

Deel II Het programma van eisen voor het kwaliteitsjaarverslag

1. Inleiding

Bij de uitwerking van het programma van eisen is gestreefd naar vragen die inzicht geven in de essentie van het kwaliteitsbeleid. De instelling kan naar eigen inzicht het kwaliteitsjaarverslag vormgeven, zolang over deze essentie helderheid wordt verschaft. Daarmee kan ook worden tegemoetgekomen aan de wens om de administratieve lasten te beperken. Door het kwaliteitsjaarverslag als module van het jaardocument maatschappelijke verantwoording op te nemen kunnen de verschillende verantwoordingsstromen gebundeld worden en ongewenste overlapping van informatieverplichtingen voorkomen worden.

De volgorde van de verschillende thema's van het programma van eisen is zodanig dat de opbouw van de kwaliteitscyclus wordt gevolgd:

- Het vaststellen van doelen die voortvloeien uit een visie op kwaliteit (1),
- Het implementeren van een kwaliteitssysteem (in overleg met ketenpartners) om deze doelen te realiseren (2, 3 en 4),
- Het doorlopen van cyclus waarbij doelstellingen worden geoperationaliseerd in normen, normen worden getoetst aan de hand van geregistreerde gegevens, en het doorvoeren van verbeteracties als consequentie van de toetsing (5 en 6).
- Er is aandacht besteed aan de gevolgen van het kwaliteitsbeleid voor patiënten en medewerkers, door het in beeld brengen van de resultaten van de toetsing en de gevolgen van de verbeteracties voor het primaire proces (5 en 6).
- Ketenkwaliteit heeft een plaats gekregen in het verlengde van de beschrijving van het kwaliteitssysteem. De vragen zijn zo concreet mogelijk geformuleerd.
- De cyclus wordt afgesloten met een vraag naar de doelen voor het verslagjaar (dat is het jaar waarin het kwaliteitsjaarverslag geschreven wordt).
- De vragen in 8,9 en 10 vloeien voort uit de wettelijke vereisten van de kwaliteitswet. Vraag 8 richt zich op de betrokkenheid van patiënten/consumenten bij het kwaliteitsbeleid (art. 5.2a) de gevolgen van klachtenbehandeling en –bemiddeling voor de kwaliteit van zorg (5.2c) en de betrokkenheid van externe partijen (art. 3).

Ten opzichte van checklists en beoordelingskaders die in hoofdstuk 2 zijn beschreven, ligt de meerwaarde in de focus op de resultaten van het kwaliteitsbeleid, in de aandacht voor de ketenkwaliteit en voor de betrokkenheid van de cliënt bij het kwaliteitsbeleid. Belangrijker is wellicht dat een poging is gedaan abstracte begrippen te operationaliseren en aan de praktijk in vijf instellingen te toetsen.

2. Programma van eisen kwaliteitsjaarverslag

Naam instelling:

Naam en functie van degene die kwaliteitsjaarverslag heeft opgesteld:

Adres instelling:

Aantal personeelsleden:

Soort instelling:

Jaar waarop het kwaliteitsjaarverslag betrekking heeft:

Invoerdatum:

1 Algemeen

- 1.1 Beschrijf de lange termijn doelstellingen van de instelling met betrekking tot kwaliteit van zorg (drie tot vijf jaar). Maak daarbij onderscheid tussen doelstellingen met betrekking tot
- het kwaliteitsbeleid,
 - het kwaliteitssysteem
 - de verbetering van de kwaliteit
- 1.2. Beschrijf de doelstellingen van de instelling met betrekking tot kwaliteit van zorg in het verslagjaar. Maak daarbij onderscheid tussen doelstellingen met betrekking tot
- het kwaliteitsbeleid,
 - het kwaliteitssysteem
 - de verbetering van de kwaliteit

