



## Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.1

*Keep thinking!*

Vóórdat u dit document print,  
lees (klik op) het [printadvies](#).

### Missie NIAZ

Kerntaak:  
judicium

NIAZ levert een bijdrage aan de borging en verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg, in het bijzonder door het ontwikkelen van kwaliteitsnormen en het toepassen daarvan in de toetsing van zorginstellingen en zorgprocessen, resulterend in een judicium waaraan derden – zorgconsumenten, zorgverzekeraars, samenwerkingspartners, overheden en samenleving – het vertrouwen kunnen ontlelen dat de zorg reproduceerbaar op een adequate en veilige manier wordt voortgebracht.



# Overzicht

	pagina	direct naar
Overzicht		
1. Toelichting	4	<a href="#">▶</a>
1.1. Praktisch gebruik	4	<a href="#">▶</a>
Printadvies	5	<a href="#">▶</a>
1.2. Structuur van het <a href="#">referentiekader NIAZ</a>	6	<a href="#">▶</a>
Revisie Kwaliteitsnorm Zorginstelling	7	<a href="#">▶</a>
Sector specifieke versies <a href="#">referentiekader NIAZ</a>	9	<a href="#">▶</a>
1.3. Het concept van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling	10	<a href="#">▶</a>
<i>Keep thinking!</i>	10	<a href="#">▶</a>
Het <a href="#">INK-model</a>	10	<a href="#">▶</a>
<a href="#">Instelling</a> en <a href="#">werkeenheden</a>	11	<a href="#">▶</a>
Visie op <a href="#">veiligheid</a>	12	<a href="#">▶</a>
1.4. Internationale erkenning ( <a href="#">ISQua</a> )	13	<a href="#">▶</a>
2. Voorwaarden <a href="#">accreditatie</a> NIAZ	14	<a href="#">▶</a>
2.1. <a href="#">Auditsystematiek</a>	15	<a href="#">▶</a>
2.2. Beoordelingssystematiek	16	<a href="#">▶</a>
Scoringssystematiek	16	<a href="#">▶</a>
Scoringssystematiek veld 1 t/m 5	17	<a href="#">▶</a>
Scoringssystematiek veld 6 t/m 9	19	<a href="#">▶</a>
Gekwalificeerd eindoordeel ('noodzakelijke voorwaarden')	21	<a href="#">▶</a>
3. Definities	22	<a href="#">▶</a>
4. Normtekst	28	<a href="#">▶</a>
1. Leiderschap	29	<a href="#">▶</a>
111: inhoud beleidsvisie	30	<a href="#">▶</a>
112: beleidsvisie actualiseren	30	<a href="#">▶</a>
113: voorbeeldfunctie	31	<a href="#">▶</a>
121: taakverdelen en communiceren	31	<a href="#">▶</a>
122: organisatie borgen	32	<a href="#">▶</a>
2. Strategie en beleid	34	<a href="#">▶</a>
211: beleid verkennen (antenne)	34	<a href="#">▶</a>
212: beleid vormen (proces)	35	<a href="#">▶</a>
213: beleid vormen (inhoud)	36	<a href="#">▶</a>
214: stakeholders	36	<a href="#">▶</a>
215: meting, evaluatie, verantwoording	37	<a href="#">▶</a>
3. Management van <a href="#">medewerkers</a>	38	<a href="#">▶</a>
311: werving en behoud	38	<a href="#">▶</a>
312: afstemming	39	<a href="#">▶</a>
313: werkomgeving	39	<a href="#">▶</a>
321: functioneren	40	<a href="#">▶</a>
322: begeleiding	40	<a href="#">▶</a>
323: scholing	41	<a href="#">▶</a>
4. Management van middelen	42	<a href="#">▶</a>
411: inkoop <a href="#">proces</a>	43	<a href="#">▶</a>
412: uitbesteden	43	<a href="#">▶</a>
421: apparatuur	44	<a href="#">▶</a>
422: informatietechnologie	45	<a href="#">▶</a>
423: infrastructuur	45	<a href="#">▶</a>
431: geneesmiddelenvoorziening	47	<a href="#">▶</a>
432: bloedvoorziening	47	<a href="#">▶</a>
433: bescherming fysieke agentia	48	<a href="#">▶</a>
434: infectiepreventie	48	<a href="#">▶</a>
435: voedselvoorziening	49	<a href="#">▶</a>
5. Management van <a href="#">processen</a>	50	<a href="#">▶</a>
511: <a href="#">proces</a> ontwerp en –beschrijving	50	<a href="#">▶</a>
512: <a href="#">proces</a> ontwerp: meting	51	<a href="#">▶</a>

	pagina	direct naar
513: <a href="#">proces</a> ontwerp: verbetering en vernieuwing	52	<a href="#">▶</a>
514: risicomanagement: proactief	53	<a href="#">▶</a>
515: risicomanagement: reactief	54	<a href="#">▶</a>
516: <a href="#">patiënt</a> gerichtheid proactief	55	<a href="#">▶</a>
517: <a href="#">patiënt</a> gerichtheid reactief	56	<a href="#">▶</a>
518: professionele coördinatie en continuïteit	56	<a href="#">▶</a>
519: zorg in bijzondere omstandigheden	58	<a href="#">▶</a>
6. Resultaten voor <a href="#">ketenpartners</a>	59	<a href="#">▶</a>
7. Resultaten voor <a href="#">medewerkers</a>	61	<a href="#">▶</a>
8. Resultaten voor bestuur en maatschappij	63	<a href="#">▶</a>
9. Resultaten voor de <a href="#">patiënt</a>	65	<a href="#">▶</a>
Bijlagen	68	<a href="#">▶</a>
Overzicht wet- en regelgeving	69	<a href="#">▶</a>
Accreditatiebewijs (tekst)	72	<a href="#">▶</a>
<a href="#">Accreditatieovereenkomst</a> (standaard)	73	<a href="#">▶</a>
<a href="#">Accreditatieprocedure</a>	78	<a href="#">▶</a>
IGZ & NIAZ: afspraak toetsing VMS	84	<a href="#">▶</a>
Kerndocument Missie, Visie en Waarden	85	<a href="#">▶</a>
Logo NIAZ	91	<a href="#">▶</a>
MediRisk & NIAZ: afspraak toetsing NIAZ	93	<a href="#">▶</a>
Publicatiebeleid	95	<a href="#">▶</a>
Reglement auditoren	97	<a href="#">▶</a>
Reglement College Kwaliteitsverklaringen	101	<a href="#">▶</a>
Reglement <a href="#">Klachten</a> en Beroep	103	<a href="#">▶</a>
Reglement <a href="#">Klachten</a> Consumenten	108	<a href="#">▶</a>
Consultatie Partnerorganisaties	111	<a href="#">▶</a>

# 1. Toelichting

Deze toelichting bestaat uit drie onderdelen. Toelichting wordt gegeven op:

1. het [praktisch gebruik](#) van dit document
2. de [structuur](#) van het [referentiekader NIAZ](#)
3. het [concept](#) van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling.

## 1.1. Praktisch gebruik

Dit document maakt gebruik van hypertext. Woorden in hypertext zijn herkenbaar door onderstreping en – doorgaans – een afwijkende letterkleur. De functionaliteit hiervan is uiteraard alleen in de elektronische versie (download via [www.niaz.nl](http://www.niaz.nl)) beschikbaar. Als u het document in Word (2003) leest moet u de werkbalk 'web' hebben aangevinkt (in menubalk de opties **Beeld** → **Werkbalken** → **Web** (In Word 2007 aanpassing via de bewerking **Beeld** → **Werkbalk Snelle toepassing aanpassen** ... → pijltjes toevoegen)), dan verschijnen de bekende voorwaarts- en achterwaartspijltjes, waarmee u 'pijlsnel' door het document kunt navigeren. Aanklikken doet u door tijdens de klik de Ctrl-knop ingedrukt te houden. Als u het document in PDF leest, activeert u de pijltjes (in menubalk **Opties** → **Werkbalken aanpassen** ... → **Paginavigatie** → (aanvinken) **Vorige weergave** en **Volgende Weergave**) en hoeft u daarna alleen maar te klikken.

De normtekst bevat enkele 'visuals' om de relatie naar bepaalde aspecten zichtbaar te maken. Ten eerste stelt NIAZ jaarlijks vast welke [normelementen](#) behoren tot de voorwaarden voor [accreditatie](#). Voor de normelementen in de organisatievelden wil dat zeggen dat ze in de [scoringssystematiek](#) niveau 3 of 4 moeten halen. De opmaak van het nummer van deze normelementen ziet er als volgt uit: **123.45** met subscript [eis 3-4](#). Daarnaast zijn de normelementen die specifiek met veiligheid voor de [patiënt](#) (patiëntveiligheid) te maken hebben geormerkt met de aanduiding: **VMS**. Een deel hiervan is in vergelijkbare vorm een criterium in de [NTA 8009:2007](#), die normelementen dragen dan tevens het oormerk [NTA 8009:2007](#). Veiligheid kan voor sommige onderdelen ook betrekking hebben op de [medewerkers](#) en [bezoekers](#) en de omgeving (het milieu). In dit geval zijn de betreffende normelementen tevens geormerkt met de aanduiding: **ARBO**. Soms zijn deze drie kwalificaties (of sommige ervan) op alle normelementen van een rubriek van toepassing. In dat geval staan de oormerken aan het begin van de rubriek, direct onder het NIAZ-logo. Zie ook de [visie op veiligheid](#) van het NIAZ.

Op veel plaatsen in het document treft u de volgende drie links: [overzicht](#) (= inhoudsopgave), [toelichting](#) (= toelichting op de systematiek, het concept en het praktische gebruik van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling) en [definities](#). Door deze aan te klikken komt u uit op de betreffende onderwerpen.

Als u '[definities](#)' aanklikt komt u uit bij het overzicht van alle definities. Daarnaast zijn alle woorden die in de definitielijst voorkomen in de normtekst zelf eveneens in hypertext weergegeven, doorgaans per woord eenmaal per alinea of tekstblok. Indien u hierop klikt, krijgt u direct de definitie van het betreffende woord (in Word staat de cursor bij het woord, in PDF krijgt u de betreffende pagina). In elke normrubriek treft u de link [beoordeling](#). Deze brengt u direct bij de uitleg van de systematiek die het NIAZ hanteert om uit te maken of de instelling aan (het betreffende onderdeel van) de Kwaliteitsnorm Zorginstelling voldoet.

Waar het relevant is bevat het document links naar informatie op het web en vermeldt het e-mailadressen. Uiteraard werken deze alleen als uw computer een internetverbinding heeft. Klikken op het NIAZ-logo brengt u rechtstreeks op de website van NIAZ ([www.niaz.nl](http://www.niaz.nl)). Op veel plaatsen in het document kunt u het NIAZ rechtstreeks per e-mail benaderen via het adres [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl).


Het [referentiekader NIAZ](#) bestaat uit een normatieve 'bovenlaag' en een ondersteunende 'onderlaag' (zie de uitleg over de [structuur](#) van het [referentiekader NIAZ](#)). De documentatie in de 'onderlaag' is via links bij de verschillende onderdelen van de norm op te roepen. U treft dan informatie die bij het betreffende deel van de norm relevant is. De links zijn aangegeven met de volgende afkortingen.

- UV = rubriek 'Uitwerking en voorbeelden'
- GP = rubriek 'Good practices'
- WR = rubriek 'Wet- en regelgeving'.

Elk van de rubrieken heeft een inhoudsopgave in hypertext met waar mogelijk vermelding van bronnen. De rubriek 'Wet- en regelgeving' zal per Nederlandstalig land doorgaans een verschillende

invulling hebben. Specifieke informatie per land is te ontsluiten door op de betreffende landsvlag te klikken.

Al deze elementen treft u in de opmaak van het normmateriaal aan volgens onderstaand voorbeeld.

<b>Rubriek: 123 (naam)</b>		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
123.44	<i>Normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst etc....</i>	UV	GP	WR	
<b>123.45</b> <a href="#">eis 3-4</a>	<i>Normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst normtekst etc....</i>				
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Door middel van kleuren zijn de normtekst en de verschillende rubrieken in de ‘onderlaag’ steeds herkenbaar. U kunt aan de kleur van de tekst dus zien in wat voor soort documentatie u zich op dat moment bevindt. De kleuren zijn als volgt.

