, zoals ritsen e.d., moeten ingekocht worden door de units. De kosten van het doen van reparaties worden niet doorberekend.</i>				
2.20			HHD en Lin	1. Ja 2. Ja	1. Nee 2. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Voordat de was opgehaald wordt door de externe wasserij wordt het gewogen. Plaswas of was wat ondergebrakt is e.d. wordt niet meegegeven aan de externe wasserij, maar wordt door de linnenkamer zelf gewassen.</i>				
2.21			HHD en Lin	1. Ja 2. Ja	1. Nee 2. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de ontvangst van schoon textiel. 2. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan:</i> - de wijze waarop het textiel wordt aangeleverd; - de afleverlocatie; - de doorlooptijd; - de wijze waarop ingangscontrole plaatsvindt; - de wijze waarop controle van de aantallen ingeleverd en gereinigd textiel plaatsvindt. <i>Was van de externe wasserij komt op vaste dagen binnen bij de linnenkamer.</i>				
2.22			HHD en Lin	1. Ja 2. Ja	1. Nee 2. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop de distributie van het textiel binnen de instelling plaatsvindt. 2. Hierbij worden ten minste afspraken gemaakt over:</i> - de afleverlocatie; - de doorlooptijd; - de uit te voeren controleactiviteiten.			1. Ja 2. Ja	1. Nee 2. Nee
2.23			HHD en Lin	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Textiel wordt door de medewerkers van de huishouding op vaste dagen (de dag nadat de was ingeleverd is door de unit) naar de unit gebracht.</i> <i>Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop textiel wordt afgekeurd en uit de roulatie wordt gehaald.</i> <i>De coördinator keurt textiel en haalt dit eventueel uit de roulatie.</i>				

2.24	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop een inrichtingsplan tot stand komt en geëffectueerd wordt. 2. Hierbij wordt aandacht geschonken aan: - de rol van de Afdeling en wie daarbij betrokken zijn; - de huisstijl en de afstemming hierover met de klant; - het programma van eisen en wijze van uitvoering; - de controle van aangeleverde materialen aan de hand van specificaties; - de overdracht aan de gebruiker; - de instructie aan de gebruiker over het gebruik en onderhoud van de materialen in de ruimten.	FD breed	1. Nee 2. Nee	1. Nee 2. Nee
Toelichting	<i>Het maken van een inrichtingsplan wordt uitbesteed aan een architect. Soms wordt de TD hierbij betrokken, maar niet altijd.</i>			
2.25	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze bij het verhuizen van materialen. 2. Hierbij wordt aandacht geschonken aan de werkwijze bij het in- en uitruimen van de ruimten en de te treffen voorzieningen bij tijdelijke opslag van materialen.	TD	1. Nee 2. Nee	1. Nee 2. Nee
Toelichting	-			
2.26	Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze bij het aanvragen tot en met het reinigen en afleveren van bedden (en eventuele accessoires).	HHD en Lin	Ja	Nee
Toelichting	<i>Bedden behoren tot het vaste meubilair van de slaapkamers en worden in het schoonmaakprogramma meegenomen. Daarnaast worden de matrassen 1 keer per jaar gereinigd en wanneer er een nieuwe bewoner op de kamer komt.</i>			
2.27	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze bij het aanleveren van bedden. 2. Hierbij wordt aandacht geschonken aan: - de informatie over de meegeleverde accessoires; - de aanleverlocatie en -conditie; - de wijze waarop storingsen e.d. aan bedden gemeld worden; - de werkwijze bij besmette bedden; - de maximale doorlooptijd tussen twee reinigingen; - de controleactiviteiten (onder andere op achtergebleven (patiënten)materialen); - de werkwijze buiten werktijden.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Bedden behoren tot het vaste meubilair van de slaapkamers en worden in het schoonmaakprogramma meegenomen.</i>			

2.28	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze tijdens en na het reinigen en opmaken van bedden. 2. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan: - de reinigingsmethode; - het definiëren van criteria voor goedkeuring na reiniging; - de wijze waarop gegarandeerd wordt dat schone en vuile bedden gescheiden worden gehouden; - de aflevercondities (onder andere het opmaken van bedden); - de opslagcondities; - de uit te voeren controleactiviteiten.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Bedden behoren tot het vaste meubilair van de slaapkamers en worden in het schoonmaakprogramma meegenomen.</i>			
2.29	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze bij het afleveren van bedden. 2. Hierbij wordt aandacht geschonken aan de afleverlocatie, het aantal bedden, het type bed en de accessoires.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Bedden behoren tot het vaste meubilair van de slaapkamers en worden in het schoonmaakprogramma meegenomen.</i>			
2.30	1. Er zijn eenduidige criteria afgesproken waarmee kan worden bepaald met welke frequentie periodiek en preventief onderhoud aan bedden wordt uitgevoerd. 2. Van deze vormen van onderhoud wordt bij voorkeur een registratie bijgehouden.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Bedden behoren tot het vaste meubilair van de slaapkamers en worden in het schoonmaakprogramma meegenomen.</i>			
2.31	Met betrekking tot het vervoeren van patiënten zijn afspraken gemaakt omtrent het traject van aanvraag voor vervoer tot en met overdracht van de patiënt.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Het vervoer van patiënten is niet aan de orde binnen Curium.</i>			
2.32	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Civiele Dienst bij het vervoeren van patiënten binnen het ziekenhuis; deze afspraken zijn bekend bij de Civiele Dienst en bij de aanvragers.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Het vervoer van patiënten is niet aan de orde binnen Curium.</i>			

2.33	Ten aanzien van het aanvragen van vervoer zijn afspraken gemaakt over onder meer: - wie bevoegd is om vervoer van patiënten aan te vragen; - de wijze van aanvragen (bijvoorbeeld telefonisch of per fax); - welke gegevens bij het aanvragen moeten worden doorgegeven zoals de naam van de patiënt, het kamernummer, de eindbestemming, de wijze van vervoer, de benodigdheden die meegaan; - de wijze waarop aanvragen worden verwerkt; - wie verantwoordelijk is voor het informeren van de patiënt over het vervoer.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Het vervoer van patiënten is niet aan de orde binnen Curium.</i>			
2.34	Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van het inplannen van het vervoer van patiënten. Hierbij wordt rekening gehouden met arbeidsomstandigheden en een gelijkmatige belasting van medewerkers. Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop medewerkers worden geïnformeerd over de planning.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Het vervoer van patiënten is niet aan de orde binnen Curium.</i>			
2.35	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het vervoer van patiënten. Hierbij wordt aandacht geschonken aan: - wie zorg draagt voor de identificatie van de patiënt; - de wijze waarop de informatieoverdracht bij het ophalen en afleveren van de patiënt plaatsvindt; - het melden van het vertrek en de aankomst van de patiënt; - criteria ten aanzien van de benodigde deskundigheid bij het vervoeren en het informeren van begeleiders hieromtrent.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Het vervoer van patiënten is niet aan de orde binnen Curium.</i>			
2.36	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de behandeling van de inkomende post door de Afdeling. 2. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden: - bij het ontvangen van de post en de daarbij te tekenen ontvangstbewijzen (ook buiten werktijden); - bij het sorteren van de post (onder andere het omgaan met niet te bezorgen post van patiënten en medewerkers); - bij wijzigingen van het postadres; - bij de interne periodieke postdistributie (waaronder afleverlocaties, route-indeling); - met betrekking tot de uit te voeren controleactiviteiten.	Rec en Bew HHD en Linnen	1. Ja 2. Deels	1. Ja 2. Deels

Toelichting	<i>De receptie neemt de binnengekomen post aan en tekent hier eventueel voor. Ontvangen pakketten worden opgeschreven in een logboek zodat teruggevonden kan worden wanneer een pakket in ontvangst is genomen. De post wordt door de receptie verdeeld over de postvakjes. Pakketten worden soms ook bij de HHD afgeleverd. De coördinator van de HHD tekent voor de pakketten, wanneer de coördinator afwezig is wordt dit gedaan door de vervanger. Vervolgens wordt er naar de Receptie doorgebeld dat er een pakket ligt.</i>			
2.37	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden met betrekking tot de uitgaande post. 2. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan: - het tijdstip waarop de uitgaande post aangeleverd dient te zijn; - het sorteren van de post naar locatie en vervoerder (bijvoorbeeld intern, per TPG of per externe sneldienst); - het bundelen en frankeren van de post; - het verzendklaar maken van de post (onder andere bij partijenpost, het labelen van de postzakken en het invullen van het begeleidende formulier); - de uit te voeren controleactiviteiten.	TD	1. Ja 2. Ja	1. Nee 2. Nee
Toelichting	<i>Door een medewerker van de TD wordt de uitgaande post verzorgd. Deze moet in het postvak voor uitgaande post liggen met eventuele opmerkingen voor specifieke post. De medewerker frankiert de post en brengt dit naar het postkantoor. Bij speciale post kan de medewerker achteraf de gemaakte kosten declareren.</i>			
2.38	1. Het organiseren van activiteiten naar aanleiding van inkomende en uitgaande post met aanvullende diensten (bijvoorbeeld 'express'-stukken en aangetekende stukken) geschiedt volgens een afspraken. 2. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan de werkwijze per type aanvullende diensten, zoals: - het tijdstip van aanleveren; - de bekendheid met de verzendvoorwaarden; - de herkenbaarheid van de aanvullende diensten op de poststukken; - de wijze waarop de poststukken te traceren zijn.	Rec en Bew	1. Ja 2. Nee	1. Nee 2. Nee
Toelichting	<i>De receptie zet bij ontvangst van speciale poststukken een handtekening.</i>			

2.39	1. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de medewerkers van de Afdeling. 2. Hierbij wordt onder meer aandacht wordt geschonken aan: - de locatie; - de inrichting en aankleding; - de wijze waarop bezoekers c.q. patiënten worden geïnformeerd; - de wacht- en responstijden; - de wijze waarop de be- en afhandeling van telefoongesprekken plaatsvindt; - de wijze waarop de distributie van semafoons e.d. en het oproepsysteem plaatsvindt; - de wijze waarop deze service verleend wordt buiten werktijden; - de werkwijze in bijzondere omstandigheden (onder andere calamiteiten).	Rec en Bew	1. Ja 2. Deels	1. Ja 2. Deels
<i>Toelichting</i>	<i>Alle taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden staan vastgelegd in het protocollenboek van de receptie.</i>			
2.40	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze van afstemming tussen de Afdeling en klanten ten aanzien van beveiligingsactiviteiten. 2. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan: - de toegangsregeling (waaronder de wijze van legitimatie, sleuteluitgifte en ontvangst); - de frequentie waarmee de controle plaatsvindt; - de werkwijze in bijzondere omstandigheden (onder andere calamiteiten).	Rec en Bew	1. Ja 2. Ja	1. Deels 2. Deels
<i>Toelichting</i>	<i>De receptie gaat overdag over de bewaking. Dit houdt niet meer in dan het in de gaten houden van de camera's. Er worden door de receptionisten ook sleutels uitgegeven. Hiervan wordt niet opgeschreven wie de sleutel pakt, maar wel wordt altijd nadrukkelijk gezegd dat de sleutel meteen weer terug moet komen. Bij calamiteiten wordt altijd contact opgenomen met de receptie, via een speciaal nummer. De werkwijzen hiervoor staan beschreven in het BHV-plan.</i>			
2.41	Afspraken zijn gemaakt omtrent het inplannen van beveiligingsactiviteiten.	Rec en Bew	Ja	Ja
<i>Toelichting</i>	<i>De nachtwaker moet elke nacht een aantal rondjes lopen. Bij aanvang moet de brand- en sluitronde gelopen worden en door de nacht heen worden nog een aantal in- en externe controlerondes gelopen.</i>			
2.42	Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop de controleactiviteiten in het kader van beveiliging (algemene controle- en surveillancerondes en avond- en nachtdiensten) worden uitgevoerd.	Rec en Bew	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	-			

2.43	1. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in het geval van diefstal en het omgaan met gevonden voorwerpen en dergelijke. 2. Hierbij wordt ook aandacht geschonken aan de aangifte bij de politie.	Rec en Bew	1. Ja 2. Ja	1. Nee 2. Nee
Toelichting	<i>De receptie krijgt te horen wanneer er bijvoorbeeld is ingebroken, deze geeft de melding door aan het desbetreffende hoofd van de afdeling of de directie. Dit staat niet in het protocollenboek.</i>			
2.44	1. Van uitgevoerde beveiligingsactiviteiten wordt bij voorkeur een registratie bijgehouden. 2. Door analyse van de dag-, avond-, en nachtregistratie wordt nagegaan of er sprake is van structurele tekortkomingen. 3. Door het nemen van maatregelen ter verbetering worden deze verholpen.	Rec en Bew	1. Ja 2. Ja 3. Ja	1. Ja 2. N.v.t. 3. N.v.t.
Toelichting	<i>Op een lijst wordt bijgehouden wie er van de units aanwezig zijn als begeleider en hoeveel kinderen er zijn, wat het weer is die nacht, op welke tijden controlerondes zijn gelopen en wat de nachtwaker heeft gedaan tijdens de rondes (sluiten van deuren, uitzetten van computer, lampen e.d.)</i>			
2.45	Afspraken zijn gemaakt omtrent de activiteiten in het kader van de Medische Bibliotheek. Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze van afstemming met de gebruikers. Met name is afgesproken welke activiteiten door de Medische Bibliotheek centraal dan wel decentraal uitgevoerd worden.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			
2.46	Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van samenwerkingsverbanden met andere instellingen (waaronder bibliotheken).	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			
2.47	De Medische Bibliotheek draagt er zorg voor dat informatie over de organisatie en werkwijze van de Medische Bibliotheek beschikbaar is voor (nieuwe) gebruikers.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			
2.48	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de toegankelijkheid tot de bibliotheekcollectie en de bijbehorende dienstverlening. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan de toegankelijkheid buiten reguliere werktijden en in geval van onderbezetting (ziekte en verlof).	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			
2.49	Afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop kennisoverdracht over en toegang tot ondersteunende faciliteiten c.q. voorzieningen voor gebruikers is geregeld (bijvoorbeeld in (bedienings)instructies, door het geven van rondleidingen, begeleiding c.q. training, introductie voor (nieuwe) gebruikers).	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.