2. Kwaliteitszorg en kwaliteitssysteem

- 2.1 Hoe weet u dat in uw instelling goede kwaliteit van zorg wordt geleverd?
- 2.2 Welk kwaliteitssysteem (kwaliteitssystemen) hanteert u?*
- 2.3 In welke fase van implementatie bevindt het systeem zich in de instelling?
(meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ Wij oriënteren ons op het ontwikkelen van activiteiten
 - ☐ Wij brengen in de organisatie op een systematische wijze processen in beeld
 - ☐ Wij bereiden de integrale invoering van het kwaliteitssysteem voor
 - ☐ Wij stemmen de toepassing van het kwaliteitssysteem af op die van andere ketenpartners
 - ☐ Bij ons is er sprake van een volledig geïmplementeerd kwaliteitssysteem
 - ☐ Wij hanteren (nog) geen kwaliteitssysteem
- 2.4 Is het kwaliteitssysteem van uw instelling, of een onderdeel daarvan het afgelopen jaar door een externe instantie beoordeeld (bijvoorbeeld HKZ)?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee

Zo ja op welke wijze heeft deze beoordeling plaatsgevonden?

- ☐ De instelling is gecertificeerd
- ☐ De instelling is geaccrediteerd
- ☐ De instelling is gevisiteerd
- ☐ Er heeft een externe audit plaatsgevonden

Noem de naam van de beoordelende instantie

Wat zijn de resultaten van de beoordeling?

3. *Zorgketen en kwaliteit*

Maakt uw instelling deel uit van een zorgketen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja wie zijn de partners in de keten?

1.2 Is er sprake van gemeenschappelijke kwaliteitsbewaking met andere (keten) partners?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, waaraan meet u de kwaliteit van zorg in de keten af?

4. *Mensen en materiaal*

4.1 Op welke wijze zijn de professionals bij het kwaliteitsbeleid betrokken?

4.2 Welke eisen, indien mogelijk gekwantificeerd, zijn vanuit het kwaliteitsbeleid gesteld aan het personeelsbeleid (opleidingsplan, toetsingen)?

4.3 Maakt de materiële infrastructuur (apparatuur, materialen, hulpmiddelen) deel uit van het kwaliteitssysteem of stelt u daar aparte eisen aan? Zo ja welke?

5. *Uitkomsten van kwaliteitsbeleid*

5.1 Waaraan meet u de kwaliteit van zorg af? Welke cijfers of kengetallen worden daarbij als indicator gebruikt?

5.2. Kunt u per doelstelling (genoemd in vraag 1.1 en 1.2) aangeven

- welke normen u stelt (zo veel mogelijk gekwantificeerd),
- welke gegevens u gebruikt om te toetsen en
- welke consequenties u aan de toetsing verbindt voor de organisatie van de zorg en de dienstverlening.

Benoem de consequenties van de toetsing zo expliciet mogelijk en maak daarbij onderscheid tussen

- de gevolgen voor de patiënt
- de gevolgen voor de medewerkers
- de gevolgen voor het management

Geef in ieder geval aan of de volgende gegevens verzameld worden, welke rol zij spelen bij de toetsing van de doelstellingen en welke conclusies daaraan zijn verbonden:

- gegevens voortkomende uit raadpleging van patiënten
- gegevens over tevredenheid van medewerkers
- ziekteverzuimgegevens
- gegevens over fouten, ongelukken en bijna ongelukken (MIP/FONA)
- benchmarkgegevens

- 1.3 Zijn de uitkomsten van het kwaliteitsbeleid extern beoordeeld door een patiënten/consumentenorganisatie? Zo ja, beschrijf de uitkomsten?

6. Verbeteracties

- 6.1 Welke verbeteracties met betrekking tot de kwaliteit van zorg zijn in het verslagjaar voorgenomen?

Op welk niveau hadden deze verbeteracties betrekking:

- ☐ operationeel niveau (primaire proces)
- ☐ tactisch niveau (middenkader)
- ☐ strategisch niveau (management)

Welke van deze verbeteracties zijn gerealiseerd?

- 6.2 Wat zijn de belangrijkste redenen waarom sommige acties niet het gewenste resultaat hebben bereikt? Wat zijn de conclusies?
- 6.3 Op welke wijze zijn de verbeteringen in de organisatie van de instelling geborgd?
- 6.4 Welke verbeteringsacties zijn niet geborgd? Waarom niet?

7. Doelstellingen voor het lopende jaar

- 7.1 Beschrijf de korte termijn doelstellingen van de organisatie met betrekking tot kwaliteit in het lopende jaar (het jaar waarin het kwaliteitsjaarverslag geschreven is).