- De officiële normtekst is in zwart.
- De documentatie met betrekking tot uitwerking en voorbeelden is in blauw.
- De documentatie met betrekking tot *good practices* is in groen.
- De documentatie met betrekking tot wet- en regelgeving is in rood.

Bij elke afbeelding van het in deze norm gebruikte [INK-model](#) treft u onderstaande balk. Hiermee navigeert u direct naar het normdeel dat hoort bij het door u te kiezen veld.

Direct naar normdeel horend bij:	<a href="#">veld 1</a>	<a href="#">veld 2</a>	<a href="#">veld 3</a>	<a href="#">veld 4</a>	<a href="#">veld 5</a>	<a href="#">veld 6</a>	<a href="#">veld 7</a>	<a href="#">veld 8</a>	<a href="#">veld 9</a>
----------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

In dit document is – met het oog op zo snel mogelijke raadpleging – een aantal relevante documenten van NIAZ zelf opgenomen. In het overzicht vindt u onder het kopje [bijlagen](#) de documenten die het betreft. De grotere documenten hebben aan het begin een balk waarmee u direct naar het betreffende onderdeel van het document kunt navigeren. Hieronder als voorbeeld de balk bij de standaard accreditatieovereenkomst.

Direct naar:				
<a href="#">Overwegingen</a>	<a href="#">Deelname accreditatieprogramma</a>	<a href="#">Belangrijkste wederzijdse verplichtingen</a>	<a href="#">Accreditatiestatus</a>	
<a href="#">Publiciteit en geheimhouding</a>	<a href="#">Financiën</a>	<a href="#">Aansprakelijkheid</a>	<a href="#">Looptijd en beëindiging overeenkomst</a>	
<a href="#">Wijziging overeenkomst en onvoorziene gevallen</a>	<a href="#">Geschillen</a>			

Sommige documentatie is via dit document niet te ontsluiten. Het betreft materialen van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector ([HKZ](#)) en het Nederlands Normalisatie Instituut ([NEN](#)), dat onder meer de [NTA 8009:2007](#) beheert. Deze organisaties stellen hun materiaal niet vrij (niet kosteloos) toegankelijk.

### Printadvies

U kunt het hele document uitprinten, maar wees bedacht op de omvang van de documentatie die hierin is opgeslagen. In totaal betreft het volledige document in de versie 2.1 bij uitprinten circa 300 pagina's in A4-formaat. Het handigst is om alleen de normtekst met inleidende toelichting te printen. Hiervoor geeft u de printopdracht voor pagina's 1 t/m 67. U hebt dan in *hard copy* een hanteerbaar document dat u ook meteen een goed overzicht biedt. De interactie met de verdere documentatie kunt u dan via uw PC laten verlopen. Indien u bepaalde onderdelen van de documentatie wilt printen kunt u uiteraard zelf de betreffende pagina's daarvoor aanwijzen.

## 1.2. De structuur van het referentiekader NIAZ

Het [referentiekader NIAZ](#) bestaat uit twee lagen.

1. De **'bovenlaag'** is het normatieve deel en bestaat uit twee onderdelen.
  - i. De Kwaliteitsnorm Zorginstelling, op basis waarvan de interne en externe beoordeling plaatsvindt.
  - ii. De [accreditatieprocedure](#).
2. De **'onderlaag'** levert hulpmateriaal voor het gebruik, de interpretatie en de uitwerking van de 'bovenlaag' en bestaat uit drie rubrieken.
  - i. Uitwerking en voorbeelden
  - ii. *Good practices*
  - iii. Wet- en regelgeving.

### De 'bovenlaag'

#### *Normtekst*

De Kwaliteitsnorm Zorginstelling bestaat uit vier onderdelen: toelichting, voorwaarden voor accreditatie (waaronder de beoordelingssystematiek, definities en normtekst). De normtekst bestaat uit [normelementen](#), die zijn geordend in normrubrieken, die op hun beurt zijn geordend in deelhoofdstukken rond een thema en die op hun beurt zijn geordend in de hoofdstukken die overeenkomen met de velden uit het [INK-model](#). Dit model ligt ten grondslag aan het concept van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling, dat verder in een apart [hoofdstuk](#) wordt toegelicht.

De [normelementen](#) zijn genummerd door middel van een vijfcijferige aanduiding, eventueel gevolgd door een hoofdletter, als volgt (voorbeeld): 123.45.A. Het eerste cijfer slaat op het normveld uit het [INK-model](#), waarop de hoofdstukken van de normtekst zijn gebaseerd. Het tweede cijfer op een deelhoofdstuk rond een bepaald thema, het derde op de rubriek met verwante normelementen. Twee cijfers na de punt geven het nummer van het normelement. Een ten opzichte van een bepaald normelement specificerend ander normelement wordt aangeduid met een hoofdletter na een tweede punt. In schema:

Conventie nummering normelementen	
Voorbeeld: 123.45.A	
1	Aanduiding hoofdstuk normtekst (veld INK)
2	Aanduiding deelhoofdstuk
3	Aanduiding rubriek
45	Aanduiding normelement
A	Aanduiding specificerend normelement

#### *Accreditatieprocedure*

De [accreditatieprocedure](#) beschrijft hoe het accreditatieproces verloopt, vanaf de voorbereiding tot en met de besluitvorming over de [accreditatie](#) door het NIAZ, met onder andere de relevante documenten en termijnen. De geldende procedure is als [bijlage](#) bij dit document opgenomen.

### De 'onderlaag'

De documentatie in de 'onderlaag' beoogt niet een verdere gedetailleerde normstelling te geven, die moet worden afgevinkt. De bedoeling is om een hulpmiddel te bieden: voor de [instelling](#) bij de [zelfevaluatie](#) en voor de NIAZ-auditoren bij hun auditwerkzaamheden. Het gaat om (geslaagde) voorbeelden van manieren om concreet invulling aan de officiële norm te geven. Het betreft dus uitwerkingen waar u aan kunt denken, niet waar u aan moet denken. De invulling kan meestal ook op veel andere manieren verantwoord gebeuren. Deze status geldt ook voor de rubriek 'wet- en regelgeving'. NIAZ is er niet om toezicht te houden op het naleven van wetten en regels, maar om te zien of de organisatie zo is ingericht dat die borg staat voor een reproduceerbaar, verantwoord niveau van zorg. Zie hiervoor de [missie](#) van NIAZ. Een instelling kan ondanks dat zij niet voldoet aan (wettelijke) voorschriften of door er juist bewust van af te wijken toch reproduceerbare [kwaliteit](#) leveren.

Het materiaal in de 'onderlaag' dient een aantal doelen.

1. Het helpt – auditoren bij hun voorbereiding en auditbezoek, instellingen bij hun [zelfevaluatie](#) – om het accreditatieproces zo effectief en efficiënt mogelijk te laten verlopen.

2. Het biedt een zekere [kalibratie](#) van de interpretatie en toepassing van de normtekst van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling.
3. Het dient als voorportaal en proefstation voor onderwerpen die toekomstig mogelijk formeel in de normtekst van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling worden betrokken.
4. Het is een vehikel voor alle collega's in de zorg om als werkgemeenschap ideeën en ervaringen uit te wisselen en daardoor ook verbeteringen te bevorderen.

#### *'Uitwerking en voorbeelden' en 'Good practices'*

De rubriek **'Uitwerking en voorbeelden'** bevat concreet materiaal om de – soms tamelijk abstracte – normtekst concreet en operationeel te maken. Bij het uitbrengen van de versie 2.1 heeft het NIAZ geprobeerd om bruikbaar materiaal waarover het al beschikt te ontsluiten. Dit betreft een aantal beschrijvingen van de [processen](#) van concrete ziekenhuisafdelingen en –functies, die in de jaren '90 door ziekenhuismedewerkers met procesanalysetechnieken (o.a. stroomdiagrammen) zijn vervaardigd. Verder vermeldt deze rubriek waar van toepassing professionele [standaarden](#).

De rubriek **'Good practices'** bevat praktijkvoorbeelden die door de auditteams van het NIAZ in hun toetsing zijn ontdekt en die naar het oordeel van die auditteams als inspirerend voorbeeld van een goede praktijk kunnen dienen. De rubriek is bedoeld om concrete voorbeelden uit [instellingen](#) met hun instemming te ontsluiten en toegankelijk te maken voor collega's uit andere instellingen. Zo zal in de toekomst deze rubriek bij bijvoorbeeld het item over [klachtenopvang](#) meerdere concrete voorbeelden van klachtenregelingen bevatten. Bij het uitbrengen van de versie 2.1 is deze rubriek nog bijna leeg.

Het is de bedoeling om deze twee rubrieken op basis van de ervaringen in de [audits](#) van NIAZ en suggesties uit de zorgwereld gaandeweg meer en meer te vullen. Bij de evaluatie van elke audit zal hier voortaan door NIAZ zelf expliciet naar gekeken worden. Aan iedereen die met de Kwaliteitsnorm Zorginstelling werkt staat de uitnodiging open om suggesties te leveren. Op vele plaatsen in de Kwaliteitsnorm Zorginstelling kan direct het betreffende e-mailadres ([standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)) worden aangeklikt om de suggesties aan NIAZ toe te zenden. De formule lijkt op de manier waarop [Wikipedia](#) werkt. NIAZ houdt hierbij wel zelf de regie en de uiteindelijke redactie in handen. De Kwaliteitsnorm Zorginstelling is en wordt daarmee een instrument van de hele werkgemeenschap in de zorg en een concreet vehikel voor de uitwisseling van ervaringen en kennis. Daarmee werkt NIAZ aan de [ambitie als kennisinstituut](#) voor de zorg, zoals verwoord in het [kerndocument](#) Missie, Visie en Waarden.

#### *Wet- en regelgeving*

De rubriek **'Wet- en regelgeving'** bevat, indien van toepassing, informatie over wetten en daarvan afgeleide regelingen, richtlijnen van de [IGZ](#) en waar mogelijk en relevant ook jurisprudentie. Omdat deze per Nederlandstalig land zal verschillen is er ook ruimte opgenomen voor verschillende informatie.

Ook voor deze rubriek geldt dat NIAZ graag suggesties voor aanvullingen ontvangt.

## Revisie referentiekader NIAZ

De verschillende onderdelen van het [referentiekader NIAZ](#) hebben elk een eigen revisiefrequentie, zoals weergegeven in onderstaand schema. De versiewijzigingen van de onderdelen met een lage frequentie vallen altijd samen met die van een hogere frequentie. Dus bijvoorbeeld de jaarlijkse revisie van de [accreditatieprocedure](#) valt samen met de dan actuele halfjaarlijkse revisie van de 'onderlaag'.

Onderdeel	Frequentie
Inleiding, definities, normtekst	4 jaar
Voorwaarden accreditatie	1 jaar
Accreditatieprocedure	1 jaar
'Onderlaag'	½ jaar
- Uitwerking en voorbeelden	
- <i>Good practices</i>	
- Wet- en regelgeving	

De versieaanduiding draagt de naam 'Kwaliteitsnorm Zorginstelling' (en niet: 'referentiekader'), gevolgd door een versienummering. Deze geeft als eerste cijfer de versie van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling, als regel voor een periode van vier jaar vastgesteld. Dat is in 2009 nummer 2. Periodieke aanpassingen van de [voorwaarden](#) voor [accreditatie](#), de [accreditatieprocedure](#) en de 'onderlaag', alsmede eventuele kleine aanpassingen aan de inleiding, de definities of de normtekst, geven de nummering achter de punt. Bij het na een aantal jaren substantieel aanpassen van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling zal een nieuwe versiereeks (als eerstvolgende: 3.0) starten. Bij elke

versie zal NIAZ steeds tevens een renvooversie uitbrengen, waarin alle aanpassingen ten opzichte van de vorige versie zichtbaar zijn. Daardoor blijven ontwikkelingen traceerbaar. Alle oude versies blijven via een archieffunctie op de website van NIAZ toegankelijk.

