

HANDLEIDING

VOOR HET ONTWIKKELEN VAN EEN KWALITEITSBELEIDSPLAN
VOOR AFDELINGEN DIËTETIEK IN ZORGINSTELLINGEN



Augustus 2002



Inhoudsopgave.

	Pagina
Voorwoord.	3
Inleiding.	4
Deel I. Kwaliteit en kwaliteitsbeleid in relatie tot diëtistische zorg.	5
1. Kwaliteit.	5
2. Kwaliteitsbeleid.	7
Deel II. “De Handleiding voor een kwaliteitsbeleidsplan voor afdelingen diëtetiek in instellingen”	10
Toelichting.	10
Titelblad.	11
Inleiding.	12
Hoofdstuk 1. Missie en visie	13
1.1. Missie en visie van de instelling	13
1.2. Missie en visie van de afdeling diëtetiek:	13
Hoofdstuk 2. De huidige situatie.	15
2.1. De organisatie.	15
2.2. De gerealiseerde patiëntenzorg.	15
2.3. De gerealiseerde kwaliteitszorg.	16
2.4. Planning en realisatie.	16
Hoofdstuk 3. Analyse van de huidige situatie.	17
3.1. Interne analyse.	17
3.2. Externe analyse.	18
3.3. Conclusies.	19
Hoofdstuk 4. De gewenste situatie.	20
Hoofdstuk 5. Activiteitenplan.	21
Bijlagen	
I. Omschrijving van de gebruikte begrippen	22
II. Samenstelling van de werkgroep	25
III. Kwaliteitswetgeving op een rijtje	26
IV. Interne en externe analyse - instrumenten	28
V. Doelen formulier	38
VI. Activiteitenplanning - formulier	39
VII. evaluatie formulier	40

Voorwoord.

Kwaliteit¹ is een onderwerp waar velen zich mee bezig houden, maar waarvan zeker zo velen zich afvragen wat daar nu eigenlijk onder te verstaan. Kijkend naar de beroepsuitoefening van diëtist is het niet iets wat los staat van uw dagelijkse werk. Kwaliteit betekent vooral (met vakgenoten) kijken naar wat we doen, met als uitgangspunt: "We doen het al goed maar het kan nog altijd beter".

Werken aan een optimale kwaliteit van de diëtistische zorg moet een vanzelfsprekendheid zijn binnen het werk van een professionele diëtist. Binnen de dagelijkse drukke werkzaamheden is het de kunst om geregeld stil te staan bij wat u (samen met uw collega's) nu doet en wat u in de toekomst (anders) zou willen doen. Belangrijk hierbij is (met elkaar) doelen te stellen en prioriteiten aan te brengen, zowel voor korte als op lange termijn.

Het opstellen van een kwaliteitsbeleidsplan is hierbij een goed hulpmiddel. In een kwaliteitsbeleidsplan worden doelen vastgelegd en vertaald naar concrete activiteiten. Vervolgens worden deze uitgewerkt tot een activiteitenplan waarin staat: wie doet wat, wanneer en hoe. Op deze manier is een kwaliteitsbeleidsplan een actief werkdocument waar u met elkaar steeds op terug kunt vallen.

De NVD vindt het belangrijk dat haar leden werken aan optimalisering van de kwaliteit van de diëtistische zorg. Met deze handleiding en bijbehorend raamwerk biedt zij ondersteuning bij het ontwikkelen aan een kwaliteitsbeleidsplan.

Het document is tot stand gekomen door de inzet van de leden van de hiervoor opgerichte werkgroep "kwaliteitsbeleid op afdelingsniveau" en is uitgevoerd in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Werkgroepleden:

- Jacqueline Commandeur
- Bernadette Jaspers Focks,
- Willy Klopper,
- Jacqueline Langius,
- Pia Velema

*Bestuur NVD
Oktober 2002*

¹ Bijlage I geeft een beschrijving van de gebruikte begrippen

Inleiding.

De Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) vindt kwaliteitsbevordering belangrijk². Dit heeft geresulteerd in meerdere kwaliteitsinstrumenten, die de NVD heeft ontwikkeld en geïntroduceerd voor de beroepsgroep zoals Visitatie en Intercollegiale toetsing.

Uit een analyse van de implementatie van de kwaliteitsborgingsnorm³ blijkt dat paramedisch werkende diëtisten behoefte hebben aan ondersteuning bij het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid. Bij het onderzoek zijn diëtisten betrokken werkzaam op afdelingen diëtetiek van alle werkvelden. Bij 27% van de afdelingen is het kwaliteitsbeleid uitgewerkt in concrete doelstellingen. Bij 18 % is dit in ontwikkeling. Indien het uitwerken van het kwaliteitsbeleid in concrete doelstellingen nog in ontwikkeling is, geeft 50 % aan behoefte te hebben aan ondersteuning. De ervaringen met visitatie⁴ bevestigen dit.

De NVD wil de diëtist met het project “Kwaliteitsbeleid op afdelingsniveau” hulp bieden bij de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid. Het project is in opdracht van en in nauwe samenwerking met de NVD uitgevoerd door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Het project is gefinancierd door het College voor Zorgverzekeringen.

Doel

Doelstelling van het project is de ontwikkeling van een Handleiding voor het schrijven van een kwaliteitsbeleidsplan voor de afdelingen diëtetiek in zorginstellingen.

Werkwijze

De NVD heeft de werkgroep ‘Kwaliteitsbeleid op afdelingsniveau’ geformeerd, bestaande uit diëtisten uit verschillende werkvelden. (Zie: bijlage II) Er is een oproep geplaatst in ‘NVD Nieuws’ nr. 4 2002, met de vraag om toezending van kwaliteitsbeleidsplannen van de afdelingen diëtetiek. Dit heeft zes reacties opgeleverd. Bestudering ervan leverde informatie op over onderdelen die in de handleiding aandacht behoeven. Samen met een literatuurstudie en discussies binnen de werkgroep heeft dit geleid tot de twee documenten, die nu voor u liggen.

De werkgroep heeft besloten om een Raamwerk te ontwikkelen met apart een Handleiding. Het Raamwerk kan worden gebruikt als een kader om tot een eigen kwaliteitsplan te komen en kan naar wens worden aangepast. De Handleiding geeft aan hoe het Raamwerk ingevuld kan worden. Tevens wordt bij diverse onderdelen achtergrondinformatie gegeven. De documenten zijn te gebruiken door alle diëtisten werkzaam in zorginstellingen.

De NVD biedt het Raamwerk en de Handleiding aan via de website van de NVD. Leden kunnen de documenten gratis downloaden. Tegen vergoeding is het document digitaal verkrijgbaar via het secretariaat van de NVD.

Opbouw

De Handleiding bestaat uit twee onderdelen: in het eerste deel wordt ingegaan op de diëtistische zorg in relatie tot kwaliteit en kwaliteitsbeleid (plan) Het tweede deel omvat de praktische Handleiding te gebruiken bij het invullen van het Raamwerk.

² Zie: beleidsnota NVD 2000 – 2005.

³ Zie het rapport: “Kwaliteit geïmplementeerd? Inventarisatie van de stand van zaken met betrekking tot de implementatie van de Kwaliteitsborgingsnorm Diëtetiek” van het Nederlands Paramedisch Instituut in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (december 1999)

⁴ Zie het rapport: “BKPZ Programma Eindrapportage Project visitatie NVD”, bijlage XVII. Overzicht aanbevelingen.

Deel I. Kwaliteit en kwaliteitsbeleid in relatie tot diëtistische zorg.

1. Kwaliteit.

“Kwaliteit is de juiste dingen doen en de dingen juist doen”

Diëtisten kunnen zich bij het reflecteren op het eigen handelen de volgende vragen stellen: wat bied ik deze individuele patiënt⁵ of deze patiëntencategorie aan diëtistische zorg en hoe doe ik dat?

Bij het beantwoorden van deze vragen biedt de Nationale Raad voor Volksgezondheid (NRV) een bruikbaar kader dat helpt om alle aspecten de kwaliteit van zorg, binnen eigen beroepsuitoefening, inzichtelijk te maken.

Kwaliteitsaspecten van de beroepsuitoefening (NRV)	
kwaliteit van het methodisch, technisch handelen	- doeltreffendheid
	- deskundigheid
	- indicatiestelling
	- geschiktheid
	- veiligheid
kwaliteit van de attitude van de beroepsbeoefenaar	- zorgvuldigheid
	- respectvolle bejegening
	- informatiebereidheid
	- vertrouwensrelatie
kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening	- coöperatie
	- verantwoordingsbereidheid
	- continuïteit
	- beschikbaarheid
	- doelmatigheid
	- integrale zorg

Methodisch technische kwaliteitsaspecten staan in dit model naast attitude en organisatorische aspecten. De achterliggende filosofie is de opvatting dat de kwaliteit uiteindelijk wordt bepaald door een samenspel van de hierboven genoemde aspecten.

⁵ Voor patiënt kan in deze Handleiding ook gelezen worden cliënt of bewoner

Kwaliteit, die moet, die hoort en die kan.

In het begrip kwaliteit is een zekere hiërarchie te onderscheiden. Dit levert een andere manier van kijken naar kwaliteit op. We onderscheiden: kwaliteit die moet, kwaliteit die hoort en kwaliteit die kan.

Kwaliteit die moet bestaat uit eisen die tot de basis horen van de diëtistische zorg. Dit zijn de minimale eisen waaraan de zorg dient te voldoen. Een lager niveau is ondenkbaar en bedreigt op korte termijn het imago en de continuïteit. Hieronder vallen de kwaliteitseisen en normen gesteld door de wetgeving en door de beroepsgroep (NVD), gelegitimeerde (goedgekeurde) documenten zoals protocollen en richtlijnen. Zo stelt de Kwaliteitswet Zorginstellingen dat 'verantwoorde' zorg doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht moet zijn. In bijlage III vindt u een overzicht van de kwaliteitswetgeving.

Kwaliteit die hoort bestaat uit het bieden van diëtistische zorg volgens algemeen aanvaarde waarden en normen. Dit is kwaliteit, die de klant verwacht.

Kwaliteit die kan is kwaliteit die de klant niet verwacht maar wel waardeert. Het is het stukje extra waardoor de patiënt niet alleen wordt geholpen, maar zich als persoon herkend en bevestigd voelt. Een voorbeeld is het verzorgen van een internetsite met up to date informatie voor patiënten.

