

## Checklist kwaliteitsmanagement HDS

### Toelichting

Aan de hand van deze checklist kunt u bepalen in welke mate uw organisatie voldoet aan de eisen van het HKZ Certificatieschema Huisartsendienstenstructuren Versie 2008. In deze checklist zijn de belangrijkste eisen uit het certificatieschema in een logische volgorde verwerkt.

### Checklist

Nr.	Vraag	ja/nee
<b>Besturing van de organisatie</b>		
1	Het management draagt in woord en daad het belang van klantgerichtheid en methodisch handelen uit. Iemand uit het hoger management (b.v. de directeur) heeft 'kwaliteit' in portefeuille	ja/nee
2	De HDS heeft een (meerjaren)beleid ontwikkeld inclusief een missie en visie, hoofddoelstelling en met oog voor haar positie in de zorgketen en haar maatschappelijke verantwoordelijkheid	ja/nee
3	De HDS heeft bepaald wie zij als haar belangrijkste belanghebbenden ziet	ja/nee
4	De behoeftes en verwachtingen van de belanghebbenden zijn bepaald en komen tot uitdrukking in het beleid	ja/nee
5	De kritische werkprocessen zijn geïdentificeerd, de risico's binnen de processen zijn bepaald en er zijn maatregelen genomen om de risico's te beperken of te voorkomen. Het betreft bijvoorbeeld primaire zorgprocessen (informatievoorziening aan de patiënt, toegang tot de post, triage, zorgverlening en evaluatie van zorgverlening) maar ook processen voor klachten- en incidentenbehandeling, personeelsmanagement, omgang met artsen, planning en control e.d.	ja/nee
6	Uit het beleid volgen meetbare (kwaliteits)doelstellingen voor de uitkomsten van de zorgverlening, de effectiviteit van de werkprocessen, de tevredenheid van patiënten en cliëntveiligheid	ja/nee
7	De realisatie van de concrete doelstellingen en de effectiviteit van de processen wordt periodiek getoetst en aan het eind van de periode geëvalueerd	ja/nee
8	Nieuwe vormen van dienstverlening worden methodisch ontwikkeld met aandacht voor het vooraf bepalen van de functionaliteit, projectmanagement, goedkeur van (tussentijdse) resultaten, proefperiode en evaluatie	ja/nee
<b>Organisatie-inrichting en overleg</b>		
9	De organisatiestructuur en taakverdeling is bepaald (organogram, functiebeschrijvingen, verantwoordelijkheidsverdeling tussen post en artsen, (tekenings-) bevoegdheden, besluitvormingsstructuur)	ja/nee
10	De in- en externe overlegstructuur is bepaald (denk bij extern overleg aan cliëntenvertegenwoordiging/ ketenpartners). Daarbij is aandacht voor het bespreken van kwaliteitsthema's (zoals verbeterinformatie) met medewerkers, artsen en chauffeurs	ja/nee
11	Er is een crisiscommunicatieplan	ja/nee
<b>Mensen en middelen</b>		
12	Er is een personeelsbeleid met meetbare doelen vastgesteld. De realisatie van de doelen wordt getoetst.	ja/nee
13	Kritische personeelmanagementprocessen worden beheerst (denk aan voldoende bezetting, functie-eisen voor alle betrokkenen (incl. artsen en chauffeurs), selectie en introductie van medewerkers, opleiding en scholing, functioneringsgesprekken en uitstroom)	ja/nee