<i>Toelichting</i>	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			
2.50	Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop de samenstelling van de collectie en de bepaling van de omvang van de collectie plaatsvindt. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan: - de wijze waarop de besluitvorming plaatsvindt en wie daarbij betrokken zijn; - de wijze waarop afstemming met de gebruiker plaatsvindt. Tevens wordt rekening gehouden met vigerende richtlijnen.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			
2.51	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze en bevoegdheden bij: - het aanschaffen van vakliteratuur; - het opschonen en verwijderen van vakliteratuur.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			
2.52	Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop de collectie toegankelijk is gemaakt en is geordend.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			
2.53	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en voorwaarden bij het uitlenen, verlengen en reserveren van vakliteratuur. De Medische Bibliotheek draagt er zorg voor dat informatie over de werkwijze en voorwaarden beschikbaar is voor de gebruikers.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			
2.54	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij het opstellen en actualiseren van overzichtslijsten van vakliteratuur (waaronder aanwinstenlijsten, literatuuroverzichten, current contents en tijdschriftenlijsten).	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			
2.55	Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van het verkrijgen van vakliteratuur en de geboden ondersteuning hierbij; voor zover relevant zijn deze afspraken bekend bij de gebruikers.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			
2.56	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van het attenderen en literatuuronderzoek. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan: - de bekendheid bij de aanvrager met de te volgen werkwijze; - de noodzakelijke interactie en afstemming met de aanvrager over onder andere de vraagstelling en het gewenste resultaat.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.

<i>Toelichting</i>	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			
2.57	Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de rol van de Medische Bibliotheek binnen haar taakopdracht bij de informatisering.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De Medische Bibliotheek behoort niet tot de FD van Curium</i>			

NIAZ Kwaliteitsborgingnorm Voedingsdienst				
2	Procesbeheersing	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
2.1	1. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkzaamheden/activiteiten van de Voedingsdienst. 2. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de afstemming over deze werkzaamheden/activiteiten met andere diensten/afdelingen.	Voed en Cater	1. Ja 2. N.v.t.	1. Nee 2. N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De werkzaamheden van de dienst zijn bekend maar moeten steeds bijgewerkt worden, doordat het regelmatig verandert.</i>			
2.2	Binnen de Voedingsdienst zijn afspraken gemaakt met betrekking tot veiligheid.	Voed en Cater	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Er worden wel werkschoenen beschikbaar gesteld, maar deze worden niet gedragen door de medewerkers.</i>			
2.3	Binnen de Voedingsdienst zijn afspraken gemaakt met betrekking tot hygiëne.	Voed en Cater	Deels	Deels
<i>Toelichting</i>	<i>Voor de schoonmaak is er een HACCP hygiëneplan opgesteld, die wordt gehandhaafd. Wat betreft persoonlijke hygiëne zijn er geen afspraken. Er kan wel gebruik gemaakt worden van een schort, handschoenen en mondkapjes, maar deze worden niet gebruikt door de medewerkers. Voor de unit-keukens is dit vastgesteld in een HACCP-plan. Dit plan ligt nog voor beoordeling bij de coordinator van de Voeding en Catering en het hoofd FD.</i>			
2.4	Binnen de Voedingsdienst zijn afspraken gemaakt met betrekking tot milieu.	Voed en Cater	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Het papier en chemische middelen worden wel gescheiden en volgens de wetten afgevoerd, maar met betrekking tot het scheiden van GFT wordt er niets gedaan.</i>			
2.5	Door de Voedingsdienst zijn afspraken gemaakt voor het op- en vaststellen van het assortiment.	Voed en Cater	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>De dienst beschikt over een vast assortiment. Daarnaast is er elke dag nog een dagsoep en een broodje. Dit wordt door één medewerker gepland. De bestellingen worden over het algemeen gedaan door de coördinator.</i>			

2.6	Voor zover relevant zijn afspraken gemaakt voor het uitvoeren van werkzaamheden en het uitvoeren van controles.	Voed en Cater	Nee	Nee
Toelichting	<i>De controles worden uitgevoerd door de coördinator. Wanneer de coördinator er niet is moet dit gedaan worden door de vervanger, maar dit gebeurt niet structureel. Het gaat hierbij om de maandelijkse controles van de koelkasten op de units, de wekelijkse controles van de THT-data van het etenswaar in de koelkast en vriezer van de kantine en de ontvangstcontroles. Voor de controle van koelkasten is geen checklist beschikbaar. Voor de units is er een HACCP-plan gemaakt met daarin beschreven de procedures en processen voor in de unit-keukens. Dit plan ligt nog voor beoordeling bij de coordinator van de Voeding en Catering en het hoofd FD.</i>			
2.7	Voor zover relevant zijn afspraken gemaakt voor het bedienen van apparatuur.	Voed en Cater	Ja	Nee
Toelichting	<i>De medewerkers mogen alle apparatuur gebruiken. De units moeten toestemming vragen aan de coördinator. De catering beschikt bijvoorbeeld over een slush-puppie apparaat, die in de zomer veel gebruikt wordt, de kinderen mogen alleen een slush-puppie maken met een begeleider, na toestemming van de coördinator.</i>			
2.8	1. Voor aanvragers dient voorlichtingsmateriaal over de Voedingsdienst beschikbaar te zijn. 2. Afspraken zijn gemaakt over de verwerving, de aanmaak, wijziging en het beheer van voorlichtingsmateriaal.	Voed en Cater	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Nee
Toelichting	<i>Er is een lijst met eten wat per week besteld kan worden. Daarnaast staat het assortiment van de kantine op het intranet met daarbij de prijzen vermeld. Voorlichtingsmateriaal wordt beheerd door de coördinator.</i>			
2.9	1. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot het voedingsaanbod. 2. Over de werkwijze en bevoegdheden dienaangaande zijn afspraken gemaakt.	Voed en Cater	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Nee
Toelichting	<i>Het assortiment van de kantine staat vast. In de kantine hangt een lijst met het assortiment en de prijzen. Deze lijst staat ook op het intranet. Daarnaast is er een lijst van de warme maaltijden die de units per week kunnen bestellen.</i>			
2.10	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze en bevoegdheden bij het uitvallen van geautomatiseerde systemen (bijvoorbeeld van de voedingsadministratie) en apparatuur.	Voed en Cater	Nee	Nee
Toelichting	<i>Eerst proberen de medewerkers dit zelf op te lossen, wanneer dit niet lukt nemen ze contact op met de leverancier van de desbetreffende apparatuur.</i>			
2.11	Over de rol van de Voedingsdienst in het rampenplan van het ziekenhuis zijn afspraken gemaakt. Afspraken zijn gemaakt omtrent de rol van de dienst in het geval van ongevallen c.q. calamiteiten op het terrein van het ziekenhuis.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.

Toelichting	<i>De afdeling heeft geen rol binnen het rampenplan. De rol van de medewerkers persoonlijk is bij de medewerkers niet bekend.</i>			
2.12	Afspraken zijn gemaakt tussen de Voedingsdienst en andere afdelingen/diensten omtrent wijze en op welk tijdstip de Voedingsdienst wordt geïnformeerd over de opname van een nieuwe patiënt, in verband met het aanvragen van voeding voor deze patiënt.	Voed en Cater	Ja	Nee
Toelichting	<i>Wanneer er een nieuwe patiënt wordt opgenomen wordt dit meteen bekend gemaakt bij de coördinator van de dienst, door middel van e-mail.</i>			
2.13	1. Over de werkwijze met betrekking tot het aanvragen, bestellen en nabestellen van voeding bij de Voedingsdienst zijn afspraken gemaakt. 2. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze bij spoedaanvragen en de werkwijze met betrekking tot het wijzigen van voeding.	Voed en Cater	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Nee
Toelichting	<i>Er is een protocol voor het aanvragen van warme maaltijden bij het LUMC. Deze is geplaatst op het intranet.</i>			
2.14	Een aanvraag c.q. wijziging dient onder andere de volgende gegevens te bevatten: - de naam en het registratienummer van de patiënt; - de afdeling/kamer; - de ingangsdatum van aanvraag; - de aard van de voeding; - een fiat van een daartoe bevoegde functionaris.	Voed en Cater	Deels	Nee
Toelichting	<i>Op de bestellijsten van de voeding wordt alleen per unit aangegeven wat de aantallen per soort gerecht zijn. Bij een nieuwe bewoner moet de naam van de bewoner doorgegeven worden, de unit, de ingangsdatum en het eventuele dieet wat deze bewoner volgt.</i>			
2.15	Er dienen bereidingsschema's aanwezig te zijn waarin is afgesproken welke activiteiten wanneer dienen aan te vangen teneinde op het gewenste tijdstip een gerecht beschikbaar te hebben.	Voed en Cater	Ja	Ja
Toelichting	<i>De catering maakt gebruik van simpele producten, zoals afbakbroodjes, soep en frituur. De bereidingswijze van deze producten staat vermeld op de verpakkingen.</i>			
2.16	Er dienen basisrecepturen van de te bereiden gerechten aanwezig te zijn.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Er worden geen complete maaltijden bereid voor de kantine.</i>			
2.17	De normen voor controles aan (tussen-)producten en processen dienen bekend te zijn.	Voed en Cater	Ja	Nee

Toelichting	<i>In het protocol aanvragen van warme maaltijden bij het LUMC staat beschreven dat de units elke dag een HACCP-lijst dienen in te vullen, maar dit wordt eens in de week gedaan. Wat betreft de kantine zijn de normen niet bij iedereen bekend en wordt er ook niet altijd structureel gecontroleerd. Wel staat er een HACCP-training voor de medewerkers in het opleidingsplan, maar deze is nog niet gepland.</i>			
2.18	Afspraken zijn gemaakt over de werkwijze en bevoegdheden met betrekking tot het vrijgeven van bereide voeding.	Voed en Cater	Ja	Nee
Toelichting	<i>De kantine beschikt over een lopend buffet, de koude producten staan in een koeling en de warme producten onder een warmhoudplaat. De mensen kunnen zelf de producten pakken die ze willen hebben.</i>			
2.19	Afspraken zijn gemaakt over welke controles worden uitgevoerd om te bepalen of de portioneerband op de juiste wijze is voorbereid voor het portioneren.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Het bereiden van de maaltijden voor de units wordt uitbesteed.</i>			
2.20	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de behandeling en codering van de portioneerwagens.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Het bereiden van de maaltijden voor de units wordt uitbesteed.</i>			
2.21	Afspraken zijn gemaakt over de bevoegdheid van een functionaris voor het vrijgeven van de portioneerband c.q. de start van de portioneeractiviteiten.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Het bereiden van de maaltijden voor de units wordt uitbesteed.</i>			
2.22	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot het uniek identificeren van geportioneerde maaltijden.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Het bereiden van de maaltijden voor de units wordt uitbesteed.</i>			
2.23	Afspraken zijn gemaakt over de portioneerwerkzaamheden per portie.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Het bereiden van de maaltijden voor de units wordt uitbesteed.</i>			
2.24	Afspraken zijn gemaakt over de wijze van uitvoering van eindcontrole en vrijgave van de geportioneerde maaltijden.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Het bereiden van de maaltijden voor de units wordt uitbesteed.</i>			
2.25	1. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze van het beladen van de maaltijdwagens. 2. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot het transport en de overdracht tijdens transport van de maaltijdwagens.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Het bereiden van de maaltijden voor de units wordt uitbesteed.</i>			
2.26	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot het afleveren (en ophalen) van de maaltijdwagens.	Voed en	N.v.t.	N.v.t.