De indeling kan toegepast worden als hulpmiddel bij het stellen van prioriteiten

Patiëntenperspectief

Maatschappelijk gezien is de laatste decennia de aandacht voor kwaliteit toegenomen. Kenmerkend voor de gezondheidszorg is de enorme wetenschappelijke vooruitgang, gekoppeld aan een sterke groei van het aantal zorgverleners, zorgvoorzieningen en zorgvragers. Toegenomen kosten maken kostenbeheersing en bezuinigingen noodzakelijk. Patiënten zijn mondiger geworden en eisen inspraak. Patiënten willen zorg aangepast aan eigen individuele behoeften en wensen. Aandacht voor integrale zorg blijkt meer dan ooit nodig.

Vanuit het perspectief van patiënten staan - bij het begrip kwaliteit - zes resultaatgebieden centraal:

- 1) Veilige zorg. Medische fouten en risico's (bijvoorbeeld ziekenhuisinfecties, medicatiefouten) moeten worden vermeden.
- 2) Effectieve zorg. Het bieden van zorg gebaseerd op wetenschappelijke kennis waarbij teveel en te weinig gebruik van de zorg moet worden vermeden.
- 3) Patiëntgerichte zorg. De patiënt wordt centraal gezet, waardoor er zorg wordt geboden met respect voor de patiënt en vanuit de behoeften en omstandigheden van de individuele patiënt⁶
- 4) Efficiënte zorg. Vermeden moet worden verspilling van middelen, voorzieningen, tijd, ideeën en energie
- 5) Tijdigheid van de zorg. De zorg bieden op het juiste moment, onder meer door het verminderen van wachttijden en wachtlijsten.
- 6) Gelijkheid / toegankelijkheid van de zorg. Vermeden moet worden dat de zorg niet voor iedereen gelijk toegankelijk is. Hierbij kan worden gedacht aan de toegankelijkheid voor allochtonen en voor mensen, die minder mondig zijn of een lager sociaal-economische status hebben of geografisch ongunstig wonen.

De resultaatgebieden vanuit patiëntenperspectief geeft aan waar de zorg aan moet voldoen. De kwaliteitsaspecten van de beroepsuitoefening biedt de diëtist een theoretisch kader om te kijken naar de aspecten, die (in combinatie) de kwaliteit leveren.

⁶ Zie: 'De diëtist; de kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief' uitgave van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2001

2. Kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid

Werken aan kwaliteit vraagt om reflectie: "Doen wij de juiste dingen en doen wij de dingen juist". Dit is enerzijds een continu proces van zelfreflectie tijdens en na iedere activiteit. Zo biedt POR de mogelijkheid om ieder consult te evalueren. Anderzijds is het nodig om regelmatig de totale diëtistische zorg te inventariseren en te evalueren om vast te kunnen stellen: wat doen we goed en moeten we vast zien te houden en wat kan beter en hoe gaan we dit dan aanpakken? Met andere woorden: wat is ons kwaliteitsbeleid?

Kijken op bovengenoemde manier naar kwaliteit vraagt om een open cultuur, waar fouten niet onmiddellijk worden bestraft, maar vooral worden gezien als een kans / uitdaging om de zorg te kunnen verbeteren. Immers in een cultuur van straffen, van elkaar afkraken, kunnen mensen zich niet open, eerlijk en kwetsbaar opstellen. Een open cultuur ontstaat wanneer mensen, met respect voor elkaar, op een positieve manier feedback geven. Dit vraagt van iedere hulpverlener een attitude van continu willen leren.

Kwaliteitsbeleidsplan.

In een kwaliteitsbeleidsplan worden plannen beschreven met aandacht voor alle eerder genoemde aspecten van de NRV en voor de resultaatgebieden vanuit patiëntenperspectief. Een kwaliteitsbeleidsplan is een beleidsplan met kwaliteit als uitgangspunt. Was het vroeger, in de "traditionele" jaarverslagen en beleidsplannen, voldoende om een beschrijving te geven van de activiteiten met productiecijfers en een begroting, tegenwoordig is het noodzakelijk om de kwaliteit ervan te benoemen en te evalueren. Dit is wettelijk ook verplicht. (zie bijlage III)

In een kwaliteitsbeleidsplan worden achtereenvolgens vastgelegd: de huidige situatie, de gewenste situatie en de manier waarop de gewenste situatie zal worden gerealiseerd. Dit laatste wordt uitgewerkt in een activiteitenplan. Een kwaliteitsbeleidsplan van de afdeling diëtetiek geeft antwoord op de volgende vragen:

- welke diëtistische zorg wordt nu geleverd (terugblik, een verslag van het afgelopen jaar) en wat is de kwaliteit hiervan?
- welke activiteiten zijn de afgelopen periode ontplooid om de kwaliteit te verbeteren en/of te handhaven en wat is het resultaat hiervan?
- welke diëtistische zorg is wenselijk? Of: welke doelen stellen wij?
- welke activiteiten gaan we uitvoeren: wie gaat wat, wanneer en hoe doen?
- welke middelen (materieel en personeel) vragen deze activiteiten?
- waarop en hoe evalueren we?

Kwaliteitsbeleid is een cyclisch gebeuren: na een vooraf vastgestelde periode (meestal jaarlijks) wordt het beleid geëvalueerd. Opnieuw wordt de huidige situatie in kaart gebracht: wat is gerealiseerd en wat niet, inclusief een analyse van oorzaken en gevolgen. Vervolgens wordt de gewenste situatie opnieuw vastgesteld; vakinhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen vragen namelijk om aanpassing. Een activiteitenplan voor de volgende periode wordt vastgesteld.

Ter illustratie een voorbeeld: bij de inventarisatie van de huidige zorg blijkt dat 20% van de patiënten met Diabetes Mellitus type 2 tenminste één keer per jaar door de afdeling diëtetiek worden gezien. In het kwaliteitsbeleidsplan wordt vervolgens beschreven welke zorg wenselijk is (100%) inclusief onderbouwing. (bijvoorbeeld de NHG standaard) Vervolgens worden de middelen (aanpassing verwijsbeleid, extra spreekuren, spreekkamer) en het personeelsbeleid, die hiervoor nodig zijn beschreven. Op dit te bereiken wordt tenslotte in

een activiteitenplan aangegeven wie wat, wanneer gaan doen en op welke termijn dit gerealiseerd is. Na een jaar wordt geëvalueerd en het beleid waar nodig aangepast.

Voordelen van een kwaliteitsbeleidsplan.

De voordelen van het maken van een kwaliteitsbeleidsplan zijn groot. (Zie kader) Als de plannen zijn gerealiseerd dan is het uiteindelijke resultaat dat enerzijds de patiënt meer volgens de nieuwste inzichten patiëntenzorg aangeboden krijgt, aangepast aan de maatschappelijke ontwikkelingen en wensen van de patiënt. Anderzijds werkt de diëtist met meer plezier. De samenwerking zal verbeteren als helder is waar de afdeling voor staat en welke activiteiten afgesproken zijn. Met als gevolg minder stress en minder routinematig werken

Het vaststellen en vastleggen van een kwaliteitsbeleidsplan kost tijd. Echter als het plan er eenmaal ligt, werkt het tijdsbesparend omdat iedereen weet wat er moet gebeuren en de activiteiten beter op elkaar worden afgestemd. Dubbel werk en tijdsbesteding aan activiteiten zonder prioriteit worden voorkomen. Door een realistische tijdsplanning te maken voor de uitvoering van deze activiteiten en hiervoor tijd te reserveren, blijkt dat er ook daadwerkelijk ruimte is voor de uitvoering ervan.

Voordelen van een kwaliteitsbeleidsplan.

Het gezamenlijk beschrijven van het kwaliteitsbeleid heeft vele voordelen:

- Het maakt alle betrokkenen duidelijk welke richting de afdeling op wil. (vaststellen gewenste zorg)
- Er treedt bewustwording op van de huidige diëtistische zorg: wat gaat goed en wat kan nog beter.
- Er worden samen prioriteiten gesteld met als uitgangspunt: hoe optimaliseren we de diëtistische zorg. Deze prioriteiten worden gesteld vanuit de geformuleerde doelstellingen (gewenste zorg)
- Door het activiteitenplan wordt voorkomen dat de afdeling blijft steken in goede voornemens Het maakt duidelijk welke activiteiten, hoe, wanneer en door wie worden uitgevoerd.
- Het biedt de mogelijkheid om het uitgevoerde beleid te evalueren en bij te stellen.
- Het brengt samenhang in alle kwaliteitsbevorderende activiteiten, waardoor dit optimaal en gericht kan worden benut.
- Het kan worden gebruikt voor afstemming met andere disciplines (concepten met elkaar bespreken)
- Het geeft het management en directie informatie
- Het activiteitenplan maakt helder welke middelen nodig zijn om de activiteiten te kunnen uitvoeren. Door het management de beleidsplannen te laten accorderen, zijn voorwaarden geschapen voor de uitvoering ervan (middelen als personeel, budget en samenwerking met andere afdelingen)
- Het is een uitstekend instrument om de afdeling te profileren naar verschillende relaties zowel intern als extern zoals hulpverleners, zorgverzekeraars en patiëntenplatforms
- Het kan een bijdrage leveren aan het kwaliteitsbeleidsplan en het -verslag van de instelling
- Het biedt de mogelijkheid om verantwoording af te leggen over kwaliteitsbeleid en de verleende zorg (de instelling is dit wettelijk verplicht)

De uitvoering.

