

Toelichting Kwaliteitsmanagementsysteem GHOR-bureau



Versie

Versienr	Auteur	Opmerkingen
2.1.	H. de Boer	Lindy Veeneman
2.2.	H. de Boer	Teamleden GHOR en audit GHOR 28-4-2011
2.3	H. de Boer	Johan Blom
3.0	L. Veeneman	Inter- en intranet

Documenteigenaar	Heleen de Boer
Vastgesteld door	H. Ensing, Directeur GHOR (tot april 2011), versie 3.0 Johan Blom
Datum vaststelling	1.0: 16 september 2008 2.0: 3 november 2009 3.0: 24 mei 2011
Geplande evaluatiedatum	1 jaar na datum vaststelling
Digitale vindplaats	Documentbeheerssysteem GHOR-bureau

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Inleiding	3
2. Wat is een kwaliteitsmanagementsysteem	3
3. Doelen kwaliteitsmanagementsysteem	3
4. Organisatie	4
4.1. Veiligheidsregio IJsselland	4
4.2. Het GHOR-bureau	4
5. Verantwoordelijkheden	5
5.1. Bestuur en portefeuillehouder GHOR	5
5.2. Directeur GHOR	5
5.3. Hoofd GHOR-bureau	5
5.4. Verdeling rollen teamleden	5
5.5. Doelgroepen	5
5.5.1. Ketenpartners	5
5.5.2. Partners in veiligheid	6
5.5.3. Operationele GHOR-functionarissen	6
5.5.4. Burgers in de veiligheidsregio IJsselland	6
6. Taken en processen	6
6.1. Taken	6
6.2. Processen	6
7. Verbetercycli	7
7.1. PDCA-cyclus per proces	7
7.1.1. Plan	7
7.1.2. Do	7
7.1.3. Check en Act	8
7.2. PDCA-cyclus op beleidsniveau (grote cyclus)	8
7.2.1. Plan	8
7.2.2. Do	8
7.2.3. Check en Act	8
8. Documenten kwaliteitsmanagementsysteem	9
8.1. Vindplaats documenten KMS GHOR-bureau	9
8.2. Verwijzingen naar andere documenten en bestanden	9
Bijlage 1. Ontwikkeling kwaliteitsmanagementsysteem	10
Bijlage 2. Lijst proceshouders en schaduw-proceshouders	11
Bijlage 3. Toelichting bij format procesbeschrijving	12
Bijlage 4. Informatie voor de certificerende instantie	14
Bijlage 5. Informatie over het INK-managementmodel	15

1. Inleiding

In dit document lees je wat het kwaliteitsmanagementsysteem van het GHOR-bureau is. Het document is bedoeld als wegwijzer voor het management, medewerkers GHOR-bureau en de certificerende instantie.

Aan het eind weet je:

- wat een kwaliteitsmanagementsysteem is
- wat de doelen zijn van het kwaliteitsmanagementsysteem
- wat de plaats van het GHOR-bureau is binnen de Veiligheidsregio IJsselland
- hoe de verantwoordelijkheden verdeeld zijn
- wat de taken en processen zijn
- hoe de verbetercyclus toegepast is en
- welke documenten onder het kwaliteitsmanagementsysteem vallen.

2. Wat is een kwaliteitsmanagementsysteem

Een kwaliteitsmanagementsysteem is een hulpmiddel voor het management van een organisatie (onderdeel) om processen te beheersen en om de kwaliteit van een organisatie op systematische wijze (bij) te sturen. Het doel is om zoveel mogelijk aan te sluiten op de verwachtingen van de doelgroepen van de organisatie door de taken op een efficiënte en effectieve wijze uit te voeren. De organisatie in al haar facetten wordt op een hoger niveau gebracht en werkt voortdurend aan verbetering. Dit is best ingewikkeld.

In deze toelichting worden de onderdelen van het kwaliteitsmanagementsysteem GHOR-bureau uitgelegd. We hebben het beschreven volgens de normen van het HKZ-certificatieschema GHOR (2010). Sinds februari 2006 is het GHOR-bureau HKZ-gecertificeerd. Verder uitleg hierover, zie bijlage 1.