In juli 2009 is versie 2.1 van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling geautoriseerd. Indien niet voortijdig tot substantiële aanpassing wordt besloten ziet het revisieschema er dan als volgt uit.

Revisiedatum	Versienummer
januari 2010	2.2
juli 2010	2.3
januari 2011	2.4
juli 2011	2.5
januari 2012	2.6
juli 2012	2.7
januari 2013	2.8

De [instelling](#) wordt door NIAZ beoordeeld en geaccrediteerd op basis van de norm die geldig is op de datum van het aangaan van de accreditatieovereenkomst of (bij heraccreditatie) de datum van het uitbrengen van het [zelfevaluatie rapport](#), tenzij NIAZ en instelling anders overeenkomen.

## Sectorspecifieke versies referentiekader NIAZ

Het [referentiekader NIAZ](#) is geschikt om te worden gebruikt voor alle soorten [instellingen](#) en ook voor onderdelen daarvan. Dat is ook logisch: veel aspecten van een kwaliteitssysteem zijn generiek van toepassing op alle soorten instellingen.

NIAZ brengt niettemin een aantal sectorspecifieke varianten ten behoeve van specifieke zorgvormen uit. Deze zijn alle gebaseerd op de Kwaliteitsnorm Zorginstelling. NIAZ zal instellingen, die vragen op grond van een dergelijke sectorspecifieke versie van het [referentiekader NIAZ](#) te worden getoetst, ook expliciet toetsen op dat toegespitste referentiekader. Dit leidt tot een [instellingsbrede accreditatie](#) op basis van de sectorspecifieke norm.

Sommige van de specifieke zorgvormen worden niet alleen geboden door zelfstandige instellingen die zich daarop volledig hebben toegelegd, zij komen ook voor als onderdeel van een grotere instelling met meerdere functies (bijvoorbeeld een algemeen ziekenhuis). In dat geval kan de instelling voor het betreffende organisatieonderdeel onder bepaalde voorwaarden een toetsing vragen op basis van de sectorspecifieke Kwaliteitsnorm Zorginstelling.

Dit leidt dan tot een [bestendige deelaccreditatie](#) op basis van de sectorspecifieke norm.

De sectorspecifieke varianten van het [referentiekader NIAZ](#) dragen de naam 'Kwaliteitsnorm Zorginstelling', het tweede woord voorzien van een superscript dat de sector aanduidt en gevolgd door de hiervoor beschreven versienummering. Voorbeeld: het [referentiekader NIAZ](#) voor de sector revalidatie 2009 draagt de naam: Kwaliteitsnorm Zorginstelling<sup>Revalidatie</sup> 2.1.

De specificiteit kan op een aantal manieren tot uitdrukking komen.

### In de 'bovenlaag'

1. In de [organisatievelden](#) (velden 1 t/m 5) van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling door:
  - a. aanvulling op dan wel specificatie van de normtekst van bestaande [normelementen](#);
  - b. toevoeging van specifieke normelementen;
  - c. buiten toepassing stellen van niet relevante normelementen.
2. In de [resultaatvelden](#) (velden 6 t/m/ 9) van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling door het opnemen van specifieke resultaten dan wel resultaatindicatoren.
3. In de [accreditatieprocedure](#) door bijzondere voorschriften ten aanzien van de uitvoering van de [accreditatie](#). Bijvoorbeeld ten aanzien van de samenstelling van de auditteams.

### In de 'onderlaag'

4. In de 'onderlaag' door voor de betreffende sector specifieke uitwerking en voorbeelden, specifieke *good practices* en specifieke wet- en regelgeving.

De sectorspecifieke afwijkingen ten opzichte van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling zullen in het materiaal zichtbaar zijn.

### 1.3. Het concept van Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.1

#### **Keep thinking!**

Normering en toetsing zijn maatschappelijk gezien een noodzakelijk instrument. De zorg kan evenmin als andere sectoren volstaan met van zichzelf te zeggen dat alles in orde is. Een objectivering daarvan is nodig. Normering en toetsing kunnen echter ook doorschieten. Te gedetailleerd worden, te veel op incidenten gebaseerd. Waardoor [instellingen](#) zich meer op regels en examens gaan concentreren dan op werkelijke verbetering van de zorgprocessen. En de [kwaliteit](#) er uiteindelijk zelfs onder gaat leiden. De zorg in het bijzonder is bevattelijk voor veel normen en regelgeving, vanuit een groot aantal geleidingen. NIAZ kiest hierin een actieve opstelling. Het neemt niet passief alle denkbare 'normatieve' uitingen over, maar beziet kritisch wat er – uiteindelijk voor de kwaliteit voor de [patiënt](#) – echt toe doet. NIAZ blijft dus nadenken.

Toetsing zal verder nooit uitputtend kunnen zijn. De voor de patiënt wezenlijke kwaliteit is te verbijzonderen in veel, zeer veel aspecten. Die zijn onmogelijk allemaal individueel te toetsen. Ook voor toetsing geldt het oude gezegde: één dwaas kan meer vragen dan duizend wijzen kunnen beantwoorden. Verstandige eisen en verstandige steekproefsgewijze toetsingsmethoden moeten hier soelaas bieden.

NIAZ is geen voorstander van 'gedachteloze' toepassingen van regels en procedures en wil dit in de instellingen ook niet uitlokken. De kwaliteit van de zorg is gebaat bij betrokken [medewerkers](#) die ademruimte hebben en gestimuleerd worden om steeds vanuit het beste voor de [patiënt](#) te handelen. Vanuit NIAZ geldt het devies: houdt uw P's (de 'p' van prioriteit) in de goede volgorde. Kijk eerst naar de [patiënt](#) en pas daarna naar de [procedures](#) en [protocolen](#). Blijf nadenken!

#### **Het INK-model**

NIAZ heeft de Kwaliteitsnorm Zorginstelling geordend volgens de indeling van het zogeheten [INK-model](#), ontwikkeld door het Instituut Nederlandse Kwaliteit ([INK](#)). De keuze hiervoor is pragmatisch: veel zorginstellingen, met name ziekenhuizen, gebruiken het model als hulpmiddel voor besturing en verantwoording. Ordening van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling sluit hier dan goed op aan.

Het INK-model bestaat uit negen velden (aangevuld met een tiende: verbeteren en vernieuwen). Het is, net als andere modellen (bijvoorbeeld ISO, HKZ), een poging om de verschillende aspecten van de bedrijfsvoering op een logische manier te ordenen en met elkaar in verband te brengen. Waakzaamheid is geboden, omdat een model intellectueel steeds 'mooier' kan worden maar onvoldoende aansluiting blijft houden op de 'dirty' praktijk. Een model is per definitie niet de werkelijkheid maar een theoretische abstractie van die werkelijkheid. Men moet er in de toepassing dus verstandig – flexibel en niet dogmatisch – mee omgaan. Voor het praktische gebruik geldt het motto van Seneca: *non scholae sed vitae (discimus)*<sup>1</sup>. Dat geldt ook voor het INK-model: het moet dienend zijn, niet leidend. Het INK-model is van alle modellen overigens het meest consequent gericht op voortdurende verbetering van de bedrijfsvoering en daarom vindt NIAZ het ook een prima vertrekpunt.

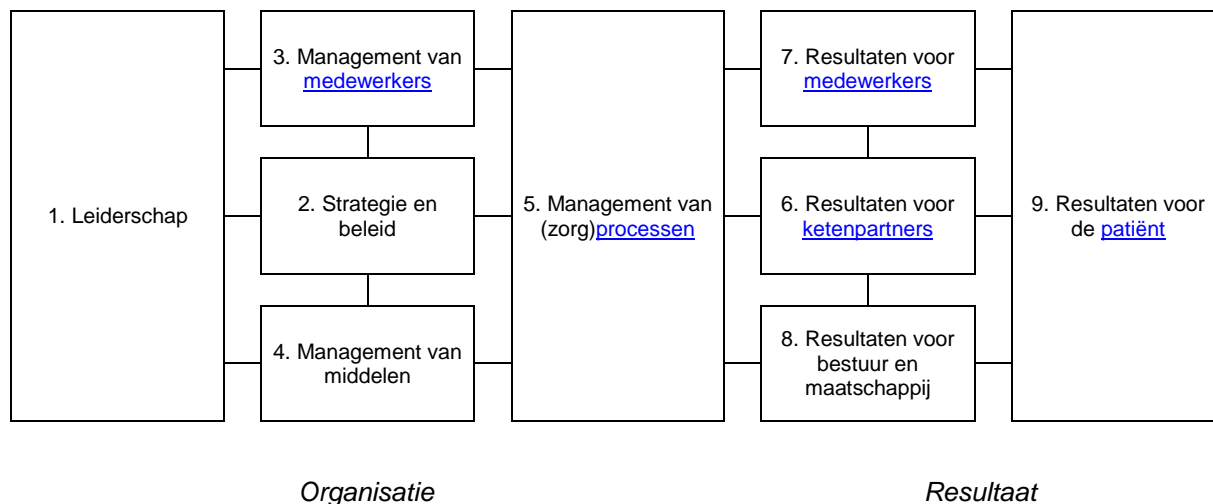
NIAZ heeft ten opzichte van het INK-model enkele aanpassingen gepleegd. In het originele model staan in veld 9 als belanghebbenden vermeld: 'bestuur en financiers'. De klant (voor de zorg: de [patiënt](#)) staat opgenomen in veld 8 temidden van samenwerkingspartners. Voor het bedrijfsleven is dit enigszins begrijpelijk vanwege (economische) eigendomsrelaties die uiteindelijk bij bestuur en financiers liggen. Maar voor de zorg vindt NIAZ dit een verkeerd beeld oproepen over waar het in de zorg om draait. Professionals hebben als motivatie en oriëntatie voor hun beroepskeuze en – uitoefening toch niet het oog op bestuur en financiers, maar op de patiënt. Vandaar dat NIAZ de patiënt prominent in veld 9 neerzet, als een soort virtuele aandeelhouder van de zorginstelling. De formulering is in dit veld ook bewust in het enkelvoud ('de patiënt' en niet 'de patiënten') om het individuele karakter van de zorg te onderstrepen. NIAZ benadrukt hiermee dat de uiteindelijke oriëntatie van de hele [instelling](#) op de patiënt gericht moet zijn. NIAZ heeft dat zelf als [kernwaarde patiënt centraal](#) vastgelegd in het [kerndocument](#) Missie, Visie en Waarden. Veld 8 gaat dan over resultaten voor bestuur en maatschappij.

---

<sup>1</sup> Niet voor de school, maar voor het leven (leren wij).

Een tweede aanpassing is dat NIAZ de verschillende [normelementen](#) pragmatisch in de verschillende velden rangschikt. Bijvoorbeeld door onderwerpen met een interne samenhang (zoals de [geneesmiddelenvoorziening](#) of de [bloedvoorziening](#)) niet uit te smeren over meerdere velden, maar ze op één plaats (in dit geval in het veld '[management van middelen](#)') met kop en staart te beschrijven.

NIAZ gaat pragmatisch met het [INK-model](#) om. Ook hier geldt: *keep thinking!*



Direct naar normdeel horend bij:	<a href="#">veld 1</a>	<a href="#">veld 2</a>	<a href="#">veld 3</a>	<a href="#">veld 4</a>	<a href="#">veld 5</a>	<a href="#">veld 6</a>	<a href="#">veld 7</a>	<a href="#">veld 8</a>	<a href="#">veld 9</a>
----------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

Een wezenlijke notie in de INK- en ook de NIAZ-aanpak is dat op alle niveaus van een succesvolle organisatie en ten aanzien van alle onderdelen, [regelingen](#) en [processen](#) voortdurend sprake moet zijn van kringen, van kwaliteitscycli gericht op verbetering. Een [kwaliteitscyclus](#) (PDCA-cyclus) bestaat uit vier telkens herhaalde stappen. Iets bedenken om een bepaald resultaat te bereiken (*plan*), het uitvoeren (*do*), kijken of het werkt (*check*) en vervolgens (zodanig) bijstellen (*act*).

De cyclus heet vaak de Deming-cyclus, genoemd naar de organisatiekundige [W. Edwards Deming](#). Hij mag van NIAZ ook wel de 'dokterscyclus' heten, want het is precies zoals een diagnostisch en therapeutisch (vervolg)proces in elkaar zit.