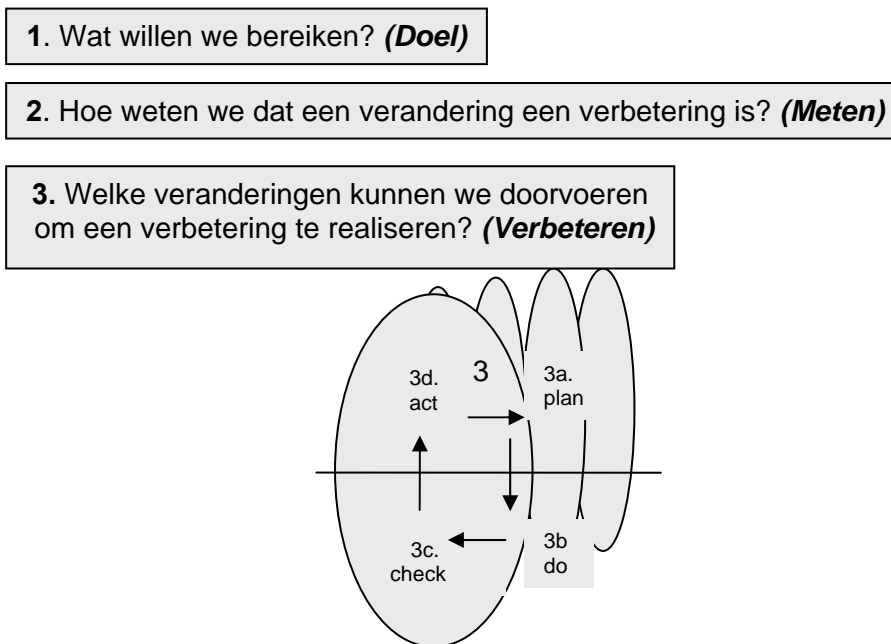
Een kwaliteitsbeleidsplan is een middel. Het doel ervan, de beoogde verbetering en borging van de kwaliteit van de diëtistische zorg, zal pas bereikt worden als de plannen ook worden uitgevoerd. Besloten kan worden om een activiteit op te pakken als een verbeterproject. Hulpmiddel hierbij is de Nolan -methode. (zie figuur 1) De kwaliteitscirkel staat voor het plannen van de verandering (3a. plan), gevolgd door het kleinschalig uittesten van de verandering (3b. do) In de check –fase (3c, check) bekijken we of de aanpassing ook een daadwerkelijke verbetering is. Dit wordt gevolgd door het aanpassen van de verandering of het definitief invoeren. (3d act)

Aan de kwaliteitscirkel zijn drie vragen toegevoegd. De theorie hierachter is dat snelle verbeteringen mogelijk zijn als de volgende vragen beantwoord zijn:

- 1) Wat willen we bereiken?
- 2) Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?
- 3) Welke veranderingen kunnen we doorvoeren om een verbetering te realiseren?

Na het beantwoorden van deze drie vragen wordt de kwaliteitscirkel doorlopen.

Figuur 1: verbeterproject met de Nolan -methode⁷



⁷ Bron: G.J. Langley, K.M. Nolan, T.W. Nolan "The foundation of improvement", Quality Process, June 1994, pp.81-87

Deel II. “De Handleiding voor een kwaliteitsbeleidsplan voor afdelingen diëtetiek in instellingen”

Toelichting.

De Handleiding geeft een toelichting op het Raamwerk voor het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleidsplan voor afdelingen diëtetiek in zorginstellingen.

Het Raamwerk bestaat uit de volgende onderdelen:

- Instructie voor het gebruik.
- Titelblad, inhoudsopgave en inleiding.
- Hoofdstuk 1. Missie en visie.
- Hoofdstuk 2. De huidige situatie.
- Hoofdstuk 3. Analyse van de huidige situatie.
- Hoofdstuk 4. De gewenste situatie.
- Hoofdstuk 5. Activiteitenplan.

De Handleiding volgt de indeling van het Raamwerk.

Tips bij het schrijven van het kwaliteitsbeleidsplan.

- Belangrijk is om allereerst gezamenlijk vast te stellen waarom (motieven) en voor wie u een kwaliteitsbeleidsplan wilt maken. Dit heeft twee redenen: ten eerste bepalen motieven en doelgroepen de inhoud. Daarnaast maakt deze bewustwording dat iedereen doordrongen raakt van het belang en daardoor gemotiveerd aan de slag gaat. Leg deze punten vast. Deze kunt u gebruiken bij het schrijven van de inleiding.
- Maak van het kwaliteitsbeleidsplan een document waarin de diëtisten en de andere hulpverleners van de instelling zich goed kunnen herkennen. Maak het levendig; hoe specifieker des te meer collega's zich aangesproken voelen tot de realisatie ervan.
- Vermijd abstractie door te formuleren in termen van patiëntengroepen en concrete activiteiten.
- Maak het uzelf niet te moeilijk. Begin met een eerste versie voor intern gebruik binnen eigen afdeling. Gebruik het als een praktisch werkdocument; evalueer bijvoorbeeld ieder kwartaal in hoeverre de afdeling de geplande activiteiten heeft gerealiseerd. Streef jaarlijks naar verbetering.
- Houd bij het schrijven rekening met uw doelgroepen. Een document voor het management kan kort en zakelijk zijn, voor de eigen afdeling vooral praktisch. Als u het kwaliteitsbeleidsplan buiten de eigen instelling wilt verspreiden is een professionele uitstraling qua inhoud en lay-out erg belangrijk. Voor de inhoud geldt dat een collega diëtist andere informatie wil dan bijvoorbeeld een arts, een patiënten consumenten platform of een ziektekostenverzekeraar.
- In veel instellingen werkt een kwaliteitsfunctionaris, die u om ondersteuning en om informatie kunt vragen bijvoorbeeld over het instellingskwaliteitsbeleid.
- Wanneer u solistisch werkt is het handig om samenwerking te zoeken met collega's die werken in een vergelijkbare instelling. Samen visie en doelen formuleren en vervolgens kijken naar wat gezamenlijk kan worden opgepakt werkt stimulerend en uiteindelijk tijdbesparend. Hierbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld de ontwikkeling van behandelprotocollen, patiëntenvoorlichtingsmateriaal en aan intervisie en casuïstiekbespreking.
- Vermijd dubbel werk door in het plan te verwijzen naar andere documenten, zoals het kwaliteitsbeleidsplan en –verslag of andere beleidsdocumenten van de instelling. Voeg deze eventueel (in een samenvatting) als bijlage bij het document voor extern gebruik.

- Pas, indien de werksituatie hierom vraagt, het Raamwerk aan. Zo kan de instelling voorwaarden stellen aan het kwaliteitsbeleidsplan van de afdeling.
 - Geef waar nodig een bronvermelding
 - De kwaliteitsborgingnorm⁸ van de instelling en afdeling geeft een beschrijving van wat nodig is op het gebied van kwaliteit. Dit kan punten opleveren voor het kwaliteitsbeleidsplan.
 - Verlevendig het document met toepasselijke illustraties en statements
 - Geeft u veel informatie? Maak dan een samenvatting, die voor een grotere doelgroep geschikt is en beperk de volledige versie voor intern gebruik.

Instructie

In het raamwerk ziet u de aanduiding ☺ Waar dit teken staat moet aanvullend informatie worden gegeven. De handleiding geeft een toelichting. De handleiding volgt de indeling van het raamwerk.

Titelblad.

Op deze pagina meldt u de naam van de instelling en de periode waarvoor het kwaliteitsbeleidsplan is geschreven

Tip: geef een aansprekende (sub-) titel waarmee u de strekking van de inhoud van het plan weergeeft.

Inhoudsopgave

Geef de juiste paginanummering in de inhoudsopgave

⁸ De Kwaliteitsborgingsnorm diëtetiek, uitgave NVD, 1996

Inleiding.

In de inleiding van het kwaliteitsbeleidsplan beschrijft u achtereenvolgens:

- De aanleiding voor het opstellen van het kwaliteitsbeleidsplan.
Als u voor het eerst een kwaliteitsbeleidsplan schrijft, geeft u aan wat de concrete aanleiding is geweest.

Tip: al eerder een kwaliteitsbeleidsplan geschreven? Geef dan een positieve ervaring, waaruit blijkt dat het een zinvolle activiteit is.

- Doel en motieven voor het schrijven van een kwaliteitsbeleidsplan.
Het achterliggende doel is het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Geef een aantal motieven, die voor uw afdeling het belangrijkste zijn. In deel I vindt u onder andere in het kader "voordelen van een kwaliteitsbeleidsplan" ideeën om te gebruiken.

Tip: probeer zoveel mogelijk de woorden te gebruiken, die binnen de afdeling worden genoemd. Dit vergroot de herkenbaarheid en de betrokkenheid.

- De doelgroep(-en) van het kwaliteitsbeleidsplan.
Geef aan voor wie u het document schrijft. Denk hierbij aan:
 - diëtisten werkzaam op eigen afdeling
 - directie, management van eigen instelling
 - andere zorgaanbieders binnen de instelling
 - andere zorgaanbieders, collega's buiten de instelling
 - verwijzers,
 - zorgverzekeraars
 - regionaal patiënten / consumenten platformBegin met de belangrijkste doelgroep.

Tip: controleer bij " motieven" of alle doelgroepen zijn genoemd en visa versa.

- De inhoud van het kwaliteitsbeleidsplan.
Zie Raamwerk

Hoofdstuk 1. Missie en visie

De missie, visie en activiteitenplannen van de instelling dienen als uitgangspunt voor de ontwikkeling van het beleid van de afdeling diëtetiek.

1.1. Missie en visie van de instelling

De missie geeft het bestaansrecht van de organisatie aan. De visie geeft een verklaring wat de organisatie over vijf jaar wil zijn. Geef bij de missie en visie van de instelling een bronvermelding.

Tip: Het kan zijn dat de instelling missie en visie niet zo specifiek omschreven heeft. Vraag in dat geval aan leidinggevende / manager of hij informatie kan geven.

Tip: Bestudeer ten behoeve van multidisciplinaire afstemming, de missie en visie van relevante disciplines binnen eigen instelling en verwijst hier zo nodig naar.

1.2. Missie en visie van de afdeling diëtetiek:

Als de missie en visie van de instelling is beschreven, kan de afdeling daarvan afgeleid haar eigen missie en visie formuleren.

De missie.

Maak de vertaalslag naar hetgeen de diëtist specifiek aan zorgverlening bijdraagt en onmisbaar maakt.

De NVD heeft haar missie als volgt verwoord:

De diëtist is de specialist in voeding en diëten en de manager van voedingszorgplannen. De diëtist kan als geen ander begeleiding geven aan patiënten om een gewenst voedings -patroon te realiseren met als resultaat herstel van ziekte en/of behoud van kwaliteit van leven. De wensen van de patiënt staan centraal bij het gegeven advies⁹

De visie.

Maak ook hier de vertaalslag naar hetgeen de diëtist specifiek aan zorgverlening bijdraagt. (afgeleid van de missie van de afdeling)

Maak de visie:

- Haalbaar, dat wil zeggen, het kan in werkelijkheid worden gerealiseerd.
- Authentiek dat wil zeggen oorspronkelijk, niet alleen uit mooie woorden, eerlijk.
- Verrijkend, dat wil zeggen, draagt bij aan de ontwikkeling van alle betrokkenen.
- Uitdagend, dat wil zeggen boeiend, aantrekkelijk, nodigt uit om een bijdrage te leveren.
- Vertrouwen uitstralend naar de toekomst.

Een visie wordt breed geformuleerd zodat deze voor een lange tijd (zo'n vijf jaar) geldig is.