3. Doelen kwaliteitsmanagementsysteem

Dat het GHOR-bureau een werkbaar kwaliteitsmanagementsysteem heeft gekozen, heeft veel voordelen. De doelen die we nastreven zijn:

- o Het leidt tot aantoonbaar betere resultaten voor de GHOR-kwaliteit. Het is transparant welke resultaten zijn geboekt en waar duidelijk verbeteringen nodig zijn.
- o Het bestuur, de ketenpartners, operationele functionarissen en overige samenwerkingspartners zijn meer tevreden over het GHOR-bureau.
- o Het leidt ertoe dat medewerkers hun taken, processen en activiteiten beter uitvoeren. Zij beheersen hun processen en passen dit zo nodig aan.
- o De verbetercyclus maakt altijd onderdeel uit van de werkzaamheden.
- o Door risicovolle processen te beschrijven worden kwetsbare onderdelen en potentiële risico's in de uitvoering van de taken opgespoord. Hieruit volgen verbeteracties. Met het uitvoeren van de verbeteracties kunnen we potentiële risico's verlagen of mogelijk zelfs opheffen.
- o De opbouwde kennis, ervaring en beschikbare documenten worden goed geborgd, zodat het mogelijk is elkaar te vervangen. Actuele documenten zijn gemakkelijker vindbaar.





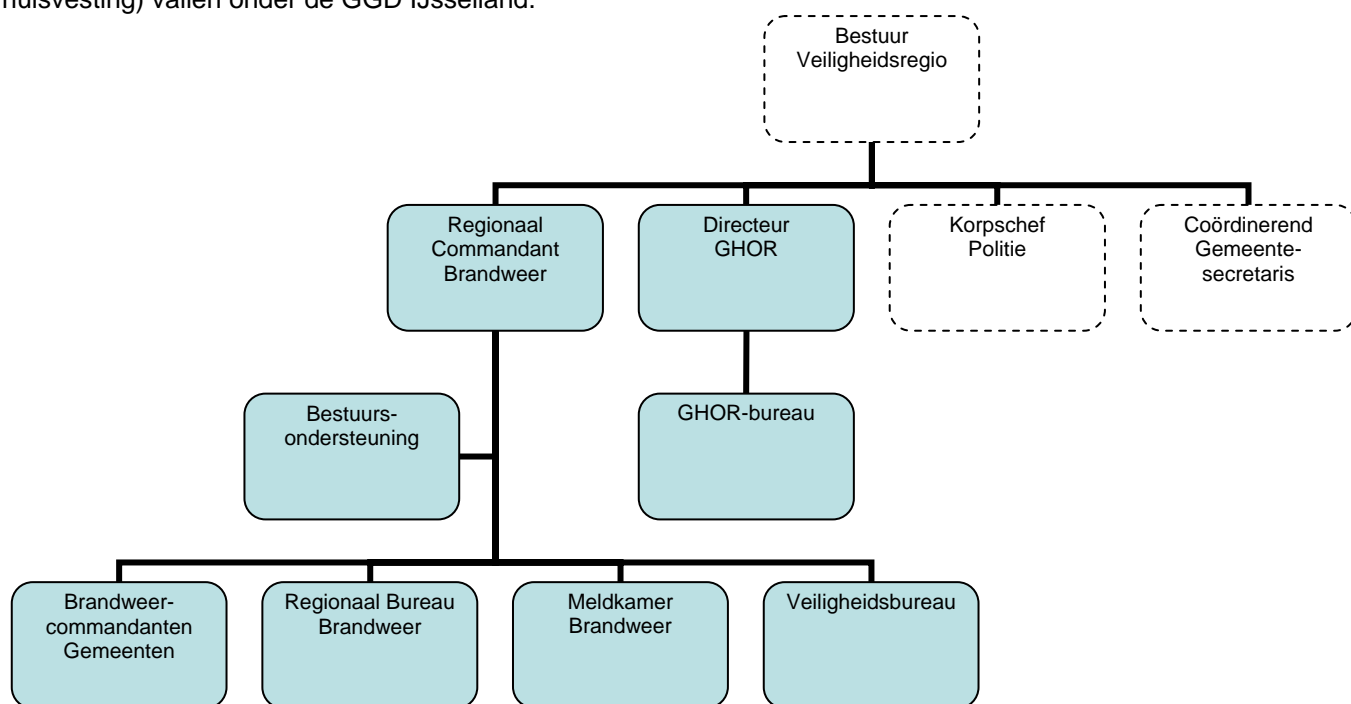
- Het ondersteunt bij de samenwerking tussen medewerkers GHOR-bureau en verbetert de samenwerking met andere teams en partners binnen de Veiligheidsregio IJsselland.