		Cater		
<i>Toelichting</i>	<i>Het bereiden van de maaltijden voor de units wordt uitbesteed.</i>			
2.27	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de ingangscntrole van de voedingswagens op de ontvangende afdelingen.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Het bereiden van de maaltijden voor de units wordt uitbesteed.</i>			
2.28	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot het ontvangen en uitdelen van de voeding op de ontvangende afdelingen.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Het bereiden van de maaltijden voor de units wordt uitbesteed.</i>			
2.29	Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze bij het laden van de maaltijdwagen met de afgeruimde plateaus.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Het bereiden van de maaltijden voor de units wordt uitbesteed.</i>			
2.30	Het assortiment smaakmakers en dranken dat wordt verstrekt bij de maaltijd dient bekend te zijn op de afdeling.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Het bereiden van de maaltijden voor de units wordt uitbesteed.</i>			
2.31	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot het bereiden, serveren en beoordelen van tussentijdse verstrekkingen.	Voed en Cater	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De afdeling bereid geen tussentijdse verstrekkingen.</i>			
2.32	1. Afspraken zijn gemaakt over het registreren van uitgevoerde controles. 2. In deze afspraken moet minimaal aandacht zijn voor: - welke gegevens, wanneer vastgelegd moeten worden; - waar de verschillende gegevens vastgelegd worden; - wie de geregistreerde gegevens mag inzien.	Voed en Cater	1. Deels 2. Deels	1. Nee 2. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>In het protocol warme maaltijden staat aangegeven dat de units elke dag een HACCP-lijst in moeten voelen, maar dit wordt eens in de week gedaan. De controles in de kantine worden uitgevoerd door de coördinator. Wanneer de coördinator er niet is moet de vervanger dit doen, maar dat gebeurt niet altijd. Het gaat hierbij om de maandelijkse controles van de koelkasten op de units, de wekelijkse controles van de THT-data van het etenswaar in de koelkast en vriezer van de kantine en de ontvangstcontroles.</i>			

	Afspraken moeten zijn gemaakt over de archivering. In deze afspraken moet minimaal aandacht zijn voor: - de plaats waar de verschillende gegevens bewaard worden; - de bewaartermijn van de verschillende gegevens; - de wijze van opslag of vernietiging na het verstrijken van de bewaartermijn; - de opslagcondities.	Voed en Cater	Ja	Nee
2.33				
Toelichting	-			

NIAZ Kwaliteitsborgingnorm Technische Dienst

2	Procesbeheersing	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
2.1	1. Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de werkzaamheden / activiteiten van de TD. 2. Daarbij is ook aandacht geschonken aan de wijze waarop afstemming over deze werkzaamheden / activiteiten plaatsvindt met andere diensten/afdelingen.	TD	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Nee
Toelichting	<i>De werkzaamheden van de afdeling zijn bekend bij de medewerkers en staan tevens in de functiebeschrijving.</i>			
2.2	1. Door de TD zijn afspraken gemaakt met betrekking tot de doorlooptijd van werkzaamheden. 2. Uit periodieke registratie blijkt in hoeverre deze afspraken worden nageleefd. 3. Er zijn criteria beschikbaar ten behoeve van de prioriteitsstelling in werkzaamheden.	TD	1. Deels 2. Ja 3. Ja	1. Deels 2. Ja 3. Nee
Toelichting	<i>De afdeling werkt aan de hand van een jaarplanning waarop elke dag een ander gebouw wordt bezocht. In deze gebouwen ligt een lijst met daarop de werkzaamheden die de afdeling moet uitvoeren. Deze lijst dient die dag afgerond te zijn, maar het is natuurlijk altijd mogelijk dat dit niet lukt. Wanneer een klus is afgerond wordt dit aangegeven op de lijst. Volle lijsten worden in bewaring genomen.</i>			
2.3	Ruimten die onder de onderhoudsverantwoordelijkheid van de TD vallen zijn door de dienst herkenbaar geclassificeerd conform vigerende normen.	TD	Deels	Nee
Toelichting	<i>Niet alle ruimte die onder de TD vallen zijn geclassificeerd of zelfs niet genummerd.</i>			
2.4	Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de werkwijze en bevoegdheden bij storing of uitval van apparatuur en installaties.	TD	Ja	Nee
Toelichting	<i>Iedere medewerker van de afdeling kan een storing in behandeling nemen. Wanneer zij dit zelf niet op kunnen lossen, of wanneer een storing onder het onderhoudscontract valt wordt dit uitbesteed.</i>			

2.5	Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de werkwijze en bevoegdheden met betrekking tot het omgaan met waargenomen onveilige situaties binnen de instelling.	TD	Nee	Nee
Toelichting	<i>Medewerkers weten dat ze gelijk moeten handelen wanneer ze een onveilige situatie waarnemen.</i>			
2.6	Bij de TD zijn afspraken gemaakt met betrekking tot de stralingsbescherming.	TD	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	-			
2.7	Bij de TD zijn afspraken gemaakt met betrekking tot de beschermende maatregelen bij uitvoering van werkzaamheden.	TD	Deels	Nee
Toelichting	<i>Alle beschermende maatregelen zijn aanwezig, maar worden niet altijd gebruikt. Er is een medewerker met een VCA-diploma. Deze geeft aan dat het voor de andere medewerkers ook een belangrijk diploma is om te behalen. (De kwalificatie Basisveiligheid VCA omvat basiskennis van onder meer: Wet- en regelgeving, begrip 'risico', preventie, beheersmaatregelen, oorzaken, ijsbergtheorie, herkennen onveilige handelingen en situaties, ongevallenrapportage, werkvergunningen, gevaarlijke stoffen, branden, explosie, besloten ruimtes, gereedschappen en machines, hijsen, tillen, dragen, struikelen, uitglijden, vallen, werken op hoogte, lassen, elektriciteit, persoonlijke beschermingsmiddelen.)</i>			
2.8	Bij de TD zijn afspraken gemaakt met betrekking tot de veiligheid.	TD	Deels	Nee
Toelichting	<i>Er is boek beschikbaar met betrekking tot veilig werken: Het Veiligheidszakboekje. Daarnaast wordt al het elektrische gereedschap jaarlijks gekeurd. Er is 1 medewerker op de afdeling die bevoegd is om te werken met electriciteit. Dit staat niet vastgelegd in een contract.</i>			
2.9	Bij de TD zijn afspraken gemaakt met betrekking tot de afvoer van afval.	TD	Ja	Nee
Toelichting	<i>Papier en batterijen worden gescheiden en via de naastgelegen school afgevoerd, de school krijgt hier subsidie voor. Het legen van de vetput wordt door een extern bedrijf gedaan.</i>			
2.10	1. De TD draagt er zorg voor dat voorlichtingsmateriaal over de organisatie en werkwijze van de dienst beschikbaar is. 2. Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de verwerving, de aanmaak, wijziging en het beheer van voorlichtingsmateriaal.	TD	1. Ja 2. Nee	1. Ja 2. Nee
Toelichting	<i>Op het intranet staat het jaarrooster van de afdeling, daarnaast ligt in elk gebouw op 1 of meer plaatsen een werklijst die ingevuld kan worden.</i>			
2.11	Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de rol van de TD in het geval van ongevallen c.q. calamiteiten op het terrein van de instelling.	TD	Ja	Ja
Toelichting	<i>Alle werknemers van de afdeling (op 1 na, welke volgend jaar met pensioen gaat) beschikken verplicht over een BHV-diploma. Daarnaast is er 1 medewerker teammleider BHV.</i>			

2.12	Van, door of namens de TD uitgevoerde werkzaamheden vindt terugmelding plaats naar de aanvrager c.q. de gebruiker.	TD	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Op de werkljsten wordt opgeschreven door wie de werkzaamheid in behandeling is genomen en vanaf wanneer deze gereed is. Er komen ook aanvragen over de telefoon of e-mail binnen. Wanneer het nodig is worden deze uitgevoerde werkzaamheden teruggekoppeld naar de aanvrager.</i>			
2.13	Het aanvragen van werkzaamheden door gebruikers bij de TD geschiedt volgens gemaakte afspraken.	TD	Deels	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Via werkljsten, telefoon of mail. Er is een algemeen e-mailadres voor de afdeling, maar deze wordt nog niet altijd gebruikt. Vaak worden de medewerkers op hun persoonlijke e-mail benaderd, dit kan nog wel eens problemen veroorzaken, omdat niet iedere medewerker een vaste kracht is en elke dag zijn e-mail leest en de andere medewerkers van de afdeling dus geen weet hebben van de aanvraag.</i>			
2.14	1. Er zijn criteria benoemd op grond waarvan kan worden bepaald wanneer en op welke wijze de TD wordt betrokken bij de verwerving en aanpassing van gebouwen, installaties, terreinen en apparatuur. 2. Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de werkwijze en bevoegdheden met betrekking tot de verwerving en aanpassing. 3. Bij voorkeur zijn verwervingen en aanpassingen naspeurbaar door middel van een projectdossier.	TD	1. Nee 2. Nee 3. Nee	1. Nee 2. Nee 3. Nee
<i>Toelichting</i>	-			
2.15	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop acceptatie en overdracht van gebouwen, installaties, terreinen en apparatuur plaatsvindt. 2. Bij het opstellen van deze afspraken wordt aandacht geschonken aan de juridische consequenties van het vrijgeven voor gebruik.	TD	1. Ja 2. Ja	1. Nee 2. Nee
<i>Toelichting</i>	-			
2.16	Indien een acceptatietest deel uitmaakt van een acceptatieprocedure is er een testprocedure beschikbaar.	TD	Ja	Ja
<i>Toelichting</i>	<i>Wanneer er een acceptatieprocedure is voor nieuwbouw wat opgeleverd wordt, wordt dit doorgelopen aan de hand van een vooropgestelde lijst. De TD kan aan de hand van deze lijst checken of alles goed opgeleverd wordt.</i>			
2.17	1. Er wordt gewaarborgd dat na de formele acceptatie van apparatuur een identificatie wordt aangebracht op het apparaat. 2. Vervolgens wordt het apparaat in een registratiesysteem van apparatuur opgenomen.	TD	Deels	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Dit gebeurt alleen bij witgoed.</i>			

2.18	Er zijn maatregelen getroffen voor het vroegtijdig signaleren van storingen aan apparatuur en installaties.	TD	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	-			
2.19	1. Ten behoeve van het instellen, afstellen en bijstellen van apparatuur en installaties zijn werkinstructies en instructies voor het bedienen van apparatuur en installaties beschikbaar. 2. Tevens zijn afspraken gemaakt met betrekking tot de bevoegdheden ten aanzien van het instellen, afstellen en bijstellen.	TD	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Voor wat betreft elektriciteit is er 1 werknemer van de afdeling die hiermee mag werken, omdat deze medewerker hier specialist in is.</i>			
2.20	1. De bedieningsinstructie bestaat onder andere uit een instructie met betrekking tot de eisen te stellen aan het gebruik van apparatuur en installaties. 2. De behoefte aan bedieningsinstructie bij gebruikers van apparatuur, onder beheer bij de TD, en installaties wordt periodiek geïnventariseerd. 3. Afspraken zijn gemaakt omtrent de vormen waarin de bedieningsinstructie wordt aangeboden, bijvoorbeeld opleiding, instructie, begeleiding c.q. training. 4. Waar dit relevant is, wordt de wijze van het uitvoeren van bedieningsinstructies vastgelegd in werkinstructies ten behoeve van de desbetreffende technicus.	TD	1. Ja 2. Nee 3. Nee 4. Nee	1. Ja 2. Nee 3. Nee 4. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Bij elk apparaat is een bedieningsinstructie beschikbaar. De behoefte hieraan wordt niet geïnventariseerd. Wanneer iemand hierom vraagt wordt een instructie aangepast.</i>			
2.21	1. Bij voorkeur is een overzicht aanwezig waarin is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor het beheer. 2. Bij voorkeur is in een onderhoudsplanning vastgelegd wie het onderhoud uitvoert, met welke frequentie, en waaruit het onderhoud bestaat.	TD	1. Nee 2. Nee	1. Nee 2. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Er zijn onderhoudscontracten op de afdeling, maar er is geen planning van gemaakt. De afdeling geeft aan vanzelf van de leverancier te horen wanneer er weer onderhoud gepleegd moet worden.</i>			
2.22	Het organiseren van activiteiten naar aanleiding van storingsmeldingen geschiedt volgens afspraken.	TD	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	-			
2.23	Er zijn criteria benoemd aan de hand waarvan kan worden bepaald of onderhoud aan en/of reparatie van een gebouw, installatie, terrein of apparaat door de TD wordt uitgevoerd of wordt uitbesteed.	TD	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Dit wordt ter plekke bekeken.</i>			

2.24	1. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de wijze waarop wordt voorzien in reservefaciliteiten tijdens preventief en correctief onderhoud van gebouwen, installaties, terreinen en apparatuur. 2. Hierbij is tevens aandacht geschonken aan de wijze waarop wordt gegarandeerd dat de reservefaciliteiten niet oneigenlijk worden gebruikt, nadat de originele faciliteiten weer beschikbaar zijn gesteld.	TD	Ja	Nee
Toelichting	<i>De TD zorgt er voor dat er reservefaciliteiten zijn tijdens de uitvoering van werkzaamheden. Zij plaatsen de reservefaciliteiten zelf en nemen deze ook meteen weer mee wanneer de werkzaamheden gedaan zijn.</i>			
2.25	1. Bij voorkeur maakt registratie van uitgevoerde onderhoudswerkzaamheden en daarbij gebruikte materialen de naspeurbaarheid van onderhoud en gebruikte materialen mogelijk. 2. Tevens blijkt het storingsgedrag van apparaten, installaties en onderdelen daarvan uit registratie.	TD	1. Nee 2. Nee	1. Nee 2. Nee
Toelichting	<i>Er wordt niet geregistreerd welke materialen er zijn gebruikt bij bepaald onderhoud. Daarnaast worden storingen niet bijgehouden.</i>			
2.26	Er zijn per gebouw, per installatie, per terrein of per type apparaat afspraken gemaakt ten aanzien van het preventief onderhoud en de kwaliteitscontrole.	TD	Ja	Ja
Toelichting	<i>Al het onderhoud aan gebouwen en installaties zijn ondergebracht in onderhoudscontracten.</i>			
2.27	Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van correctief onderhoud.	TD	Ja	Nee
Toelichting	<i>Correctief onderhoud vindt plaats naar aanleiding van aanvraag via de werkljsten of per e-mail of telefoon.</i>			
2.28	Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de wijze waarop ruimten, installaties, terreinen en apparaten worden afgekeurd.	TD	Ja	Nee
Toelichting	<i>Wanneer installaties worden afgekeurd wordt deze buiten gebruik gesteld en vervangen. Wanneer ruimtes en terreinen worden afgekeurd wordt er gekeken naar de ernst van de situatie en hoe snel er een oplossing moet komen.</i>			
2.29	1. Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de werkwijze en bevoegdheden met betrekking tot het afvoeren van afgekeurde installaties en apparaten, en het buiten gebruik stellen van afgekeurde ruimten en terreinen. 2. Hierbij is aandacht geschonken aan het daarvoor geldende wettelijke voorschrift.	TD	Ja	Nee
Toelichting	<i>De TD keurt alleen de installaties af die in eigen beheer zijn. Installaties die onderhouden worden door een extern bedrijf worden ook door dat bedrijf afgekeurd. Wanneer ruimtes BHV-technisch niet voldoen aan de eisen worden deze ook door de TD afgekeurd. De TD controleert niet of de ruimtes voldoen aan de ARBO-wetgeving.</i>			