Een visie bestaat uit een omschrijving van de belangrijkste taakgebieden (patiëntenzorg, onderwijs, onderzoek) met, gelet op ontwikkelingen, de aandachtspunten voor de komende vijf jaar. Benoem de kenmerken, die u over vijf jaar wilt vertonen; waar u voor staat! Geef waar relevant een aparte visie op wat patiënten en zijn naasten, collega diëtisten en collega hulpverleners van u / van de afdeling diëtetiek mogen verwachten. Denk hierbij ook aan afstemming met andere disciplines

⁹ Bron: Jaarbericht 2000 van de NVD (pag. 5)

Een voorbeeld van een missie en visie van een diëtist werkzaam in een algemeen ziekenhuis.

Missie:

Patiënten ontvangen die voedings- en dieetzorg, die maximaal bijdraagt tot herstel van ziekte en/of behoud van kwaliteit van leven.

Visie:

De diëtist is de specialist op het gebied van voeding en diëten en voedingszorgplannen. De diëtist kan als geen ander de voedingstoestand bepalen en begeleiding geven aan patiënten om een gewenst voedingspatroon te realiseren met als resultaat herstel van ziekte en/of behoud van kwaliteit van leven. Alle disciplines zien voedings- en dieetzorg als integraal onderdeel in de behandeling, erkennen de specifieke rol en deskundigheid van de diëtist en handelen hier ook naar.

Uitgangspunten zijn:

- de diëtist behandelt patiënten zoals hij¹⁰ zelf ook behandeld wil worden, met respect voor elkaar en afgestemd op de persoonlijke behoeften van de patiënt;
- de zorg is doeltreffend, doelmatig en gebaseerd op reële behoefte van de patiënt;
- aandacht voor de voedingstoestand behoort tot de basiszorg;
- verwijzing vindt, conform de wet BIG, plaats door een arts;
- de dieetbehandeling van de patient geschiedt vanuit multidisciplinaire invalshoek.

De multidisciplinaire samenwerking en het benutten van de deskundigheid van elke hulpverlener staan centraal:

- de diëtist waakt, in goede afstemming met de medisch specialist en verpleegkundige, ervoor dat bij alle patiënten de voedingstoestand in de zorg wordt meegenomen;
- de diëtist en de medisch specialist zijn samen verantwoordelijk voor een goed protocollair verwijsbeleid. Dit vraagt van de diëtist dat zij optimaal inzicht moet geven in de mogelijkheden van de diëtetiek;
- de dieettherapie is geïntegreerd in het totale behandelplan;
- de diëtist garandeert de continuïteit van zorg door overdracht naar andere hulpverleners binnen en buiten de instelling;
- de diëtist heeft samen met relevante disciplines een signalerende en uitvoerende taak ten aanzien van deskundigheidsbevordering van de hulpverleners (verpleging, artsen, koks, voedingsassistenten) op het gebied van voeding en diëtetiek.

De benadering van de diëtist naar de andere disciplines is pro-actief. Actief worden anderen benaderd voor bijvoorbeeld de ontwikkeling en bijstelling van behandelprotocollen.

De afdeling diëtetiek wil een klimaat creëren waarin mensen (binnen de afdeling maar ook naar andere hulpverleners) elkaar willen en durven aan te spreken op de kwaliteit van de geleverde zorg.

¹⁰ Waar hij staat kan ook worden gelezen zij

Hoofdstuk 2. De huidige situatie.

De huidige situatie geeft een beschrijving van de huidige stand van zaken van de afdeling diëtetiek. Gedacht wordt aan een korte omschrijving van de afdeling met daarna een historisch overzicht van de resultaten van de afdeling diëtetiek van het afgelopen jaar. Zo'n verslag maakt concreet wat er gedaan is en welke activiteiten zijn ondernomen om de kwaliteit van zorg te garanderen of te verbeteren. Dit is nodig om vast te kunnen maken wat er nog gedaan moet worden. Het betreft niet alleen de kwaliteit van de patiëntenzorg maar ook de beschikbaarheid van middelen (materialen, personeel) om deze zorg te kunnen realiseren.

Afhankelijk van de situatie in uw instelling kunt u kiezen uit twee mogelijkheden:

- Het kwaliteitsbeleidsplan geeft een volledig kwaliteitsjaarverslag. Op deze manier kan worden volstaan met één notitie waarin het kwaliteitsjaarverslag wordt gekoppeld aan het beleidsplan. Een apart jaarverslag is dan overbodig.
- Een korte samenvatting wordt gegeven met een verwijzing naar het jaarverslag. In het Raamwerk is gekozen voor een korte samenvatting van het jaarverslag.

Achtereenvolgens wordt een beschrijving gegeven van de organisatie, de gerealiseerde patiëntenzorg, de gerealiseerde kwaliteitszorg en wat volgens planning is gerealiseerd. De afdeling diëtetiek is een onderdeel van een groter geheel, de instelling. Om de situatie van de afdeling te kunnen beoordelen is het belangrijk om over gegevens van de instelling te beschikken. Geef bij ieder onderdeel de relevante gegevens van de instelling.

2.1. De organisatie.

Geef een omschrijving waar de afdeling organisatorisch onder valt, eventueel met een organogram. Meldt het aantal personen werkzaam op de afdeling, inclusief formatie. Vermeld eventuele differentiatie en specialisatie zoals secretariële ondersteuning.

Geef kernachtig de taken van de afdeling en het verwijsbeleid en de samenwerking met andere disciplines. (intern en extern)

Beschrijf daarna de personele bezetting van het afgelopen jaar. (ziekteverzuim, zwangerschapsverlof en vacatures).

Tip: geef de cijfers van het ziekteverzuim van zowel de afdeling als de instelling. Dit maakt vergelijken mogelijk.

2.2. De gerealiseerde patiëntenzorg.

Belangrijk is een overzicht van de productiecijfers, liefst over meerdere jaren om trends in kaart te brengen. Maak onderscheid tussen eerste consulten en vervolconsulten en indien van toepassing tussen klinisch en poliklinische consulten. Naar behoefte kunnen de cijfers worden gesplitst per patiëntencategorie of per medisch specialisme of per afdeling. Cijfers op afdelingsniveau kunnen worden vergeleken met de cijfers op instellingsniveau.

Toelichting: de trend van het totaal aantal eerste - en vervolconsulten geeft informatie, nodig om vast te kunnen stellen of de personele formatie voor de komende periode voldoet. Gedetailleerde cijfers over patiëntenaantallen per categorie, gekoppeld aan de gegevens van de instelling, geven informatie over het percentage verwijzingen.

Tip: geef alleen, die gegevens, die relevant zijn voor het kwaliteitsbeleidsplan. Bijvoorbeeld: een overzicht van het aantal consulten van patiënten bij de medisch specialisten per aandoening / patiëntencategorie (of het aantal nieuwe bewoners in het verpleeghuis) is alleen zinvol als dit gekoppeld wordt aan het percentage verwijzingen naar de diëtist.

2.3. De gerealiseerde kwaliteitszorg.

Beschrijf de activiteiten, die het afgelopen jaar zijn verricht om de kwaliteit te bevorderen en te bewaken. Denk hierbij aan de volgende instrumenten en activiteiten:

- Deskundigheidsbevordering, zoals het volgen en geven(!) van bijscholing.
- Stagebegeleiding. (feedback van stagiair)
- Wetenschappelijk onderzoek.
- (Multidisciplinaire) protocollen en participatie in werkgroepen. (vastleggen van patiëntenzorg)
- Ontwikkeling van voorlichtingsmateriaal.
- Verbetering van het patiëntendossier, de rapportage (naar verwijzer en andere hulpverleners) en de overdracht naar collega diëtisten.
- Het waarborgen van de privacy van de patiënt, bijvoorbeeld bij het bewaren dossiers.
- De kwaliteitsborgingsnorm.
- Reflectie door middel van intercollegiale toetsing, intervisie, casuïstiekbespreking, visitatie en dergelijke.
- Inspraak van patiënten bij de kwaliteitsbeoordeling en het resultaat ervan. (bijvoorbeeld patiëntenenquête)
- Meldingen klachten en incidenten patiëntenzorg en welk gevolg de afdeling hieraan heeft gegeven.
- Functioneringsgesprekken.

Tip: maak een logische indeling. Bijvoorbeeld door te beginnen met activiteiten van de afdeling waar geen andere disciplines bij betrokken zijn (zoals intervisie) Beschrijf vervolgens de multidisciplinaire activiteiten (zoals de ontwikkeling van behandelprotocollen met meerder disciplines) en daarna alle activiteiten die instellingbreed worden opgepakt zoals de kwaliteitsborgingnorm. Noem tenslotte de activiteiten met hulpverleners buiten de instelling. (zoals richtlijnontwikkeling voor de NVD)

Tip: vergeet niet te vermelden het aantal meldingen incidenten en klachten van de afdeling diëtetik. Vergelijk, indien relevant, deze met de cijfers van voorgaande jaren en /of de hele instelling.

2.4. Planning en realisatie.

Geef aan of de gemaakte afspraken ten aanzien van de gerealiseerde patiëntenzorg en ten aanzien van de gerealiseerde kwaliteitszorg volgens planning zijn uitgevoerd en welke activiteiten nog lopen. Dit kunnen interne afspraken zijn gemaakt met collega diëtist(-en) of afspraken met het management / leidinggevende al dan niet vastgelegd in het kwaliteitsbeleidsplan van het vorige jaar.

Hoofdstuk 3. Analyse van de huidige situatie.

Bij de analyse van de huidige situatie worden de sterke en zwakke punten van de afdeling in kaart gebracht. (interne analyse) Daarna wordt in de externe analyse gekeken naar ontwikkelingen in de omgeving van de afdeling (binnen en buiten eigen instelling) en wordt aangegeven of deze kansen en bedreigingen vormen voor de afdeling. Dit wordt een SWOT-analyse genoemd. SWOT staat voor Strengths (sterke punten) Weaknesses (zwakke punten), Opportunities (kansen) en Threats. (bedreigingen) Een uitvoerige SWOT analyse, zoals hieronder wordt beschreven, wordt in het algemeen niet ieder jaar herhaald. Een jaar later kan worden volstaan met een analyse van die onderdelen waar veranderingen zijn opgetreden.

Belangrijk is tijdens de analyse de vastgestelde missie en visie mee te nemen in de beoordeling en bij het formuleren van conclusies. Immers die bepalen de gewenste richting, 'waar wil de afdeling over vijf jaar zijn'. De gegevens uit hoofdstuk 2 (de huidige situatie) dienen als input voor de analyse. Na de analyse kunnen conclusies voor de afdeling worden getrokken en gewenste veranderingen voor de afdeling worden aangegeven. In Bijlage IV vindt u de analyse – instrumenten, inclusief een toelichting.