- Het gekozen systeem gaat uit van de deskundigheid van medewerkers. Het professioneel handelen is nodig voor 'goede' taakuitvoering. De organisatie bewaakt, meet en verbetert dit.
- Bestuurders en externen (o.a. inspectie) hebben meer vertrouwen in het functioneren van het GHOR-bureau. Dit komt het GHOR-bureau laat zien dat zij gestructureerd, aantoonbaar en continu werkt aan de verbetering van de uitvoering van de GHOR-taken.

4. Organisatie

4.1. Veiligheidsregio IJsselland

Het GHOR-bureau vormt met de regionale brandweer de 'Veiligheidsregio IJsselland'. De veiligheidsregio heeft samenwerkingsafspraken met politie en gemeenten. De PIOFACH-functies (personeel, informatievoorziening, organisatie, financiën, automatisering, communicatie en huisvesting) vallen onder de GGD IJsselland.



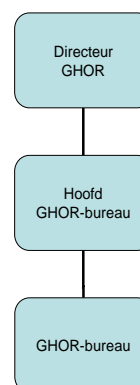
4.2. Het GHOR-bureau

Het bestuur heeft de directeur GHOR aangesteld, die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de GHOR-taken. De directeur GHOR heeft hiervoor het GHOR-bureau tot zijn beschikking. Het GHOR-bureau staat onder leiding van het hoofd GHOR-bureau en bestaat uit:

- twee medewerkers beleidsimplementatie
- vijf beleidsmedewerkers
- twee administratieve ondersteuners.

In totaal heeft het GHOR-bureau (dus excl.. directeur GHOR) een formatie van 8.94 FTE. De organisatiestructuur ziet er als volgt uit:

GHOR IJsselland



5. Verantwoordelijkheden

5.1. Bestuur en portefeuillehouder GHOR

Het bestuur stelt de kaders van het beleid van de GHOR.

Een bestuurder heeft GHOR in zijn portefeuille. De taak en werkwijze van de besturen is vastgelegd in 'Stukkenstroom' (9 februari 2009, website Veiligheidsregio).

5.2. Directeur GHOR

De directieleden van de Veiligheidsdirectie zijn als proceseigenaar verantwoordelijk voor de hem toebedeelde portefeuilles. De Directeur GHOR heeft o.a. de GHOR in zijn portefeuille en is dus proceseigenaar GHOR (zie ook 'Stukkenstroom').

Directeur GHOR is verantwoordelijk voor het formuleren en uitvoeren van het beleid en daarbij geformuleerde doelstellingen (zie teamplan GHOR).

Tevens is de Directeur GHOR is verantwoordelijk voor het functioneren van het kwaliteitsmanagementsysteem van het GHOR-bureau. Zodra nieuwe onderdelen van het kwaliteitsmanagementsysteem digitaal verschijnen, heeft de directeur deze vastgesteld. De Directeur GHOR is voorzitter van de directiebeoordeling.

5.3. Hoofd GHOR-bureau

Het Hoofd GHOR zit in het MT Veiligheidsregio IJsselland. Hij stuurt het GHOR-bureau aan. Het hoofd GHOR-bureau voert in beperkte mate inhoudelijke werkzaamheden uit binnen het programma GHOR.

5.4. Verdeling rollen teamleden

De sr. beleidsmedewerker vervult een inhoudelijk coördinerende functie. Dat wil zeggen dat hij de algehele voortgang en de kwaliteit van de producten bewaakt.

De kolomvertegenwoordiger is de contactpersoon van de kolom voor de leden van het veiligheidsbureau en andersom.

Elk proces heeft één proceshouder. De proceshouder bewaakt het functioneren van het proces en stelt de procesbeschrijving zo nodig bij (incl. procesanalyse). Elke proceshouder heeft ook een schaduwfunctionaris. Deze is verantwoordelijk voor het proces bij (langdurige) afwezigheid van de proceshouder.

In een proces zijn vaak meerdere medewerkers bezig die activiteiten uitvoeren, bijvoorbeeld:

- documenteigenaar (= degene die het document maakt of bijstelt)
- organisator van een oefening
- deelnemer aan een activiteit
- evaluator van een oefening
- projectleider multidisciplinair product

5.5. Doelgroepen

Het GHOR-bureau heeft contacten met meerdere doelgroepen. In de visie van het GHOR-bureau staat dat 'de activiteiten van de GHOR gebaseerd zijn op de eisen, verwachtingen en behoeften van relevante partners, klanten en operationele functionarissen.' De rol van klant en partner is vaak van toepassing voor dezelfde doelgroep. Bij elke procesbeschrijving staat welke doelgroep een rol heeft in het proces.