2.30	1. Er is bij voorkeur een registratiesysteem beschikbaar van alle gebouwen, installaties, terreinen, apparatuur en middelen die door de TD beheerd worden. 2. Dit systeem wordt onderhouden.	TD	1. Nee 2. Nee	1. Nee 2. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Er is op het moment een stagiair bezig met de aanschaf van een onderhoudssysteem.</i>			
2.31	1. Het registreren van uitgevoerd onderhoud geschiedt volgens afspraken. 2. Hierbij wordt minimaal aangegeven: - welke gegevens, wanneer, door wie en op welke wijze geregistreerd moeten worden; - waar de verschillende gegevens geregistreerd worden; - wie de geregistreerde gegevens mag inzien.	TD	1. Ja 2. Ja	1. Deels 2. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Alleen het onderhoud wat heeft plaatsgevonden naar aanleiding van een ingevulde werklst worden bewaard.</i>			
2.32	1. De archivering geschiedt volgens afspraken. 2. Hierbij wordt aandacht geschonken aan: - de plaats waar de verschillende gegevens bewaard worden, zowel tussentijds als na beëindigen van het onderhoud c.q. de reparatie; - de bewaartermijn van de verschillende gegevens; - de wijze van opslag of vernietiging bij het overschrijden van de bewaartermijn; - de opslagcondities; - wie de gearchiveerde gegevens mag inzien.	TD	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	-			

NIAZ Afdelingsnorm Algemeen

3	Middelen & Materialen	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
3.1	1. De Afdeling heeft een zodanige ligging, constructie, omvang en uitrusting dat werkzaamheden naar behoren kunnen worden uitgevoerd en er aan de doelstellingen van de Afdeling kan worden voldaan. 2. Hierbij wordt, voor zover relevant, aandacht besteed aan het waarborgen van de privacy van de patiënt. 3. Ook zijn de bewegwijzering, de bereikbaarheid (fysiek en telefonisch), de inrichting en uitrusting van kantoren, werkruimtes en ontvangst-, wacht- en onderzoekskamers van belang. 4. Uitgangspunt is de voor de Afdeling relevante vigerende wetgeving en/of richtlijnen, bijvoorbeeld ten aanzien van ligging, oppervlakte, daglicht, mogelijkheden tot (omgekeerde) isolatie, et cetera. 5. Waar van toepassing zijn er voorzieningen voor het beheersen van de omgevingscondities in de ruimten getroffen.	Rec en Bew	1. Ja 2. Ja 3. Ja 4. Ja 5. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee 5. Nee

Toelichting	<i>De receptie zit gelijk tegenover de ingang. Patiënten komen hier alleen om zich aan te melden er worden vervolgens doorverwezen naar de wachtkamer. Overige klanten worden doorverwezen naar een andere wachtkamer n.a.v. de privacy van de patiënten. Doordat de receptie tegenover de ingang zit is er een sluis gemaakt met twee automatische deuren die na elkaar sluiten zodat 's winters de koude lucht niet naar binnen kan komen. Met de hand kunnen de deuren op verschillende standen gezet worden.</i>				
3.1	"	"	Voed en Cater	1. Ja 2. N.v.t. 3. Ja 4. Ja 5. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee 5. Nee
Toelichting	-				
3.1	"	"	HHD en Lin	1. Ja 2. N.v.t. 3. Ja 4. Ja 5. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee 5. Nee
Toelichting	-				
3.1	"	"	TD	1. Ja 2. N.v.t. 3. Nee 4. Ja 5. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee 5. Nee
Toelichting	-				
3.2	1. In een overzicht is vastgelegd welke apparatuur, middelen en materialen de Afdeling ter beschikking heeft. 2. Afspraken zijn gemaakt over de bevoorrading van de Afdeling. 3. Standaardisatie van apparatuur, middelen en materialen wordt nagestreefd. 4. Er zijn afspraken met betrekking tot de wijze van aanvragen, gebruik en inleveren van middelen en materialen. 5. Afsproken is op welke wijze leden van de Afdeling toegang hebben tot middelen en materialen, zowel binnen als buiten kantooruren. 6. Voor zover relevant is zijn afspraken gemaakt over hoe zorg wordt gedragen dat apparatuur en middelen na een inzet weer terug komen op de standplaats.		Rec en Bew	1. Nee 2. Nee 3. Ja 4. Ja 5. Ja 6. Nee	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee 5. Nee 6. Nee

Toelichting	<i>Er zijn geen regels op de afdeling met betrekking tot de bevoorrading. Het gaat hier ook alleen om kantoorartikelen. De afdeling doet de bestellingen van de kantoorartikelen. Ze houden wel in de gaten of er geen rare dingen besteld worden, of voor veel te hoge bedragen. Bij het bestellingen proberen ze zo veel mogelijk standaard producten te bestellen.</i>				
3.2	"	"	Voed en Cater	1. Nee 2. Ja 3. Ja 4. Ja 5. Ja 6. N.v.t.	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee 5. Nee 6. Nee
Toelichting	<i>De coördinator plaatst de bestellingen voor het etenswaar.</i>				
3.2	"	"	HHD en Lin	1. Nee 2. Ja 3. Ja 4. Ja 5. Ja 6. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee 5. Nee 6. Nee
Toelichting	<i>De afdeling beschikt over een wasmachine en een droger. Geen van de leden van de afdeling heeft buiten kantooruren toegang tot de wasmachine en droger. De units ook niet, deze beschikken ook zelf over een wasmachine en een droger.</i>				
3.2	"	"	TD	1. Deels 2. Ja 3. Ja 4. Nee 5. Nee 6. Nee	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee 5. Nee 6. Nee
Toelichting	<i>Er is een overzicht van alle witgoed. Daarnaast is in het jaarlijkse keuringsrapport weergegeven welk elektrisch gereedschap er is.</i>				
3.3	1. Bedieningsinstructies voor apparatuur zijn beschikbaar. 2. In bedieningsinstructies wordt onder meer aandacht besteed aan het veilig omgaan met (risicovolle) apparatuur en de handelwijze indien apparatuur defect is.		Rec en Bew	1. Ja 2. Deels	1. Ja 2. Deels
Toelichting	<i>Er wordt in de bedieningsinstructies wel ingegaan op hoe de apparatuur gebruikt moet worden, maar niet wat de medewerkers moeten doen bij storing. Wel is dit bekend bij alle</i>				

	<i>medewerkers.</i>			
3.3	" "	Voed en Cater	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Ja
<i>Toelichting</i>	<i>De bedieningsinstructies liggen bij de coördinator op het kantoor.</i>			
3.3	" "	HHD en Lin	1. Ja 2. Nee	1. Ja 2. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Op de dienst wordt alleen gewerkt met twee wasmachines en een droger. Voor deze apparaten zijn bedieningsinstructies aanwezig.</i>			
3.3	" "	TD	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Ja
<i>Toelichting</i>	-			
3.4	Afspraken zijn gemaakt over de werkwijze, bevoegdheden en verantwoordelijkheden bij storing of uitval van apparatuur.	Rec en Bew	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Deze afspraken zijn mondeling gemaakt.</i>			
3.4	" "	Voed en Cater	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	-			
3.4	" "	HHD en Lin	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Bij storing wordt de leverancier gebeld. Wanneer de wasmachines en droger voor lange tijd niet beschikbaar zijn wordt er uitgeweken naar de apparatuur die in de units staan.</i>			
3.4	" "	TD	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Iedere medewerker van de TD mag proberen de apparatuur te maken. Wanneer dit niet lukt wordt een extern bedrijf ingeschakeld.</i>			
3.5	Afspraken zijn gemaakt over de werkwijze, bevoegdheden en verantwoordelijkheden ten aanzien van het reinigen van apparatuur, middelen en ruimten.	Rec en Bew	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Deze afspraken zijn mondeling gemaakt. Het schoonmaakpersoneel mag de apparatuur niet schoonmaken, om de zoveel tijd doen de medewerkers van de receptie dit zelf.</i>			
3.5	" "	Voed en Cater	Ja	Ja
<i>Toelichting</i>	<i>Er is door een extern bedrijf een HACCP schoonmaakplan gemaakt, welke voldoet aan zowel de HACCP als aan de ARBO wetgeving.</i>			
3.5	" "	HHD en Lin	Ja	Nee

<i>Toelichting</i>	<i>De dienst maakt zelf alles schoon.</i>			
3.5	"	TD	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>De afdeling maakt de apparatuur zelf schoon.</i>			
3.6	1. Ten behoeve van de verwerving van apparatuur, middelen en materialen worden technische en functionele specificaties opgesteld. 2. Afspraken zijn gemaakt over de werkwijze en bevoegdheden ten aanzien van de verwerving van apparatuur, middelen en materialen, onder meer met betrekking tot het opstellen van de genoemde specificaties.	FD breed	1. Ja 2. Ja	1. Nee 2. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Werving van apparatuur, middelen en materialen en het opzetten van de specificaties voor apparatuur, middelen en materialen voor een afdeling gaat in samenwerking tussen de coördinator en het hoofd FD.</i>			
3.7	1. De productinformatie van de toe te passen middelen en materialen is overzichtelijk gerangschikt en toegankelijk. 2. Inkoopdocumenten omschrijven de gegevens van de te leveren middelen en materialen eenduidig.	Rec en Bew	1. Nee 2. Ja	1. Nee 2. Ja
<i>Toelichting</i>	-			
3.7	"	Voed en Cater	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Ja
<i>Toelichting</i>	<i>In het HACCP hygiëneplan zijn productinformatiebladen opgenomen van de schoonmaakmiddelen.</i>			
3.7	"	HHD en Lin	1. Ja 2. Ja	1. Ja 2. Ja
<i>Toelichting</i>	-			
3.7	"	TD	1. Nee 2. Ja	1. Nee 2. Ja
<i>Toelichting</i>	-			
3.8	1. Voor zover van toepassing, zijn er afspraken over de wijze waarop leveranciers worden geselecteerd en beoordeeld. 2. Een lijst van gekwalificeerde leveranciers is beschikbaar. 3. De prestaties van reguliere leveranciers blijken uit een periodieke registratie.	Rec en Bew	1. Ja 2. Nee 3. Nee	1. Nee 2. Ja 3. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Leveranciers worden samen met het hoofd van de FD geselecteerd. De prestaties van de leveranciers worden niet bijgehouden.</i>			
3.8	"	Voed en Cater	1. Ja 2. Nee 3. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Ja

Toelichting	Leveranciers worden samen met het hoofd van de FD geselecteerd. De prestaties van de leveranciers worden bijgehouden.			
3.8	" "	HHD en Lin	1. Ja 2. Nee 3. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Ja
Toelichting	De selectie van leveranciers gaat in samenwerking met het hoofd van de FD. Elke dag loopt de coördinator een controlerondje om de werkzaamheden van de externe schoonmaakdienst te beoordelen. Daarnaast wordt er elke week een controlerondje gelopen met de coördinator van de externe schoonmaakdienst en de dienst beoordeeld zichzelf ook door middel van periodiek kwaliteitscontroles.			
3.8	" "	TD	1. Ja 2. Nee 3. Nee	1. Nee 2. Nee 3. Nee
Toelichting	Leveranciers worden samen met het hoofd van de FD geselecteerd. De prestaties van de leveranciers worden niet bijgehouden.			
3.9	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze en bevoegdheden bij het uitbesteden van diensten door de Afdeling. 2. Met de leveranciers zijn (bijvoorbeeld in een contract) afspraken gemaakt omtrent de eisen te stellen aan de te leveren dienst en de werkwijze, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.	FD breed	1. Ja 2. Ja	1. Nee 2. Ja
Toelichting	Het uitbesteden van diensten gaat altijd in samenwerking met het hoofd FD.			
3.10	1. Er zijn afspraken over de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor de ontvangst (ingangscontrole), opslag en uitgifte van apparatuur, middelen en materialen zijn omschreven. 2. Afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop (nog) niet gekeurde, goedgekeurde en afgekeurde middelen en materialen van elkaar te onderscheiden zijn. 3. Bekend is welke eisen gesteld worden aan opslagomstandigheden en afspraken zijn gemaakt over op welke wijze deze omstandigheden worden beheerst, bewaakt en geregistreerd. 4. Maatregelen worden genomen ter voorkoming van beschadiging en/of achteruitgang van kwaliteit van middelen en materialen. 5. Afspraken zijn gemaakt over de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden met betrekking tot de afvoer van apparatuur, middelen en materialen. Bijzonder aandacht wordt hierbij gegeven aan veiligheids- en milieuaspecten, bijvoorbeeld ingeval van radioactieve materialen of cytostatica.	Rec en Bew	1. Ja 2. Ja 3. Ja 4. Nee 5. N.v.t.	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee 5. N.v.t.