Tip: de analyse –instrumenten kunnen individueel worden ingevuld en daarna gezamenlijk worden besproken.

Tip: vindt u grote verschillen tussen de conclusies uit de analyse en de geformuleerde missie en visie? Dan heeft u of vanuit de geformuleerde missie en visie verkeerde prioriteiten geformuleerd of de missie en visie behoeft aanpassing.

In het kwaliteitsbeleidplan geeft u een korte beschrijving van de analyses, die zijn uitgevoerd. Geef vervolgens een samenvatting van de conclusies.

3.1. Interne analyse.

Bij een interne analyse worden sterke en zwakke onderdelen van de eigen afdeling in kaart gebracht. Gekeken wordt naar de organisatie, de communicatie, de strategische positie, kwaliteitszorg, aanbod van de afdeling, het zorgproces en dergelijke. Alle onderdelen zijn in bijlage IV.1 in tabelvorm opgenomen. De tabel geeft bij ieder onderdeel meerdere subitems. Het is de bedoeling dat bij ieder item wordt gekeken in hoeverre het onderdeel op dit moment goed geregeld of duidelijk is. De tabel voorkomt dat relevante onderdelen worden vergeten en dient als uitgangspunt voor discussie. Gezamenlijk wordt vastgesteld wat de sterke en zwakke punten van de afdeling zijn en wat prioriteit gaat krijgen.

Een voorbeeld. Bij het onderdeel "organisatie van de afdeling" wordt gevraagd naar de verdeling van taken en bevoegdheden binnen het team van diëtisten (vraag 1a) Zijn de taken helder? Is het altijd duidelijk wanneer de diëtist bevoegd is om zelfstandig op te treden en wanneer hij hiervoor het hoofd dient te raadplegen? Geef dan je oordeel "sterk" of "zwak". Aanbevolen wordt om voor de onderdelen, die zwak scoren te noteren, waarom u tot dit oordeel komt.

Tip: bekijk voor het invullen alle onderdelen van de lijst, zodat de indeling duidelijk is. Dit vergemakkelijkt het invullen. Een tweede voordeel is dat, bij het missen van een item, de lijst nog kan worden aangevuld.

Tip: als u ervoor kiest om een gedeelte van de analyse uit te voeren, bestudeer dan in ieder geval onderdeel 8: kwaliteitszorg en onderdeel 10: de visie en aanbod van de afdeling.

3.2. Externe analyse.

Bij de externe analyse gaat het om een systematische verkenning van de omgeving van de afdeling (binnen en buiten eigen instelling) voor zover relevant voor de afdeling diëtetiek. Allereerst wordt de omgeving in kaart gebracht vervolgens worden naar de ontwikkelingen gekeken en of deze ontwikkelingen een kans en/of een bedreiging vormen voor de afdeling.

3.2.1. Hoe ziet de omgeving eruit?

In kaart wordt gebracht met welke partijen binnen en buiten eigen instelling de afdeling te maken heeft. Voor partijen binnen eigen instelling biedt het interne analyse instrument aanknopingspunten. Voor partijen buiten eigen instelling: denk aan externe hulpverleners, voedingsindustrie, patiëntenplatforms, zorgverzekeraars, onderwijsinstellingen en de NVD. Vervolgens wordt gekeken hoe belangrijk de relatie is en wat de kwaliteit is van de relatie. Bijlage IV.2. geeft een formulier dat hiervoor te gebruiken is

Ter illustratie een voorbeeld. De afdeling diëtetiek begeleidt stagiaires. Als partij wordt omschreven de opleiding diëtetiek. Gediscussieerd wordt over het belang van de relatie. Deze wordt belangrijk gevonden. Afstemming is nodig om er onder andere voor te zorgen dat een stagiaire komt met de juiste verwachtingen t.a.v. de stageplaats. Vervolgens wordt geconcludeerd dat er weinig contacten zijn met de opleiding en dat er niet gesproken wordt over de verwachtingen van de stagiair. De huidige contacten wisselen sterk omdat continuïteit bij de stagebegeleiding vanuit de opleiding ontbreekt en steeds een andere diëtist begeleider en contactpersoon naar de opleiding is. Geconcludeerd wordt dat de kwaliteit van de relatie beter kan.

3.2.2. Ontwikkelingen in de omgeving

Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen die zich in de omgeving van de afdeling voordoen? Hierbij kan gedacht worden aan financiële of demografische ontwikkelingen, of aan ontwikkelingen in wet - en regelgeving, beleidsontwikkelingen, ontwikkelingen in de vraag naar de beroepsgroep, ontwikkelingen in samenwerking met andere partijen/organisaties, enzovoort. Alle relevante ontwikkelingen worden benoemd. Vervolgens wordt gediscussieerd of de ontwikkeling een kans of een bedreiging vormt voor de afdeling en in hoeverre de afdeling er zelf invloed op kan uitoefenen. Bijlage IV.2. geeft een formulier dat hiervoor te gebruiken is.

Ter illustratie een voorbeeld. De cijfers van de gerealiseerde patiëntenzorg van de instelling laat de laatste drie jaren een sterke toename zien van het aantal nieuwe patiënten met chronisch hartfalen. (ontwikkeling)

Het blijkt dat de stijging van consulten bij de diëtist niet analoog toeneemt. Dit is beïnvloedbaar door een duidelijk verwijsbeleid te ontwikkelen. (kans) Sommige specialisten zien onvoldoende het belang in van begeleiding van de diëtist. (bedreiging) Dit is deels beïnvloedbaar door onder meer met deze specialisten een gesprek aan te gaan (literatuur of eigen gegevens aanbieden over effecten van dieetzorg) Als ander punt wordt genoemd dat de afdeling deze patiëntengroep zelf heeft verwaarloosd. De voorlichting en begeleiding kunnen beter, de continuïteit van zorg binnen de afdeling is niet goed. (kans)

	Beïnvloedbare ontwikkeling
Kans	1) Toename aantal patiënten met chronisch hartfalen (ontwikkeling verwijsbeleid, dieetvoorlichting en begeleiding verbeteren)
Bedreiging	1) Specialist verwijst onvoldoende patiënten met chron. Hartfalen (in gesprek: met verwijsbeleid + literatuur) enz

3.3. Conclusies.

Uit de analyse (zie onderdeel 3.1. en 3.2.) worden conclusies getrokken:

- Wat is sterk/goed ontwikkeld en op welke wijze kan de afdeling dit handhaven?
- Wat is zwak minder goed ontwikkeld en hoe kan de afdeling dit verbeteren?
- Welke ontwikkelingen creëren kansen en hoe kan de afdeling deze te benutten?
- Welke ontwikkelingen veroorzaken bedreigingen en hoe kan de afdeling deze ombuigen naar kansen?

Zie bijlage IV.3. Aanbevolen wordt om dit ingevulde formulier integraal over te nemen in het kwaliteitsbeleidsplan.

Ter illustratie een voorbeeld.

Sterk / goed ontwikkeld is	Wijze van handhaven / borgen
1. dieetbegeleiding op de dialyse afdeling.	<ul style="list-style-type: none"> • twee maal per jaar een klinische les geven • jaarlijks gesprek met artsen, • consequent naar multidisciplinaire bespreking.
2.	
Zwak minder goed ontwikkeld is	Hoe te verbeteren
1. Poliklinische enterale voedingszorg.	<ul style="list-style-type: none"> • ontwikkeling multidisciplinair behandelprotocol • ontwikkeling goede overdracht extern
2.	
Ontwikkelingen, die kansen creëren	Hoe te benutten
1. toename patiënten met chronisch hartfalen	<ul style="list-style-type: none"> • literatuurstudie en resultaten dieettherapie bespreken met specialisten, • ontwikkelen dieetbehandelprotocol inclusief verwijfsbeleid.
2.	
Ontwikkelingen, die bedreigingen veroorzaken	Hoe om te buigen naar kansen
1. Toename consulten met te krappe formatie	Met cijfers en motivatie in gesprek met management
2.	

Hoofdstuk 4. De gewenste situatie.

De visie van de afdeling met de conclusies uit de interne en externe analyse geven de input voor het formuleren van concrete doelen. Deze doelen worden SMART geformuleerd, dat wil zeggen Specifiek, Meetbaar, Aanwijsbaar, Reëel en Tijdgebonden.

De Smartformulering zorgt voor concrete en meetbare doelen:

S = specifiek.	Het doel is concreet en specifiek geformuleerd en heeft betrekking op één aspect. Voor iedereen is duidelijk wat wordt bedoeld.
M = meetbaar.	Het doel wordt uitgedrukt in maat en getal.
A = aanwijsbaar	In het doel staat wie er kan worden aangesproken op het nakomen ervan
R = reëel	Het doel is haalbaar en acceptabel voor alle betrokkenen. Het doel wordt algemeen aanvaard
T = tijdgebonden	In het doel wordt opgenomen wanneer dit bereikt moet zijn

Belangrijk is om deze doelen in termen van resultaat te benoemen. Deze worden vervolgens ingedeeld in doelen gericht op korte of lange termijn.

Mogelijke werkwijze: alle diëtisten formuleren individueel een aantal ambitieuze doelen, die zij over een vijftal jaren bereikt willen hebben. Vervolgens worden deze doelen gezamenlijk geanalyseerd en bijgesteld. Voor elk doel wordt een motivatie gegeven en het te bereiken resultaat. In bijlage V vindt u een formulier, dat u hiervoor kunt gebruiken.

Tenslotte worden prioriteiten gesteld. Wat plannen we voor het komende jaar en wat op langere termijn? Dit is van belang om niet te verzanden in alle mogelijkheden die er zijn.

Ter illustratie een voorbeeld.

Doel:	uiterlijk december 2003 worden patiënten, die in aanmerking komen voor enterale voeding op de polikliniek, op een juiste wijze (d.w.z. volgens protocol) behandeld.
Motivatie:	een toename van patiënten met een slechte voedingstoestand op de polikliniek. Er is geen beleid. Het gevolg is dat patiënten niet of te laat enterale voeding krijgen. Tevens is onduidelijk wie, wat, op welke wijze doet met als gevolg dat de patiënt niet de verantwoorde zorg krijgt.
Het resultaat:	een multidisciplinair behandelprotocol inclusief (contra) indicaties enterale voeding voor de poliklinische patiënt en een voedingsscreeningslijst voor de arts (signalering)

Tip: bij het begrip kwaliteit, op het niveau van de patiënt, worden zes resultaatgebieden onderscheiden. Deze worden beschreven in deel I. (pag. 6) De resultaatgebieden kunnen behulpzaam zijn bij het stellen van prioriteiten. Kwaliteit die moet, heeft de allerhoogste prioriteit.