5.5.1. Ketenpartners

Met de ketenpartners van de GHOR zijn overeenkomsten opgesteld (zie website Veiligheidsregio).

5.5.2. Partners in veiligheid

De partners in veiligheid zijn de politie, brandweer en de gemeenten. Verschillende functionarissen kunnen het aanspreekpunt zijn. In het Veiligheidsbureau wordt afgestemd over de uitvoering van de multidisciplinaire taken. Er zijn afhankelijk van de taak ook andere samenwerkingspartners betrokken zoals defensie, waterschappen en Rijkswaterstaat.

5.5.3. Operationele GHOR-functionarissen

Dit zijn de personen die een operationele functie uitoefenden in de GHOR-keten. De functies zijn vastgelegd in de 'Inleiding GHOR'. In 'registraties OTO' staat wie welke functie uitoefent.

5.5.4. Burgers in de veiligheidsregio IJsselland

Het GHOR-bureau stimuleert de zelfredzaamheid van burgers in de veiligheidsregio IJsselland. Er is een apart project GHOR om de burgerparticipatie te vergroten.

6. Taken en processen

6.1. Taken

Alle taken van het GHOR-bureau staan in het document 'Herziening Taken GHOR'. Deze taken zijn gebaseerd op wet- en regelgeving en regionaal en landelijk beleid.

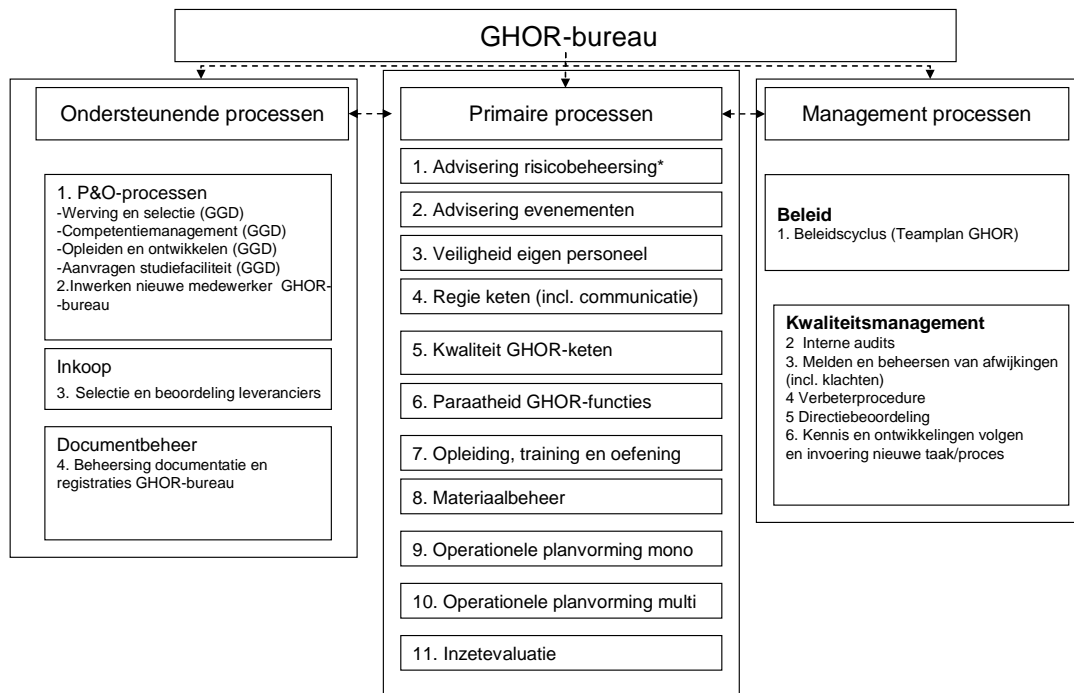
6.2. Processen

We kennen primaire processen, managementprocessen en ondersteunende processen. De primaire processen dragen rechtstreeks bij aan de uiteindelijke levering van het product voor de externe klant. De managementprocessen geven steun en richting aan de primaire en ondersteunende processen. De ondersteunende processen helpen het primaire proces beheerst en ongestoord te laten verlopen en zijn gericht op de interne klant.