De Kwaliteitsnorm Zorginstelling is opgebouwd uit [normelementen](#). Een normelement is een onderdeel van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling dat als een zelfstandig onderdeel wordt gescoord in de [beoordelingssystematiek](#). Sommige normelementen zijn te beschouwen als nadere eisen aan andere normelementen. Zij zijn aan de afwijkende nummering – een hoofdletter toegevoegd aan het nummer van het uit te werken normelement – herkenbaar. Alle normelementen zijn op een zo logisch mogelijke en praktisch bruikbare manier over de velden van het INK-model verdeeld.

### Instelling en werkeenheden

De norm kan gebruikt worden bij de [zelfevaluatie](#) en toetsing van de [instelling](#) als geheel en van de afzonderlijke [werkeenheden](#). Per afzonderlijke werkeenheden zal doorgaans wel duidelijk zijn welke [normelementen](#) niet van toepassing zijn. Soms is de normtekst bedoeld voor een [regeling](#) die per se op instellingsniveau plaats moet vinden, bijvoorbeeld vanwege het belang van het onderwerp, de betrokkenheid van veel werkeenheden of omdat derden dat van de instelling vragen. In andere gevallen kan regeling op het niveau van een werkeenheden plaatsvinden. De norm heeft twee tekstformuleringen voor het bepalen van de normadressaat (dat is degene die aan het normelement moet voldoen).

1. De normtekst begint met '**De instelling ...**': in dat geval móet er sprake zijn van een regeling op instellingsniveau en kan er (daarnaast) sprake zijn van een regeling op werkeenhedenniveau. Die laatste kan bijvoorbeeld een concrete uitwerking voor die

werkeenheid betreffen, zoals specifieke [werkinstructies](#). De regeling van de werkeenheid moet wel passen in de instellingsregeling. Overigens kan de regeling op instellingsniveau voor bepaalde werkeenheden bijzondere bepalingen (uitzonderingen) behelzen.

2. De normtekst begint met 'Er is ...': in dat geval móet er sprake zijn van een regeling op minimaal werkeenhedeniveau en kan er (daarnaast) een regeling op instellingsniveau of voor een omschreven aantal werkeenheden bestaan. Voor de werkeenheid uiteraard voor zover het betreffende normelement van toepassing is.

## Visie op veiligheid

NIAZ ziet [veiligheid](#) als een integraal onderdeel van de [kwaliteit](#): het aspect is wel te onderscheiden, maar niet te scheiden van de overige bedrijfsvoering. De [processen](#) die tot gewenste uitkomsten leiden zijn exact dezelfde die de ongewenste resultaten opleveren, de [medewerkers](#) die hun werk deugdelijk doen zijn dezelfde die fouten maken, enzovoorts. Het resultaat 'veiligheid' is net als kwaliteit (in engere zin) de uitkomst van het gehele managementsysteem (ook wel: kwaliteitssysteem), van de gehele organisatie. En niet uitsluitend van specifieke onderdelen of van de inzet van specifieke [functionarissen](#). Het actief bezig zijn met de verbetering van veiligheid loopt ook weer volgens dezelfde inzichten en processen ([kwaliteitscyclus](#)) als die voor verbetering van de kwaliteit (in engere zin).

Waar deze norm spreekt over 'kwaliteit' (te beginnen op de titelpagina 'Kwaliteitsnorm Zorginstelling') gaat het dus – tenzij specifiek anders aangegeven – altijd ook over veiligheid. In schema laat het zich als volgt samenvatten.

<a href="#">Kwaliteit</a>	Kwaliteit in engere zin	Gaat over de mate van realisatie van de resultaten die de positieve reden zijn dat de <a href="#">patiënt</a> zich tot de zorgaanbieder heeft gewend (voorbeeld: de patiënt komt langs om een operatie te ondergaan).
	<a href="#">Veiligheid</a>	Gaat over resultaten die niet de reden zijn waarvoor de <a href="#">patiënt</a> langs komt (voorbeeld: 'geen infectie krijgen' is niet de reden waarom de patiënt langskomt) en ten aanzien waarvan hij impliciet vertrouwt daarop geen risico te lopen. 'Veiligheid' gaat in zekere zin dus over 'antikwaliteit'.

Dat neemt niet weg dat in het managementsysteem (in gewoon Nederlands: de organisatie) specifieke organisatorische maatregelen kunnen worden getroffen ter bevordering van de [veiligheid](#). De basiselementen zijn:

- een gestructureerde risico-inventarisatie
- een systematiek voor het (veilig) melden van [incidenten](#) of onveilige situaties
- een methode voor incidentenanalyse
- een systeem voor het managen van de verbetermaatregelen.

Meest bepalend is echter de cultuur in de organisatie: is elke [medewerker](#) – van hoog tot laag – alert en gedreven om een zo veilig mogelijke organisatie te creëren. En is het klimaat van de organisatie gericht op samenwerking en vertrouwen.

De basiselementen zijn door een aantal partijen vastgelegd en met andere zaken aangevuld in een veldnorm, de [NTA \(Nederlands Technische Afspraak\) 8009:2007](#). NIAZ neemt in zijn toetsing de basiselementen van het VMS, zoals vastgelegd in de NTA 8009:2007, mee maar gaat verder. NIAZ kijkt bijvoorbeeld behalve naar de algemene opzet eveneens naar het veiligheidsmanagement van een aantal specifieke risicovolle processen (bijvoorbeeld: [stralingshygiëne](#), [vigilantie bloedproducten](#), [infectiepreventie](#)) en let op de effecten voor niet alleen [patiënten](#), maar ook [medewerkers](#) en [bezoekers](#). Voor NIAZ vormen verder de ervaringsgegevens van de verzekeraars van medische aansprakelijkheid – in Nederland [Centramed](#) en [MediRisk](#) – input voor de uit te voeren toetsing op risicovolle situaties.

In de normtekst hebben alle [normelementen](#) die van belang zijn voor de patiënt[veiligheid](#) de aanduiding: **VMS**. Een deel hiervan krijgt aandacht in de [NTA 8009:2007](#), die normelementen dragen dan tevens het oormerk **NTA 8009:2007**. Als de betreffende normelementen tevens van belang zijn voor de veiligheid van medewerkers en bezoekers dragen ze tevens de aanduiding: **ARBO**. Soms zijn deze drie kwalificaties (of sommige ervan) op alle normelementen van een rubriek van toepassing. In dat geval staan de oormerken aan het begin van de rubriek, direct onder het NIAZ-logo.

Deze opzet faciliteert de instellingen die de informatie uit het [zelfevaluatie rapport](#) en de auditrapportage van NIAZ willen gebruiken in hun verkeer met de Inspectie voor de Gezondheidszorg ([IGZ](#)). Zie hiervoor ook de [afspraken](#) van de IGZ met NIAZ over voorkoming van dubbele toetsing.

## 1.4. Internationale erkenning (ISQua)

Het NIAZ is per april 2009 voor de duur van 4 jaar [geaccrediteerd](#) door de International Society for Quality in Healthcare ([ISQua](#)). Daarmee heeft de NIAZ-[accreditatie](#) een grotere waarde voor [instellingen](#) die de NIAZ-accreditatie hebben verworven.

De ISQua kent drie accreditaties voor de te toetsen instituten, namelijk die voor de

1. organisatie
2. normen
3. training.

NIAZ heeft per april 2009 de ISQua-accreditatie verkregen voor de organisatie en voor de Kwaliteitsnorm Zorginstelling. De procedure voor het verkrijgen van de accreditatie van het trainingsprogramma is medio 2009 nog in behandeling.

## 2. Voorwaarden accreditatie NIAZ

Om de [accreditatie](#) door het NIAZ te verwerven moet de [instelling](#) voldoen aan de volgende voorwaarden.

1. Beschikken over een geldige [accreditatieovereenkomst](#) met het NIAZ.
2. Medewerking geven aan dan wel uitvoeren van de stappen die zijn voorgeschreven in de geldende [accreditatieprocedure](#).
3. Voldoen aan de eisen in de [auditsystematiek](#).
4. Voldoen aan de eisen in de [beoordelingssystematiek](#).

De accreditatieovereenkomst en de accreditatieprocedure zijn vastgelegd in aparte documenten. Raadpleeg hiervoor de [standaard accreditatieovereenkomst](#) respectievelijk de [geldende accreditatieprocedure](#).

## 2.1 Auditsystematiek

In de auditsystematiek van NIAZ spelen drie elementen een sleutelrol:

1. het [zelfevaluatie-rapport](#) van de instelling
2. een intern auditsysteem in de instelling
3. de externe [audit](#) door het NIAZ.

De externe audit van het NIAZ, die met een frequentie van één keer in de vier jaar wordt uitgevoerd, bouwt voort op de eerste twee componenten en is zonder hen ook niet mogelijk. NIAZ stelt aan deze componenten eisen, die verschillen bij een eerste [accreditatie](#) of een vervolgaccreditatie.

### Eisen bij een eerste accreditatie

- De [instelling](#) onderbouwt met het zelfevaluatie-rapport dat voldaan wordt aan de [voorwaarden](#) voor het toekennen of continueren van de accreditatiestatus.
- Het [zelfevaluatie-rapport](#) toont dat het intern auditsysteem is ontwikkeld. Dit betekent dat interne auditoren zijn opgeleid, een auditplanning aanwezig is en dat ten tijde van het auditbezoek [audits](#) zijn verricht op in ieder geval de volgende [werkenheden](#), voor zover zij in de instelling voorkomen:
  - apotheek
  - cardio care
  - centrale sterilisatie afdeling
  - chemotherapie
  - dagbehandeling
  - dialyse afdeling
  - hygiëne en infectiepreventie
  - intensive care
  - medische techniek
  - neonatologie
  - operatie afdeling
  - radiologie afdeling
  - radiotherapie afdeling
  - spoedeisende hulp
  - verloskamers
  - voedingsdienst

Bij een deelaccreditatie betekent dit dat [audits](#) hebben plaatsgevonden op de werkenheden die deel uit maken van de deelaccreditatie.

Tijdens de [audit](#) moet de ontwikkeling van het intern auditsysteem worden aangetoond met auditrapportages en actieplannen.

### Voorwaarden bij een vervolgaccreditatie

- De [instelling](#) onderbouwt met het [zelfevaluatie-rapport](#) dat voldaan wordt aan de [voorwaarden](#) voor het toekennen of continueren van de accreditatiestatus.
- Het zelfevaluatie-rapport geeft voldoende informatie over de voortgang die is geboekt met het doorvoeren van de verbeterpunten uit de vorige [audit](#) en toont aan dat het kwaliteitssysteem zich sindsdien in positieve zin heeft ontwikkeld.
- Het intern auditsysteem is volledig operationeel, hetgeen inhoudt dat op alle [werkenheden](#) tenminste eenmaal per vier jaar een interne [audit](#) heeft plaatsgevonden mede op basis van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling.
- Tijdens de [audit](#) moet het volledig operationeel zijn van het intern auditsysteem worden aangetoond met auditrapportages, actieplannen en de voortgang daarvan.

## 2.2. Beoordelingssystematiek

De beoordelingssystematiek van NIAZ bestaat uit twee componenten:

1. een [scoringssystematiek](#) van de [normelementen](#)
2. een gekwalificeerd [eindoordeel](#) ('noodzakelijke voorwaarden').