Nr.	Vraag	Ja/nee
14	Het professioneel handelen wordt planmatig bevorderd (structurele feedback op uitgevoerd werk, casuïstiekbespreking, intercollegiale consultatie etc.)	ja/nee
15	Afspraken met artsen en chauffeurs worden contractueel vastgelegd	ja/nee
16	Er is specifiek beleid ten aanzien van waarnemers en artsen in opleiding	ja/nee
17	De werkbeleving/tevredenheid van medewerkers wordt periodiek onderzocht	ja/nee
18	De eisen ten aanzien van de werkruimtes, omgeving, materialen en middelen zijn bepaald. Denk aan bereikbaarheid van de post, maximale afstand in aanrijtijd, voorzieningen voor telefonische bereikbaarheid, registratiesystemen, uitrusting dienstauto's	ja/nee
19	Er is een calamiteiten plan. Oefeningen noodsituaties worden geëvalueerd	ja/nee
20	Het proces van medicatievoorziening en verstrekking wordt beheerst	ja/nee
21	Risicovolle hulpmiddelen zijn geïnventariseerd en er zijn voorzieningen voor onderhoud en oefening in gebruik	ja/nee
22	Bewakings- en meetmiddelen zijn geïnventariseerd en er zijn voorzieningen voor kalibratie (voor zover zinvol) en onderhoud	ja/nee
23	Het proces van inhuur derden/inkoop wordt beheerst met aandacht voor wijze van selecteren van kritische ingehuurd, materialen en middelen, bijhouden van prestaties van leveranciers en periodieke beoordeling van leveranciers van voor dienstverlening kritische diensten, materialen en middelen	ja/nee
<b>Primaire dienstverlening</b>		
24	De primaire dienstverleningsprocessen (van) zijn beschreven (zie ook punt 4 van deze checklist). Er zijn specifieke protocollen/richtlijnen voor o.a. U1 en U2 aanvragen, binnenlopers, wachttijden, triage, organisatie van visite rijden, overdracht, medische taken van assistenten op de post, voorschrijven en ter hand stellen van geneesmiddelen, omgaan met vervolcontacten naar aanleiding van de zelfde zorgvraag, palliatieve zorg, overlijden van een patiënt, bescherming van privacy, medezeggenschap, agressie en geweld, hygiëne en infectiepreventie	ja/nee
25	De zorg wordt verleend vanuit een huisartsgeneeskundige visie en conform passende NHG standaard en eigen professioneel oordeel	ja/nee
26	Zorgverleners die voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren zijn bevoegd en bekwaam	ja/nee
27	De kwaliteit van het professioneel handelen wordt systematisch getoetst	ja/nee
28	Professionals geven en vragen elkaar feedback bij bijzondere situaties of een onverwacht verloop van een ziekte-episode	ja/nee
29	De HDS informeert alle bewoners binnen haar werkgebied over de dienstverlening en de werkwijze van de post	ja/nee
30	De HDS benoemt haar ketenpartners en maakt met hen werkafspraken	ja/nee
31	De HDS houdt patiëntdossiers bij	ja/nee
32	De HDS meet minimaal eenmaal per drie jaar de ervaringen van de patiënten met de uitvoering van de zorg en de mate waarin aan de behoefte en verwachtingen is voldaan. De uitkomsten leiden tot een aantoonbaar verbetertraject	ja/nee
<b>Metten, analyseren en verbeteren</b>		
33	De processen gericht op het signaleren en registreren van fouten, (bijna) ongelukken, klachten en auditbevindingen zijn beschreven	ja/nee
34	Er worden maatregelen getroffen om fouten, (bijna) ongelukken, klachten en auditbevindingen te verhelpen en om deze in de toekomst te voorkomen	ja/nee

Nr.	Vraag	Ja/nee
35	Gegevens met betrekking tot fouten, (bijna) ongelukken, klachten en auditbevindingen worden periodiek geanalyseerd (trendanalyse, bepalen leereffecten etc.)	ja/nee
36	Het management beoordeelt periodiek de effectiviteit van de organisatie na analyse van gegevens met betrekking tot: <ul style="list-style-type: none"><li>- De prestaties van processen</li><li>- Uitkomsten van dienstverlening</li><li>- Uitgevoerde audits</li><li>- De behandeling van klachten, incidenten en fouten</li><li>- Uitkomsten van waarderingsonderzoeken</li><li>- Het gevoerde personeelsbeleid</li><li>- Behandeling van fouten en (bijna) ongelukken</li><li>- Prestaties van leveranciers van diensten, materialen en middelen</li><li>- Status van verbetermaatregelen</li></ul> Zo nodig neemt het management verbetermaatregelen	ja/nee
<b>Archivering en beheersing van registraties</b>		
37	Bepaald is welke registraties bewaard moeten worden om de kwaliteit van de dienstverlening en de processen te kunnen aantonen. Van deze gegevens is bewaard hoe en door wie deze bewaard worden en wat de bewaartermijn is	ja/nee
38	Er is een methodiek om er voor zorg te dragen dat de juiste documentatie op de juiste plaatsen beschikbaar is (autorisatie van documenten, versiebeheer, distributie etc.)	ja/nee

