

# Toelatings- en visitatiecriteria STZ lidmaatschap

20-11-2020

STZ visitatiecriteria (versie 3 – 2020)

Status: definitief

Auteur: Jan v. Dam, portefeuillehouder STZ visitatie



**Samenwerkende  
Topklinische  
Ziekenhuizen**

**Adres**

Oudlaan 4  
3515 GA Utrecht  
030 - 273 94 14

**Contact**

Postbus 9696  
3506 GR Utrecht  
info@stz.nl  
www.stz.nl

## Algemene bepalingen bij de update visitatiecriteria en

Documentbeheer	
Naam document	<b>Toelatings- en visitatiecriteria STZ lidmaatschap</b>
Document besproken concept versies Bestuursvergadering	14 november 2019 4 maart 2020 4 november 2020
Datum besproken concept versie ALV	30 november 2019 oktober 2020 (schriftelijk)
Datum vastgesteld Bestuursvergadering	4 november 2020
Datum vastgesteld ALV	na schriftelijke reactierond in oktober 2020 op 20 november 2020
Auteurs	Floor Haak, STZ bestuurder, portefeuillehouder visitatie Hans van der Schoot, voorzitter STZ Jan van Dam, beleidsadviseur STZ
Herzieningsdatum	November 2022
Actueel document versiedatum	20-11-2020
Datum document opnieuw herzien	November 2022

## zelfevaluatie 2020

### Preambule

De Algemene Ledenvergadering van de STZ heeft in oktober 2020 deze versie van de toelatings- en visitatiecriteria voor het STZ lidmaatschap vastgesteld. De criteria zijn aangepast op basis van de afspraak uit het visitatiereglement (tweejaarlijks vindt een herziening en actualisatie van de criteria plaats. De visitatiecriteria zijn afgeleid van de STZ strategie 2019- 2021.

In deze criteria zijn de oorspronkelijke pijlers van STZ, opleiding, topklinische zorg en wetenschap stevig verankerd. Daarnaast zijn er criteria opgenomen voor de twee STZ kernthema's innovatie en 24/7 topklinische en complexe acute zorg. Het geheel van



criteria geeft lading aan het begrip 'topklinisch klimaat'. Het topklinisch klimaat is de wijze waarop een STZ-ziekenhuis in staat is om de pijlers van STZ en de (kern)thema's te integreren in het primaire proces en de organisatiestructuur.

De hoofdcriteria (o.b.v. pijlers en kernthema's) waarop gevisiteerd wordt
1. Strategie, beleid en topklinisch klimaat
2. Opleiding
3. Topklinische zorg
4. Wetenschap
5. Innovatie
6. 24/7 topklinische en complexe acute zorg

### Het STZ visitatiereglement

- Dit document is verbonden met het Reglement STZ visitatie d.d. 31-05-2017 en
- met de Werkwijze STZ Corona proof visiteren in 2021

In 2021 wordt in verband met de Corona situatie in afgeslankte vorm gevisiteerd. De werkwijze rond het Corona proof visiteren vervangt in dat jaar de relevante artikelen in het STZ visitatiereglement.

### De STZ methodiek van visiteren

De STZ toelatings- en visitatiecriteria laten zien waar een ziekenhuis aan moet voldoen om STZ lid te worden en te blijven. Eenmaal per 5 jaar vindt de reguliere STZ visitatie plaats. Het totale visitatieproces heeft twee doelstellingen; het is de toets of voldaan wordt aan de criteria, én de spiegel die helpt, inspireert en motiveert om nog beter te worden. Hiermee wordt geborgd dat STZ ziekenhuizen zich onderscheiden van andere ziekenhuizen.

Werken aan de topklinische, STZ thema's bestaat zeker niet uit het één keer in de vijf jaar gevisiteerd worden. Dit gebeurt iedere dag, door veel verschillende mensen in het ziekenhuis, die een hoge ambitie hebben en iedere de dag de zorg aan en voor de patiënt net wat beter willen.

### Het visitatieproces

Bestaat uit twee onderdelen. Als voorbereiding op de visitatie wordt gevraagd aan het ziekenhuis om de visitatiemonitor op te leveren. Het doel van deze monitor is om het ziekenhuis zelf een beeld te geven waar zij staan t.o.v. de criteria en hierover aan STZ i.c. de visitatiecommissie te rapporteren. Zichtbaar wordt op welke onderdelen het op orde is en waar nog wat gas bijgegeven moet worden. Voor het visitatiebezoek is reeds vastgesteld in hoeverre het ziekenhuis invulling geeft aan de criteria en/of dat er met een concreet plan aan gewerkt wordt.