Voorbeeld: Het proces 'monodisciplinaire operationele planvorming' is een primair proces. Er zijn ondersteunende processen en managementprocessen nodig om dit primair proces goed te laten verlopen. Degene die een operationeel plan gaat maken of bijstellen, moet bijvoorbeeld:

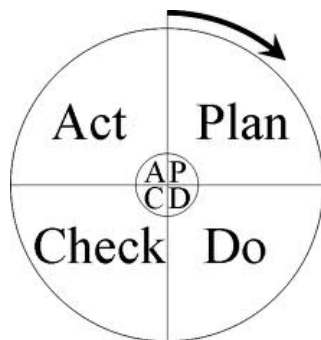
- de laatste versie van het plan kunnen vinden ('documentbeheer').
- de actuele landelijke en regionale ontwikkelingen weten ('actuele ontwikkelingen').
- voldoende opleiding, training en inwerkbegeleiding etc. hebben gehad ('personeel')
- over de juiste materiaal en middelen moeten beschikken, zoals
- weten of er beleidswijzigingen zijn, zoals een andere opkomsttijd ('beleid')
- weten of er verbeteracties zijn uit evaluaties of audits ('verbeterprocedure')

Het onderstaande overzicht laat de samenhang van de processen van het GHOR-bureau zien. Sommige processen vallen onder GGD IJsselland. Dan staat er 'GGD' achter. De processen die alleen voor het GHOR-bureau gelden, zijn genummerd. In bijlage 2 staan alle processen met de proces- en schaduwhouders erbij.



7. Verbetercycli

De verbetercyclus komt terug in onze beleidscyclus, procesbeschrijvingen en in alle werkzaamheden. De verbetercyclus wordt ook wel PDCA-cyclus genoemd. PDCA staat voor Plan, Do, Check en Act.



7.1. PDCA-cyclus per proces

In elke procesbeschrijving komt de PDCA-cyclus terug.

7.1.1. Plan

In de 'plan'-fase bekijken we welke processen kritisch zijn. Van deze processen is een procesbeschrijving gemaakt. Hier is bekeken welke onderdelen / processtappen kwetsbaar zijn en welke risico's moeten worden voorkomen of moeten worden beperkt. Dit is een zgn. 'procesanalyse'.

7.1.2. Do

In deze fase voeren we de procesbeschrijving uit. Er is altijd een reden om het proces te starten.

7.1.3. Check en Act

In de check-fase toetsen we:

- In hoeverre de procesbeschrijvingen (en aanverwante documenten) in de praktijk worden toegepast,
- of er verbeterpunten zijn en
- of de verbeterpunten die eerder zijn aangegeven, ook zijn ingevoerd.

De instrumenten die we (afhankelijk van de procesbeschrijving) gebruiken zijn:

- evaluatierapporten
- interne- en externe audits (zie M 3 'interne audits')
- peilingen onder klanten, partners en operationele functionarissen
- binnengekomen klachten of opmerkingen van klanten, partners en operationele functionarissen
- leveranciersbeoordelingen
- metingen van prestatie-indicatoren (zie managementrapportages, paragraaf 5.2.3)
- rapportages over opleiden, trainen en oefenen en kwaliteit keten

Het beoogde resultaat is in termen van het proces: de output.

Op basis van evaluaties stellen we zo nodig onze procesbeschrijvingen en documenten bij (act). Ook formuleren we zo nodig verbeteracties.

7.2. PDCA-cyclus op beleidsniveau (grote cyclus)

Ook de 'grote' beleidscyclus verloopt via de PDCA-fasen.

7.2.1. Plan

In de 'plan'-fase maakt het GHOR-bureau afspraken over de uitvoering van taken.

Deze afspraken staan in:

- 'Programmabegroting jiii'
- 'Taken GHOR-bureau'
- 'Teamplan GHOR'

Hierin staan ook de doelstellingen die afkomstig zijn uit het Meerjarenbeleidsplan Veiligheidsregio IJsselland.

7.2.2. Do

We voeren de taken en afspraken uit ('do'-fase)

7.2.3. Check en Act

In de 'check'-fase evalueren we de afspraken en de uitvoering daarvan. Drie keer per jaar maakt het hoofd bureau een *managementrapportage*. Hierin staan de resultaten van de gemeten prestatie-indicatoren. Daarnaast bewaken we de voortgang van de doelen, activiteiten uit het teamplan en verbeteracties bewaakt.