	<i>De afdeling controleert de bestellingen die zij geplaatst hebben aan de hand van de bestel- en leveringslijst. Het gaat hierbij alleen om kantoorartikelen. Deze artikelen worden of geleverd aan degene die ze besteld heeft, of ze worden opgeslagen in een kast. Al het personeel kan artikelen uit de kast halen en hoeft dit niet bij te houden op een voorraadlijst. Voorheen werd wel gebruik gemaakt van een voorraadlijst, maar dit bleek in de praktijk niet te werken. Wanneer artikelen uit de kast werden gehaald, werd dit niet geregistreerd.</i>				
Toelichting					
3.10	"	"	Voed en Cater	1. Nee 2. Nee 3. Ja 4. Ja 5. Nee	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee 5. N.v.t.
Toelichting	-				
3.10	"	"	HHD en Lin	1. Ja 2. Ja 3. Ja 4. Ja 5. N.v.t.	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee 5. N.v.t.
Toelichting	<i>Uitgifte van materiaal gaat altijd via de bestellijsten en wordt alleen door de coördinator gedaan of diegene die de coördinator vervangt. Controle van de leveringen wordt gedaan door de coördinator of diegene die de coördinator vervangt. Geleverde producten moeten op een bepaalde plek worden gezet in de voorraadkamer. Dit staat aangegeven door middel van stickers op de planken.</i>				
3.10	"	"	TD	1. Ja 2. Ja 3. Ja 4. Ja 5. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee 5. N.v.t.
Toelichting	-				

3.11	1. Afspraken zijn gemaakt omtrent de bevoegdheden en verantwoordelijkheden ten aanzien van het onderhoud van apparatuur, middelen en materialen. 2. Afspraken zijn gemaakt over de werkwijze met betrekking tot het aanvragen van onderhoud. 3. Voor daarvoor in aanmerking komende apparatuur en middelen wordt een logboek bijgehouden waarin onder meer uitgevoerd onderhoud wordt geregistreerd. 4. Voor preventief en inspectief onderhoud zijn schema's opgesteld.	Rec en Bew	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Dit is de taak van de TD.</i>			
3.11	"	Voed en Cater	1. Ja 2. Ja 3. N.v.t. 4. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Ja
Toelichting	<i>Voor het onderhoud aan de apparatuur zijn onderhoudscontracten opgesteld met de leverancier.</i>			
3.11	"	HHD en Lin	1. Ja 2. Ja 3. Ja 4. N.v.t.	1. Nee 2. Nee 3. Nee 4. Nee
Toelichting	<i>De enige apparatuur op de afdeling zijn de wasmachines en de droger. Voor deze apparatuur is geen preventief onderhoud nodig. Wanneer er een storing optreedt wordt contact opgenomen met de leverancier. De facturen van dit onderhoud worden bewaard.</i>			
3.11	"	TD	1. Ja 2. Ja 3. Ja 4. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Ja 4. Ja
Toelichting	<i>1 medewerker van de afdeling mag werken met elektriciteit, de rest alleen met zwakstroom. Veel onderhoud is vastgelegd in onderhoudscontracten. Het uitgevoerde onderhoud wordt niet geregistreerd en er zijn geen schema's opgesteld.</i>			
3.12	1. Voor zover van toepassing is de wijze van het valideren en/of kalibreren van meet- en keuringsmiddelen vastgelegd. 2. Er is een registratiesysteem aanwezig ten behoeve van het beheer van de meet- en keuringsmiddelen die door de Afdeling worden gebruikt. 3. De betreffende middelen zijn voorzien van een onderhouds- en/of kalibratielabel. 4. De wijze van validatie van apparatuur, middelen en materialen is beschreven. Hierin wordt onder meer de frequentie van de uit te voeren validatie aangegeven.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.

<i>Toelichting</i>				
3.13	Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de vrijgave van apparatuur of middelen voorafgaand aan de ingebruikname na reparatie, kalibratie of onderhoud.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>				

NIAZ Afdelingsnorm Algemeen

4	Kennis & Vaardigheden	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
4.1	1. Afspraken omtrent het handhaven en bevorderen van kennis en vaardigheden van de medewerkers van de Afdeling zijn gemaakt in een opleidingsplan. 2. Afspraken zijn gemaakt over hoe dit plan tot stand komt. 3. Uit registratie blijkt in hoeverre het opleidingsplan gerealiseerd is. 4. Ook gevolgde opleidingen en opgedane ervaring van medewerkers zijn geregistreerd, waarbij duidelijk wordt over welke specifieke (specialistische) kennis, vaardigheden en/of ervaring de medewerkers beschikken.	FD breed	1. Ja 2. Nee 3. Ja 4. Ja	1. Ja 2. Nee 3. Nee 4. Ja
<i>Toelichting</i>	-			
4.2	De Afdeling kan over noodzakelijke vakliteratuur, relevante boeken, naslagwerken en andere informatiebronnen beschikken.	Rec en Bew	Nee	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De medewerkers geven aan dat er weinig tot geen relevante literatuur is waarover zij zouden kunnen beschikken. Soms knippen de medewerkers zelf interessante artikelen uit.</i>			
4.2	" "	Voed en Cater	Nee	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De coördinator beschikte eerder over het blad 'De Ombudsman', wegens bezuinigingen wordt dit blad niet meer geleverd.</i>			
4.2	" "	HHD en Lin	Nee	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Er is geen relevante literatuur voor de medewerkers van de dienst.</i>			
4.2	" "	TD	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De afdeling heeft een abonnement op het blad Gebouwbeheer.</i>			
4.3	Medewerkers zijn opgeleid in kwaliteitszorg.	Rec en Bew	Deels	Ja
<i>Toelichting</i>	<i>1 medewerker van de receptie is opgeleid als interne auditor.</i>			
4.3	" "	Voed en Cater	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	-			
4.3	" "	HHD en Lin	Nee	Nee

Toelichting	-			
4.3	"	"	TD	Nee
Toelichting	-			

NIAZ Afdelingsnorm Algemeen

5	Borging van het kwaliteitssysteem	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
5.1	1. Door de Afdeling zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop documenten worden vormgegeven, tenzij dit op een hoger organisatieniveau al is gebeurt. 2. Afspraken zijn gemaakt over op welke wijze deze documenten worden opgesteld, vastgesteld en beheerd. Onder documenten worden verstaan procedures, instructies, schriftelijke afspraken en dergelijke. 3. Het beheer van documenten omvat ten minste afspraken over: - de geldigheid van documenten; - het opstellen c.q. actualiseren van documenten; - de bevoegdheid tot het doorvoeren van wijzigingen in documenten; - de aanwezigheid c.q. beschikbaarheid van documenten; - het verwijderen van niet-actuele documenten.	Curium breed / FD breed	1. Nee 2. Nee 3. Nee	1. Nee 2. Nee 3. Nee
Toelichting	Er wordt gewerkt aan een documentbeheersysteem.			
5.2	1. Regelmatig wordt beoordeeld of gewerkt wordt volgens overeengekomen afspraken. Een dergelijke beoordeling kan onder andere in de vorm van interne en/of externe kwaliteitsevaluaties (audit/accreditatie, klanttevredenheidsonderzoek) plaatsvinden. 2. Deze kwaliteitsevaluaties worden uitgevoerd volgens een procedure waarin de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden beschreven.	Rec en Bew	Nog n.v.t.	1. Ja 2. Ja
Toelichting	In februari 2007 is een team van interne auditoren begonnen met de eerste interne audit. De audit voor de FD staat gepland voor september 2007. Alle afdelingen zullen 1 keer in de 4 jaar geaudit worden.			
5.2	"	Voed en Cater	Nog n.v.t.	1. Ja 2. Ja
Toelichting	In februari 2007 is een team van interne auditoren begonnen met de eerste interne audit. De audit voor de FD staat gepland voor september 2007. Alle afdelingen zullen 1 keer in de 4 jaar geaudit worden.			

5.2	"	"	HHD en Lin	1. Deels 2. Deels	1. Deels 2. Deels
Toelichting	<i>De coördinator en de externe schoonmaakdienst houden controles van de uitgevoerde werkzaamheden. De controles van de coördinator gaan niet volgens een kwaliteitmeetsysteem, van de externe schoonmaakdienst wel. De linnenkamer houdt geen kwaliteitsevaluaties. In februari 2007 is een team van interne auditoren begonnen met de eerste interne audit. De audit voor de FD staat gepland voor september 2007. Alle afdelingen zullen 1 keer in de 4 jaar geaudit worden.</i>				
5.2	"	"	TD	Nog n.v.t.	1. Ja 2. Ja
Toelichting	<i>In februari 2007 is een team van interne auditoren begonnen met de eerste interne audit. De audit voor de FD staat gepland voor september 2007. Alle afdelingen zullen 1 keer in de 4 jaar geaudit worden.</i>				
5.3	1. De Afdeling heeft afspraken over de werkwijze ten aanzien van het onderzoeken van tekortkomingen in de dienstverlening alsmede het treffen van maatregelen ter verbetering. Dit omvat ook afspraken voor de registratie, de behandeling en de afhandeling van klachten. 2. Indien uit beoordelingen, metingen en/of klachten blijkt dat de (organisatie van) de zorg cq dienstverlening niet volgens overeengekomen afspraken verloopt of niet het gewenste kwaliteitsniveau heeft, worden maatregelen ter verbetering getroffen. 3. Afsproken is wie verantwoordelijk is voor het nemen van deze maatregelen.		Rec en Bew	1. Deels 2. Ja 3. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee
Toelichting	<i>Er is een Curiumbreed klachtenprotocol. Klachten voor de receptie komen zelden voor en worden direct besproken met het personeel en afgehandeld, eventueel worden er maatregelen ter verbetering genomen. Officiële klachten komen binnen bij de directie, anders worden de klachten behandeld door het hoofd FD of de coördinator van de Receptie.</i>				
5.3	"	"	Voed en Cater	1. Nee 2. Ja 3. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee
Toelichting	<i>Wanneer er klachten binnen komen lost de coördinator dit op, of kan de klacht via de officiële klachtenprocedure in behandeling genomen worden. Naar aanleiding van de klachten worden maatregelen ter verbetering genomen.</i>				
5.3	"	"	HHD en Lin	1. Ja 2. Ja 3. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee

<i>Toelichting</i>	<i>Klachten gaan via de coördinator en worden gelijk opgelost en geregistreerd in het memoboek. Ernstige klachten print de coördinator uit en geeft deze mee in de personeelsmap, zodat elke medewerker van de dienst de klacht te zien krijgt.</i>			
5.3	" "	TD	1. Nee 2. Ja 3. Ja	1. Nee 2. Nee 3. Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Wanneer er klachten binnenkomen lost de coördinator dit op, of kan de klacht via de officiële klachtenprocedure in behandeling genomen worden. Naar aanleiding van de klachten worden maatregelen ter verbetering genomen.</i>			

Bijlage 13: Auditresultaten Kwaliteitsnorm Zorginstellingen

NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling (toegespitst op de Facilitaire Dienst)

1	Leiderschap			
1a	Richten	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
1.1	De instelling heeft haar missie en visie geformuleerd.	FD breed	Deels	Deels
Toelichting	Curium heeft geen concrete missie en helemaal geen visie, de FD heeft wel een missie en een visie, maar deze staan nergens op schrift.			
1.2	De missie en visie van de instelling zijn in onderlinge samenhang vastgesteld. Hierin komen de kerntaken, de patiënt, de klanten, de medewerkers, de professionals, de samenwerkingspartners, alsmede de nagestreefde maatschappelijke positionering nadrukkelijk aan de orde.	Curiumbreed	Nee	Nee
Toelichting	-			
1.3	De instelling maakt duidelijk hoe een balans wordt gevonden tussen ontwikkelingen in de omgeving en de mogelijkheden van de instelling.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	-			
1b	Inrichten	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
1.4	De instelling heeft haar visie vertaald in doelstellingen en concrete activiteiten.	FD breed	Ja	Ja
Toelichting	Deze activiteiten zijn terug te vinden in het jaarplan.			
1.5	Informatie is beschikbaar voor het managen van de primaire processen (patiëntenzorg, mogelijk ook onderzoek en opleiding) en de besturings- en ondersteunende processen (zoals het beleidsproces, de facilitaire en administratieve processen).	Rec en Bew	Ja	Nee
Toelichting	De coördinator en de medewerkers geven aan dat alle informatie altijd voor handen is.			
1.5	" "	Voed en Cater	Ja	Nee
Toelichting	-			
1.5	" "	HHD en Lin	Ja	Nee

Toelichting	-			
1.5	"	TD	Meestal	Nee
Toelichting	<i>Doordat het erg rommelig is bij de TD is informatie niet altijd eenvoudig terug te vinden.</i>			
1.6	De instelling beheert strategische en beleidsdocumenten volgens vastgelegde afspraken.	FD breed	Nee	Nee
Toelichting	<i>Er zijn geen afspraken gemaakt over het beheer van de documenten.</i>			
1.7	De instelling geeft aan hoe invulling wordt gegeven aan corporate governance. <i>Corporate Governance is de Engelstalige term voor ondernemingsbestuur. Binnen de bedrijfskunde is de term in zwang voor het aanduiden van hoe een onderneming goed, efficiënt en verantwoord geleid moet worden.</i>	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	-			
1c	Verrichten	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
1.8	Leidinggevend en creëren draagvlak voor de realisatie van de missie en de visie.	Rec en Bew	Nee	N.v.t.
Toelichting	<i>De missie en de visie van de FD zijn niet bekend bij de coördinator en de medewerkers. Daarnaast beschikt Curium zelf niet over een concrete missie en een visie.</i>			
1.8	"	Voed en Cater	Nee	N.v.t.
Toelichting	<i>De missie en de visie van de FD is niet bekend op de dienst.</i>			
1.8	"	HHD en Lin	Nee	N.v.t.
Toelichting	<i>De missie en de visie van de FD is niet bekend op de afdeling.</i>			
1.8	"	TD	Nee	N.v.t.
Toelichting	<i>De missie en de visie van de FD is niet bekend op de afdeling.</i>			
1.9	Leidinggevend en stimuleren en faciliteren medewerkers om bij te dragen aan, dan wel initiatieven te nemen tot acties welke leiden tot de verbetering van processen, waarbij kwaliteitszorg een structurele plaats krijgt in de dagelijkse werkzaamheden.	Rec en Bew	Ja	N.v.t.
Toelichting	<i>De medewerkers geven aan dat ze constant bezig zijn met de verbetering van hun processen en hierin ook gestimuleerd worden door de coördinator.</i>			
1.9	"	Voed en Cater	Ja	N.v.t.
Toelichting	-			
1.9	"	HHD en Lin	Ja	N.v.t.
Toelichting	-			
1.9	"	TD	Ja	N.v.t.