Het tweede onderdeel van het visitatieproces is het visitatiebezoek. Op de visitatie-dag zal de visitatiecommissie in gesprek gaan met de mensen uit het ziekenhuis die eigenaar en/of verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van de STZ thema's, met als doel om de topklinische ambitie in de praktijk te ervaren.



#### Het visitatieproces; de visitatiemonitor:

De visitatiecriteria worden gehanteerd als een instrument op basis waarvan zelfevaluatie plaats vindt.

Er zijn meetbare criteria, die zijn smart geformuleerd, meestal in maat en getal.

Ook zijn merkbare criteria opgenomen. Dit zijn vaak wat 'zachter' geformuleerde criteria. In korte teksten, met een maximaal aantal woorden, beschrijft het ziekenhuis in een visitatiemonitor op welke wijze gewerkt wordt aan de realisatie van de meet- en merkbare criteria. Per hoofdcriterium is maximaal 1 A4 in tekst beschikbaar. De teksten en eventuele cijfers bijeen vormen de concept visitatiemonitor. Dit document wordt door de STZ beleidsadviseur getoetst op de criteria. Samen met de eigenaren in het ziekenhuis wordt de definitieve visitatiemonitor vastgesteld. Hieruit is op te maken waar het ziekenhuis staat in het realiseren en doorontwikkelen van het topklinisch profiel en worden gespreksonderwerpen voor de commissie benoemd.

De visitatiemonitor is de basis voor de visitatiecommissie om zich voor te bereiden op het bezoek. De commissie zal vooral het gesprek voeren over de merkbare criteria. En toetsen, of uit de praktijkgesprekken ook blijkt dat sprake is van een topklinisch profiel, werken aan de topklinische thema's en een topklinisch klimaat.

De administratieve last is op deze wijze zo minimaal als mogelijk. Topklinisch staat ook voor trots en stralen, aan het eind van ieder van de 6 hoofdcriteria in de monitor, is dan ook ruimte opgenomen voor 'het verhaal'. Het verhaal beschrijft de goede voorbeelden, de parels en de trots.

#### De rapportage van de visitatie

Na de visitatie worden per hoofdcriterium de bevindingen, adviezen en aanbevelingen beschreven, zoals de commissie deze verwoord heeft in de terugkoppeling als afsluiting van het visitatiebezoek. De bevindingen, adviezen en aanbevelingen zijn bedoeld als topklinische spiegel. De rapportage wordt als resumé in max. twee pagina's uitgewerkt. Samen met de visitatiemonitor vormt dit dan een geheel.

#### 'Site-visit'

Na 2 ½ jaar vindt een gepland werkbezoek, de 'site-visit' plaats. Een STZ kerncommissie (portefeuillehouder, directeur en beleidsadviseur) gaat over de voortgang op de STZ thema's en de adviezen uit de visitatie in gesprek met de interne stakeholders. De duur van de site-visit is max. 2 uur.