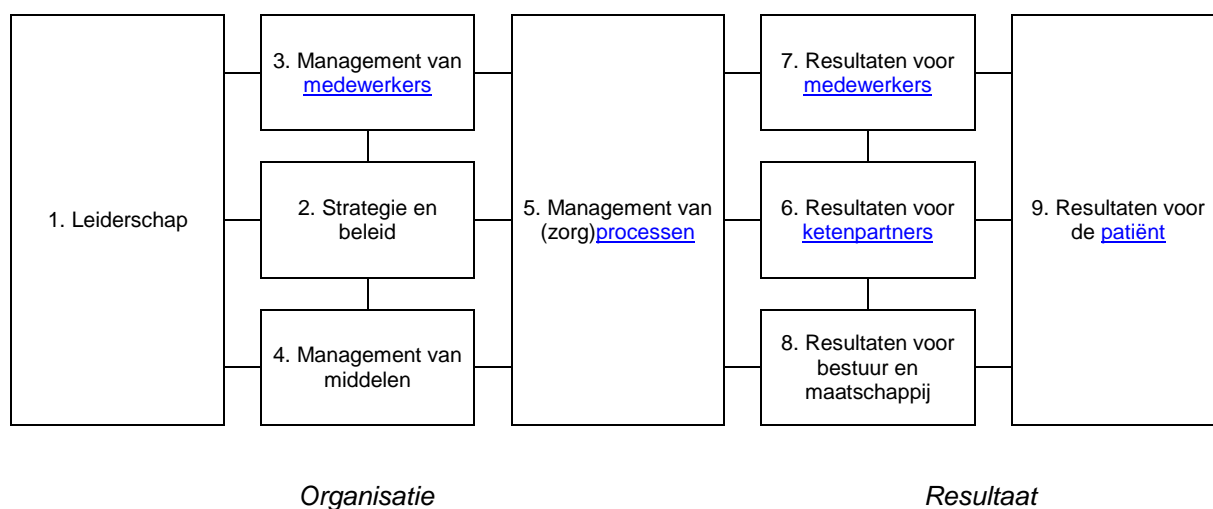
De scoringssystematiek beoogt een bijdrage te leveren aan de objectivering van het oordeel en de besluitvorming van het NIAZ. Het gekwalificeerd eindoordeel (NIAZ noemt dit vanouds de 'noodzakelijke voorwaarden') beschrijft de kwalificaties waaraan – de balans opmakend na het toepassen van de scoringssystematiek – de [instelling](#) moet voldoen.

### Scoringssystematiek

De scoringssystematiek heeft betrekking op de [normelementen](#).

De scoringssystematiek is afhankelijk van het veld in de Kwaliteitsnorm Zorginstelling waarvan het betreffend normelement deel uitmaakt. In navolging van het [INK-model](#) onderscheidt de Kwaliteitsnorm Zorginstelling een aparte:

1. [scoringssystematiek organisatievelden](#) (veld 1 tot en met 5) en een
2. [scoringssystematiek resultaatvelden](#) (veld 6 tot en met 9).



Direct naar normdeel horend bij:	<a href="#">veld 1</a>	<a href="#">veld 2</a>	<a href="#">veld 3</a>	<a href="#">veld 4</a>	<a href="#">veld 5</a>	<a href="#">veld 6</a>	<a href="#">veld 7</a>	<a href="#">veld 8</a>	<a href="#">veld 9</a>
----------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

## Scoringssystematiek organisatievelden (1 t/m 5)

Elk [normelement](#) in de organisatievelden wordt beoordeeld en gescoord volgens onderstaande tabel. In de kolom toelichting staat een meer operationele beschrijving van wat men bij de inschaling op een bepaald niveau moet kunnen aantreffen.

scoring		beschrijving	toelichting
1	nee	Het <a href="#">normelement</a> krijgt weinig of geen aandacht of er zijn uitsluitend plannen om met het normelement aan de slag te gaan.	
2	deels	Het <a href="#">normelement</a> is op projectbasis of slechts op beperkte schaal in de <a href="#">instelling</a> of <a href="#">werkenheid</a> geïmplementeerd of de <a href="#">kwaliteitscyclus</a> is nog niet doorlopen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er bestaan afspraken die antwoord geven op de W-vragen (wie?, wat?, waar?, wanneer?) (<b>plan</b>),</li> <li>- zij zijn door de verantwoordelijke <a href="#">functionaris</a> geautoriseerd (<b>plan</b>) en (<b>doorgaans</b>) schriftelijk gedocumenteerd.</li> <li>- Zij zijn bekend bij en begrepen door een deel van de <a href="#">medewerkers/werkenheden</a> (<b>plan/do</b>) en</li> <li>- worden door hen feitelijk (operationeel) uitgevoerd (<b>do</b>).</li> <li>- Controle of de afspraken deugdelijk zijn – d.w.z. dat ze tot het beoogde resultaat leiden zonder schadelijke bijwerkingen – (<b>check</b>) vindt nog niet of slechts incidenteel plaats.</li> <li>- Voor de eventuele bijstelling van de afspraken (<b>act</b>) bestaan voornemens.</li> </ul>
3	goeddeels	Het <a href="#">normelement</a> is geïmplementeerd op alle voor de <a href="#">kwaliteit</a> meest kritieke plaatsen in de <a href="#">instelling</a> of <a href="#">werkenheid</a> en de <a href="#">kwaliteitscyclus</a> is tenminste eenmaal doorlopen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Als onder 2 maar nu</li> <li>- zijn de afspraken bekend bij en begrepen door vrijwel alle <a href="#">medewerkers/werkenheden</a> (<b>plan/do</b>).</li> <li>- Controle of de afspraken deugdelijk zijn – d.w.z. dat ze tot het beoogde resultaat leiden zonder schadelijke bijwerkingen – (<b>check</b>) heeft tenminste eenmaal plaatsgevonden op alle voor de kwaliteit kritieke onderdelen en</li> <li>- zonedig geleid tot de bijstelling van de afspraken (<b>act</b>) op tenminste de voor de kwaliteit kritieke onderdelen.</li> </ul>
4	ja	Het <a href="#">normelement</a> is breed in de <a href="#">instelling</a> of <a href="#">werkenheid</a> geïmplementeerd en het doorlopen van de <a href="#">kwaliteitscyclus</a> heeft een structureel karakter.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Als onder 3 maar nu</li> <li>- zijn de afspraken bekend bij en begrepen door alle <a href="#">medewerkers/werkenheden</a> (<b>plan/do</b>).</li> <li>- Controle of de afspraken deugdelijk zijn – d.w.z. dat ze tot het beoogde resultaat leiden zonder schadelijke bijwerkingen – (<b>check</b>) vindt structureel plaats op alle onderdelen en</li> <li>- leidt zonedig tot de bijstelling van de afspraken (<b>act</b>) op zonedig alle onderdelen.</li> </ul>
	niet van toepassing	Het <a href="#">normelement</a> is in de <a href="#">instelling</a> of <a href="#">werkenheid</a> van ondergeschikt belang of komt er niet in voor.	

Voor sommige [normelementen](#) kan de vraag naar genoegzame vervulling daarvan met een 'ja' of 'nee' (of 'niet van toepassing') worden beantwoord. Bijvoorbeeld als de aanwezigheid van een bepaalde voorziening of een bepaalde [functionaris](#) wordt verlangd. Voor dergelijke normelementen zijn dus uitsluitend scores 1 en 4 aan de orde.

### **Hulpmiddel: het 'College van B & W'**

Als hulpmiddel bij het scoren van de [normelementen](#) volgt hier een praktisch denkschemaatje met alle aspecten die relevant zijn. Elk normelement moet verschijnen voor het 'College van B & W'. Hier wordt een bevredigend antwoord verlangd op de **B-vragen** en de **W-vragen**. Deze vragen komen overigens pas aan de orde nadat eerst is vastgesteld of het normelement voor de [instelling](#) of [werkeenheid](#) van toepassing is.

De B- en W-vragen verkennen kort samengevat of hetgeen een normelement verlangt voldoende duidelijk is geregeld (de W-vragen) en de mate waarin de [kwaliteitscyclus](#) is doorlopen (de B-vragen).

### **Het 'College van B & W'**

<b>W-vragen:</b> wie, wat, waar, wanneer			√?
Wie:	welke <a href="#">medewerker</a> of <a href="#">werkeenheid</a>		
Wat:	welke acties ( <del>t</del> aken) in welke volgorde en volgens welke planning (tijdstip), welke <b>ver</b> antwoordelijkheden en <b>b</b> evoegdheden	<b>TVB</b>	
Waar:	op welke plaatsen, afdelingen, in welke ruimtes		
Wanneer:	duidelijk in welke situatie de regeling van toepassing is		

<b>B-vragen:</b> besloten, bekend, begrepen, bedreven, beproefd, bijgesteld en betrokken			√?
Besloten:	degene die verantwoordelijk <sup>*)</sup> is heeft het besloten (en gedocumenteerd)	<b>plan</b>	
Bekend:	bekend bij de betrokken <a href="#">medewerkers</a>	<b>plan/do</b>	
Begrepen:	begrepen door de betrokken medewerkers	<b>plan/do</b>	
Bedreven:	ook werkelijk in de praktijk gebracht	<b>do</b>	
Beproefd:	gecheckt op deugdelijkheid (effectiviteit, geen schadelijke bijwerkingen)	<b>check</b>	
Bijgesteld:	aangepast naar aanleiding van de evaluatie op deugdelijkheid	<b>act</b>	
en			
Betrokken:	de medewerkers die het raakt (bijvoorbeeld omdat zij het moeten uitvoeren) participeren in ontwerp en revisie		

<sup>\*)</sup> De eerste vraag bij het beoordelen van een [normelement](#) is die naar een 'eigenaar': de verantwoordelijke voor het onderhoud en de periodieke evaluatie van de eis die het normelement stelt.

## Scoringssystematiek resultaatvelden (6 t/m 9)

Bij het uitbrengen van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.1 gaat NIAZ de resultaatvelden scherper hanteren. In de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 1.0 en ook in de bèta-versie Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.0 stonden in deze velden [normelementen](#). Die waren echter gericht op het geven van organisatorische voorschriften in plaats van dat ze om resultaten vroegen. Dergelijke elementen horen thuis in de organisatievelden van de norm, waar ze in de versie 2.1 nu ook inderdaad een plaats gevonden hebben. De bedoeling is dat in de resultaatvelden van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling ook echt resultaten staan. Dus niet bijvoorbeeld een voorschrift dat de instelling infecties of decubitus moet meten, maar getalsmatige scores: infecties (bijvoorbeeld aantallen, percentages) en decubitus (idem).

Bovendien droegen die elementen het karakter van een bijna volledige vrijblijvendheid. Dit is strijdig met de wens die kritieke belanghebbenden – [patiënten](#) en hun organisaties, zorgverzekeraars – al enige tijd aan het NIAZ kenbaar maken. Bij een voor deze partijen zinvolle kwaliteitstoetsing moet het gaan om acceptabele resultaten. Niet alles is goed, NIAZ moet hierin kleur bekennen. Het moet concreter en minder vrijblijvend, ondanks de vele haken en ogen die aan getalsmatige objectivering vastzitten.

NIAZ kent medio 2009 nog geen normatieve waarde toe aan (de hoogte van) uitkomsten. In de toekomst zal dit wel gaan gebeuren. NIAZ volstaat nu met in de toetsing (en dus in het [zelfevaluatie](#)rapport van de [instelling](#)) ten aanzien van een aantal met name genoemde bedrijfsaspecten de uitkomsten op te vragen en te toetsen wat de instelling er ter verbetering mee doet. Deze uitkomsten sluiten zo veel mogelijk aan bij bestaande registraties van de instellingen. Het betreft concreet:

1. de Basisset Prestatie-indicatoren, die de instelling rapporteert aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg ([IGZ](#)) en waarover zij in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg rekenschap geeft;
2. enkele andere uitkomsten die samenhangen met voorschriften uit de Kwaliteitsnorm Zorginstelling.

### Verdere ontwikkeling

NIAZ zal in de komende jaren in dialoog met de zorgsector tot een verdere invulling van deze velden gaan komen. Die dan ook normatieve waarde zal hebben.

Vragen daarbij zijn:

1. welke resultaten gaan hier per soort [instelling](#) gescoord worden?
2. wat is de consequentie die het NIAZ er voor de accreditatiestatus aan verbindt?

### Enkele voorlopige gedachten

1. Zo veel mogelijk blijft aansluiting gezocht bij eisen en wensen waarmee de instellingen al vertrouwd zijn en ten aanzien waarvan men doorgaans al informatie verzamelt en rapporteert. NIAZ zal ook afgaan op de ervaringen die in accreditatietrajecten worden opgedaan.
2. Het [INK-model](#) hanteert voor de scoring van de resultaatvelden een drietal rubrieken van kwaliteitsindicatoren, namelijk:
  - waardering
  - gedrag
  - output.