## Waarderend en inspirerend auditten

### De interne audit: bron voor inspiratie en nieuwe energie

De interne kwaliteitsaudit kan (mits goed uitgevoerd) een zeer effectief instrument zijn om het kwaliteitsbewustzijn bij medewerkers en leidinggevenden te vergroten. Het is dan wel zaak dat de interne audit niet alleen wordt geaccepteerd door de auditees, maar ook echt wordt gewaardeerd.

Zou het niet fantastisch zijn als medewerkers en leidinggevenden zelf om een audit vragen in plaats van steeds weer benaderd te moeten worden door de kwaliteitsfunctionaris?

Zolang de audit echter nog als een noodzakelijk kwaad wordt ervaren, waarbij het gevoel van 'gecontroleerd worden' overheerst, dan zal dit nog wel een utopie blijven.

Het antwoord ligt dan ook in de wijze waarop de interne audit wordt uitgevoerd. In plaats van auditees te controleren, kan een audit ook gebruikt worden om te inspireren en behaalde resultaten en geleverde inspanningen te waarderen. En dan zodanig dat een audit geen energie kost, maar juist energie geeft aan de auditees en de auditoren!

### Waarderend en inspirerend auditten vraagt nogal wat van een auditor

Energie gevende audits vragen om een waarderende en inspirerende auditaanpak. Bij waarderend en inspirerend auditten wordt in het gesprek met de auditee de nadruk gelegd op wat er goed loopt, waarom dat goed loopt en hoe dat dan geborgd is. Ook is er veel meer ruimte om met verbetervoorstellen te komen. De nadruk ligt daarbij op wat er allemaal goed gaat en daarmee op de positieve zaken in het werk, in plaats van voortdurend de 'afwijkingen' te benadrukken.

Bij waarderend en inspirerend auditten worden andere vragen gesteld dan bij de traditionele, op conformiteit gerichte audits. Het gaat dan om vragen als:

*Wat wil je met deze werkzaamheden bereiken? Hoe weet je of dat ook bereikt wordt? Waaruit blijkt dat dit proces goed loopt? En wat is jouw bijdrage daaraan? Waar ben je trots op? Wat zie je zelf als sterke punten? Waar zitten volgens jou de belangrijkste risico's in het werk?*



Het klinkt eenvoudig: gewoon wat andere vragen stellen om zo waardering te uiten en bewustwording en inspiratie bij de auditee te bewerkstelligen. Helaas blijkt de werkelijkheid weerbarstiger. Nog veel auditgesprekken hebben meer het karakter van een overhoring waarbij een vaste vragenlijst moet worden gevolgd, dan dat er sprake is van een zinvolle en motiverende dialoog.

Een waarderend en inspirerend auditgesprek vereist ook nogal wat vaardigheden van een auditor: je moet de juiste motiverende en coachende vragen kunnen stellen, je moet kunnen en durven inspelen op wat je hoort en ziet en je eventueel voorbereide vragen los durven laten, je moet kunnen inschatten of datgene wat je ziet en hoort bijdraagt aan het realiseren van 'kwaliteit' en last but not least, je moet ook nog zorgvuldig zijn in het opschrijven van je auditbevindingen!

Kortom: deskundigheidsbevordering is vaak niet overbodig.

## Waarderend en inspirerend auditten: niet in de plaats van reguliere audits, maar wel een goede aanvulling daarop

Onze ervaring leert ons dat waarderend en inspirerend auditten niet in de plaats komt van de reguliere audits die zich richten op conformiteit en effectiviteit, maar daar vooral een aanvulling op is. Idealiter is ieder auditgesprek, als gevolg van een goede audittechniek, waarderend en inspirerend en geeft iedere auditee na afloop van het auditgesprek aan dat het gesprek niet alleen zinvol was, maar dat het hem of haar ook nieuwe energie geeft om zelf de kwaliteit van het werk te managen.