<i>Toelichting</i>				
1.10	Leidinggevend en onderhouden voor hun functie relevante relaties met belanghebbenden: (organisaties van) patiënten, klanten, medewerkers, professionals, samenwerkingspartners, bestuurders, zorgverzekeraars en financiers.	Rec en Bew	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Voor zover van toepassing.</i>			
1.10	" "	Voed en Cater	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Voor zover van toepassing.</i>			
1.10	" "	HHD en Lin	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Voor zover van toepassing.</i>			
1.10	" "	TD	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Voor zover van toepassing.</i>			
1.11	De instelling geeft aan hoe de invulling aan corporate governance wordt geëvalueerd.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-			
1.12	Er is een open communicatie over de bereikte resultaten en ieders bijdrage daaraan.	Rec en Bew	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>De coördinator en het hoofd FD laten merken dat zij de medewerkers en de manier waarop zij de werkzaamheden uitvoeren waarderen.</i>			
1.12	" "	Voed en Cater	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Vanuit de organisatie wordt niet voldoende gecommuniceerd over de bereikte resultaten en de bijdragen van de werknemers.</i>			
1.12	" "	HHD en Lin	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>De coördinator geeft aan wanneer er goed en niet goed gewerkt wordt.</i>			
1.12	" "	TD	Soms	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Soms wordt het wel aangegeven dat er goed werk is geleverd, soms niet.</i>			

2	Strategie & Beleid			
2a	Oriënteren	Invloed op	Aanwezig	Op schrift

2.1	De instelling verzamelt informatie over de vier resultaatgebieden: - waardering door patiënten en klanten; - waardering door medewerkers; - waardering door de maatschappij; - eindresultaten.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-			
2.2	Periodiek beoordeelt de instelling of de strategie en het beleid nog overeenstemmen met de visie. Bijstelling vindt plaats op basis van de behaalde resultaten en op basis van in- en externe ontwikkelingen (best practice). De frequentie waarmee bijstelling plaatsvindt is bekend. Er is sprake van continue kwaliteitsverbetering.	FD breed	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Bij het schrijven van een activiteitenplan en een nieuw beleidsplan wordt er gekeken of dit in overeenstemming is met de visie en dit geldt ook voor een tussenrapportage. Er is geen frequentie voor het bijstellen van plannen.</i>			
2b	Creëren	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
2.3	De instelling vertaalt de wettelijke kaders in doelstellingen en uitvoeringsplannen.	Curiumbreed	N.v.t. Ja	N.v.t. Ja
<i>Toelichting</i>	<i>Dit gebeurt in hoofdlijnen. Bijvoorbeeld bij de ARBO-wetgeving is er een ARBO-team en een BHV-organisatie opgezet.</i>			
2.4	Strategie en beleid zijn aantoonbaar afgeleid van de missie en visie vertaald in concrete en, indien mogelijk, meetbare doelstellingen.	FD breed	Ja	Ja
<i>Toelichting</i>	-			
2.5	Relevante organisatieonderdelen binnen de instelling zijn betrokken bij de totstandkoming van beleid.	FD breed	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-			
2.6	De instelling betreft klanten bij de strategievorming en de concrete vertaling in doelstellingen.	FD breed	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-			
2.7	Het beleid is gericht op continue verbetering van de processen binnen de instelling. Verbeterplannen zijn een regulier onderdeel van het beleid.	FD breed	Ja	Ja
<i>Toelichting</i>	-			
2.8	Er is een aanzet gegeven tot het formuleren van het gewenste serviceniveau van de producten en diensten.	FD breed	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	-			

2.9	De instelling beschikt over een beleid ter beheersing van de vitale risico's in de bedrijfsvoering (risicomanagement). Dit heeft in ieder geval betrekking op: - de veiligheid van het primaire proces; - de continuïteit van kritieke voorzieningen, zoals energie en ICT; - de beheersing en het gebruik van risicovolle materialen; - de integriteit van vertrouwenshandelingen, bijvoorbeeld ten aanzien van financiën en privacy; - de beheersing van imagoschade.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	-			
2c	Implementeren	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
2.10	Voor het bereiken van de doelstellingen zijn de beoogde resultaten, de benodigde middelen en de verantwoordelijkheden benoemd.	FD breed	Ja	Ja
Toelichting	<i>Waar een doelstelling duidelijk meetbaar gemaakt kan worden zit het resultaat in de doelstellingen verwerkt. In het activiteitenplan waar de doelstellingen als activiteiten zijn aangegeven staat het benodigde budget en de verantwoordelijke aangegeven.</i>			
2.11	Strategie en beleid worden intern gecommuniceerd.	FD breed	Ja	Nee
Toelichting	<i>Strategie en beleid worden binnen de FD gecommuniceerd via de overleggen. Voornamelijk via het coördinatorenoverleg met het hoofd FD.</i>			

3	Management van medewerkers			
3a	Organiseren	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
3.1	Het personeelsbeleid is afgeleid van de missie, visie en het strategisch beleid.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	-			
3.2	De aansturing van medewerkers is gericht op zorgverlening aan patiënten en dienstverlening aan verwijzers en overige klanten.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Deze norm heeft betrekking op het primair proces, dus de behandeling van patiënten.</i>			
3.3	De instelling heeft vanuit haar beleid de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van functies vastgesteld en op elkaar afgestemd.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	-			

3.4	De instelling heeft afspraken over het inwerken van nieuwe medewerkers.	FD breed	Ja	Nee
Toelichting	<i>Er is een algemeen inwerkschema voor nieuwe medewerkers. Functiespecifiek worden nieuwe medewerkers door de coördinator van de desbetreffende afdeling ingewerkt. Hier is geen schema voor.</i>			
3.5	Jaargesprekken worden gehouden en vastgesteld is hoe de resultaten daarvan worden benut om het personeelsbeleid bij te stellen.	Rec en Bew	Ja	Nee
Toelichting	<i>Er worden jaargesprekken gehouden en de medewerkers geven aan dat ze zien dat er ook echt wat gedaan wordt met de informatie die uit het jaargesprek is gekomen.</i>			
3.5	" "	Voed en Cater	Ja	Nee
Toelichting	<i>Er wordt weinig met de resultaten van de jaargesprekken gedaan.</i>			
3.5	" "	HHD en Lin	Ja	Nee
Toelichting	-			
3.5	" "	TD	Ja	Nee
Toelichting	<i>De coördinator van de afdeling geeft aan dat er wat met de informatie uit de jaargesprekken wordt gedaan.</i>			
3.6	Bij de werving en selectie van leidinggevend en medisch specialisten spelen de aspecten die worden genoemd in het organisatiegebied 'Leiderschap' een rol.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	-			
3.7	De instelling heeft beleid hoe om te gaan met leidinggevend en medisch specialisten die disfunctioneren.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	-			
3b	Investeren	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
3.8	De instelling heeft beleid op het gebied van deskundigheidsbevordering. Hiervoor worden middelen ter beschikking gesteld.	FD breed	Ja	Ja
Toelichting	<i>De FD beschikt over een opleidingsplan om zo de medewerkers deskundiger te maken. Daarnaast staat in het beleidsplan ook een stuk m.b.t. opleidingsplannen.</i>			
3.9	De instelling heeft beleid op het gebied van loopbaanontwikkeling.	Curiumbreed	N.v.t. Ja	N.v.t. Ja
Toelichting	<i>Curium heeft beleid op het gebied van loopbaanontwikkeling.</i>			
3c	Respecteren	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
3.10	Afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop medewerkers worden gewaardeerd.	FD breed	Ja	Ja

<i>Toelichting</i>	<i>Er is een functiewaarderingssysteem en er wordt gebruik gemaakt van jaarlijkse periodieken. Hier mag mee gespeeld worden. Er mag een extra periodiek gegeven worden of het mag overgeslagen worden. In de praktijk wordt er wel beloond via een periodiek, maar niet gestraft.</i>			
3.11	De instelling beschikt over een laagdrempelige mogelijkheid voor medewerkers om klachten te kunnen uiten, waaronder in ieder geval een vertrouwensinstituut (procedure, commissie en / of persoon) inzake onheuse bejegening door andere medewerkers, leidinggevenden, bezoekers of patiënten.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Dit moet vanuit de top van de organisatie geregeld worden. Curium beschikt wel over een officiële procedure voor het klachtrecht van de medewerker welke voldoet aan de Arbo-wet. Daarnaast is er voor de medewerkers een vertrouwenspersoon beschikbaar.</i>			
3.12	De instelling geeft inhoud en uitvoering aan ARBO-beleid.	Curiumbreed	N.v.t. Ja	N.v.t. Ja
<i>Toelichting</i>	<i>Curium beschikt over een ARBO-team, welke de directie ondersteunt. Het ARBO-team houdt zich bezig met de implementatie en de uitvoering van de ARBO-wet.</i>			

4	Management van middelen			
4a	Financiële middelen	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
4.1	De processen worden bestuurd met behulp van een planning- en controlecyclus. Zo realiseert de instelling een verdelingsmodel voor de financiële, personele en materiële middelen, faciliteiten en diensten.	FD breed	Ja	Ja
<i>Toelichting</i>	-			
4.2	Er is een effectief liquiditeitsbeheer.	Curiumbreed	N.v.t. Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De liquiditeit wordt beheerd door de Economische Administratieve Dienst.</i>			
4.3	De instelling beschikt over een door een externe accountant goedgekeurde jaarrekening, niet ouder dan het laatste of voorlaatste boekjaar voorafgaan aan de datum van het werkbezoek.	Curiumbreed	N.v.t. Ja	N.v.t. Ja
<i>Toelichting</i>	<i>Jaarlijks wordt de jaarrekening door een externe accountant goedgekeurd. Dit verschijnt in het jaardocument van Curium.</i>			
4b	Kennis en technologie	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
4.4	Elk niveau in de instelling beschikt over relevante sturingsinformatie.	Rec en Bew	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-			

4.4	"	"	Voed en Cater	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-				
4.4	"	"	HHD en Lin	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-				
4.4	"	"	TD	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-				
4.5	Elke informatie is tijdig beschikbaar, toegankelijk, veilig en betrouwbaar.		Rec en Bew	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>De medewerkers hebben aangegeven altijd over de benodigde informatie te beschikken.</i>				
4.5	"	"	Voed en Cater	Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-				
4.5	"	"	HHD en Lin	Meestal	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Wanneer de coördinator informatie mist wordt dit gelijk geregeld.</i>				
4.5	"	"	TD	Soms	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Op de afdeling is het een beetje rommelig, waardoor informatie niet altijd gelijk beschikbaar is.</i>				
4.6	Er is beleid ten aanzien van innovaties, op het gebied van zowel zorgvernieuwing als (medische) technologie.		Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-				
4.7	Er is een systeem voor de beheersing en borging van kennis en kennisontwikkeling.		Curiumbreed	N.v.t. Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Alle gevolgde cursussen worden bijgehouden door de afdeling Personeelszaken.</i>				
4c	Materiaal en diensten		Invloed op	Aanwezig	Op schrift
4.8	Afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop het selecteren en beoordelen van leveranciers van materialen, diensten en faciliteiten plaatsvindt. Bijstelling van afspraken met leveranciers vinden, indien nodig, plaats.		FD breed	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Het uitbesteden van diensten gaat altijd in samenwerking met het hoofd FD. Wanneer het nodig is worden contracten bijgesteld.</i>				
4.9	Gebouwen, installaties en apparatuur worden planmatig ingezet en onderhouden.		FD breed	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>De TD is wel bezig met het opzetten van een meerjarenonderhoudsplan.</i>				
4.10	De intramurale keten van omgaan met gevaarlijke materialen en straling voldoet aan de vigerende wetgeving.		Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.

<i>Toelichting</i>	-			
4.11	De instelling beschikt over beleid inzake het gebruik en de logistiek van in ieder geval de volgende materialen: 4.11.1 antibiotica; 4.11.2 oncolytica; 4.11.3 radioactieve stoffen; 4.11.4 geneesmiddelen (algemeen); 4.11.5 bloed(producten); 4.11.6 stralinggenererende apparatuur; 4.11.7 steriele hulpmiddelen.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-			
4.12	Middelen die niet meer worden gebruikt, worden conform de wettelijke voorschriften afgevoerd.	Curiumbreed	N.v.t. Ja	N.v.t. Nee
<i>Toelichting</i>	-			
4.13	Er is een actief milieubeleid.	FD breed	Nee	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Het milieubeleid zou onder de verantwoordelijkheid van de FD moeten vallen, aangezien de uitvoering daar ook ligt.</i>			

5	Management van processen			
5a	Identificeren en ontwerpen	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
5.1	De instelling heeft haar belangrijkste patiëntenprocessen en belangrijkste andere primaire processen benoemd. Ook zijn de ondersteunende processen die de organisatorische eenheden overstijgen benoemd en het is duidelijk wat hun relatie met de betreffende patiënten- of primaire processen is.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-			
5.2	In de processen is expliciet aandacht voor de professionele relatie tussen de zorgverlener en de patiënt.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Deze norm heeft betrekking op het primair proces, dus op het personeel dat de patiënten behandelt.</i>			
5.3	Voor professioneel handelen zijn afspraken gemaakt over de toepassing van professionele normen en richtlijnen.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.