Hoofdcriterium 1: Strategie, beleid en topklinisch klimaat		
Nr.	Criterium	Weging
1.	<p><i>Strategie, speerpunten en beleid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>In het strategisch en medisch beleidsplan zijn de STZ pijlers en kernthema's opgenomen.</li> <li>In het strategisch beleidsplan zijn concrete medische speerpunten geformuleerd.</li> <li>De medische speerpunten staan in directe relatie tot de erkende topklinische functies.</li> <li>In de beleidsplannen is opgenomen dat doorontwikkeling van de medische speerpunten gerelateerd is aan de STZ pijlers en thema's.</li> <li>In de tactische operationele jaarplannen van zorgdisciplines zijn de topklinische thema's opgenomen</li> <li>In de planning en control cyclus, de rapportages en gesprekken, staan de topklinische thema's structureel op de agenda en worden dus gemonitord.</li> <li>In het beleid is ook aandacht voor bevordering van de gezondheid en preventie.</li> <li>Er is een actief beleid t.a.v. ontregeling van de zorg en vermindering administratieve last.</li> </ul>	<p>V</p> <p>V</p> <p>V</p> <p>V</p> <p>V</p> <p>V</p> <p>A</p> <p>A</p>
2.	<p><i>Continuïteit risico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Majeure organisatie vraagstukken en ontwikkelingen met een risico voor de zorg-continuïteit zijn in beeld, er wordt hierop actief beleid gevoerd.</li> <li>Er is beleid rond personeelsschaarste, waarin de uitkomsten van het Medewerkers Tevredenheid Onderzoek (MTO) zijn opgenomen.</li> <li>In de verbetercyclus van MTO wordt de aandacht voor het topklinisch klimaat zichtbaar.</li> </ul>	<p>V</p> <p>V</p> <p>V</p>
3.	<p><i>In geval van (voorgenomen) fusie of vergaande samenwerking</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indien er sprake is van vergaande samenwerking en/of fusie met een ander ziekenhuis, is er een plan van aanpak, waarin de gevolgen voor de topklinische thema's zijn opgenomen.</li> <li>De STZ/topklinische status van de locaties is in dit plan opgenomen.</li> <li>Er is in deze sprake van bewustwording en een redelijke mate van draagvlak onder betrokkenen.</li> </ul>	<p>V</p> <p>V</p> <p>V</p>
4.	<p><i>Locaties</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>In het geval van meerdere ziekenhuislocaties, worden relevante visitatiecriteria op iedere locatie behaald.</li> <li>Bij meerdere ziekenhuislocaties is op iedere werkplek sprake van een topklinisch klimaat.</li> </ul>	<p>V</p> <p>V</p>
5.	<p><i>Patiënten invloed</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er wordt aantoonbaar gebruik gemaakt van de inbreng van patiënten en/of naasten.</li> <li>Cyclisch leren en verbeteren vindt plaats door gebruik te maken van uitkomstgerichte zorg, zoals gevalideerde PREMS en PROMS als implementatie van patiënten-participatie.</li> <li>Ziekenhuis-breed wordt gewerkt met een patiënten beslismodel. Dit model laat zien dat de patiënt actief gestimuleerd wordt in het meebeslissen over de inhoud van de zorgverlening.</li> </ul>	<p>V</p> <p>A</p> <p>ZA</p>
6.	<p><i>Interne topklinische structuur</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Raad van Bestuur en 'stafbestuur' zijn leidend in het op de agenda houden en door ontwikkelen van topklinische onderwerpen.</li> <li>Er is een interne organisatiestructuur die zorgdraagt voor het delen en borgen van topklinische thema's.</li> <li>In deze structuur werken de functionarissen die eigenaar en/of verantwoordelijk zijn voor een STZ-pijler of kernthema samen, o.l.v. een 'sleutelfiguur' i.c. coördinator/STZ aandachtsgebied houder, bijvoorbeeld de secretaris Raad van Bestuur.</li> <li>De sleutelfiguur rapporteert rechtstreeks aan een lid van de RvB en bestuur medische staf.</li> <li>Er is actieve deelname aan de externe STZ netwerken en (thema-) bijeenkomsten. Deelnemers zijn gemandateerde 'leaders' die de ambassadeur en trekker vormen in de interne organisatie.</li> </ul>	<p>V</p> <p>V</p> <p>ZA</p> <p>ZA</p> <p>V</p>