### Tips om interne audits meer waarderend en inspirerend te maken

1. Het auditgesprek is in de eerste plaats een dialoog tussen de auditor en auditee. Het nalopen en invullen van een checklist is geen audit, maar eerder iets als een documentonderzoek.
2. Normkennis is niet nodig voor auditoren. Het gaat erom dat wordt begrepen wat klantgerichtheid en risico-beheersing is om vervolgens samen met de auditee te kunnen achterhalen of wordt voldaan aan de wensen en verwachtingen van de klanten en of de risico's in de werkprocessen beheerst en geborgd zijn. Vaak weet de auditee zelf heel goed waar deze risico's zitten en hoe deze moeten worden beheerst.
3. Audit geen protocollen of beleidsnotities. De meeste auditees ervaren dit als overhoringen en vinden het niet zinvol. Een protocol is bedoeld om in een bepaald primair proces risico's te beheersen door een bepaalde aanpak voor te schrijven en maakt net als het beleid onderdeel uit van de PDCA-cirkel. Onderzoek samen met de auditee of dit proces effectief verloopt en of het protocol iets toevoegt aan procesbeheersing of dat het juist overbodig of onuitvoerbaar is.
4. Focus op processen. Binnen Walvis onderkennen wij primaire processen, beleids- en managementprocessen, ondersteunende processen en verbeterprocessen. Audit deze processen, breng met de auditee in een auditgesprek de risico's in kaart, kijk samen of deze risico's zijn afgedekt, kijk vooral ook naar wat er allemaal goed gaat en al bereikt is en benoem dat ook.
5. Een auditplanning kan je maken aan de hand van processen en auditonderwerpen, maar ook vanuit de verantwoordelijkheidsgebieden van functionarissen. In plaats van bijvoorbeeld een manager te auditten op één afgebakend onderwerp (zoals klachten, of BIG, of functioneringsgesprekken) kun je haar of hem ook auditten op de managementverantwoordelijkheden: de besturing van het primaire proces, personeelsmanagement, meten en verbeteren, facilitaire zaken en eventuele bijzondere projecten die de manager in portefeuille heeft. In één gesprek komen dan bijvoorbeeld het jaarplan en de managementrapportages aan de orde, maar ook het inwerken van nieuw personeel, de functioneringsgesprekken en opleidingen, de bevoegdheid en bekwaamheid (BIG-registraties), eventuele zaken als onderhoud en legionella-preventie en onderwerpen als klanttevredenheid, incidentenbehandeling, klachten, etc. Dit lukt natuurlijk niet in een auditgesprek van 1 uur, maar vraagt al gauw om een gesprek van 1,5 uur. Dat moet je ook niet iedere auditronde doen, maar zo af en toe. Voordeel van deze insteek is dat dit onderwerpen zijn waar bijna iedere leidinggevende mee 'worstelt' en dan is het prettig en ook nuttig om via een auditgesprek eens te kijken wat de stand van zaken is.



Voor meer informatie, kijk eens op onze website:

<http://www.walviscg.nl/site/nl/newsDetail.php?nid=29>

## ISO of toch HKZ?

Sinds begin 2010 is het voor een zorg- of welzijnsinstelling mogelijk om te kiezen voor of een HKZ-certificaat of voor een ISO-certificaat. Daarmee is de verplichting vervallen om bij het ontwikkelen van het kwaliteitsmanagement systeem te voldoen aan de normeisen van het geldende HKZ-certificatieschema. In plaats daarvan kan gekozen worden voor ISO 9001. Voordeel hiervan is dat de ISO 9001 minder gedetailleerd zijn, minder normen kennen en gebaseerd zijn op zogenaamde kwaliteitsprincipes in plaats van normen en regeltjes. In de praktijk betekent dit vooral meer vrijheid om het kwaliteitsmanagement systeem zo in te richten dat het helpt bij het realiseren van 'kwaliteit'. Je kunt ook zeggen: met ISO 9001 kan het kwaliteitsmanagement systeem weer een hulpmiddel worden in plaats van een doel op zich.

Natuurlijk kent de ISO 9001 ook wat nadelen: juist de mindere aandacht voor de details doen een groter beroep op de interpretatie-deskundigheid en adviesvaardigheid van de kwaliteitsmedewerker. Om hier aan te gemoed te komen komt later dit jaar een speciale variant van de ISO 9001 beschikbaar: 'ISO voor de zorg'. Dit is een ISO norm die zich qua inhoud en terminologie volledig richt op instellingen in de zorg en de welzijn, zonder daarbij door te schieten in de mate van details zoals bij HKZ.