Jaarlijks houden de directeur GHOR, het hoofd bureau en een beleidsmedewerker een *directiebeoordeling*. Vooraf maakt een beleidsmedewerker een analyse. Zie proces 'directiebeoordeling'. Hierin evalueren we de doelen van het kwaliteitsmanagementsysteem zijn behaald (zie hoofdstuk 3).

In de 'act-fase' neemt het management maatregelen op basis van de managementrapportage en de directiebeoordeling.

8. Documenten kwaliteitsmanagementsysteem

8.1. Vindplaats documenten KMS GHOR-bureau

De 'Toelichting KMS', de procesbeschrijvingen, de checklists en formulieren staan op het internet en intranet Veiligheidsregio IJsselland. In bijlage 1 staat een toelichting bij het format van de procesbeschrijvingen.

<http://veiligheidsregio-ijsselland.nl/documenten-ghor/371/> :

Kwaliteitszorg

- Toelichting Kwaliteitsmanagementsysteem GHOR-bureau
- Procesbeschrijvingen GHOR-bureau management
- Procesbeschrijvingen GHOR-bureau ondersteunend
- Procesbeschrijvingen GHOR-bureau primair
- Procesbeschrijvingen GHOR-keten
- Kwaliteitsindicatoren GHOR-keten
- Nieuw kwaliteitssysteem indicatoren

8.2. Verwijzingen naar andere documenten en bestanden

In de procesbeschrijvingen wordt verwezen naar andere documenten en databestanden. Hierin staat ook de vindplaats. Bijvoorbeeld:

Intranet: Intranet Veiligheidsregio

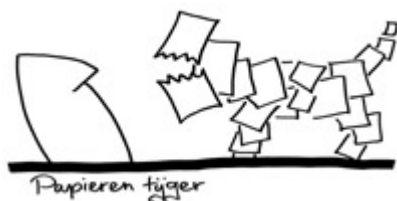
Mycorsa: systeem van de Veiligheidsregio en GGD

Documentbeheerssysteem GHOR

M-schijf: zie RGF/m-schijf.

Zie procesbeschrijving 'Beheersing documenten en registraties'.

De procesbeschrijvingen incl. de documenten waarnaar verwezen wordt, vallen onder het kwaliteitsmanagementsysteem. Aan deze documenten worden specifieke normen gesteld, o.a. versiebeheer etc.



Bijlage 1. Ontwikkeling kwaliteitsmanagementsysteem

Het GHOR-bureau is medio 2005 begonnen om het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) te beschrijven volgens de normen van het HKZ-certificatieschema GHOR-bureau (2004). Een aanleiding daartoe was de afspraak van de Raad van RGF-en dat alle GHOR-bureaus voor 1 januari 2008 HKZ-gecertificeerd moesten zijn. Daarnaast wilde de toenmalige Regio IJssel-Vecht een integraal en organisatiebreed kwaliteitsmanagementsysteem opzetten¹. In februari 2006 is het GHOR-bureau als eerste team van de Regio HKZ gecertificeerd. Hierna hebben stapsgewijs andere teams binnen de GGD het HKZ-certificaat behaald.

Medio 2008 is het kwaliteitsmanagementsysteem GHOR-bureau grondig herzien. Hiertoe was behoefte binnen het bureau, met name vanwege de grote hoeveelheid procesbeschrijvingen. Vanaf 1 januari 2009 is het GHOR-bureau ondergebracht in de 'Veiligheidsregio IJsselland'. Het vernieuwde KMS is ontwikkeld door middel van interviews met medewerkers GHOR-bureau en in overleg met de leveranciers vanuit 'bedrijfsvoering' die nu is ondergebracht bij de GGD IJsselland.

Eind 2010 heeft het GHOR-bureau een 'INK-dag' gehouden. Vooraf aan die dag hebben de teamleden een quick-scan ingevuld. Dit instrument bestaat uit een lijst met 30 stellingen die gerelateerd zijn aan de negen velden van het INK model (zie bijlage 5) en aan de eigen doelstellingen uit het Teamplan GHOR. De uitkomsten zijn in teamverband besproken en hieruit zijn verbeteringen voortgekomen en deze zijn na deze bijeenkomst uitgevoerd. .

In 2011 is het nieuwe HKZ-schema GHOR toegepast. Dit heeft niet tot grote wijzigingen geleid in ons kwaliteitsmanagementsysteem.