7.	<p><i>Communicatie en PR</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het STZ lidmaatschap wordt actief en visueel, intern en extern, uitgedragen.</li> <li>In de communicatie wordt uitgelegd aan patiënten en medewerkers wat de betekenis is van de topklinische thema's voor de patiëntenzorg.</li> <li>De STZ thema's zijn opgenomen in het communicatieplan en de topklinische status wordt expliciet vermeld op de ziekenhuiswebsite.</li> <li>In het jaarverslag van het ziekenhuis worden de status van de topklinische thema's apart belicht.</li> </ul>	V ZA A A
8.	<p><i>Invloed zorgprofessionals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De verpleegkundige beroepsgroep is georganiseerd in een formeel adviesorgaan met invloed op het (strategisch) ziekenhuisbeleid.</li> <li>Dit adviesorgaan overlegt rechtstreeks en periodiek met een lid van de Raad van Bestuur.</li> <li>De jonge professionals van alle beroepsgroepen zijn georganiseerd.</li> <li>De Jong-organisaties in de ziekenhuizen hebben een stem in en invloed op het ziekenhuisbeleid.</li> </ul>	V V ZA A
9.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is JCI, Niaz, Qmentum behaald? Zo ja, wanneer? Beschrijf verbeterpotentieel.</li> <li>Wordt voldaan aan Soncos volumennormen?</li> </ul>	
Hoofdcriterium 2: Opleiding		
Nr.	Criterium	Weging
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Waar leerhuis staat kan ook academie gelezen worden</li> </ul>	
10.	<p><i>RGS instellingsvisiting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Is de RGS Instellingsvisiting behaald, of is sprake van RGS rapportage na 2 jaar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ja: wanneer behaald?</li> <li>Hoofdcriterium 2: Opleiding, criteria nummers 12,13, 15, 16 (2 t/m 6) en 17 zijn voldaan.</li> <li>Wat zijn de rapportagepunten uit het RGS verbeterplan na 2 jaar?</li> </ul> </li> </ul>	
11.	<p><i>Opleidingsbeleid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>In het meerjarig opleidingsbeleid is de integratie van de topklinische thema's opgenomen.</li> <li>In het opleidingsbeleid is een visie en beleid over regionaal opleiden aios opgenomen, afgestemd op de inhoud van de academie stage.</li> <li>In het opleidingsbeleid is een visie en beleid op nieuwe opleidingen en beroepen opgenomen.</li> <li>Er is sprake van een topklinisch opleidingsklimaat, d.w.z. er is een actief beleid om begeleiding, supervisie en praktijkleren de klok rond te borgen.</li> <li>De jonge professional wordt voorbereid op de toekomstige rol in een veranderende maatschappij en is bekend met zorgtransitie.</li> <li>Het stimuleren van zorgvernieuwing en innovaties zijn in het praktijkleren opgenomen.</li> <li>De leersituatie biedt mogelijkheden om buiten het primaire vak ook kennis en ervaring op te doen rond bedrijfsvoering, management, de organisatiestructuur en financiële onderwerpen.</li> </ul>	V ZA A V V A ZA
12.	<p><i>Academie/leerhuis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het leerhuis neemt een centrale en faciliterende positie in voor alle opleidingen.</li> <li>Het leerhuis treedt naar buiten, opleidings-facts worden in de etalage geplaatst, medewerkers met ambitie worden in verbinding gebracht.</li> <li>Het leerhuis draagt de STZ thema's extern actief uit, hiermee wordt de onderscheidende kwaliteit van opleiden in een STZ huis zichtbaar gemaakt.</li> <li>Het leerhuis heeft een actieve rol in het aantrekken van aios en de stageduur.</li> </ul>	V V ZA A
13.	<p><i>COC</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De Centrale Opleidings- Commissie (COC) werkt met een actueel en formeel vastgesteld reglement.</li> <li>Een lid van de RvB en een afgevaardigde van de arts assistenten vereniging zijn vast lid.</li> <li>De governance laat zien hoe de COC stuurt en zicht houdt op de opleidingskwaliteit.</li> <li>De governance laat zien dat het 24/7 opleidingsklimaat geborgd is.</li> </ul>	V V V V