Als je meer wilt lezen over de verschillen tussen ISO en HKZ en de voor- en nadelen, dan kun je via onderstaande link een uitgebreider document downloaden. Dit document is ook prima geschikt om voor te leggen aan een bestuurder of directeur.

[http://www.walviscg.nl/downloadables/Leaflets/ISO%20of%20toch%20weer%20HKZ\\_versie%2031%20januari.pdf](http://www.walviscg.nl/downloadables/Leaflets/ISO%20of%20toch%20weer%20HKZ_versie%2031%20januari.pdf)

### Oké, erg leuk dat verschil tussen HKZ en ISO, maar wat kan ik ermee?

#### 1. Vrijheid om het kwaliteitsmanagement systeem naar eigen inzicht in te richten

In onze ogen is de grootste meerwaarde die ISO 9001 (voor de zorg) biedt ten opzichte van HKZ te vangen in één woord: vrijheid. Vrijheid om zelf te bepalen welke onderwerpen echt belangrijk zijn als het gaat om het realiseren van kwaliteit en welke er niet toe doen. Vrijheid ook om zelf te bepalen in welke mate en op welke wijze onderwerpen geborgd worden. Hierdoor is het mogelijk om weer aan te sluiten bij de professionaliteit en het vakmanschap van medewerkers, in plaats van alles te willen voorschrijven in beleidsnotities en protocollen.

#### 2. Vrijheid om het kwaliteitsmanagement systeem slimmer en slanker in te richten en om meer flexibiliteit te realiseren

Veel HKZ-systemen zijn de laatste jaren behoorlijk uitgedijd en werken daardoor verstarrend. Vanuit het idee dat zo ongeveer alles beschreven moest worden, beschikken veel instellingen momenteel over kwaliteitsmanagement systemen met soms honderden documenten daarin. Documenten die op hun beurt vaak ook weer erg uitgebreid zijn. Helaas helpt een dusdanig 'vet' kwaliteitsmanagement systeem veelal niet bij het daadwerkelijk en gemakkelijk managen van kwaliteit. Tegelijk wordt het kwaliteitsmanagement systeem ook een blok aan het been als een organisatie wil veranderen, bijvoorbeeld als gevolg van een fusie, afsplitsing, verhuizing, etc.



Volgens ons is dat te wijten aan:

- Geen focus op wie de klanten zijn en wat zij wensen en verwachten van de instelling.
- Geen aandacht voor processen en procesmanagement.
- Geen daadwerkelijke aandacht voor risico-management.
- Geen aandacht voor management processen en besturingsprocessen.
- Geen aandacht voor het feit dat het dagelijks werk zich niet lang vangen in protocollen en dat controleren van medewerkers alleen (een beetje) werkt zolang de controle duurt.

Het gevolg is een overdaad aan documenten die allen gemeen hebben dat ze vooral gericht zijn op 'beheersing' en niet op het daadwerkelijk stimuleren van kwaliteit.

### 3. Een nieuwe start met kwaliteitsmanagement: kwaliteit 2.0

Het opnieuw inrichten van het kwaliteitsmanagement systeem biedt de mogelijkheid om een dikke streep te zetten door al die overbodige documenten en feitelijk een start te maken met wat wij voor het gemak aanduiden met de term 'kwaliteitsmanagement 2.0'. Met deze term geven we aan dat instellingen in de zorg en welzijn toe zijn aan een nieuwe stap op kwaliteitsgebied. Een stap die meer aansluit bij de 3 V's: Vertrouwen, Verbinding en Vakmanschap. Was kwaliteitsmanagement 1.0 vooral gericht op beheersing en certificering, het is nu zaak om te komen tot daadwerkelijke kwaliteitsverbetering door het daadwerkelijk creëren van toegevoegde waarde voor de klanten/ belanghebbenden. De belangrijkste principes hierbij zijn:

- Sturen op vertrouwen en op daadwerkelijke resultaten
- Aansluiten bij vakmanschap van medewerkers
- Creëren van betrokkenheid van management en medewerkers door met elkaar de verbinding te zoeken

Een dusdanig systeem kan ontwikkeld worden in grofweg zeven stappen:

1. Breng samen met directie en management in kaart wie de belangrijkste klantgroepen zijn en wat hun wensen en verwachtingen zijn.
2. Stel met hun vervolgens vast hoe je op een eenvoudige manier kunt meten of het lukt om aan deze wensen en verwachtingen te voldoen.
3. Breng dan samen met proceseigenaren de kritische processen in kaart. Stel vast waar de procesrisico's zitten en hoe deze risico's te beheersen. Zet deze kritische processen op papier met eenvoudige processchema's (max. 2 A4'tjes) en koppel hier eventueel de 'hulpdocumenten' aan, zoals protocollen, formulieren en checklists. Kijk daarbij goed wat weg kan van de huidige documenten.
4. Breng samen met groepen medewerkers in kaart wie voor hun de belangrijkste klanten zijn en wat deze klanten verwachten van medewerkers.
5. Stel samen met de medewerkers vast op welke zij er voor zorgen dat hun klanten goed bediend worden en hoe zij zelf vast kunnen stellen in welke mate dat lukt.
6. Kijk dan nog even in de norm voor eventuele tips en inspiratie.
7. Ga in gesprek met de certificeerder. Leg goed uit wat jullie willen bereiken met het kwaliteitsmanagement systeem en reik punten aan waar de externe auditor wat jullie betreft op moet letten.

## Stappenplan voor het inventariseren van procesrisico's

### Procesmanagement in een breder kader

Het is niet ongebruikelijk dat een organisatie die een kwaliteitssysteem opzet zich in eerste instantie sterk op de norm richt en het zekere voor het onzekere nemend een nogal uitgebreid kwaliteitsmanagement systeem (KMS) maakt. Maar na verloop van tijd rijst vaak de vraag of het systeem niet wat eenvoudiger kan en misschien ook wat doelmatiger. Het antwoord is 'ja'. Dat kan door de doelen van de organisatie als uitgangspunt te nemen en niet de HKZ norm. Vragen die centraal komen te staan zijn dan:

- Wie zien we als onze primaire belanghebbenden?
- Wat zijn hun verwachtingen en behoeftes?
- Welke processen zijn kritisch om aan die verwachtingen en behoeftes te voldoen?
- Wat zijn risico's binnen die kritische processen?

Vervolgens kan er vaak stevig gesnoeid worden in het KMS zodat we alleen documenten overhouden die echt nodig zijn om risico's af te dekken. Voor de inventarisatie van de risico's in de processen hebben wij een concreet en beproefd stappenplan ontwikkeld. De kern van dit stappenplan bestaat uit een management workshop. Deze workshop leidt snel tot resultaat en zorgt voor het ontstaan van een gedeeld beeld met betrekking tot de risico's. *Wij maken gebruik van een eenvoudige maar effectieve inventarisatiemethodiek die voldoet aan de HKZ eisen. Daardoor kunt in het vervolg, bij nieuwe processen of bij aanpassing van een proces, de methodiek gemakkelijk zelf toepassen. Door het management nadrukkelijk te betrekken bij de risico-inventarisatie zal het management het nut van het KMS beter herkennen en krijgt het KMS een nieuwe impuls.*