Er is dus zowel aandacht voor opinies (waardering) als feiten (gedrag en output). Daarbij wordt gekeken naar uitslagen in een bepaald tijdvak en trends over een langere tijd. NIAZ zal deze nuttige rubricering naar verwachting voor de zorgsector invulling proberen te geven.

3. Wat betreft de waarden (= de uitslagen van de resultaatgebieden) zal NIAZ naar verwachting niet met keiharde puntwaardes (zoals drempelwaardes) maar met bandbreedtes werken. Bandbreedtes die mogelijk gedefinieerd worden als een bepaalde aanvaardbare deviatie ten opzichte van een deugdelijk gemiddelde voor de betreffende sector of patiëntencategorie.

4. De eerste jaren zullen de normelementen in de resultaatgebieden nog geen voorwaarde voor het behalen dan wel continueren voor de accreditatie zijn. Daarvoor zijn waarschijnlijk de meetmethoden nog niet voldoende uitgerijpt.

## Gekwalificeerd eindoordeel ('noodzakelijke voorwaarden')

Nadat door middel van de scoringssystematiek een zo geobjectiveerd mogelijke balans over het voldoen aan de Kwaliteitsnorm Zorginstelling kan worden opgemaakt, komt het NIAZ tot een algeheel eindoordeel. Vanouds noemt het NIAZ dit de 'noodzakelijke voorwaarden'. Voor het toekennen of continueren van de accreditatiestatus is het noodzakelijk dat de betreffende [instelling](#) naar het oordeel van het NIAZ genoegzaam en aantoonbaar aan een drietal kwalificaties voldoet:

- de cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de [kwaliteit](#) alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen;
- de besturing en organisatie van de (zorg)[processen](#) zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg;
- de [veiligheid](#) van [patiënten](#), [medewerkers](#), [bezoekers](#) en omgeving is naar behoren geborgd.

Dit is ook de tekst die op het af te geven accreditatiebewijs wordt vermeld.

### 3. Definities

- Accreditatie** : (Ook wel te noemen: accreditering). Het door een derde partij afgeven van een schriftelijke garantie dat een bepaalde organisatie of dienst of een bepaald proces of product aan bepaalde eisen voldoet, waaraan verwachtingen voor de toekomst zijn te ontleen. Het begrip kan betrekking hebben op het **proces** (tot het verkrijgen van de status) en op de **status** zelf.
- De herkomst is uit het Latijn: *ad credere* = 'te geloven' ofwel 'als geloofwaardig erkennen'.
- Zie ook [bestendige deelaccreditatie](#), [gewone deelaccreditatie](#) en [instellingsbrede accreditatie](#).
- Accreditatie-overeenkomst** : De schriftelijke overeenkomst tot deelname aan het accreditatieprogramma van het NIAZ, gesloten voor onbepaalde tijd tussen de [instelling](#) en het NIAZ. De overeenkomst, die standaard is per soort [accreditatie](#) die het NIAZ uitvoert, beschrijft de belangrijkste wederzijdse rechten en verplichtingen.
- Zie als voorbeeld de [standaard accreditatieovereenkomst](#) voor de accreditatie van een gehele instelling ([instellingsbrede accreditatie](#)).
- Accreditatieprocedure** : Een beschrijving van de stappen die de [instelling](#) en het NIAZ voor het verkrijgen van een accreditatiestatus moeten doorlopen. De jaarlijks opnieuw vast te stellen [procedure](#) geeft aanwijzingen voor onder meer termijnen en noodzakelijke documenten.
- Adequaat** : Voldoet aan eisen van [doeltreffendheid](#), [doelmatigheid](#) en [veiligheid](#) en is voldoende operationeel (meetbaar).
- ARBO** : [Normelementen](#) die relevant zijn voor niet alleen de [veiligheid](#) van [patiënten](#), maar ook van [medewerkers](#) en [bezoekers](#), hebben het oormerk: **ARBO**.
- Audit** : Een onderzoek van de [regelingen](#) in een [instelling](#) of één of meerdere [werkenheden](#) door (deskundige) personen die zelf niet bij de uitvoering zijn betrokken of daarvoor verantwoordelijkheid dragen, om vast te stellen en te beoordelen of wordt voldaan aan bepaalde eisen en om risico's voor de [kwaliteit](#) en verbetermogelijkheden te inventariseren. Het verrichten van metingen kan onderdeel van het onderzoek uitmaken.
- Bestendige deelaccreditatie** : De specifieke [accreditatie](#) van een deel van een [instelling](#) dat op grond van de aard van de werkzaamheden of het bieden van een specifiek deel van de [patiënten](#)zorg als een eigenstandig werkzaam onderdeel is te beschouwen. Het gaat om onderdelen die ook als zelfstandige instelling kunnen voorkomen. De bestendige deelaccreditatie blijft in stand bij het verplicht behalen van de [instellingsbrede accreditatie](#). NIAZ stelt jaarlijks limitatief vast welke onderdelen voor een bestendige deelaccreditatie in aanmerking komen.
- Zie ook [gewone deelaccreditatie](#).
- Bezoeker** : De natuurlijke persoon (M/V) die anders dan als [medewerker](#) of [patiënt](#) op legale gronden daadwerkelijk in de instelling verblijft. Hiertoe behoren onder meer ambulancemedewerkers, overige patiëntenvervoerders, familieleden, partners, vrienden, mantelzorgers, mentoren en begeleiders van de patiënt.
- Dienstdoende** : De [functionaris](#) die voor de continuïteit van een functie buiten de reguliere bedrijfstijd ('kantooruren') zorg draagt. In het geval van de

directe patiëntenzorg betekent dit niet het overnemen van het behandelaarschap.

Zie ook [waarnemer](#).

- Doelmatigheid** : (Ook wel te noemen: efficiëntie.) De mate waarin een actie of [regeling](#) spaarzaam gebruik maakt van middelen, waaronder de personele inzet, bij het bereiken van het beoogde resultaat.
- Doeltreffendheid** : (Ook wel te noemen: effectiviteit.) De mate waarin een actie of [regeling](#) het beoogde resultaat bereikt.
- Functionaris** : De [medewerker](#) die een omschreven functie uitoefent ten aanzien waarvan de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn afgesproken en (doorgaans) schriftelijk gedocumenteerd.
- Gewone deelaccreditatie** : De eenmalige specifieke [accreditatie](#) van een deel van een [instelling](#) als opstap naar een [instellingsbrede accreditatie](#). De gewone deelaccreditatie vervalt bij het behalen van de instellingsbrede accreditatie of het verstrijken van de accreditatietermijn van de gewone deelaccreditatie.
- Zie ook [bestendige deelaccreditatie](#).
- Incident** : Onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces of bedrijfsproces die tot schade voor de [patiënt](#), de [medewerkers](#) of de [bezoekers](#) heeft geleid, had kunnen leiden of nog kan leiden.
- Informatiediensten** : Alle activiteiten en voorzieningen die te maken hebben met het genereren, transponeren, vastleggen, transporteren, oproepen, raadplegen en beveiligen van informatie. Hiertoe behoren onder meer fysieke computersystemen, softwareconfiguraties, de werkzaamheden van een afdeling automatisering, het aanbod van een ASP (*application service provider*).
- Instelling** : Het organisatorisch verband dat als een eigenstandige juridische entiteit naar derden ([patiënten](#), andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars) optreedt. De leiding hiervan berust bij een (raad van) bestuur of directie. Onder dit begrip vallen ook organisaties die geen fysieke 'instelling' beheren, zoals thuiszorgorganisaties. Onder dit begrip valt niet de maatschap of personenvennootschap. Raadpleeg voor de toepassing in de [beoordelingssystematiek](#) de passage over [instelling en werkeenheden](#).
- Instellingsbrede accreditatie** : De [accreditatie](#) van de [instelling](#) als geheel. Dit is de gebruikelijke wijze van toetsing en beoordeling. NIAZ kent daarnaast nog de [gewone deelaccreditatie](#) en de [bestendige deelaccreditatie](#).
- Instellingsleiding** : De [functionaris](#) of het college van functionarissen, belast met de eindverantwoordelijkheid voor en de daadwerkelijke leiding van de [instelling](#) als geheel. Benamingen hiervoor zijn onder meer bestuur(der), directie en raad van bestuur.
- INK-model** : Het door [INK](#) ontwikkelde managementmodel voor zelfevaluatie en integrale verbetering van de bedrijfsvoering. Bekend van de ordening in 10 (9 + 1) velden. INK is de Nederlandse versie van het van oorsprong op Europees niveau door het bedrijfsleven genomen initiatief tot oprichting van de European Foundation for Quality Management ([EFQM](#)).
- Ketenpartner** : Een andere [instelling](#) of zorgaanbieder die zorg verleent in samenhang met dan wel voorafgaand aan dan wel volgend op de zorg die de

instelling zelf verleent en waarbij sprake is van een zekere mate van continuïteit van activiteiten.

- Klacht** : De uiting van onvrede over enige handeling door of namens de [instelling](#) of omstandigheid in de instelling, gedaan door een [patiënt](#), [medewerker](#) of [bezoeker](#) dan wel door een persoon of organisatie waarmee de instelling contacten onderhoudt of die in een bijzondere betrekking tot een patiënt, medewerker of bezoeker staat. Onder handeling wordt tevens het nalaten van handelingen verstaan.
- Klachtenbehandeling** : Het proces van onderzoek van een [klacht](#), gericht op een formele oordeelsvorming over de gegrondheid daarvan met mogelijk op correctie of genoegdoening gerichte gevolgen.
- Klachtenbemiddeling** : Het proces van onderzoek van een [klacht](#), gericht op het zo snel mogelijk opvangen van de klager, het verhelpen van de oorzaak van het ongenoegen en het behoud van de relatie met de klager.
- Klachtenopvang** : Het geheel van [klachtenbehandeling](#) en [klachtenbemiddeling](#).
- Kwaliteit** : Kwaliteit is de mate waarin
- de beoogde resultaten die van belang zijn voor de [patiënt](#) tijdig en met een goede bejegening worden bereikt (= kwaliteit in engere zin),
  - zonder onbedoelde en schadelijke resultaten (nevenwerkingen) voor de patiënt, [medewerkers](#) en [bezoekers](#) (= veiligheid).
- Onder dit begrip valt dus altijd (tenzij anders aangegeven) [veiligheid](#). Raadpleeg ook de [visie op veiligheid](#) van het NIAZ.
- Kwaliteitscyclus** : (Ook wel te noemen: [Deming](#)-cyclus of PDCA-cyclus.) De telkens (cyclisch) herhaalde stappen van iets bedenken om een bepaald resultaat te bereiken (*plan*), het uitvoeren (*do*), kijken of het werkt (*check*) en vervolgens (zodanig) bijstellen (*act*). De kwaliteitscyclus heeft betrekking op alle organisatieactiviteiten.
- Leiding** : (Ook wel te noemen: leidinggevend.) De [functionarissen](#) die zijn belast met de leiding van het geheel of onderdelen van de [instelling](#) en die verantwoordelijk zijn voor het bereiken van resultaten door de inzet van [medewerkers](#), ten aanzien van wie zij formele bevoegdheden uitoefenen.
- Medewerker** : De natuurlijke persoon (M/V) die op grond van een overeenkomst van de [instelling](#) met hem zelf of van de instelling met een andere partij daadwerkelijk werkzaam is in de instelling. Hiertoe behoren onder meer alle personen met een arbeidsovereenkomst, een toelatingsovereenkomst, een detacheringsovereenkomst, evenals [waarnemers](#), externe [dienstdoenden](#), uitzendkrachten, co-assistenten, stagiaires en vrijwilligers. Hiertoe behoren niet medewerkers van toeleveranciers die incidenteel werkzaamheden in de instelling verrichten.
- Missie NIAZ** : NIAZ levert een bijdrage aan de borging en verbetering van de [kwaliteit](#) van de gezondheidszorg, in het bijzonder door het ontwikkelen van kwaliteitsnormen en het toepassen daarvan in de toetsing van [zorginstellingen](#) en [zorgprocessen](#), resulterend in een jugement waaraan derden – zorgconsumenten, zorgverzekeraars, samenwerkingspartners, overheden en samenleving – het vertrouwen kunnen ontleenen dat de zorg reproduceerbaar op een adequate en [veilige](#) manier wordt voortgebracht.
- Normelement** : Een onderdeel van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling dat als een zelfstandig onderdeel wordt gescoord in de [beoordelingssystematiek](#).