¹ Dit staat in een *Richtingnotitie kwaliteitsmanagement in de Regio IJssel-Vecht en de (versie 3.0: 08-12-2004)* en het *Beleidsplan kwaliteit Regio IJssel-Vecht 2005 – 2007*.

Bijlage 2. Lijst proceshouders en schaduw-proceshouders

Primair proces	Proceshouder	Schaduw-proceshouder
P1. Advisering risicobeheersing	L. Veeneman	S. Reinders
P2. Advisering evenementen	S. Reinders	L. Veeneman
P3. Veiligheid eigen personeel	S. Reinders	P. Kruijt
P4. Regie keten en communicatie	N. Bosman	H. de Boer
P5. Kwaliteit GHOR-keten	H. de Boer	N. Bosman
P6. Paraatheid GHOR-functies	N. Bosman	Vacature
P7. Opleiding, training en oefening	P. Kruijt	Vacature
P8. Materiaalbeheer	Joke Schokker	P. Kruijt
P9. Operationele planvorming monodisciplinair	E. Bouwmeester	N. Bosman
P10. Operationele planvorming multidisciplinair	L. Veeneman	N. Bosman
P11. inzetevaluatie	Vacature	L. Veeneman

Managementproces	Proceshouder	Schaduw-proceshouder
M1 Beleidscyclus (incl. teamplan)	N. Bosman	H. de Boer
M2 Interne audits	H. de Boer	L. Veeneman
M3 Melden en beheersen van afwijkingen	H. de Boer	N. Bosman
M4 Verbeterprocedure	N. Bosman	H. de Boer
M5 Directiebeoordeling	H. de Boer	L. Veeneman
M6 Kennis en ontwikkelingen volgen en nieuwe taken/processen starten	N. Bosman	H. de Boer

Ondersteunend proces	Proceshouder	Schaduw-proceshouder
O1 P&O processen	J. Blom	H. Weitenberg
O2 Inwerken nieuwe medewerker GHOR-bureau	J. Blom	H. Weitenberg
O3 Inkoop	J. Blom	H. Weitenberg
O4 Documentbeheer	J. Schokker	A. Dijkslag

Bijlage 3. Toelichting bij format procesbeschrijving

Tekstblokken:

Doel

Wanneer het proces goed is doorlopen, is deze eindsituatie bereikt.

Doelgroepen

Zie paragraaf 5.5.

Proceshouder

De proceshouder moet het functioneren van de procedure bewaken en indien nodig bijstellen. Elke proceshouder heeft ook een schaduwfunctionaris. Degene neemt deze rol bij (langdurige) afwezigheid van de proceshouder over.

Prestatie-indicator

Deze geeft een met zo min mogelijk gegevens zoveel mogelijk inzicht over een groter geheel

Doelgroepen

Dit zijn de klanten, partners, operationele functionarissen die betrokken zijn bij de procesbeschrijving.

Referenties

Verwijzingen naar beleidsdocumenten, wet- en regelgeving.

Registraties

'Ingevulde' documenten (formulieren, verslagen, elektronische databestanden etc.)

Indeling in kolommen:

In de procesbeschrijvingen is een indeling in drie kolommen te zien, gescheiden door verticale stippellijnen. De linker kolom geeft aan wie de activiteit uitvoert, de middelste kolom geven de processtappen weer en de rechterkolom evt. aanvullende tekst bij de processtap.

Verklaring van symbolen:



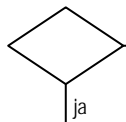
symbool voor een processtap



symbool voor een toestand of situatie



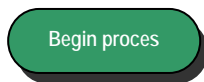
symbool voor een document



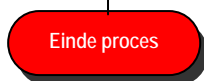
nee symbol voor (een) beslissing(en) / keuzemoment(en)



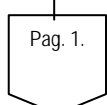
symbool voor connecties (n = procesnummer waaruit input wordt verkregen)



symbool voor het begin van een proces om aan te duiden: 'op een bepaald moment begint een proces, het maakt niet uit wanneer'



symbool dat een proces eindigt na het voltooien van een processtap of vervaardigen van een document etc.



symbool dat de input voor een ander taakveld weergeeft of overgang naar een andere pagina.



symbool dat wil zeggen dat de uitkomsten van het beschreven proces, dienen als input voor een ander proces, het genoemde proces.

Verklaring van de lijnen:

De normaal te gebruiken richtingen van de lijnen zijn van links naar rechts en van boven naar onder. De lijn krijgt dan geen pijl. Indien in tegengestelde richting wordt gewerkt dan wordt de lijn voorzien van een pijl. Het laten kruisen van lijnen wordt zoveel mogelijk vermeden.