### Stappenplan

Nr	Stappen	Hoe
1	Bepaal een beperkt aantal meest kritische processen op bestuurlijk, ondersteunend, zorgverlenend en verbeteringsgericht vlak (ca 10 tot 15). Bepaal per proces het doel, de proceseigenaar en de hoofdstappen.	De kwaliteitsfunctionaris doet een voorstel. <i>De adviseur van Walvis CG kan hierbij ondersteuning bieden.</i>
2	Stel de lijst kritische processen, proceseigenaars, procesdoelen en hoofdstappen vast	Het management stelt vast (dit kan eventueel tijdens de workshop genoemd in stap 3 gebeuren)
3	Voer een procesrisico-inventarisatie uit met als resultaat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de geïnventariseerde risico's per proces zijn benoemd (de risico's worden geïnventariseerd aan de hand van een 'risicokaart')</li> <li>• er ontstaat inzicht in de ernst en de kans dat het risico zich voordoet waardoor er een prioritering van risico's ontstaat</li> <li>• de maatregelen voor de belangrijkste risico's zijn bepaald</li> <li>• de procesindicatoren zijn vastgesteld</li> <li>• er zijn concrete afspraken gemaakt met betrekking tot het uitwerken van procesbeschrijvingen en het nemen van de verbetermaatregelen</li> </ul>	Via een workshop van 2 dagdelen waarvoor de proceseigenaars worden uitgenodigd (eventueel bijgestaan door een beperkt aantal gebruikers). <i>De adviseur van Walvis CG kan deze workshop begeleiden.</i>
4	Draag zorg voor verdere implementatie van procesmanagement, dat wil zeggen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• het opstellen of aanpassen van de procesbeschrijvingen</li> <li>• (zodanig) het herzien van alle aan de processen gerelateerde documenten (instructies, formulieren e.d.) in het licht van inzicht in de echte risico's</li> <li>• het doorvoeren van de risicobeheersingsmaatregelen;</li> <li>• het bepalen van procesindicatoren en deze terug laten komen in een management dashboard;</li> <li>• het regelmatig evalueren van de procesprestaties aan de hand van de procesindicatoren</li> <li>• specifieke aandacht tijdens interne audits voor procesrisico's en maatregelen</li> <li>• het bespreken van de effectiviteit van de processen tijdens de systeembeoordeling (directiebeoordeling/management review)</li> </ul>	Onder verantwoordelijkheid van de proceseigenaren werkt de kwaliteitsfunctionaris de procesbeschrijvingen uit.  Auditors krijgen de opdracht specifiek vragen te stellen over de effectiviteit van de processen. <i>De adviseur van Walvis CG kan ondersteuning bieden bij al deze stappen en kan een training 'auditten op effectiviteit en risico's van processen verzorgen'.</i>
5	Beschrijf de methodiek voor het (periodiek) bepalen van procesrisico's en maatregelen	De kwaliteitsfunctionaris werkt de methodiek uit. <i>De adviseur van Walvis CG kan hierbij ondersteuning bieden.</i>



## Feedback: de basis voor een prettige en vruchtbare samenwerking

*Ik ben aannames meer gaan checken, dat levert soms verrassende antwoorden op.*

*Er gaat vaker een belletje rinkelen dat ik feedback moet geven. Ik sta er dus meer bij stil dat ik het moet doen en dat maakt ook dat ik het doe.*

*Ik ben bewust bezig om het 'ja-maar' gehalte bij mezelf terug te dringen en de werkelijkheid van de ander te accepteren.*

*Het doet me goed om positieve feedback te krijgen, het is fijn om te horen dat je gewaardeerd wordt.*

*Ik vond de vorm waarin het gegoten was heel origineel en inspirerend*

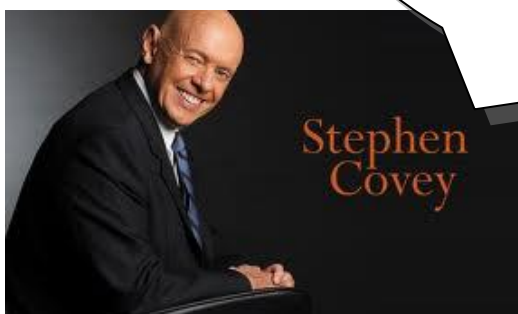
Dit zijn enkele reacties op de feedbacktraining, die in een instelling voor openbare gezondheidszorg in ruim 10 teams is gestart in 2010. In deze teams werken o.a. gespecialiseerde verpleegkundigen, artsen, MTM-ers (medisch technisch medewerkers), secretaresses en een manager met elkaar samen. Zij vragen het beste van elkaar.

### Emotionele bankrekening

Toch is een open aanspreekcultuur geen vanzelfsprekendheid. Beperkingen hebben soms met de werksetting te maken: veel parttimers, je ziet elkaar niet zoveel. Vaker nog zijn de onderliggende gedachtes beperkend: *'het wordt vaak als kritiek gezien. Ik vind het gewoon lastig om kritische feedback te geven aan een ander, omdat ik de ander niet wil kwetsen en de sfeer niet wil bederven'*.