8. Cliënt en kwaliteit

- 8.1 Waaruit blijkt dat u de cliënt/patiënt systematisch betreft bij de kwaliteit van zorg?
- 8.2 Wat is de inbreng van de cliëntenraad of patiëntenadviesraad ten aanzien van de
- Vaststelling van de lange en korte termijn doelstellingen van het kwaliteitsbeleid?
 - Toetsen van doelstellingen?
 - Vaststellen en evalueren van verbeteracties?

9. Klachten en kwaliteit

- 9.1 Wat is het aantal bemiddelde klachten (door klachtenfunctionaris)?
- 9.2 Wat is het aantal formeel behandelde klachten (door klachtencommissie)?
- 9.3 Omschrijf de conclusies met betrekking tot de aard van de bemiddelde en formeel behandelde klachten die meer structureel van aard waren:
- Met betrekking tot de organisatie van de zorg:
 - Relationele aspecten van de zorg:
 - Inhoudelijke aspecten (medisch-technisch) van de zorg:
 - Materiële aspecten van de zorg:
- 9.4 Welke verbeteringen zijn in de zorg tot stand gebracht naar aanleiding van deze structurele klachten?

10. De externe oriëntatie

10.1 Benoem de consequenties van overleg over kwaliteit van zorg met externe partijen (in de vorm van concrete afspraken) in het verslagjaar voor het kwaliteitsbeleid van de instelling:

- Zorgverzekeraars
- Regionale patiënten/ consumentenorganisaties
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Andere partijen (bijvoorbeeld provinciale en lokale overheden, woningbouwcorporaties, Regionale Indicatie Organen)

11. Wat zijn stimulerende en wat zijn belemmerende factoren bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg?

3. Toelichting op het programma van eisen voor het kwaliteitsjaarverslag

Inleiding

De zorgaanbieders die onder de KZI vallen zijn sinds 1996 verplicht om jaarlijks openbaar verslag te doen van het gevoerde kwaliteitsbeleid. De zorgaanbieders zenden dit kwaliteitsjaarverslag aan de Minister, de regionale patiënten/ consumentenorganisatie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (art. 5 lid 3).

Uit het evaluatieonderzoek KZI is gebleken dat zowel de zorgaanbieders, als de RPCP's en de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet goed uit de voeten kunnen met de huidige invulling van de wettelijke bepaling ten aanzien van het (schrijven van) een kwaliteitsjaarverslag. Het kwaliteitsjaarverslag functioneert onvoldoende als instrument voor het afleggen van verantwoording aan externe partijen, te weten de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de regionale patiënten/consumentenorganisatie. Inmiddels schrijven de meeste zorgaanbieders een kwaliteitsjaarverslag, maar tot op heden lijkt dit verslag weliswaar inzicht te geven in de activiteiten van de betreffende zorgaanbieder op het gebied van kwaliteit, maar nog nauwelijks in de resultaten van het kwaliteitsbeleid. Ook wordt in de kwaliteitsjaarverslagen nog onvoldoende aangegeven waar zich knelpunten voordoen en hoe deze kunnen worden aangepakt. De resultaten van verbeteracties komen nog nauwelijks systematisch in de kwaliteitsjaarverslagen aan de orde. Hetzelfde geldt voor de betrokkenheid van de patiënten/cliënten(raad) bij het gevoerde beleid.

Ook voor de zorgaanbieders zelf is het om diezelfde reden geen bevredigend instrument omdat het geen systematisch inzicht geeft in de resultaten van het kwaliteitsbeleid en ook geen mogelijkheden biedt om de eigen prestaties te vergelijken met andere instellingen.

Tegen die achtergrond heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg opdracht gegeven tot de ontwikkeling van een standaard voor het kwaliteitsjaarverslag waarmee, zorgaanbieders beter aan hun wettelijke taak (KZI) kunnen voldoen. Daarnaast zijn ook de adressanten en beoordelaars van kwaliteitsjaarverslagen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de RPCP's beter in staat feedback te geven op kwaliteitsjaarverslagen als er meer uniformiteit is in de gehanteerde begrippen. Het programma van eisen is vooral bedoeld voor de schrijvers van het kwaliteitsjaarverslag. Het programma van eisen richt zich op alle zorgaanbieders, die een kwaliteitsjaarverslag moeten schrijven. Alleen hulpverleners die een solistische praktijk hebben, vallen hierbuiten. Samenwerkingsverbanden van fysiotherapeuten, apothekers, huisartsen en verloskundigen, die een gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor het patiënten/cliëntenbestand, vallen hier wel onder.