**NTA 8009:2007** : De technische aanduiding (NTA = Nederlandse Technische Afspraak) voor de afspraak van enkele veldpartijen in Nederland over de eisen te stellen aan een zogeheten veiligheidsmanagementsysteem (VMS). In de Kwaliteitsnorm Zorginstelling hebben alle [normelementen](#) die van belang zijn voor de patiënt [veiligheid](#) het oormerk: **VMS**. Normelementen die als criterium in de NTA 8009:2007 voorkomen dragen tevens het oormerk **NTA 8009:2007**.

Raadpleeg ook de [visie op veiligheid](#) van het NIAZ.

**Patiënt** : De natuurlijke persoon (M/V) die gebruiker is van de diensten van de zorgaanbieder. Onder patiënt wordt tevens verstaan cliënt, bewoner, pupil, zorgvrager of zorgconsument.

**Procedure** : Een reeks samenhangende activiteiten die volgtijdelijk worden uitgevoerd gericht op het bereiken van een bepaald resultaat. Bij een procedure kunnen meerdere [medewerkers](#) en [werkeenheden](#) zijn betrokken.

Het begrip kan betrekking hebben op die **activiteitenreeks** zelf of op de **beschrijving** ervan.

Zie ook [proces](#), [protocol](#) en [werkinstructie](#).

**Proces** : Een geheel van samenhangende activiteiten – bedoelde en niet bedoelde – die **feitelijk** plaatsvinden in het verband (de context) om een bepaald doel te bereiken. Onder activiteiten valt ook relevante inactiviteit.

Een procesbeschrijving is descriptief, gaat over hoe het werkelijk is (*Sein*). [Procedures](#), [protocollen](#) en [\(werk\)instructies](#) zijn prescriptief en gaan over het zou moeten (*Sollen*).

**Protocol** : Een in activiteiten, beslissingsmomenten en beslissingen gespecificeerde richtlijn voor het handelen in gespecificeerde gevallen van een [functionaris](#) bij het uitoefenen van diens [vertrouwensfunctie](#), doorgaans gebaseerd op de inzichten die in de beroepsgroep voor de handelwijze als regel in dergelijke gevallen zijn opgebouwd ([standaard](#)).

Toepassing en uitvoering van een protocol vergen altijd de zelfstandige beoordeling door een ter zake kundige.

Het begrip kan betrekking hebben op die **richtlijn** zelf of op de **beschrijving** ervan.

Zie ook [proces](#), [procedure](#) en [werkinstructie](#).

**Referentiekader NIAZ** : De verzameling van alle bestanddelen die onderdeel (kunnen) uitmaken van de normering en toetsing door het NIAZ. Het referentiekader bestaat uit een normatieve 'bovenlaag' en een ondersteunende 'onderlaag'. In schema:

'Bovenlaag'	Accreditatieprocedure	
	Kwaliteitsnorm Zorginstelling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toelichting</li> <li>- Voorwaarden accreditatie</li> <li>- Definities</li> <li>- Normtekst</li> </ul>
'Onderlaag'	Uitwerking en voorbeelden	
	<i>Good practices</i>	
	Wet- en regelgeving	

Zie ook de [toelichting](#) op de structuur van het referentiekader NIAZ.

- Regeling** : Het geheel van afspraken en personele en materiële voorzieningen dat is getroffen om een bepaald voorgenomen resultaat te bereiken. Onder ‘afspraken’ vallen onder meer reglementen, [procedures](#), [protocollen](#), [\(werk\)instructies](#) en overige voorschriften. Onder ‘afspraken’ vallen ook alle organisatorische maatregelen, zoals de verantwoordelijkheids- en bevoegdheidstoedeling en het aanstellen van [functionarissen](#). Onder ‘personele voorzieningen’ vallen het aantrekken van deskundige [medewerkers](#) en het onderhouden van hun expertise. Onder ‘materiële voorzieningen’ vallen alle fysieke faciliteiten, zoals ruimte, apparatuur, IT, hulpmiddelen en materialen.  
De robuustheid van een regeling wordt bepaald aan de hand van de [scoringssystematiek](#) die onderdeel is van de [beoordelingssystematiek](#).
- Onder ‘regeling’ wordt mede verstaan het eventueel hebben van meerdere (gespecificeerde) regelingen.
- Standaard** : Een binnen een beroepsgroep van [functionarissen](#) met een [vertrouwensfunctie](#) bestaande gespecificeerde richtlijn voor het handelen in gespecificeerde gevallen.
- Het begrip kan betrekking hebben op die **richtlijn** zelf of op de **beschrijving** ervan.
- Veiligheid** : De mate waarin een actie of [regeling](#) voor het bereiken van een beoogd resultaat gestalte krijgt zonder onbedoelde en schadelijke resultaten voor [patiënten](#), [medewerkers](#) en [bezoekers](#).
- Het begrip kan betrekking hebben op een **situatie** of op de **uitkomst** van zorg. In het eerste geval gaat het om de mate waarin de kans op het ontstaan van [incidenten](#) aanwezig is. In het laatste geval is het bestanddeel van de [kwaliteit](#).
- Raadpleeg ook de [visie op veiligheid](#) van het NIAZ.
- Vertrouwensfunctie** : De functie van een [functionaris](#) die met een grote mate van (professionele) zelfstandigheid ten aanzien van beoordeling (‘diagnose’) en te ondernemen activiteiten (‘behandeling’) werkzaam is en daarmee vorm geeft aan de [kwaliteit](#). Voorbeelden zijn [leidinggevend](#) op alle echelons en medisch specialisten.
- VMS** : VMS staat als afkorting voor Veiligheidsmanagementsysteem. Een aantal partijen heeft een aantal afspraken hierover vastgelegd in de [NTA 8009:2007](#). In de Kwaliteitsnorm Zorginstelling zijn deze aspecten meegenomen. Alle normonderdelen die specifiek relevant zijn voor de veiligheid van [patiënten](#) dragen het oormerk: **VMS**. Normelementen die als criterium in de NTA 8009:2007 voorkomen dragen tevens het oormerk **NTA 8009:2007**.
- Raadpleeg ook de [visie op veiligheid](#) van het NIAZ.
- Voorwaarden** : NIAZ bepaalt jaarlijks wat de voorwaarden zijn om voor [accreditatie](#) in aanmerking te komen. Dit heeft onder meer betrekking op de [normelementen](#) in de organisatievelden waarvoor in de [scoringssystematiek](#) 3 of 4 moet worden gescoord. Deze normelementen zijn in de normtekst met een **blauw nummer** met subscript [eis 3-4](#) geoormerkt.
- Waarnemer** : De [functionaris](#) die voor de volledige continuïteit van een functie zorg draagt ter tijdelijke vervanging van een andere functionaris. In het geval van de directe patiëntenzorg betekent dit het tijdelijk overnemen van het behandelaarschap.

Zie ook [dienstdoende](#).

**Werkeenheid** : Een herkenbare groep [medewerkers](#) die in onderlinge samenwerking een welomschreven functie uitoefenen. Hiertoe behoren onder meer afdelingen, zorgeenheden, vakgroepen, maatschappen en behandelteams.  
Raadpleeg voor de toepassing in de [beoordelingssystematiek](#) de passage over [instelling en werkeenheden](#).

**Werkinstructie** : Een in een samenhangende reeks uitvoeringsacties gespecificeerd voorschrift voor het uitvoeren van een activiteit.  
  
Toepassing en uitvoering vergen geen zelfstandige beoordeling door een ter zake kundige. Voorbeelden van een werkinstructie zijn de handleiding voor een apparaat, gebruiksvoorschriften bij verbruiksartikelen, aanwijzingen voor een concrete verrichting (bijvoorbeeld: handen wassen, verband aanleggen).

Het begrip kan betrekking hebben op het **voorschrift** of op de **beschrijving** ervan.

Zie ook [proces](#), [procedure](#) en [protocol](#).

**Zelfevaluatierapport** : Een door de [instelling](#) of [werkeenheid](#) opgesteld rapport waarin, gespecificeerd naar de onderdelen van de normtekst van NIAZ, onderbouwd wordt aangegeven op welke wijze en in welke mate de betreffende eenheid voldoet aan de gestelde eisen.

## 4. Normtekst

# 1. Leiderschap



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

Direct naar normdeel horend bij:

[veld 1](#)

[veld 2](#)

[veld 3](#)

[veld 4](#)

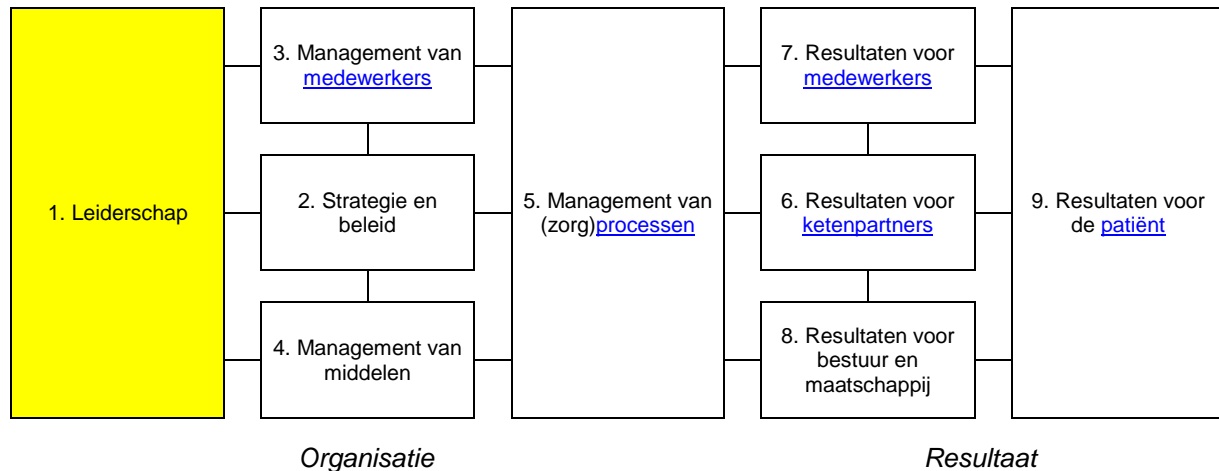
[veld 5](#)

[veld 6](#)

[veld 7](#)

[veld 8](#)

[veld 9](#)




## Toelichting


Dit organisatiegebied geeft aan op welke manier de [instellingsleiding](#) de koers bepaalt, deze vertaalt naar de dagelijkse praktijk en aanpast aan de steeds wisselende omstandigheden om de overeengekomen strategie en doelstellingen te realiseren.

Leiderschap beperkt zich niet tot het niveau van de raad van bestuur. Alle echelons in de organisatie vullen dit op eigen wijze in. [Functionarissen](#) met een [vertrouwensfunctie](#), waaronder alle [leidinggevenden](#) en medisch specialisten, hebben hierin een bijzondere verantwoordelijkheid.

Missie en visie zijn onlosmakelijk met het organisatiegebied 'leiderschap' verbonden. Door duidelijk te maken wat de leiding onder verantwoorde [patiënten](#)zorg verstaat, hoe men met elkaar behoort om te gaan, hoe de [instelling](#) ingericht zou moeten zijn en hoe sturing aan ontwikkelingen en vernieuwing zou moeten worden gegeven, geeft de leiding de koers van de instelling aan. Alle functionarissen genoemd in de vorige alinea bevorderen een cultuur van continue verbetering door hun persoonlijke betrokkenheid en getoonde ambitie.