Het begrip 'emotionele bankrekening' van Covey is de grondtoon van de training en dit spreekt de deelnemers aan. Covey legt het als volgt uit:

*'We weten allemaal wat een bankrekening is. We storten geld om een reserve aan te leggen, die we van tijd tot tijd kunnen aanspreken. Een emotionele bankrekening geeft uitdrukking aan de mate van vertrouwen die we binnen een relatie opbouwen. Als ik iets stort op de emotionele bankrekening die ik bij jou heb door je fatsoenlijk en aardig te bejegenen, eerlijk te zijn en mijn beloften na te komen, bouw ik een reserve op. Jouw vertrouwen in mij wordt groter. Als ik daar een beroep op doe, zal dat meestal niet tevergeefs zijn. Ik kan zelfs fouten maken. Ze worden immers voldoende gecompenseerd door het niveau van vertrouwen, de emotionele reserve.'*



## De training

De training bestaat uit twee dagdelen, met een tussenliggende periode van 6 tot 8 weken.

In het eerste dagdeel leren de deelnemers om goed gebruik te maken van de mogelijkheden van feedback. Met praktische, laagdrempelige opdrachten worden inzichten opgedaan over de onderlinge communicatie.

In het tweede dagdeel vindt een follow up training plaats voor opnieuw de duur van een dagdeel. Oefening en opdrachten zijn gericht op ieders rol en bijdrage aan de teamsamenwerking. Voorafgaande aan dit vervolg vindt er een voortgangsgesprek met de teammanager plaats. Op basis van dit gesprek wordt het programma op maat gemaakt. De teamleden gaan na de training feedback nadrukkelijk(er) inbouwen in hun werk. Er worden afspraken gemaakt over monitoring van deze initiatieven.

Een coördinerend verpleegkundige zei halverwege het programma: *'waar het bij ons om draait is dat we de dingen tijdig zeggen tegen elkaar voordat er irritaties of verkeerde verwachtingen zijn.'*

In dit team is ANNA een volwaardig lid geworden: **Altijd Nagaan, Nooit Aannemen.**

### TIPS VOOR EFFECTIEVE FEEDBACK

Feedback kun je zien als een kans om iets te leren. Hoe? Door goed te luisteren, toelichting te vragen en vervolgens te bedenken wat je ermee gaat doen.

#### **Feedback vragen**

- Door actief feedback te vragen, ontwikkel je jezelf

#### **Feedback ontvangen**

- Vraag (indien nodig) om verduidelijking en concrete voorbeelden
- Realiseer je dat feedback altijd waar is, het is de beleving van de ander
- Weet dat iemand de moeite neemt om jou zelfbewuster te maken
- Bedank de ander en bepaal zelf wat je met de feedback doet

#### **Feedback geven**

- Geef feedback op het gedrag van de ander
- Benoem welk gevoel het gedrag bij jou oproept
- Spreek uit welk effect het gedrag op jou heeft
- Reik een alternatief aan of bespreek samen een passende oplossing voor de toekomst
- Geef feedback om de ander te laten groeien

De training wordt voor Walvis CG uitgevoerd door Enny Keiren.

### Open inschrijvingstrainingen

Veel trainingen verzorgen wij 'in bedrijf'. Maar als u maar een of twee medewerkers wilt laten opleiden dan is het wellicht interessant om deel te nemen aan een open inschrijvingstrainingen. In de komende tijd bieden wij de volgende trainingen als 'open inschrijving' aan.

#### ***Waarderend en inspirerend auditten, een audittraining voor (meer) ervaren auditors***

- Eendaagse training
- Datum: 7 juni 2011
- Locatie Amersfoort
- Meer informatie: [Klik hier voor meer informatie](#)
- Kosten: € 315,-

#### ***Basistraining interne auditor***

- Tweedaagse training
- Datum: 29 en 30 september 2011
- Locatie Amersfoort
- Meer informatie: [Klik hier voor meer informatie](#)
- Kosten: € 595,-

**U kunt zich aanmelden voor de audit trainingen (open inschrijving).  
Bel 085-8780640 of mail [info@walviscg.nl](mailto:info@walviscg.nl)**