Deze standaard beperkt zich tot de meest essentiële informatie die in het kwaliteitsjaarverslag een plaats zou moeten krijgen.

In dit programma van eisen is gestreefd naar een stramen en een vraagstelling die voor alle instellingen toepasbaar is. Dat betekent dat sommige vragen niet op alle instellingen van toepassing zijn. In deze toelichting worden de verschillende begrippen uitgelegd, die gebruikt worden.

1. Algemeen

Wat wordt verstaan onder kwaliteit?

Onder kwaliteit wordt verstaan de mate waarin de zorg cliëntgericht, doelmatigheid en doeltreffend wordt verleend. Het gaat hier dus niet om de kwaliteit van de bedrijfsvoering als zodanig, maar alleen om de mate waarin deze heeft bijgedragen aan een betere zorg. Zorg moet aantoonbaar bijdragen aan de gezondheid en de kwaliteit van het leven van de patiënt en moet tegemoetkomen aan diens zorgvragen en behoeften.

Op welk niveau moeten doelstellingen c.q. missies geformuleerd zijn?

Het gaat hierbij om het instellingsniveau. Het gaat dus niet om het niveau van het concern (bijvoorbeeld bij de sector Verpleging en Verzorging), maar ook niet het niveau van de afdeling (b.v. bij het ziekenhuis).

1.1

Het gaat hierbij om concrete doelstellingen die voor meerdere jaren (3 à 5 jaar) geldig zijn. Het gaat om doelstellingen die zo beschreven zijn, dat men na verloop van tijd kan constateren of zij in meer of mindere mate gehaald zijn. Gedacht kan worden aan het halen van een certificatie-eis, de invoering van een kwaliteitssysteem, het instellen van een goed functionerende cliëntenraad, het vergroten van de tevredenheid van de cliënt, het terugdringen van bijna fouten of ongelukken enzovoorts. De doelstellingen dienen betrekking te hebben op doelmatigheid, doeltreffendheid, patiënt- en cliëntgerichtheid.

1.2

Met korte termijn wordt bedoeld 1 jaar. Ook hier gaat het om doelstellingen die toetsbaar zijn, dat wil zeggen waarbij men na een jaar kan nagaan of de doelstelling gehaald is. Als deze korte termijn doelstelling gekwantificeerd is dit aangeven.

2. **Kwaliteitszorg en kwaliteitssysteem**

In deze vraag staat de wijze waarop de instelling de kwaliteitszorg georganiseerd heeft centraal. De Kwaliteitswet verplicht de zorgaanbieder tot het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Bij kleinere instellingen is de kwaliteitszorg nog op het niveau van de individuele hulpverlener vormgegeven, waarbij methoden voor kwaliteitsverbetering gehanteerd, zoals kwaliteitscirkels, intercollegiale toetsing etcetera. Grotere instellingen hanteeren meestal een kwaliteitssysteem.

2.2

Onder een kwaliteitssysteem wordt verstaan het op een methodische, systematische en cyclische wijze werken aan kwaliteitsverbeteringen die instellingsbreed worden doorgevoerd. Met cyclisch wordt geduïd op het doorlopen van de zogenaamde Deming cirkel: normeren/verbeteren, evalueren en bijstellen. Veel toegepaste kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg zijn: INK model, ISO, HKZ-schema, PACE, MIK-V, MKG.

Het gaat hierbij met name om kwaliteitssystemen die instellingsbreed worden toegepast. Mocht deze niet aanwezig zijn dan kunnen ook systemen beschreven worden die in een deel van de instelling gebruikt worden.

2.3

Hierbij de fase van invoering van het instellingsbrede kwaliteitssysteem vermelden.