14.	<p><i>Medische vervolgopleidingen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er zijn ten minste dertien medische vervolgopleidingen aanwezig.</li> <li>• Het aantal aios per medische vervolgopleiding is minimaal 1, gedurende het hele jaar.</li> </ul>	V+ V
15.	<p><i>Docentprofessionalisering</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle opleiders en plaatsvervangend opleiders van elke RGS-erkende vervolgopleiding hebben binnen 1 jaar na indiensttreding een 'Teach-the-Teacher' (TtT) cursus gevolgd.</li> <li>• Alle leden van de vakgroepen die in het dagelijks werk met het opleiden van arts-assistenten en/of coassistenten te maken hebben, zijn in bezit van TtT cursus &lt; 1 jaar na indiensttreding.</li> <li>• Structureel en periodiek, minimaal 1 x per 2 jaar, worden (plv) opleiders en vakgroepen die dagelijks met opleiden te maken hebben geschoold in docentprofessionalisering.</li> </ul>	V V V
16.	<p><i>A(n)ios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het aantal aios is tenminste 45, aantoonbaar door de NZa beschikbaarheidsbijdrage MVO van het meest recente boekjaar. Als hiernaast nog specifieke aios aanwezig zijn, dan worden deze meegeteld.</li> <li>• Voor a(n)ios is een actief beleid om de disbalans werkdruk vs. bedrijfsvoering te verminderen.</li> <li>• Er is beleidsmatig en praktisch aandacht voor duurzame inzet, preventie van burn-out en balans werk-privé van a(n)ios.</li> <li>• Er is een specialisme-overstijgend opleidingsaanbod voor a(n)ios.</li> <li>• De aios zijn georganiseerd in een door het ziekenhuis gefaciliteerde arts-assistentenvereniging.</li> <li>• Anios beschikken over een persoonlijk opleidings- en evaluatieplan en krijgen feedback en advies rond hun functioneren en ambities.</li> </ul>	V V ZA ZA A ZA
17.	<p><i>Coassistenten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op meetmoment x worden tenminste 40 coassistenten opgeleid in minimaal 8 disciplines.</li> <li>• Coassistenten nemen deel aan het afdelings- en vakgroep onderwijs.</li> <li>• Het leerklimaat voor coassistenten wordt structureel geëvalueerd met de doelgroep.</li> <li>• Op basis van de uitkomst van de evaluaties vinden cyclische veranderingen plaats.</li> <li>• Coassistenten worden gestimuleerd in hun belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek.</li> </ul>	V ZA V V ZA
18.	<p><i>Verpleegkundige functiedifferentiatie en opleidingsklimaat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpleegkundige functiedifferentiatie (MBO, HBO en WO) wordt planmatig geïmplementeerd'</li> <li>• Er is een concreet onderbouwd HBO/MBO ratio, afgestemd op de (toekomstige) zorgvraag.</li> <li>• Het leerklimaat voor verpleegkundigen wordt structureel in kaart gebracht.</li> <li>• Op basis van uitkomst van leerklimaat metingen vinden cyclisch veranderingen plaats.</li> <li>• Verpleegkundige werkbegeleiders volgen periodiek scholing t.a.v. docentprofessionalisering.</li> </ul>	V ZA V V ZA
19.	<p><i>Interprofessioneel opleiden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interprofessioneel samenwerken en opleiden wordt bevorderd bijvoorbeeld door gerichte projecten.</li> <li>• In- en externe innovatiestages maken onderdeel uit van de leerwegen van zorgprofessionals.</li> <li>• Er worden innovatieve, externe projecten geïnitieerd gericht op de samenwerking met de ketenpartners buiten het ziekenhuis.</li> <li>• In vaste cycli worden vaardigheids- en simulatietrainingen georganiseerd, intern en in de keten.</li> <li>• Er zijn voorbeelden beschikbaar van trainingen gebaseerd op real life casuïstiek en de wijze waarop hierna verbeteringen in communicatie en handelingen doorgevoerd zijn.</li> </ul>	A A A A A
<b>Hoofdcriterium 3: Topklinische zorg</b>		
Nr.	<b>Criterium</b>	<b>Weging</b>

20.	<p><i>Topklinische functies</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De sturing op de (voorgenomen) erkende topklinische functies is onderdeel van het strategisch beleidsplan en de operationele jaarplannen.</li> <li>Erkende topklinische functies krijgen in de strategie zichtbaar 'groeikansen'.</li> <li>Er zijn minimaal 3 erkende topklinische functies in het STZ topklinisch zorgregister.</li> <li>Aan de hand van voorbeelden wordt kenbaar gemaakt op welke wijze ziekenhuisbreed, cyclisch aan aandachtspunten en adviezen uit de aanvragen tot erkenning gewerkt wordt.</li> <li>Planmatig wordt gewerkt aan het onderhouden en door ontwikkelen van erkende functies.</li> </ul>	<p>V</p> <p>V</p> <p>V</p> <p>A</p> <p>V</p>
21.	<p><i>Topklinisch klimaat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Topklinische zorg vindt plaats in een topklinisch klimaat, dit betekent dat de cultuur gericht is op (zorg)verbetering, er sprake is van ambitieuze en leergierige medewerkers en op evalueren en cyclisch verbeteren. Hiervan zijn voorbeelden beschikbaar.</li> <li>Er is een hoge standaard voor medewerkerszorg. Deze standaard is in het HR beleid verankerd. Er is dus sprake van een uitstekende werkgever die stuurt op topklinische professionals en deze ook faciliteert.</li> <li>Er is actief beleid rond medisch en verpleegkundig leiderschap.</li> <li>Klinisch leiderschap bij zorgprofessionals wordt gestimuleerd en ontwikkeld o.a. door het aanbieden van scholingsprogramma's.</li> <li>Klinisch leiders worden formeel in de praktijk gepositioneerd.</li> </ul>	<p>V</p> <p>ZA</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p>
22.	<p><i>Medewerkers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er worden expliciet kansen geboden aan medewerkers voor uitdagende en vernieuwende projecten en functies. Hiervan zijn voorbeelden beschikbaar.</li> <li>Er is een balans tussen complexiteit van zorg en het opleidingsniveau en de competenties van de professionals.</li> <li>Het opleidingsniveau en de opleidingsbreedte van medisch specialisten, verpleegkundigen en andere beroepsgroepen passen bij de ambitie op topklinische zorg.</li> <li>Talenten worden herkend en krijgen kans zich te ontwikkelen, dit is in beleid verankerd.</li> </ul>	<p>A</p> <p>ZA</p> <p>ZA</p> <p>A</p>
<p><b>Hoofdcriterium 4: Wetenschap (wetenschappelijk onderzoek = w.o.)</b></p>		
Nr.	Criterium	Weging