Hoofdstuk 5. Activiteitenplan.

Nadat doelen zijn opgesteld en keuzes zijn gemaakt voor het komende jaar worden deze omgezet in een activiteitenplan.

Een activiteitenplan bevat een omschrijving van de volgende onderdelen:

- De keuze en het te bereiken resultaat (wat wil de afdeling gaan doen, wat moet het opleveren in concrete meetbare termen en waarom is het van belang, de motivatie)
- De aanpak (hoe gaan we het doen)
- De betrokken personen (wie gaat wat doen)
- De middelen, die voor de uitvoering nodig zijn
- Tijdsplanning (wanneer welke stap, en hoeveel tijd hiervoor nodig)
- Tussentijdse en eindevaluatie; op welke momenten is afstemming nodig om te bepalen of de afdeling op de ingeslagen weg doorgaat. Bij iedere evaluatie is het belangrijk om de vraag te stellen of de activiteiten tot het gewenste resultaat leiden of hebben geleid. Dit is terug te vinden in het activiteitenplan. Waar nodig kan het plan worden bijgesteld.

Bijlage VI geeft een activiteitenplanning – formulier. Vul het formulier zo volledig mogelijk in. In de praktijk blijkt dat, als er geen goed activiteitenplan gemaakt wordt, veel goede keuzes stranden in de voorbereiding of de uitvoering. Er blijkt dan bijvoorbeeld niet goed nagedacht over de aanpak en consequenties als tijdreservering.

Tip: bespreek het document met het management / leidinggevende. Stel waar nodig het beleidsplan bij en vraag om formele goedkeuring van de plannen. Benoem hierbij consequenties als de beschikbaarheid van middelen (ruimte, apparatuur, geld voor nascholing en dergelijke) en formatie (hoeveel tijd is er beschikbaar voor bepaalde activiteiten) Op deze manier verzeker je van steun van management en heb je de randvoorwaarden (middelen en formatie), die nodig zijn om je plannen uit te kunnen voeren.

Bijlage I. Omschrijving van de gebruikte begrippen in de context van het kwaliteitsbeleidplan

Activiteitenplan.

Planning van activiteiten, die de afdeling binnen een bepaalde periode gerealiseerd wil hebben.

Beschikbaarheid.

De mate waarin de beroepsbeoefenaar beschikbaar is voor de (potentiële) patiënt.

Continuïteit.

De mate waarin de beroepsbeoefenaar zorg draagt voor een goede overdracht van behandeling.

Coöperatie.

De relatie tussen beroepsbeoefenaar en patiënt dient een constructieve samenwerkingsrelatie te zijn, waarin het beoogde doel voorop staat.

Deskundigheid.

De mate waarin de beroepsbeoefenaar beschikt over de voor de uitvoering van zijn beroep noodzakelijke kennis en vaardigheden.

Doeltreffend.

De mate, waarin datgene, dat onder optimale omstandigheden als bereikbaar is vastgelegd, onder dagelijkse condities daadwerkelijk wordt bereikt.

Doelmatigheid.

De mate waarin inspanningen (geld, middelen, tijd) zich verhouden tot de opbrengsten. (baat van de zorg)

Geschiktheid.

De lichamelijke en/of geestelijke geschiktheid voor de uitoefening van het beroep.

Indicatiestelling.

De mate waarin de beroepsbeoefenaar kan bepalen, welke hulp nodig is en of diens discipline, deskundigheidsniveau en /of outillage geëigend is voor de hulpvraag.

Informatiebereidheid.

De beroepsbeoefenaar dient, zowel op eigen initiatief als desgevraagd, de voor de patiënt relevante informatie te verstrekken.

Integrale zorg.

De mate waarin de door verschillende beroepsbeoefenaren verleende zorg op elkaar is afgestemd in een samenhangend aanbod.

Kwaliteit van zorg.

De mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg en de praktijk van die zorg. (Donabedian, 1982)

Kwaliteitsbeleid ook wel genoemd kwaliteitsmanagement of kwaliteitszorg:

De doelstellingen van (een afdeling van) een instelling ten aanzien van kwaliteit, alsmede de wegen en de middelen die leiden tot verwezenlijking van deze doelstellingen. Het betreft zowel de kwaliteit van zorg alsook de kwaliteit van personeelsbeleid en materialen.

Kwaliteitsbeleidsplan.

Een notitie waarin een verantwoording voor en een omschrijving van het kwaliteitsbeleid voor een bepaalde periode staat. Vanuit een analyse van de huidige situatie en een omschrijving van de gewenste situatie worden doelen geformuleerd en een concreet activiteitenplan gemaakt.

Kwaliteitsborging.

Geheel van geplande en systematische acties, nodig om in voldoende mate het vertrouwen te geven dat een product of dienst voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen.

Kwaliteitsborgingsnorm.

De basis voor een kwaliteitssysteem. Beschreven zijn de eisen die worden gesteld aan de organisatorische structuur en wie, welke verantwoordelijkheden draagt en welke procedures, processen en voorzieningen nodig zijn voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg.

Kwaliteitsfunctionaris.

Medewerker binnen de instelling, die belast is met het coördineren en uitvoeren van kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitshandboek.

Een overzicht van de tot het kwaliteitssysteem behorende regels en procedures die in een organisatie moeten worden gehanteerd. Met andere woorden een bewegwijzering naar alle procedures, protocollen werkinstructies enzovoort.

Kwaliteitsjaarverslag.

Een omschrijving van het kwaliteitsbeleid van het afgelopen jaar en de kwaliteit van de verleende zorg van dat jaar.

Kwaliteitssysteem.

De organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg. (NEN-ISO 9000)
Met andere woorden: vastgestelde eisen, regels en procedures die tot doel hebben te verzekeren dat de zorgverlening aan de gestelde eisen voldoet.

Kwaliteitszorg.

Zie: kwaliteitsbeleid.

Missie ook wel genoemd beginselverklaring.

Een missie geeft het bestaansrecht (reden van bestaan) van de organisatie weer.

Respectvolle bejegening.

De beroepsbeoefenaar dient de patiënt als gelijkwaardig medemens te beschouwen en diens eigen verantwoordelijkheid te respecteren.

Richtlijn.

Een geheel van algemeen aanvaarde adviezen voor het beroepsmatig handelen in een bepaald onderdeel van de zorg.

Smart - doel.

Specifiek, Meetbaar, Aanwijsbaar, Reëel en Tijdgebonden geformuleerd doel.

SWOT – analyse.

Een analyse van de afdeling of organisatie waarbij specifiek in kaart wordt gebracht wat de sterke punten (Strengths), zwakke punten (Weaknesses), kansen (Opportunities) en bedreigingen (Threats) van de afdeling of organisatie zijn.

Veiligheid.

De mate waarin de kans op schade als gevolg van beroepsmatig handelen wordt geminimaliseerd.

Verantwoorde zorg.

De zorg die doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht is en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt (Kwaliteitswet)

- Doeltreffend: het bereiken van het doel van de zorg. Zorg is doeltreffend als een beoogde verandering en /of verbetering bij de patiënt zichtbaar is.
- Doelmatig: efficiënt zonder verspilling van tijd en geld.
- Patiëntgericht: afgestemd op de persoonlijke situatie van de patiënt en op de reële behoefte van de patiënt.

Verantwoordingsbereidheid.

De beroepsbeoefenaar dient de keuze van zijn gedrag en handelwijze te kunnen verantwoorden.

Vertrouwensrelatie.

Het is van groot belang dat de beroepsbeoefenaar en patiënt een goede verstandhouding hebben; voorts dient de beroepsbeoefenaar de geheimhoudingsplicht in acht te nemen en de persoonlijke levenssfeer van de patiënt te respecteren.

Visie.

Een omschrijving waarin wordt aangegeven hoe de instelling of de afdeling haar missie de komende jaren gestalte wil geven; met andere woorden wat de instelling of afdeling over een vijftal jaren globaal bereikt wil hebben.

Zorgvuldigheid.

De mate waarin de beroepsbeoefenaar de voor de uitvoering van zijn beroep noodzakelijke kennis en vaardigheden op de juiste manier toepast.

Bijlage II. Samenstelling van de werkgroep

Voorzitter: Jacqueline Commandeur
NKI/AVL
Plesmanlaan 121
1066 CX Amsterdam

Leden: Bernadette Jaspers Focks
Amsterdam Thuiszorg
Baarsjesweg 224 IV
1058 AA Amsterdam

Willy Klopper
OLVG
Postbus 95500
1090 HM Amsterdam

Pia Velema
Het Zonnehuis Amstelveen
Laan van de Helende Meesters 12
1186 AM Amsterdam

Jacqueline Langius
VU medisch centrum
Postbus 7057
1007 MB Amsterdam

Ondersteuning: Anneke Halling
Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO
Postbus 20064
3502 LB Utrecht
030-2843980 (secretariaat)

Bijlage III. Kwaliteitswetgeving op een rijtje

Wet	Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg Wet BIG 1 november 1993	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst WGBO 1 April 1995
Doel	Bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de patiënt beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren.	Versterken en verduidelijken van de rechtspositie van de cliënt.
Betreft	Alle beroepsbeoefenaren die handelingen verrichten op het niveau van de individuele gezondheidszorg. Acht beroepen zijn bij de wet geregeld: arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige en de verpleegkundige. Andere beroepen, zoals de diëtist, zijn bij algemene maatregel van bestuur geregeld.	Alle hulpverleners (en patiënten)
Inhoud	<p>Het scheppen van voorwaarden voor bevorderen en bewaken van kwaliteit van de beroepsuitoefening.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Titelbescherming: Wie een wettelijk geregeld beroep uitoefent (de diëtist) mag een publiekrechtelijk beschermde register- of opleidingstitel voeren. ▪ Registratie: de acht wettelijk geregelde beroepen mogen alleen na registratie de beroepstitel voeren. (niet geldend voor de diëtist) ▪ Voorbehouden handelingen: handelingen die risico met zich meebrengen zijn voorbehouden aan bepaalde beroepsbeoefenaren (hieronder valt niet de diëtist) ▪ Tuchtrecht: als er tijdens de behandeling iets mis is gegaan kan er een klacht worden ingediend bij het tuchtcollege door de patiënt, een vertegenwoordiger, een inspecteur voor de gezondheidszorg of een collega. Het tuchtrecht geldt voor de acht registerberoepen, dus niet voor de diëtist. ▪ Strafbepalingen: <ol style="list-style-type: none"> 1. onbevoegd uitvoeren van voorbehouden handelingen. 2. ten onrechte de wettelijk beschermde titels voeren. 3. (kans op) toebrengen van schade aan de gezondheid. <p>Deze bepalingen gelden voor iedereen die beroepsmatig handelt in de individuele gezondheidszorg.</p> 	<p>Vastleggen van rechten en plichten van patiënt en hulpverlener die voortvloeien uit de overeenkomst tot een geneeskundige behandeling.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informatieplicht: De hulpverlener is verplicht informatie te geven aan de patiënt over een viertal zaken, namelijk. <ol style="list-style-type: none"> 1. de aard en het doel van de behandeling; 2. de te verwachten risico's en de gevolgen daarvan; 3. de eventuele alternatieven; 4. de vooruitzichten voor de gezondheid. ▪ Toestemmingsvereiste: de hulpverlener heeft voor iedere medische behandeling mondelinge of schriftelijke toestemming van de patiënt nodig. ▪ Vertegenwoordiging: een speciaal gemachtigde kan de vertegenwoordiger zijn van een patiënt die niet in staat is rechten die uit de wet voortvloeien zelf uit te oefenen. ▪ Bescherming privacy: het gaat hierbij om een groot scala aan zaken. Bijvoorbeeld: omgang met vertrouwelijke gegevens van de patiënt en het uitvoeren van medische handelingen buiten de waarneming van anderen. ▪ Aansprakelijkheid ziekenhuis: het ziekenhuis wordt bij schade aan een patiënt centraal aansprakelijk gesteld.