Gaat het om voorbereidende activiteiten, zoals het instellen van commissies en het opleiden van personeel (fase 1), het ontwikkelen van kwaliteitsprojecten en het invoeren van cliënten- en medewerkersraadpleging (fase 2) het invoeren van een kwaliteitssysteem, waarbij met behulp van informatiesystemen en interne audits de kwaliteitscyclus wordt doorlopen en systematisch resultaten worden gebruikt voor verbeteringen (fase 3), het ontwikkelen van ketenkwaliteit door ketenbrede afspraken over kwaliteitsbewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg (Fase 4), het functioneren van een integraal en instellingsbreed kwaliteitssysteem in samenhang met kwaliteitssystemen van andere ketenpartners (fase 5).

2.4 en 2.5

Het gaat hierbij niet om het beoordelen van de resultaten van het kwaliteitsbeleid, maar het beoordelen van de wijze waarop de kwaliteitszorg is georganiseerd.

3. *Zorgketen en kwaliteit*

Het kan hierbij gaan om afspraken over gezamenlijk gehanteerde doelstellingen, normen, indicatoren en het gezamenlijk doorvoeren van verbeteringen. Ook kan het gaan om afspraken op het niveau van het primaire proces.

4. *Mensen en materiaal*

4.1

Het gaat hierbij om de verantwoordelijkheidstoedeling en de betrokkenheid van professionals bij de kwaliteitszorg.

4.2

Hiermee worden doelstellingen bedoeld met betrekking tot het opleiden van professionals in het kader van kwaliteitszorg b.v. als auditor.

4.3

Hiermee worden specifieke kwaliteitseisen bedoeld die gesteld worden aan de materiële infrastructuur: materialen, hulpmiddelen en apparatuur (bijvoorbeeld in laboratoria). Gedacht kan worden aan eisen met betrekking tot hygiëne, veiligheidsvoorschriften, certificering van laboratoria etc.

5. *Uitkomsten van kwaliteitsbeleid*

5.1

In verschillende sectoren wordt de discussie gevoerd over uitkomst- c.q. resultatenindicatoren (Sluys, E. 2002), waaraan de kwaliteit van zorg kan worden afgemeten. In het algemeen wordt tevredenheid van cliënten, tevredenheid van medewerkers, ziekteverzuimgegevens, incidenten en meldingen en klachten veel genoemd als mogelijke indicatoren. Indicatoren kunnen gebruikt worden om vergelijkingen te maken met uitkomstindicatoren bij andere instellingen. Ze kunnen echter ook een belangrijke lokale functie vervullen in de kwaliteitscyclus bij het verbeteren van zorgprocessen.

5.2

Hier kan de instelling inzicht geven in de wijze waarop de kwaliteitscyclus functioneert in de instelling, tot welke gevolgtrekkingen dat leidt en tot welke uitkomsten.

Het is de bedoeling dat per (korte termijn, 1 jaar) doelstelling, die in vraag 1 zijn geformuleerd, wordt aangegeven welke normen zijn gehanteerd en op basis van welke gegevensverzameling men de normen getoetst heeft, tot welke conclusies men komt over de bereikte resultaten. De normen dienen zoveel mogelijk gekwantificeerd te worden of in ieder geval meetbaar. Een voorbeeld van een norm is de mate van tevredenheid van cliënten/patiënten die bij de instelling voor zorg of dienstverlening aankloppen. Een ander voorbeeld van een toetsbare norm is een cliëntenraad die regelmatig bijeenkomst en adviezen uitbrengt.

Per sector kunnen verschillende soorten gegevens van belang zijn. Hieronder worden de meest bekende genoemd:

- Mening van cliënten/patiënten
- Mening van medewerkers
- Klachten van medewerkers
- Mening van verwijzers
- Mening van cliëntenraad/patiëntenadviesraad
- Gegevens van patiëntenorganisatie(s)
- Gegevens van de zorgverzekeraar
- Mening van zorgaanbieders in dezelfde sector (=benchmark, horizontale ketenzorg)

- Meningen van zorgaanbieders in de omgeving (= verticale ketenzorg)
- Gegevens n.a.v. meldingen over fouten, ongelukken en bijna ongelukken (FONA's, MIP, MIC). Benoem aantallen meldingen en de categorieën waarop de meldingen betrekking hebben.
- Gegevens registratie middelen en maatregelen (BOPZ)
- Gegevens over complicaties. Geef aan welke complicaties door welke beroepsgroepen worden geregistreerd.
- Gegevens van interne toetsingen/audits. Welke interne toetsingen hebben plaatsgevonden en wat was het resultaat?
- Gegevens van externe toetsingen bijvoorbeeld accreditatie, risico-inventarisatie, visitatie, accreditatie, inspectie. Welke externe toetsingen hebben plaatsgevonden en wat was het resultaat?