23.	<p><i>Wetenschapsbeleid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een actueel en bestuurlijk vastgesteld meerjarig wetenschapsbeleidsplan, welke voldoet aan: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ de verbinding toegepast onderzoek met de topklinische thema's is opgenomen;</li> <li>▪ het beleid is verbonden met de strategische keuzes en speerpunten;</li> <li>▪ het beleid wordt jaar-cyclisch gepland, geëvalueerd en geactualiseerd;</li> <li>▪ minimaal jaarlijks worden de uitkomsten gepresenteerd in een (jaar)verslag, waar ook de wetenschappelijke output is opgenomen;</li> <li>▪ de doorlopende onderzoekslijnen zijn in het plan uitgewerkt, hierin participeren o.a. promovendi, aiOS en verpleegkundig onderzoekers;</li> <li>▪ in het plan zijn handvatten opgenomen voor de ontwikkeling van wetenschappelijk onderzoek van alle beroepsgroepen.</li> <li>▪ het uitvoeringsproces is opgenomen, dus de wijze waarop het voornemen tot een onderzoek tot de borging van de uitkomsten verloopt;</li> <li>▪ het beleid voor het aanstellen en begeleiden van promovendi en hoogleraren/lectoren is concreet uitgewerkt;</li> <li>▪ Per promovendus is formatie in x uren beschikbaar voor begeleiding door promotor/hoogleraar.</li> </ul> </li> <li>• Het wetenschapsbeleid is breed in het ziekenhuis bekend. Zorgprofessionals zijn bekend met het beleid en de toegepaste waarde voor de zorgverlening.</li> <li>• De output en impact is in beeld. Dit blijkt uit: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ twee voorbeelden waaruit blijkt dat o.b.v. uitkomsten van eigen geïnitieerd toegepast onderzoek zorgveranderingen plaats vinden;</li> <li>▪ twee voorbeelden van recent (&lt; 2 jaar) gepubliceerde eigen geïnitieerd onderzoek;</li> <li>▪ een overzicht van de laatste tien gepubliceerde artikelen van meerdere vakgroepen.</li> </ul> </li> </ul>	V V V V V A ZA ZA ZA ZA V V V V
24.	<p><i>Wetenschapscommissie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De wetenschapscommissie draagt zorg voor uitvoering van het wetenschapsbeleid.</li> <li>• De wetenschapscommissie werkt volgens een actueel en bestuurlijk vastgesteld reglement.</li> </ul>	V V
25.	<p><i>Financieel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een substantiële financiële regeling om toegepast onderzoek mogelijk te maken en te stimuleren, bijvoorbeeld een wetenschapsfonds.</li> <li>• Aan deze financiële regeling wordt vanuit de ziekenhuisbegroting en MSB een structurele financiële bijdrage aan het wetenschapsfonds geleverd.</li> <li>• In de governance is opgenomen dat de decentrale geldstromen in beeld zijn en er inzicht en transparantie is rond de onderzoeksgelden en dat een percentage van de decentrale gelden beschikbaar zijn ten bate van algemeen onderzoek.</li> </ul>	V A A
26.	<p><i>Monitoring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor elke WMO plichtig onderzoek is monitoring geborgd.</li> <li>• Voor niet WMO plichtig onderzoek is er een systeem voor kwaliteitscontrole.</li> <li>• De SOP's zijn opgenomen in een kwaliteitshandboek, zijn bekend en geoperationaliseerd.</li> </ul>	V V V
27.	<p><i>Samenwerking</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er wordt formeel samengewerkt met UMC's, universiteiten, hogescholen e.a. instituten met w.o.</li> <li>• In een overeenkomst zijn afspraken vastgelegd over het uitwisselen van kennis en faciliteiten.</li> </ul>	V ZA
28.	<p><i>Wetenschapsbureau en scholing</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het wetenschapsbureau heeft een formatie waarin de relevante professionele expertise is opgenomen.</li> <li>• In de formatie zijn in ieder geval opgenomen: epidemioloog, verpleegkundig onderzoeker, secretariële ondersteuning, staf en statisticus. Een financieel adviseur en AVG deskundige zijn beschikbaar ter ondersteuning.</li> <li>• Het wetenschapsbureau beheert het onderzoeks- opleidingsaanbod en ondersteunt bij opzet van onderzoek, datamanagement en statistische analyses.</li> <li>• Er is een veilig datamanagementsysteem beschikbaar.</li> </ul>	V V V A