Wet	Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector WKCZ 1 november 1995	Kwaliteitswet zorginstellingen 1 april 1996
Doel	Versterken van de positie van de cliënt en het beschermen van zijn belangen.	Leveren van verantwoorde zorg van goed niveau door instellingen. Dit wil zeggen: doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.
Betreft	Intramurale en extramurale gezondheidszorg en welzijnszorg.	Alle zorginstellingen waarbij sprake is van een organisatorisch verband, van topklinische centra tot kleine vrijgevestigde maatschappen. (meer dan één persoon)
Inhoud	<p>Wie kan klagen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ de cliënt zelf. ▪ Een beperkte groep personen namens een cliënt: een wettelijk vertegenwoordiger, de door een cliënt aangewezen vertegenwoordiger of een zaakwaarnemer. ▪ nabestaanden van een cliënt. <p>Waarover kan worden geklaagd? Over alles wat cliënten in de behandeling of bejegening niet aanstaat.</p> <p>De klachtencommissie De klachtencommissie moet goed toegankelijk zijn en bestaan uit tenminste drie personen. De voorzitter van de klachtencommissie dient onafhankelijk te zijn (van buitenaf te worden aangetrokken) en aangeklaagde mag geen lid zijn van de commissie. De klachtencommissie doet schriftelijk uitspraak.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. ▪ De organisatie van de instelling moet zodanig zijn dat deze leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. ▪ De instelling dient de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren. ▪ De instelling dient verantwoording af te leggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid in een openbaar jaarverslag.

BIJLAGE IV INTERNE EN EXTERNE ANALYSE - INSTRUMENTEN

Het CBO heeft instrumenten ontwikkeld die te gebruiken zijn als hulpmiddel bij de interne en externe analyse van afdelingen diëtetiek.

IV.1. Interne analyse

Werkwijze

Geef in onderstaand schema aan of het betreffende onderdeel is:

- Sterk. Dat wil zeggen: dit is goed/helder/duidelijk
- Zwak. Dat wil zeggen: dit is niet goed/onduidelijk/niet helder
- N.v.t. Niet van toepassing (bijvoorbeeld vraag 1a is "N.v.t." op een afdeling diëtetiek waar 1 diëtist werkt)

1. ORGANISATIE VAN DE AFDELING	Sterk	Zwak	N.v.t.
a. De verdeling van taken en bevoegdheden binnen het team van diëtisten			
b. De afstemming tussen de diëtisten onderling			
c. De duidelijkheid over de structuur bij derden			
d. De wijze waarop leiding wordt gegeven binnen de afdeling			
e. De planning en verdeling van werkzaamheden			
f. Het functioneren van werkgroepen binnen de afdeling			
g. Het functioneren van multidisciplinaire werkgroepen			
h. Het afdelingsoverleg			
i. De wijze waarop besluiten tot stand komen			
j. Het overleg met de manager, die leiding geeft aan (hoofd) diëtetiek			
k. De bereikbaarheid van medewerkers van de afdeling			
l. De organisatorische afspraken met de artsen/verwijzers			
m. De organisatorische afspraken met de verpleging			
n. De organisatorische afspraken met de keuken			
o. De organisatorische afspraken met de voedingsassistenten			

2. ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN, HYGIENE EN VEILIGHEID	Sterk	Zwak	N.v.t.
a. Het werkklimaat op de afdeling			
b. Het beleid met betrekking tot arbo/hygiëne en veiligheid			
c. De mate waarin taken en verantwoordelijkheden m.b.t. de ontwikkeling en uitvoering van beleid op het gebied van arbo, hygiëne en veiligheid helder zijn			
d. (nakomen van) afspraken met betrekking tot persoonlijke hygiëne			
e. (nakomen van) afspraken met betrekking tot het schoonmaken en – houden van werkruimtes en apparatuur			
f. het ziekteverzuim			

3. COMMUNICATIE	Sterk	Zwak	N.v.t.
Mondeling:			
a. de onderlinge communicatie			
b. de communicatie met de artsen/verwijzers			
c. de communicatie met de verpleging			
d. de communicatie met keukenpersoneel			
e. de communicatie met de voedingsassistenten			
f. de communicatie met collegae buiten eigen instelling			
g. de communicatie met patiënten			
h. de multidisciplinaire zorginhoudelijke overleggen			
Schriftelijk (dossiervoering)			
i. de poliklinische dossiervoering			
j. de klinische dossiervoering			

4. STRATEGISCHE POSITIE	Sterk	Zwak	N.v.t.
a. het imago van de afdeling in de instelling			
b. het imago van de afdeling extern			
c. de positie van de afdeling in de instelling			
d. de positie van de afdeling in relatie tot afdelingen diëtetiek buiten eigen instelling			
e. de profilering van de afdeling intern en extern			

5. PERSONEEL EN PERSONEELSBELEID	Sterk	Zwak	N.v.t.
Diëtisten			
a. de beschikbare poliklinische capaciteit (van diëtisten)			
b. de beschikbare klinische capaciteit			
c. de samenstelling qua leeftijdsopbouw			
d. de aanwezige vaktechnische (diëtistische) kennis			
e. de aanwezige ervaring binnen de instelling opgedaan			
f. de beschikbare capaciteit van de diëtisten met een specialisatie			
Secretariaat/administratieve ondersteuning			
g. de beschikbare secretariële/ondersteunende capaciteit			
h. de aanwezige secretariële deskundigheden en ervaring			
Personeelsbeleid			
i. de mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling			
j. de wijze waarop het functioneren van medewerkers wordt bevorderd			
k. de wijze waarop medewerkers worden beloond en gewaardeerd			
l. de mate waarin taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de ontwikkeling en uitvoering van personeelsbeleid (punten: a - l) helder zijn			

6. ACCOMMODATIE	Sterk	Zwak	N.v.t.
a. de beschikbaarheid van ruimte(s)			
b. de (functionele) inrichting van ruimtes			
c. de ruimtebezetting			
d. de toegankelijkheid van ruimtes			
e. de privacy in ruimtes			
f. de geschiktheid van de beschikbare ruimtes (ligging e.d.)			

7. APPARATUUR EN MATERIALEN	Sterk	Zwak	N.v.t.
a. de beschikbaarheid van apparatuur en van materialen (voorlichtingsmateriaal e.d.)			
b. de beschikbaarheid van administratief ondersteunende apparatuur (bijvoorbeeld computers, kopieerfaciliteiten)			
c. het budget voor apparatuur en materialen			

8. KWALITEITSZORG.	Sterk	Zwak	N.v.t.
a. het kwaliteitsbeleid van de afdeling			
b. de aandacht voor kwaliteit			
c. de betrokkenheid van medewerkers bij kwaliteit			
d. de beschikbare personele capaciteit voor het ontwikkelen en uitvoeren van kwaliteitsactiviteiten			
e. geld voor het ontwikkelen en uitvoeren van kwaliteitsactiviteiten			
f. de binnen het team aanwezige deskundigheid en ervaring op het gebied van kwaliteit			
g. de ondersteuning vanuit het management bij kwaliteitszorg			
h. de kennis van relevante ontwikkelingen binnen de beroepsgroep			
i. de kennis van relevante wettelijke ontwikkelingen			
j. de afstemming met het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis			
k. bekend zijn met mogelijkheden om kwaliteit van diëtistische zorg te verbeteren			
l. bekend zijn met mogelijkheden om de organisatie en serviceaspecten te verbeteren			
m. de mate waarin taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot kwaliteit helder zijn			
n. de wijze waarop klachten worden afgehandeld			

9. OPLEIDING, BIJ- EN NASCHOLING VAN DE AFDELING	Sterk	Zwak	N.v.t.
a. het beleid ten aanzien van bij- en nascholing			
b. de mate waarin het bij- en nascholingsbeleid is afgestemd op het afdelingsbeleid			
c. de mogelijkheden voor bij- en nascholing (tijd, geld)			
d. de intercollegiale kennisoverdracht			
e. de begeleiding van stagiaires			
f. de beschikbaarheid van relevante vakliteratuur			
g. de beschikbare financiën voor opleiding			
h. de mate waarin verantwoordelijkheden met betrekking tot het beleid op het gebied van opleiding en bij- en nascholing helder zijn			

10. DE VISIE EN HET AANBOD VAN DE AFDELING	Sterk	Zwak	N.v.t.
Visie			
a. de geformuleerde visie op diëtistische zorgverlening aan de patiënt			
b. de afstemming van deze visie op de zorgvisie van verpleging en medisch specialisten en de keuken			
Diëtistisch zorgaanbod			
c. het huidige aanbod van diëtistische zorg			
d. de bekendheid van verwijzers met het aanbod			
e. de mate waarin het aanbod van de afdeling is afgestemd op de behoeften van verwijzers			
f. de mate waarin het aanbod van de afdeling is afgestemd op de behoeften van patiënten			
g. het helder zijn van in- en uitsluitingscriteria voor (vormen van) diëtistische zorg			
h. het zicht op de <u>ontwikkelingen</u> in mogelijkheden t.a.v. diëtistische zorgaanbod			
i. het vermogen van de afdeling nieuwe producten en diensten te ontwikkelen			
j. het zicht van de afdeling op <u>ontwikkelingen in de vraag naar</u> diëtistisch zorgaanbod			
Onderwijsaanbod (klinische lessen enz.)			
k. het huidige aanbod van de afdeling diëtetik			
l. de bekendheid van 'klanten' met deze mogelijkheden			
m. de mate waarin het aanbod is afgestemd op de behoeften van 'de klant'			
n. het vermogen van de afdeling nieuwe producten en diensten te ontwikkelen			
o. het zicht van de afdeling op <u>ontwikkelingen in de vraag naar</u> onderwijsaanbod			