Toelichting	Deze norm heeft betrekking op het primair proces, dus op het personeel dat de patiënten behandelt.			
5.4	De instelling beheert de aan de processen gerelateerde documenten volgens vastgestelde afspraken.	Curiumbreed	N.v.t. Nee	N.v.t.
Toelichting	Curium is bezig met de aanschaf van een documentbeheersysteem via licenties bij het LUMC.			
5.5	De instelling heeft uitgewerkte en gecommuniceerde plannen voor de uitvoering van de patiëntenzorg in buitengewone omstandigheden. Dit betreft: - de opvang van slachtoffers van een externe, grootschalige calamiteit (extern rampenplan); - de gang van zaken in het geval van een interne calamiteit (intern rampenplan). De plannen geven tevens aan op welke wijze zij door oefening worden beproefd en geactualiseerd.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	Deze norm heeft betrekking op het primair proces, dus op het personeel dat de patiënten behandelt.			
5b	Invoeren en beheersen	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
5.6	Afspraken zijn gemaakt hoe de processen worden beheerst (expliciet is aandacht voor de kritische punten in het patiëntenproces, en hoe taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden rondom deze kritische punten zijn vastgesteld).	FD breed	Nee	Nee
Toelichting	-			
5.7	Voor de processen zijn proceseigenaren benoemd.	FD breed	Nee	Nee
Toelichting	-			
5.8	Voor de processen zijn gewenste uitkomsten geformuleerd (in termen van effectiviteit, doelmatigheid, tijdigheid, veiligheid, patiëntgerichtheid van het proces).	Rec en Bew	Nee	Nee
Toelichting	-			
5.8	" "	Voed en Cater	Nee	Nee
Toelichting	-			
5.8	" "	HHD en Lin	Nee	Nee
Toelichting	-			
5.8	" "	TD	Nee	Nee
Toelichting	-			

5.9	De instelling verricht metingen ten aanzien van de veiligheid van de patiënten, medewerkers en de omgeving.	Curiumbreed	N.v.t. Ja	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Er worden risico-inventarisaties en -evaluaties (RI&E) uitgevoerd bij Curium.</i>			
5c	Doorlichten en verbeteren	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
5.10	De instelling heeft een operationeel intern auditsysteem.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>In februari 2007 is het interne auditsysteem van start gegaan met de eerste interne audit. Op het moment zijn er 5 auditoren opgeleid, maar er moeten 12 interne auditoren komen.</i>			
5.11	De instelling licht de processen systematisch door om tot verbeteringen te komen.	FD breed	Nog n.v.t.	Ja
<i>Toelichting</i>	<i>Er is een protocol voor het interne auditsysteem op het intranet geplaatst.</i>			
5.12	De instelling investeert in de verbetering van processen.	FD breed	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Er wordt apparatuur aangeschaft om sneller en beter te kunnen werken en er worden opleidingen aangeboden aan de medewerkers om ze deskundiger te maken.</i>			
5.13	De instelling geeft aan op welke wijze vernieuwingen tot stand komen.	FD breed	Ja	Nee
<i>Toelichting</i>	<i>Vernieuwingen worden aangegeven via de overleggen.</i>			

6	Waardering door patiënten en klanten	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
6.1	De belangrijkste klantengroepen, leveranciers en samenwerkingsrelaties zijn benoemd.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	-			
6.2	Voor het vaststellen van de waardering door onderscheiden groepen worden resultaten gemeten. In ieder geval beschikt de instelling over - een adequate opvang en behandeling van klachten van patiënten, alsook een meting daarvan; - een vorm van meting van patiënttevredenheid; - een georganiseerde manier waarop patiënten suggesties voor verbetering kunnen doen; - een georganiseerde manier waarop incidenten in de patiëntenzorg ((bijna-) ongevallen, fouten) gemeld en geanalyseerd worden.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Deze norm heeft betrekking op het primair proces, dus de behandeling van patiënten.</i>			
6.3	De resultaten van deze metingen worden afgezet tegen de geformuleerde doelstellingen en leiden onder andere tot maatregelen ter verbetering.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
<i>Toelichting</i>	<i>Deze norm heeft betrekking op het primair proces, dus de behandeling van patiënten.</i>			

7	Waardering door medewerkers	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
7.1	De belangrijkste doelgroepen zijn benoemd.	FD breed	Ja	Nee
Toelichting	<i>De doelgroepen zijn bekend, maar staan niet op schrift.</i>			
7.2	Voor het vaststellen van de waardering door onderscheiden groepen worden resultaten gemeten. In ieder geval beschikt de instelling over - metingen van medewerkertevredenheid; - metingen van het ziekteverzuim per relevante personeelscategorie; - metingen van het verloop per relevante personeelscategorie; - exit-interviews met medewerkers die ontslag nemen.	FD breed	Ja	Ja
Toelichting	-			
7.3	De resultaten van deze metingen worden afgezet tegen de geformuleerde doelstellingen en leiden onder andere tot maatregelen ter verbetering.	FD breed	Ja	Nee
Toelichting	<i>De resultaten van het medewerkertevredenheidsonderzoek wordt Curiumbreed geïnventariseerd. Resultaten van het ziekteverzuim worden bijgehouden en waar nodig worden maatregelen ter verbetering gegeven. Op het moment zit de FD met het ziekteverzuim onder het landelijk gemiddelde (5,59% over 2006 tegenover 7% landelijk). Resultaten van exit-interviews moeten ook afgezet worden tegen de doelstellingen, maar er is nog geen exit-interview geweest sinds het hoofd FD bij Curium is aangesteld.</i>			

8	Waardering door de maatschappij	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
8.1	De belangrijkste doelgroepen zijn benoemd.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Deze norm heeft betrekking op het primair proces, dus de behandeling van patiënten.</i>			
8.2	Voor het vaststellen van de waardering door onderscheiden groepen worden resultaten gemeten.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Deze norm heeft betrekking op het primair proces, dus de behandeling van patiënten.</i>			
8.3	De resultaten van deze meningen worden afgezet tegen de geformuleerde doelstellingen en leiden onder andere tot maatregelen ter verbetering.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	<i>Deze norm heeft betrekking op het primair proces, dus de behandeling van patiënten.</i>			

9	Eindresultaten	Invloed op	Aanwezig	Op schrift
9.1	Voor de instelling zijn de belangrijkste resultaten benoemd en wordt gemeten of deze worden behaald. In elk geval worden indicatoren op het gebied van financiën, productie en kwaliteit benoemd. Minimaal zijn de volgende indicatoren vereist: Financiën: - meerjarige bedrijfsresultaten ten opzichte van de meerjarenplanning; - vermogensopbouw. Productie: - percentage productie volgens productieafspraken; - marktpositie voor de instelling als geheel en voor de afzonderlijke specialismen. Kwaliteit: - veiligheid van zorg (onder andere het percentage infecties, decubitus en complicatieregistratie); - toegankelijkheid.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	Dit moet vanuit de top van de organisatie geregeld worden.			
9.2	De resultaten van deze metingen worden afgezet tegen de geformuleerde doelstellingen en leiden onder andere tot maatregelen ter verbetering.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	Dit moet vanuit de top van de organisatie geregeld worden.			
9.3	De instelling presenteert de gegevens met betrekking tot de 'basisset prestatie-indicatoren'.	Curiumbreed	N.v.t.	N.v.t.
Toelichting	Dit moet vanuit de top van de organisatie geregeld worden.			
Dik gedrukt	De zwaarwegende factoren.			

Bijlage 14: Scheiding afval

Tabel 14.2:

Verplichtingen en richtlijnen voor afvalscheiding door bedrijven

Afvalstoffen die altijd gescheiden dienen te worden, onafhankelijk van de bedrijfssituatie	
Gevaarlijk afval	Asbest Papier & karton Wit- en bruingoed
Afvalstoffen met richtlijn voor afvalscheiding	
Afvalstoffen	Richtlijn afvalscheiding (maximale herbruikbare hoeveelheid per week in het restafval)
Folie	0 kg
EPS (piepschuim)	1 rolcontainer van 240 liter (± 3 kg)
Plastic bekertjes	± 500 bekertjes
Overige kunststoffen	25 kg
Autobanden	5 banden
GFT/Swill	200 kg
Groenafval	200 kg
Houten pallets	2 pallets (± 40 kg)
Overig houtafval	40 kg
Glazen verpakkingen	½ rolcontainer van 240 liter (± 30 kg)
Metalen	40 kg
Steenachtig materiaal / Puin	0 kg; bij incidentele hoeveelheden 1 m ³
Textiel	40 kg
Glas- en steenwol	25 kg
Bedrijfsspecifieke afvalstoffen, zoals productuitval (broodafval bij de broodindustrie, visafval bij de visindustrie), bouw- of sloopafval, procesafval van industriële sectoren, incontinentiemateriaal bij ziekenhuizen enz.	Dit zijn vaak relatief homogene en schone afvalstoffen, die in grotere hoeveelheden en geconcentreerd vrijkomen. In die gevallen is afvalscheiding redelijk.

Bron: Directoraat Generaal-Milieu: Landelijk Afvalbeheerplan 2002-2012. Den Haag: VROM, maart 2007

Bijlage 15: Beschrijving processen Delta

Receptie

Naam	Globale activiteiten	Betrokkenen	Norm	Kritisch Moment/ Risiko's	Beheersinstrumenten/ Documenten (vindplaats)
Bedienen telefooncentrale	Aannemen telefoon Doorverbinden telefoon Pieperoproepen Gebruik mobilfoon Buzzer oproepen	Medewerker receptie Externe- en interne bellers	24 uur bereikbaar Klantvriendelijke behandeling telefoongesprekken 95% van de telefoontjes opnemen binnen 15 seconde.	Slechte bereikbaarheid medewerkers Lunchtijd, hele afdelingen niet bereikbaar Slechte bereikbaarheid telefooncentrale	Document Werkinstructie Gebruiksaanwijzing telefooncentrale Instrument Outlook Excel
Algemene uitleen van sleutels	Uitgifte sleutels Inname sleutels Registratie sleutels	Medewerker receptie Gebruikers sleutels	24 uur bereikbaar Voor iedere sleutel moet getekend worden voor inname en uitgifte Alle sleutels (behalve van achterwacht) moeten voor 23.00 uur binnen zijn	Niet getekend voor sleutel Wel getekend, geen sleutelinname Mensen gaan met sleutels naar huis Sleutel teruggebracht door ander persoon dan uitgifte	Document Aftekenlijst sleutelregistratie Werkinstructie
Ontvangen bezoekers	Ontvangen bezoekers Doorverwijzen bezoekers Te woord staan bezoekers	Medewerker receptie Bezoeker A&I Medewerkers DPC	24 uur bereikbaar Geen patiëntgegevens verstrekken Geheimhouding	Interpretatie regelgeving	Document Werkinstructie Overige beheersing Privacy wetgeving Convenant Politie Regio Rijnmond en Samenwerkende regioziekenhuizen

Bijlage 16: Actieplan Afdelingsnormen

NIAZ Afdelingsnormen

NIAZ Afdelingsnorm Algemeen	
Norm	Activiteit
1.1	Het vaststellen van een format voor een beleidsplan en een activiteitenplan.
1.2	Het maken van een kwaliteitsbeleid, zowel Curiumbreed als FD breed. Voor de FD geldt dit adviesrapport als kwaliteitsbeleid. Het kwaliteitsbeleid wordt geschreven volgens norm 1.2
1.3	Het vaststellen van een format voor een jaarverslag, in dit geval is dat het activiteitenplan (zie 1.1), inclusief de begroting van de FD.
1.4	Alle processen in kaart brengen en beschrijven aan de hand van de globale activiteiten, betrokkenen, de van toepassing zijnde normen (waar mogelijk de doorlooptijden), kritische momenten / risico's, de beheersinstrumenten / documenten die gebruikt worden bij het proces en, waar mogelijk, de gewenste uitkomsten.
1.5	<i>De FD beschikt over een organigram, dit is voldoende.</i>
1.6	-
1.7	Het vastleggen van het doel, de aard (informerend of besluitvormend) en de status van ieder overleg. Waar dit mogelijk en relevant is 'kwaliteit' toevoegen als vast agendapunt om het onderwerp levendig te houden.
1.8	Het overleg tussen de medewerkers van de schoonmaakdienst en de units in verslag vastleggen en terugkoppelen naar de coördinator, zodat eventuele tekortkomingen inzichtelijk worden gemaakt. Dit kan gezien worden als een klein, structureel klanttevredenheidsonderzoek.
1.9	<i>Het is niet relevant deze eisen vast te leggen. Voldoende is om ervoor te zorgen dat deze eisen in de vacature komen te staan.</i>
1.10	<i>Het is voldoende wanneer iedere medewerker hiervan op de hoogte is en uit de observaties en interviews is gebleken dat dit het geval is. Vastleggen is niet nodig.</i>
1.11	<i>Het vaststellen van deze criteria is niet nodig.</i>
1.12	-
1.13	In het geval van de Huishoudelijke Dienst in Linnenvoorziening moet er in een protocol vastgelegd worden dat de medewerkers zich niet mogen bemoeien met de patiënten, aangezien de medewerkers van deze afdeling veel in contact zijn met de patiënten.
1.14	-
1.15	-
1.16	-

NIAZ Kwaliteitsborgingnorm Civiele Dienst	
Norm	Activiteit
2.1	Alle processen in kaart brengen en beschrijven aan de hand van de globale activiteiten, betrokkenen, de van toepassing zijnde normen (waar mogelijk de doorlooptijden), kritische momenten / risico's, de beheersinstrumenten / documenten die gebruikt worden bij het proces en, waar mogelijk, de gewenste uitkomsten.
2.2	Het opzetten van een producten en dienstencatalogus (PDC) welke op intranet geplaatst wordt. Klanten kunnen op deze manier alle werkzaamheden en werkwijzen van de FD, en wat hierbij hun eigen rol is, terug vinden.