Verklaring van de arceringen:

Het komt voor dat een symbool gearceerd is. De betekenis van een arcering is onderstaand weergegeven:



Derden voeren het proces uit.



Het GHOR-bureau voert het proces uit, maar wel binnen de GHOR-keten



Het GHOR-bureau voert het proces uit.

Bijlage 4. Informatie voor de certificerende instantie

Toepassingsgebied

Uitgesloten zijn de HKZ-normen uit het HKZ-schema GHOR (2010):

- *7.1.4 Opslag van geneesmiddelen, medische uitrusting en steriele materialen.* Het GHOR-bureau doet dit niet.
- *7.2 Beheersing bewakings- en meetapparatuur.* Het GHOR-bureau gebruikt geen bewakings- en meetapparatuur.

Referentiematrix

Er is een referentiematrix waarin per HKZ-norm verwezen wordt naar de relevante documenten.

Bijlage 5. Informatie over het INK-managementmodel

Het INK-managementmodel is een hulpmiddel voor managers. Het model bestaat uit negen aandachtsgebieden die in samenhang bepalend zijn voor het succes van de instelling.

Er zijn vijf organisatiegebieden:

1. Leiderschap
2. Strategie & beleid,
3. Management van medewerkers
4. Management van middelen
5. Management van processen

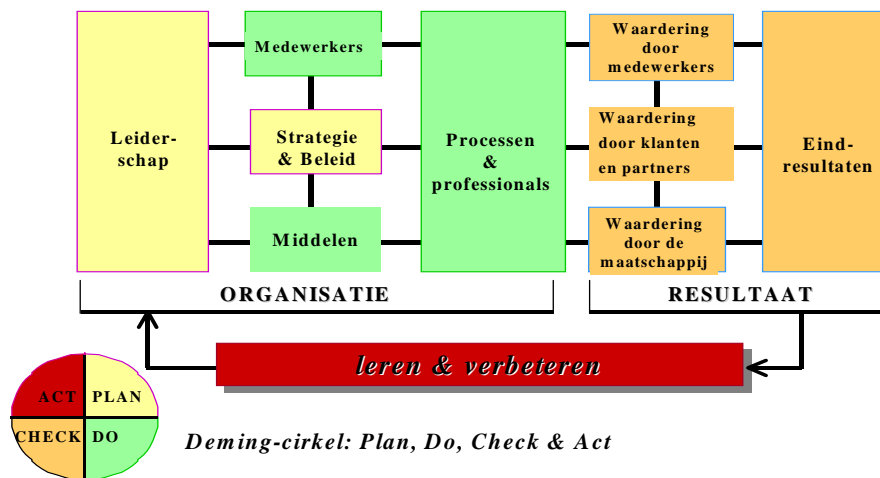
en vier resultaatgebieden:

6. Waardering door klanten
7. Waardering door medewerkers
8. Waardering door de maatschappij
9. Financiële- en operationele eindresultaten.

Bij de resultaatgebieden gaat het om de vraag: wat wil de organisatie bereiken en hoe maakt de organisatie de resultaten transparant?

Bij de organisatiegebieden gaat het om de vraag: wat doet de organisatie om de beoogde resultaten te behalen?

De organisatie- en resultaatgebieden beïnvloeden elkaar: een goede organisatie is een voorwaarde voor goede resultaten. Omgekeerd zijn de gewenste resultaten bepalend voor de inrichting van de organisatie en de zorgprocessen. De samenhang tussen de gebieden van bedrijfsvoering en zorgverlening dwingt het management om strategische keuzen te vertalen naar medewerkers, naar processen en naar de inrichting van de organisatie..



Integraal management betekent samenhang en consistentie. Het gebruik van de Deming-cyclus en integrale aansturing hangen met elkaar samen.

Plan: Leiderschap en Strategie & beleid vormen samen het 'plan' van de organisatie.

Do: De uitvoering ('do') vindt plaats met inzet van medewerkers, middelen en aansturing van processen en professionals.

Check: De 'check' vindt plaats aan de hand van de behaalde resultaten.

Act: Op grond van de analyse van de resultaten kan de instelling beslissen wat ze wil veranderen aan doelen of inspanningen.

Het INK-model en de Deming-cyclus helpen om de samenhang in bedrijfsvoering en zorgverlening inzichtelijk te maken.