6. *Verbeteracties*

Hierbij gaat het om acties die bijdragen aan het bereiken van de kwaliteitsdoelstellingen van het beschreven jaar. Voorbeelden zijn het terugdringen van wachttijden, betere informatievoorziening aan patiënten, verbeteren van de telefonische bereikbaarheid voor cliënten. Beantwoord de vragen op instellingsniveau. Geef zo concreet mogelijk aan wie de acties uitvoert, waar dat gebeurt en op welke termijn.

7. *Doelstellingen voor het lopende jaar*

Hierbij wordt bedoeld de doelstellingen die de instelling heeft vastgesteld voor het jaar waarin het kwaliteitsjaarverslag wordt geschreven.

8. *Cliënt en kwaliteit*

8.1

Instellingen kunnen op verschillende niveaus en op verschillende manieren cliënten betrekken bij de kwaliteit van zorg. Het kan gaan om contacten met individuele patiënten of cliënten, het kan ook gaan om contacten met patiënten/consumentenorganisaties, met Regionale Patiënten/Consumenten Platforms etc.

8.2

Hier gaat het om de inbreng van de cliëntenraad (of de patiëntenadviesraad) in het kwaliteitsbeleid. In hoeverre heeft de inbreng van de cliëntenraad invloed gehad op de vaststelling van de doelstellingen, het toetsen van de doelstellingen en het evalueren van de verbeteracties. Met inbreng wordt bedoeld in hoeverre doelstellingen en normen van kwaliteitsbeleid voorgelegd zijn aan de cliëntenraad, de adviezen die de cliëntenraad over de drie onderwerpen heeft uitgebracht en de wijze waarop deze adviezen in het kwaliteitsbeleid van de instelling zijn verwerkt. Dit hangt mede samen met de bevoegdheden die op dit terrein in de WMCZ aan de cliëntenraad zijn toegekend.

9. *Klachten en kwaliteit*

Bij deze vraag is met name van belang in hoeverre klachten die meer structureel van aard waren geleid hebben tot verbeteringsacties. Het betreft hieronder klachten van allerlei niveaus in de organisatie. Het gaat zowel om klachten die bij een klachtencommissie zijn geregistreerd als klachten die bemiddeld zijn door een klachtenfunctionaris of een medewerker van de instelling.

Het gaat hierbij niet om hoe de klachtencommissie klachten afhandelt, maar om de vraag op welke wijze de instelling de informatie die uit de klachtenbemiddeling en –behandeling naar voren komt, benut voor verbeteringsacties.

10. Externe oriëntatie

Hierbij gaat het om de inbreng van andere partijen in het kwaliteitsbeleid van de instelling. Deze inbreng kan betrekking hebben op toegankelijkheid, samenwerking, continuering van zorg, afspraken m.b.t. zorgketens, inbreng in het kwaliteitsbeleid, afspraken over wachttijden, deelname aan kwaliteitsprojecten, communicatie, bejegening, informatievoorziening voor patiënten/consumenten.

Het gaat in deze vraag met name om concrete afspraken die gemaakt zijn met andere partijen over kwaliteitsbeleid. Het gaat dus niet om uitwisseling van informatie of oriënterende gesprekken, maar om het zichtbaar maken van concrete resultaten van de inbreng van andere partijen.

Met RPCP's worden met name bedoeld de Regionale of Provinciale Patiënten/Consumenten Platforms. Daarnaast kunnen hierbij ook afspraken met Regionale Federatie van Ouderverenigingen en ouderenbonden genoemd worden.

11. Stimulerende en belemmerende factoren

Hier wordt de organisatie uitgenodigd om opmerkingen te noteren die inzicht geven in belemmerende en stimulerende factoren die in het verslagjaar zijn opgetreden. Een organisatie kan actiever of juist inactief zijn geweest op het gebied van kwaliteitszorg gedurende het verslagjaar door een fusie of bijvoorbeeld door de aanstelling van een nieuwe kwaliteitsfunctionaris.