2.3	Het vastleggen van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de afdelingen en plaatsen op het intranet.
2.4	Het vastleggen van de prioriteiten in de werkzaamheden. Het telefoonafhandelingsprotocol voor de Receptie aanpassen. Telefoon moet 'zo snel mogelijk' opgenomen worden, aangezien de vastgestelde drie belsignalen niet gehoord kunnen worden, omdat het een aanhoudende beltoon is. Dit protocol toevoegen aan het protocollenboek van de Receptie.
2.5	Het vastleggen van de criteria voor wanneer en op welke wijze de TD wordt betrokken bij nieuwbouw, verbouw en het wijzigen van bestemmingen van ruimte en wat de rol van de afdeling hierbij is.
2.6	<i>Dit is bij alle medewerkers bekend. Het op vastleggen hiervan is niet nodig.</i>
2.7	<i>De afdelingen beschikken niet over privacygevoelige gegevens. De afspraken over verslaglegging en archivering van gegevens is bekend. Het is niet nodig dit op vast te leggen.</i>
2.8	Het updaten van het hygiëneboek. Het updaten van het BHV-plan.
2.9	Het updaten van het BHV-plan.
2.10	<i>Iedere medewerker is op de hoogte van wie het schoonmaakprogramma opstelt en hoe deze uitgevoerd moet worden. Het vastleggen hiervan is niet nodig.</i>
2.11	Het opstellen en vastleggen van een schoonmaakprogramma per ruimte, met daarbij beschreven de specificaties, werkwijzen en de te gebruiken materialen. Het schoonmaakprogramma moet toegevoegd worden aan het protocollenboek.
2.12	-
2.13	Een protocol voor dienstkleding vaststellen aangevuld met de gevolgen voor het niet gebruik maken van de beschikbaar gestelde dienstkleding. Een protocol maken voor de uitgifte van sleutels en de daarbij behorende instructie aan oproepkrachten.
2.14	De coördinator een cursus VSR-DKS geven voor het lopen van controlerondes via een kwaliteitsmeetsysteem en het registreren van de controlerondes.
2.15	Een protocol vastleggen voor spoedaanvragen en deze plaatsen in de PDC op intranet.
2.16	Het plaatsen van het assortiment in de PDC.
2.17	Een protocol voor de wijze van aanvraag voor platgoed in de PDC plaatsen, aangevuld met de afleverlocaties, de maximale aanvraag en de bevoegdheid voor het aanvragen van platgoed.
2.18	N.v.t.
2.19	Een protocol voor vuil textiel in de PDC plaatsen, aangevuld met de afleverlocaties. Een protocol voor kapot textiel plaatsen in de PDC.
2.20	Een protocol voor de medewerkers van de afdeling maken over de werkwijze bij de afgifte van vuil textiel aan Clean Lease.
2.21	Een protocol voor de medewerkers van de afdeling maken over de werkwijze bij de binnenkomst van schoon textiel, aangevuld met de aflevertijden.
2.22	Een protocol voor de in- en afleverlocaties plaatsen van de was en de daarbij behorende doorlooptijden in de PDC plaatsen.
2.23	Een protocol opstellen over de wijze waarop en wanneer textiel wordt afgekeurd en uit de roulatie wordt gehaald.
2.24	<i>De instelling is te klein om hier een vast protocol voor samen te stellen.</i>
2.25	Een protocol voor interne verhuizingen plaatsen in de PDC.
2.26	Het vastleggen van de reiniging van matrassen in het schoonmaakprogramma.
2.27	N.v.t.
2.28	N.v.t.
2.29	N.v.t.
2.30	N.v.t.

2.31	N.v.t.
2.32	N.v.t.
2.33	N.v.t.
2.34	N.v.t.
2.35	N.v.t.
2.36	-
2.37	Een protocol voor de werkwijze bij ingaande en uitgaande post plaatsen in de PDC.
2.38	Zie 2.37
2.39	-
2.40	Het opstellen van een protocol voor controlerondes van de beveiliging en het invullen van het formulier voor de controlerondes aan de hand van norm 2.40, 2.41 en 2.42.
2.41	Zie 2.40
2.42	Zie 2.40
2.43	Een protocol maken voor de werkwijze bij diefstal en gevonden voorwerpen zowel voor de Receptie als voor in de PDC.
2.44	-
2.45	N.v.t.
2.46	N.v.t.
2.47	N.v.t.
2.48	N.v.t.
2.49	N.v.t.
2.50	N.v.t.
2.51	N.v.t.
2.52	N.v.t.
2.53	N.v.t.
2.54	N.v.t.
2.55	N.v.t.
2.56	N.v.t.
2.57	N.v.t.

NIAZ Kwaliteitsborgingnorm Voedingsdienst	
Norm	Activiteit
2.1	Zie 1.4
2.2	Een protocol maken voor veilig werken / hoe om te gaan met de apparatuur (bijv. de friteuse).
2.3	Een protocol voor persoonlijke hygiëne maken. HACCP-plan voor units beoordelen en plaatsen in de PDC.
2.4	Het scheiden van GFT van huishoudelijk afval.
2.5	-
2.6	Het opstellen van checklisten voor controle aan de koelkasten. Het maken van een protocol voor controle aan het etenswaar en de registratie hiervan, zowel voor de Voeding en Catering als voor de units. Het beoordelen en in gebruik nemen van het HACCP-plan voor de units. Het HACCP-plan aanpassen, zodat deze ook in de personeelskantine gebruikt kan worden.
2.7	Het maken van een protocol over wie welke apparatuur mag bedienen.
2.8	Het plaatsen van het assortiment van de personeelskantine in de PDC. Het plaatsen van het protocol voor de aanvraag van warme maaltijden in de PDC.
2.9	-

2.10	Zie 2.4 Technische Dienst.
2.11	-
2.12	Een protocol voor de aanvraag van voeding voor nieuwe patiënten in de PDC plaatsen.
2.13	-
2.14	-
2.15	-
2.16	N.v.t.
2.17	Zie 2.6. HACCP-training plannen (staat al in het opleidingsplan).
2.18	Een protocol opstellen voor de inrichting van het buffet (eventueel a.d.h.v. foto's).
2.19	N.v.t.
2.20	N.v.t.
2.21	N.v.t.
2.22	N.v.t.
2.23	N.v.t.
2.24	N.v.t.
2.25	N.v.t.
2.26	N.v.t.
2.27	N.v.t.
2.28	N.v.t.
2.29	N.v.t.
2.30	N.v.t.
2.31	N.v.t.
2.32	Zie 2.6.
2.33	<i>De afdelingen beschikken niet over privacygevoelige gegevens. De afspraken over verslaglegging en archivering van gegevens is bekend. Het is niet nodig dit op vast te leggen.</i>

NIAZ Kwaliteitsborgingnorm Technische Dienst	
Norm	Activiteit
2.1	Zie 1.4
2.2	Het vastleggen van de prioriteiten in de werkzaamheden.
2.3	Alle ruimtes die onder de onderhoudsverantwoordelijkheid van de TD vallen classificeren conform de vigerende normen. En vastleggen in het aan te schaffen registratie-/onderhoudssysteem.
2.4	Het plaatsen van een protocol voor storingen in de PDC.
2.5	-
2.6	N.v.t.
2.7	Medewerkers cursus B-VCA geven. Het in een contract vastleggen van bevoegdheden m.b.t. het werken met elektriciteit.
2.8	Zie 2.7
2.9	Protocol opstellen voor het afvoer van verschillende afvalsoorten, zowel voor de afdeling als voor de PDC.
2.10	PDC aanvullen met alle relevante informatie.
2.11	-
2.12	<i>Het is voldoende wanneer de medewerkers weten dat ze opgeloste opdrachten moeten terugmelden. Vastleggen is niet nodig.</i>
2.13	Een protocol voor de aanvraag van werkzaamheden plaatsen in de PDC, aangevuld met waar de werklijsten liggen.

2.14	<i>De instelling is te klein om dit soort afspraken eenzijdig vast te kunnen leggen.</i>
2.15	<i>De instelling is te klein om dit soort afspraken eenzijdig vast te kunnen leggen.</i>
2.16	-
2.17	Alle apparatuur die in het beheer van zijn de TD identificeren en bijhouden in een systeem. Hiervoor moet een registratie-/onderhoudssysteem aangeschaft worden. De FD is bezig met de aanschaf van een systeem via het LUMC.
2.18	Aanschaf van een onderhoudssysteem, zie 2.17.
2.19	Protocol opstellen met de bevoegdheden van de werknemers voor het werken met apparatuur.
2.20	-
2.21	Aanschaf van een onderhoudssysteem, zie 2.17.
2.22	-
2.23	-
2.24	-
2.25	Aanschaf van een onderhoudssysteem, zie 2.17.
2.26	-
2.27	-
2.28	Het opstellen van een protocol van wanneer installaties, ruimten en terreinen afgekeurd worden en wat de rol van de TD hierbij is.
2.29	Het opstellen van een protocol voor de werkwijze bij het afkeuren van installaties, ruimten en terreinen.
2.30	Aanschaf van een onderhoudssysteem, zie 2.17.
2.31	Aanschaf van een onderhoudssysteem, zie 2.17.
2.32	<i>De afdelingen beschikken niet over privacygevoelige gegevens. De afspraken over verslaglegging en archivering van gegevens is bekend. Het is niet nodig dit vast te leggen.</i>

NIAZ Afdelingsnorm Algemeen

Norm	Activiteit
3.1	-
3.2	-
3.3	Waar nodig bedieningsinstructies aanvullen met de handelswijze indien de apparatuur defect is.
3.4	Zie 2.4 Technische Dienst.
3.5	-
3.6	-
3.7	Waar nodig productinformatie van de middelen en materialen opvragen en bijeen bewaren.
3.8	-
3.9	-
3.10	-
3.11	-
3.12	N.v.t.
3.13	N.v.t.

NIAZ Afdelingsnorm Algemeen

Norm	Activiteit
------	------------

4.1	Opleidingsplan aanvullen met B-VCA cursus voor de TD, een VSR-DKS cursus voor coördinator Huishoudelijke Dienst en Linnenkamer en een cursus microvezel voor de medewerkers van deze afdeling. Voor alle medewerkers van de FD een cursus klantgericht werken.
4.2	-
4.3	-

NIAZ Afdelingsnorm Algemeen

Norm	Activiteit
5.1	Aanschaf van een documentenbeheersysteem. Curium is hier al mee bezig.
5.2	-
5.3	Het opzetten van een toegankelijk klachtensysteem speciaal voor de FD, bijvoorbeeld via de Receptie. Het plaatsen van een protocol voor klachten in de PDC. Het houden van klanttevredenheidsonderzoeken, specifiek gericht op het functioneren van de FD.

Bijlage 17: Actieplan Kwaliteitsnorm Zorginstellingen

NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling (toegespitst op de Facilitaire Dienst)

Norm	Activiteit
1.1	Het vastleggen van de missie en visie van de FD en Curium. Plaatsen op intranet.
1.2	N.v.t.
1.3	N.v.t.
1.4	-
1.5	-
1.6	Het opstellen en vastleggen van beheereisen aan de strategische en beleidsdocumenten.
1.7	N.v.t.
1.8	De missie en visie op intranet plaatsen en bekend maken bij alle medewerkers.
1.9	Het onderwerp 'kwaliteit' waar het kan als vast punt op de agenda plaatsen.
1.10	-
1.11	N.v.t.
1.12	-

Norm	Activiteit
2.1	N.v.t.
2.2	-
2.3	N.v.t.
2.4	-
2.5	-
2.6	-
2.7	-
2.8	Het formuleren van het gewenste serviceniveau voor de producten en diensten, aan de hand van de doorlooptijd en de verwachte uitkomst de levering.
2.9	N.v.t.
2.10	-
2.11	-

Norm	Activiteit
3.1	N.v.t.
3.2	N.v.t.
3.3	N.v.t.
3.4	-
3.5	-
3.6	N.v.t.
3.7	N.v.t.
3.8	-
3.9	N.v.t.
3.10	-
3.11	N.v.t.
3.12	N.v.t.

Norm	Activiteit
4.1	-
4.2	N.v.t.
4.3	N.v.t.
4.4	-
4.5	-
4.6	N.v.t.
4.7	N.v.t.
4.8	-
4.9	Hiervoor moet een registratie/onderhoudssysteem aangeschaft worden. De FD is bezig met de aanschaf van een systeem via het LUMC.
4.10	N.v.t.
4.11	N.v.t.
4.12	Plaatsen van een protocol voor de afvoer van afval in de PDC.
4.13	Opstellen van een actief milieubeleid

Norm	Activiteit
5.1	N.v.t.
5.2	N.v.t.
5.3	N.v.t.
5.4	Aanschaffen van een documentbeheersysteem. Curium is hiermee bezig.
5.5	N.v.t.
5.6	Aanschaf van een documentbeheersysteem.
5.7	Coördinator aanstellen als beheerder van de processen en de daarbij behorende protocollen.
5.8	Waar mogelijk protocollen aanvullen met gewenste uitkomsten
5.9	N.v.t.
5.10	N.v.t.
5.11	-
5.12	-
5.13	-

Norm	Activiteit
6.1	N.v.t.
6.2	N.v.t.
6.3	N.v.t.

Norm	Activiteit
7.1	Doelgroepen vastleggen in het beleidsplan van de FD.
7.2	Het houden van klanttevredenheidsonderzoeken, specifiek gericht op het functioneren van de FD.
7.3	Resultaten van het eigen klanttevredenheidsonderzoek analyseren en zo nodig maatregelen nemen ter verbetering.

Norm	Activiteit
8.1	N.v.t.
8.2	N.v.t.

8.3	N.v.t.
-----	--------

Norm	Activiteit
9.1	N.v.t.
9.2	N.v.t.
9.3	N.v.t.

Dik- gedrukt	De zwaarwegende factoren
-----------------	--------------------------