11. ZORGPROCES	Sterk	Zwak	N.v.t.
a. de wijze waarop verwijzingen naar de afdeling plaats vinden			
b. de wijze waarop wordt omgegaan met piekbelasting kliniek en wachtlijsten op de polikliniek			
c. de wijze waarop medische gegevens als medische diagnose, labwaarden worden verkregen			
d. de wijze waarop aanvullende gegevens worden verkregen b.v. van verpleging, voedingsassistenten			
e. de wijze waarop de diëtist haar diëtistische diagnose stelt			
f. de wijze waarop behandeldoelen en behandelplannen worden vastgesteld			
g. de wijze waarop behandelgegevens worden vastgelegd			
h. de wijze waarop continuïteit in de behandeling wordt gewaarborgd			
i. de interne overdracht van patiënten			
j. de wijze waarop overdracht van informatie na ontslag plaats vindt			
k. de mondelinge voorlichting aan de patiënt			
l. de schriftelijke voorlichting aan de patiënt			
m. de rapportage aan verwijzers			
n. de rapportage aan verpleging			
o. de rapportage aan voedingsassistenten/keuken			
p. de wijze waarop zorgprocessen zijn georganiseerd			
q. de kwaliteit van de diëtistische zorg			
r. de samenwerking met medische specialisten			
s. de samenwerking met verpleging			
t. de samenwerking met voedingsassistenten/keuken			
u. de samenwerking met de verpleging			
v. de samenwerking met collegae werkzaam in andere instellingen			

12. RICHTLIJNEN	Sterk	Zwak	N.v.t.
a. het werken conform richtlijnen			
b. de afstemming van richtlijnen met richtlijnen van andere disciplines			
c. de onderbouwing van de richtlijnen			
d. de actualiteit van de richtlijnen			
e. de benodigde richtlijnen zijn opgesteld			
f. de wijze waarop de richtlijnen worden geëvalueerd			
g. de toegankelijkheid van de richtlijnen voor alle hulpverleners\			
h. de mate waarin verantwoordelijkheden met betrekking tot het 'onderhoud' van richtlijnen helder zijn			

13. CULTUUR VAN DE AFDELING	Sterk	Zwak	N.v.t.
a. de onderlinge samenwerking			
b. de omgang met elkaar			
c. de wijze waarop problemen worden opgelost			
d. de wijze waarop met conflicten wordt omgegaan			
e. de patiëntgerichtheid van de afdeling			
f. de klantgerichtheid van de afdeling (verwijzer e.d.)			
g. de besluitvaardigheid			
h. het nakomen van afspraken			
i. het vermogen om verandering te realiseren			
j. de daadkracht van de afdeling			
k. de motivatie van de medewerkers			

14. DE RELATIE MET HULPVERLENERS	Sterk	Zwak	N.v.t.
a. de relatie met verwijzers			
b. de relatie met de verpleging			
c. de relatie met andere paramedici			
d. de relatie met voedingsassistenten			
e. de relatie met de keuken			
f. de relatie met het (hoger) management			
g. het draagvlak in het ziekenhuis voor de functie(s) van de afdeling diëtetiek			
h. het zicht van de afdeling op relevante ontwikkelingen in de omgeving van de afdeling			
i. de relatie met diëtisten in andere instellingen werkzaam			

15. BELEID EN BELEIDSONTWIKKELING	Sterk	Zwak	N.v.t.
a. het vermogen van de afdeling beleid te ontwikkelen			
b. de wijze waarop beleid tot stand komt			
c. het vertalen van beleid in concrete meetbare doelen			
d. het vertalen van beleid naar de praktijk			
e. het evalueren van de uitvoering van beleidsvoornemens			
f. het borgen (vasthouden) van de verbeteringen			
g. de wijze waarop het beleid gecommuniceerd wordt (naar wie, hoe)			
h. het opvangen van signalen/aanknopingspunten voor beleid			
i. de mate waarin verantwoordelijkheden met betrekking tot beleidsontwikkeling helder zijn			
j. de aandacht voor de interne organisatie			
k. de aandacht voor de externe omgeving			

	Sterk	Zwak	N.v.t.
16. FINANCIËN			
a. de wijze waarop productieafspraken tot stand komen			
b. het realiseren van gemaakte productieafspraken			
c. de registratie van productiegegevens			
d. de wijze waarop begrotingen tot stand komen			
e. de financiële mogelijkheden van de afdeling			
f. de wijze waarop budgetten worden bewaakt			
g. de financiële administratie			
h. het inzicht in de financiële situatie van de afdeling			
i. de mate waarin verantwoordelijkheden met betrekking tot financiële aangelegenheden helder zijn			

	Sterk	Zwak	N.v.t.
17. HET GEBRUIK VAN MANAGEMENTINFORMATIE			
a. de beschikbaarheid van managementinformatie (patiëntenaantallen, productiegegevens, financiële gegevens, beleidsnotities e.d.)			
b. het inzicht in tevredenheid van patiënten			
c. het inzicht in tevredenheid van verwijzers			
d. het zicht op trends in verwijspatronen			
e. het zicht op verwachtingen van klanten (verwijzers, patiënten, verpleging e.d.)			
f. de mate waarin verantwoordelijkheden met betrekking tot verzamelen en interpreteren van informatie helder zijn			
g. de verhouding direct/indirecte werkzaamheden			
h. de verhouding patiëntgerichte/niet patiëntgerichte werkzaamheden			
i. het gebruik van managementinformatie (bijvoorbeeld voor beleidsontwikkeling, -evaluatie, het afleggen van verantwoording, het maken van productieafspraken, inzicht in realisatie van productieafspraken, enzovoorts)			

IV.2. De externe analyse

In kaart brengen van de omgeving en ontwikkelingen daarin.

Hoe ziet de omgeving er uit?

- a. Waaruit bestaat de 'omgeving' van de afdeling? Met welke partijen in de omgeving (binnen en buiten de instelling) heeft de afdeling te maken? Vul het schema in. Geef elke partij in de omgeving een nummer.
- b. Typeer het belang van de respectievelijke relaties (hoe belangrijk is elke relatie voor de afdeling?). Geef een cijfer van 0 tot en met 10. (10 is zeer belangrijk)
- c. Typeer de kwaliteit van de relatie die de afdeling met elk van de betrokken partijen onderhoud. Geef een cijfer van 0 tot en met 10. (10 is uitmuntend)

Verwerk de antwoorden op de vragen in onderstaand schema:

Partij	Belang relatie	Kwaliteit relatie
1) ..		
2) ..		
3) ..		
4) ..		
5) ..		
6) enz		

Relevante ontwikkelingen

Welke zijn de belangrijkste ontwikkelingen die zich in de omgeving van de afdeling voordoen? Hierbij kan gedacht worden aan financiële of demografische ontwikkelingen, of aan ontwikkelingen in wet- en regelgeving, beleidsontwikkelingen (ziekenhuisbeleid, beleid van de beroepsgroep), ontwikkelingen in de vraag naar de beroepsgroep, ontwikkelingen in samenwerking met andere partijen/organisaties, enzovoort.

Schrijf elke ontwikkeling kernachtig op. Zet per de geïnventariseerde ontwikkelingen kernachtig in onderstaand schema en beantwoord per ontwikkeling de volgende vragen:

- Is deze ontwikkeling een kans of een bedreiging voor de afdeling?
- Is deze ontwikkeling al dan niet beïnvloedbaar door de afdeling?

Ontwikkeling	Kans	Bedreiging
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6) enz.		

	Beïnvloedbare ontwikkeling	Niet beïnvloedbare ontwikkeling
Kans	1) ... 2) ... 3) ... 4) ... 5) ... 6) enz	1) ... 2) ... 3) ... 4) ... 5) ... 6) enz
Bedreiging	1) ... 2) ... 3) ... 4) ... 5) ... 6) enz	2) ... 3) ... 4) ... 5) ... 6) ... 7) enz

IV.3. Conclusies.

Sterk / goed ontwikkeld is	Wijze van handhaven / borgen

Zwak minder goed ontwikkeld is	Hoe te verbeteren

Ontwikkelingen, die kansen creëren	Hoe te benutten

Ontwikkelingen, die bedreigingen veroorzaken	Hoe om te buigen naar kansen

Bijlage V. Doelen formulier

1. Doel

De keuze

Motivatie

Het te bereiken resultaat

2. Doel:

De keuze

Motivatie

Het te bereiken resultaat

Bijlage VII. Evaluatie formulier

De NVD hoopt met deze handleiding en raamwerk u een goed hulpmiddel te bieden voor het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleidsplan. Wij vernemen graag van u of wij in deze opzet geslaagd zijn. Wij vragen u dan ook om onderstaande enquête in te vullen en te retourneren naar de NVD.

Uw opmerkingen maken het voor ons inzichtelijker of dit project daadwerkelijk aansluit bij de behoefte in het werkveld. Tevens kunnen uw opmerkingen worden meegenomen bij de actualisering van het document.

Onderstaand document kunt u uitprinten en opsturen naar de NVD, Postbus 341, 5340 AH Oss, t.a.v. kwaliteitsmanager, of faxen 0412-637736, of mailen naar kwaliiteit@nvdietist.nl

Alvast onze hartelijke dank!

Vragen

1) De handleiding is volledig

- ja
- nee, ik mis...

2) De handleiding is in begrijpelijke taal geschreven

- Ja
- Nee, omdat ...

3) De handleiding is praktisch

- Ja
- Nee, omdat ...

4) Het raamwerk is volledig

- Ja
- Nee, ik mis ...

5) Het raamwerk is in begrijpelijke taal geschreven

- Ja
- Nee, omdat ...

6) Het raamwerk is praktisch

- Ja
- Nee, omdat ...

7) De handleiding en het raamwerk voldoen aan mijn behoefte

- Ja
- Nee, omdat ...

8) Ik ben voornemens de handleiding en het raamwerk te gebruiken

- ja, ik heb de documenten reeds toegepast
- ja, ik ben voornemens de documenten binnen een jaar te gaan gebruiken
- nee, ik ga het niet gebruiken

9) Overige opmerkingen