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Subsidieaanvragen en subsidiemanagement wordt adequaat en proactief ondersteund.</li> <li>Wetenschappelijk onderzoek wordt ondersteund en gestimuleerd door een breed en specifiek opleidingsaanbod gericht op basisvaardigheden, zoals GCP, statistiek, EBP en literatuuronderzoek.</li> <li>EBP's onderwijsprogramma's worden opgezet in samenwerking met verpleegwetenschapper of epidemioloog én informatiespecialist.</li> <li>Iedere hoofdonderzoeker en researchpersoneel van een WMO-plichtig onderzoek heeft een GCP en/of BROK cursus gevolgd.</li> <li>De hoofdonderzoeker heeft met goed gevolg het GCP of Brok examen behaald wat leidt tot registratie in het landelijke GCP of BROK register.</li> </ul>	<p>A</p> <p>V</p> <p>V</p> <p>V</p> <p>V</p>
28.	<i>Informatiemanagement</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>De toegang tot de (wetenschappelijk) literatuur en wetenschappelijke output is eenduidig, laagdrempelig en zichtbaar als één-loket functie georganiseerd voor alle beroepsgroepen.</li> <li>Voor alle beroepsgroepen is directe toegang tot het basis STZ literatuurpakket en Nederlandstalige medische en verpleegkundige vakliteratuur afgestemd op de strategische speerpunten en de dagelijkse praktijk van het ziekenhuis, gegarandeerd.</li> <li>Klinische praktijkvragen en wetenschappelijk onderzoek worden georganiseerd ondersteund, zodat de zorgprofessional efficiënt en doelgericht hiervoor literatuuronderzoek kan verrichten.</li> </ul>	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p>
<b>Hoofdcriterium 5: Innovatie</b>		
<b>Nr.</b>	<b>Criterium</b>	<b>Weging</b>
29.	<i>Innovatiebeleid</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>In de strategie is beleid rond innovatie opgenomen waarin duidelijk naar voren komt dat innovaties primair gedreven worden door de behoefte aan verbeteren van de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van patiënten</li> <li>Er is een meerjarig actueel en bestuurlijk vastgesteld innovatie-beleidsplan.</li> <li>In het beleid is opgenomen dat naast technologische innovaties ook organisatorische innovaties, sociale en procesvernieuwingen nadrukkelijk worden gestimuleerd.</li> <li>In de tactische en afdelingsjaarplannen worden de activiteiten rond innovatie geoperationaliseerd.</li> </ul>	<p>V</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p>
30.	<i>Organisatie van innovatie</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er wordt systematisch en op een gestructureerde wijze aan voortdurend vernieuwen gewerkt.</li> <li>Innoveren vindt georganiseerd plaats, dat wil zeggen dat er een structuur is waarlangs vernieuwingen gesignaleerd worden en zich mogelijk kunnen ontwikkelen.</li> <li>Innoveren is zodanig georganiseerd dat alle besluitvormingsmomenten duidelijk gemarkeerd zijn, vanaf idee t/m het besluit om te implementeren en op te schalen.</li> <li>Het valideren en de follow up van een implementatie draagt zorg voor borging.</li> </ul>	<p>ZA</p> <p>ZA</p> <p>ZA</p> <p>ZA</p>
31.	<i>Innovatie'team'</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er is een innovatie- '(kern)team' die de structuur waarlangs innovaties worden gesignaleerd, beoordeeld en geïmplementeerd bewaakt.</li> <li>In het '(kern)team' is een 'dedicated' functionaris opgenomen, die de activiteiten coördineert.</li> <li>Het proces van signaleren, evalueren en implementeren van innovaties en innovatieve projecten is multidisciplinair ingericht.</li> <li>Het team rapporteert rechtstreeks aan een lid van de Raad van Bestuur die deze portefeuille heeft.</li> <li>Er is zichtbare en meetbare aandacht voor de centrale positie en de bekendheid van innoveren en innovaties in de organisatie.</li> </ul>	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>ZA</p>

32.	<p><i>Cultuur</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onder medewerkers, betrokkenen en management is een innovatieve mentaliteit, gekenmerkt door een open-mindset, transparantie en samenwerking.</li> <li>• Medewerkers en betrokkenen in het ziekenhuis zijn bekend met de wijze waarop innovatie georganiseerd is.</li> <li>• Op innovatie gerichte activiteiten vinden plaats binnen de organisatie en daarbuiten, met externen. Hiervan zijn voorbeelden beschikbaar.</li> </ul>	<p>ZA</p> <p>ZA</p> <p>ZA</p>
33.	<p><i>Financieel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een substantiële financiële regeling om het innoveren mogelijk te maken en te stimuleren, bijvoorbeeld een innovatiefonds.</li> <li>• Geldstromen zijn in beeld zijn en er is inzicht en transparantie is rond de innovatiegelden</li> <li>• De wijze waarop innovatiegeld toegekend wordt is voor de medewerkers en betrokkenen beschreven en gemakkelijk vindbaar.</li> </ul>	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p>

### Hoofdcriterium 6: 24/7 topklinische en complexe acute zorg

Nr.	Criterium	Weging
34.	<p><i>Beleid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In het strategisch beleidsplan is het thema 24/7 topklinische zorg en complexe acute zorg opgenomen.</li> <li>• Er is een meerjarig 24/7 beleidsplan waarin is opgenomen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ het uitgangspunt dat topklinische SEH's, de klok rond open zijn, zonder sluitingen;</li> <li>▪ het uitgangspunt dat in een topklinische SEH de patiënt altijd welkom is, een eerste beoordeling en behandeling plaats zal vinden en zo nodig een ondersteunde doorverwijzing;</li> <li>▪ hoe wordt toegewerkt naar een identieke kwaliteit van zorg van de acute en 24/7 zorg 'around the clock';</li> <li>▪ de wijze waarop de topklinische thema's in de 24/7 zorg geïntegreerd worden;</li> <li>▪ concrete doelstellingen en de wijze waarop planmatig gegroeid wordt naar een optimaal kwaliteitsniveau;</li> <li>▪ het organiseren van de zorg in netwerken met als uitgangspunt juiste zorg op de juiste plaats vanuit patiënten perspectief de klok rond als uitgangspunt;</li> <li>▪ de wijze waarop de 24/7 zorg geoperationaliseerd wordt in jaarplannen;</li> <li>▪ hoe zorguitkomsten structureel gemeten worden en beschikbaar zijn voor positionering van de STZ-ziekenhuizen als centra voor complexe acute 24/7 zorg;</li> <li>▪ op welke wijze zorguitkomsten aan de basis staan van leerervaring en cyclisch verbeteren.</li> <li>▪ hoe de samenwerking tussen de specialismen en de zorgprofessionals in de interne acute as wordt structureel wordt bevorderd;</li> <li>▪ de wijze waarop de samenwerking met de externe acute zorg ketenpartners gestalte krijgt.</li> </ul> </li> </ul>	<p>V</p> <p>V</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p>
35.	<p><i>Regionaal netwerk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In de regio wordt een actieve en leidende regie rol ingenomen in het 24/7 veld.</li> <li>• Er is sprake van een voorhoede rol in het opzetten van regionale samenwerking en het creëren van regionaal maatwerk met de zorgpartners.</li> <li>• Zorgvolumes op specifieke aandoeningen worden bereikt door samenwerking in regionale netwerken.</li> <li>• Samenwerking met externe ketenpartners, horizontaal en verticaal wordt geïnitieerd.</li> <li>• Er is een voortrekkersrol op medische en organisatorische vraagstukken die het primaire verzorgingsgebied overstijgen, voorbeelden zijn oncologie en acute zorg etc.</li> <li>• In een regionaal netwerk wordt een zichtbare structuur van kennisdeling vorm en inhoud gegeven.</li> </ul>	<p>V</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p>