## 1.1 Koers uitzetten en actualiseren


Rubriek: 111 (inhoud beleidsvisie)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
<a href="#">111.01</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een actuele (beleids)visie van de <a href="#">instellingsleiding</a> op de (maatschappelijke) functies van de instelling en haar positionering in het verzorgingsgebied. Deze beleidsvisie geeft op de volgende punten duidelijkheid.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
111.01.A	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">NTA 8009:2007</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">VMS</span> De invulling van de wettelijke verplichting tot het bieden van verantwoorde zorg. Dat is zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en <a href="#">patiënt</a> gericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de <a href="#">patiënt</a> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
111.01.B	De waarden die de <a href="#">instelling</a> aanhangt bij de omgang met <a href="#">patiënten</a> , <a href="#">medewerkers</a> , <a href="#">bezoekers</a> en samenleving.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
111.01.C	De gerichtheid van de <a href="#">instelling</a> op continue verbetering van de <a href="#">kwaliteit</a> over de volle breedte.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
111.01.D	De wijze waarop de <a href="#">instelling</a> vorm en inhoud geeft aan de verschillende aspecten van <a href="#">patiënt</a> gerichtheid.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
111.01.E	De invulling die de <a href="#">instelling</a> geeft aan de wenselijke (transmurale) continuïteit van zorg en de daarvoor benodigde samenwerking (met externe partners) in de zorgketen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
111.01.F	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">VMS</span> De grenzen die de <a href="#">instelling</a> stelt aan de aard en de omvang van het zorgaanbod, mede gezien de voor een kwalitatief verantwoorde zorg benodigde professionele expertise en voorzieningen .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
111.01.G	De relatie van opleidingsfuncties en/of onderzoeksfuncties met de (primaire) zorgfuncties.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
111.01.H	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">VMS</span> De prioriteiten die de <a href="#">instelling</a> stelt in het geval de beschikbare personele en materiële middelen op enig moment tekortschieten om op verantwoorde wijze in de reële zorgvraag te voorzien.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
111.01.I	Het beleid van de <a href="#">instelling</a> ten aanzien van de medisch-ethische aspecten die aan het zorgaanbod van de instelling zijn gerelateerd.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 112 (beleidsvisie actualiseren)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
112.01	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de totstandkoming en actualisatie van de beleidsvisie en strategie in een cyclisch <a href="#">proces</a> . Hierbij wordt aan de volgende punten aandacht besteed.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
112.01.A	De bijdrage vanuit de verschillende professionele disciplines met betrekking tot relevante onderwerpen in hun vakgebied.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
112.01.B	De beschikbaarheid en toepassing van actuele relevante wet- en	UV	GP	<a href="#">WR</a>	

	<i>regelgeving.</i>			
<b>112.01.C</b> <a href="#">eis 3-4</a>	<i>De uitkomsten van resultaatmetingen onder <a href="#">patiënten</a>, <a href="#">medewerkers</a>, <a href="#">bezoekers</a>, ketenpartners en andere belanghebbenden.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
<b>112.01.D</b> <a href="#">eis 3-4</a>	<i>De bevindingen verkregen door het vergelijken van de feitelijke eindresultaten met de oorspronkelijk gestelde doelen.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
112.01.E	<i>De bevindingen verkregen door het vergelijken van de eigen resultaten met de resultaten van vergelijkbare <a href="#">instellingen</a> (bench-marking).</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
112.01.F	<i>De beschikbaarheid en toepassing van informatie over de relevante maatschappelijke, landelijke, regionale en/of interne ontwikkelingen.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
112.01.G	<i>De betrokkenheid van externe belanghebbenden zoals <a href="#">patiënten</a>organisaties, samenwerkingspartners en zorgverzekeraars.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities

<b>Rubriek: 113 (voorbeeldfunctie)</b>		<a href="#">beoordeling</a>		
		<a href="#">NTA 8009:2007</a> <a href="#">ARBO</a> <a href="#">VMS</a>		
norm-element	normtekst	documentatie		
113.01	<i>Personen met een <a href="#">vertrouwensfunctie</a> leven in woord en daad een voorbeeldfunctie uit ten aanzien van de gerichtheid op <a href="#">kwaliteit</a>, waaronder in het bijzonder de <a href="#">veiligheid</a> voor de <a href="#">patiënt</a>, de <a href="#">medewerkers</a> en de <a href="#">bezoekers</a> en het werkklimaat voor de medewerkers.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
113.02	<i>De <a href="#">leiding</a> creëert een werkomgeving en een werksfeer waarin de <a href="#">medewerkers</a> zich uitgedaagd voelen om voortdurend bij te dragen aan het verbeteren van de <a href="#">kwaliteit</a> door het verbeteren van de (zorg)processen.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
113.03	<i>De <a href="#">leiding</a> creëert een werkomgeving en een werksfeer waarin in alle openheid over de bereikte resultaten en ieders bijdrage daaraan wordt gecommuniceerd.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

## 1.2 Organiseren en communiceren

<b>Rubriek: 121 (taakverdelen en communiceren)</b>		<a href="#">beoordeling</a>		
norm-element	normtekst	documentatie		
121.01	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een voor belanghebbenden kenbare <a href="#">regeling</a> voor de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen het toezichthoudend orgaan en de <a href="#">instellingsleiding</a>.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
121.02	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een voor belanghebbenden kenbare <a href="#">regeling</a> voor de reguliere overlegstructuur van de instelling, waaronder die met de voor de besturing relevante overleg- en adviesorganen.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
121.03	<i>Als de <a href="#">instelling</a> deel uitmaakt van een groter organisatorisch verband en/of uit meerdere (vormen van) rechtspersonen bestaat, heeft de instelling een voor belanghebbenden kenbare <a href="#">regeling</a> over de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de onderscheiden eenheden.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>

121.04	Bij het aangaan van overeenkomsten met andere organisatorische verbanden wordt zeker gesteld dat de <u>instellingsleiding</u> zijn wettelijke eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg kan (blijven) waarmaken.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
121.05	Bij samenwerking met andere organisatorische verbanden heeft de <u>instelling</u> een voor belanghebbenden kenbare, contractueel vastgelegde <u>regeling</u> hoe de zorg is georganiseerd en hoe de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden daarbij zijn verdeeld.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
121.06	<b>NTA 8009:2007</b> <b>ARBO</b> <b>VMS</b> De <u>instelling</u> heeft een organisatieschema, waaronder een organogram, waarin de hiërarchische en de belangrijkste functionele relaties tussen de verschillende organen en organisatorische eenheden zijn weergegeven. Dit schema heeft aandacht voor de volgende punten.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
<b>121.06.A</b> <a href="#">eis 3-4</a>	<b>NTA 8009:2007</b> <b>ARBO</b> <b>VMS</b> De vastlegging (in hoofdlijnen) van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van de bedrijfsvoering voor alle niveaus en onderdelen van de <u>instelling</u> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>
121.06.B	De aanwezigheid van een periodiek en gestructureerd overleg tussen de <u>leidinggevend</u> en de <u>medewerkers</u> die verantwoordelijk zijn voor inrichting en uitvoering van de (zorg) <u>processen</u> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>
121.07	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> om het instellingsbeleid en de daarin vervatte beleidskeuzes in de gehele organisatie helder en eenduidig te communiceren en met alle direct betrokkenen te bespreken.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

Rubriek: 122 (organisatie borgen)		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
<b>122.01</b> <a href="#">eis 3-4</a>	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> van de planning- en controlcyclus gericht op de realisatie van de op instellingsniveau gemaakte (strategische) beleidskeuzes, met duidelijk omschreven verantwoordelijkheden en bevoegdheden en met een hierop afgestemd toereikend en betrouwbaar systeem van informatievoorziening.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
122.02	De <u>instelling</u> beschikt over een door een externe accountant goedgekeurde jaarrekening, niet ouder dan het laatste of voorlaatste boekjaar voorafgaand aan de datum van de <u>audit</u> door het NIAZ.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
122.03	Voor elke <u>regeling</u> is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor het onderhoud en de periodieke evaluatie van de betreffende regeling en met welke frequentie een en ander plaatsvindt.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
<b>122.04</b> <a href="#">eis 3-4</a>	<b>VMS</b> De <u>instelling</u> heeft een documentbeheersysteem waarin de actuele versies van beleidsdocumenten, reglementen, <u>procedures</u> , <u>protocollen</u> , <u>werkinstructies</u> en overige voorschriften overzichtelijk zijn vastgelegd en op elk gewenst moment raadpleegbaar zijn.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<b>122.05</b> <a href="#">eis 3-4</a>	De <u>instelling</u> heeft een intern <u>auditsysteem</u> dat betrekking heeft op alle <u>werkeenheden</u> en dat mede is afgestemd op het NIAZ normenkader.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	

<b>122.06</b> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">werkeenheden</a> die (mede)verantwoordelijkheid dragen voor de (zorg) <a href="#">processen</a> stellen zich open voor en verlenen medewerking aan de (inhoudelijke) toetsingen door verwante beroepsverenigingen en/of andere toetsende instanties met specifieke deskundigheid op het betreffende deelterrein.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
<b>122.07</b> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">leiding</a> ziet erop toe dat de <a href="#">werkeenheden</a> de van toepassing zijnde voorschriften, <a href="#">protocollen</a> , <a href="#">(werk)instructies</a> , <a href="#">standaarden</a> , richtlijnen en normen in acht nemen en de (zorg) <a href="#">processen</a> hieraan zonedig aanpassen.		GP	<a href="#">WR</a>
122.08	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <a href="#">NTA 8009:2007</a>   <a href="#">ARBO</a>   <a href="#">VMS</a> </div> De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de prioritering en vertaling in actieplannen in de planning en controlcyclus van uitkomsten van toetsingen en 'bench-marks' die niet om onmiddellijke actie vragen.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
122.09	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <a href="#">NTA 8009:2007</a>   <a href="#">ARBO</a>   <a href="#">VMS</a> </div> In voorkomende gevallen beslist de <a href="#">instellingsleiding</a> of een gesignaleerde structurele tekortkoming het noodzakelijk maakt dat op <a href="#">instelling</a> sniveau een <a href="#">regeling</a> tot stand wordt gebracht.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

## 2. Strategie en beleid



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

Direct naar normdeel horend bij:

[veld 1](#)

[veld 2](#)

[veld 3](#)

[veld 4](#)

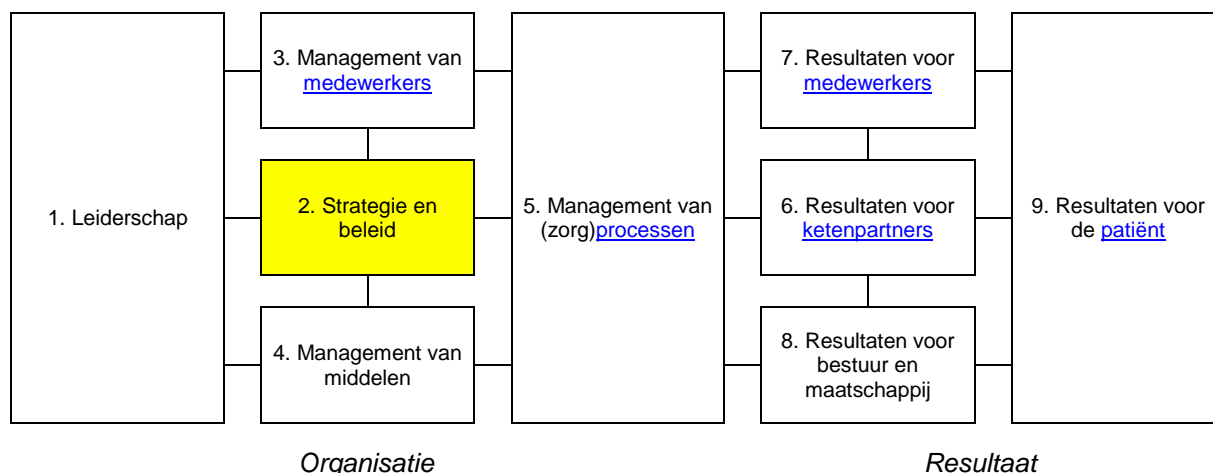
[veld 5](#)

[veld 6](#)

[veld 7](#)

[veld 8](#)

[veld 9](#)



## Toelichting

Dit organisatiegebied beschrijft op welke manier de [instelling](#) haar missie en visie vertaalt in concrete en objectieerbare doelstellingen. Om ze te kunnen realiseren zijn deze doelstellingen vertaald in concreet en objectiebaar beleid. De doelstellingen en het daaruit voortgekomen beleid zijn voor alle relevante belanghebbenden duidelijk. Het gaat hier ook over de informatie waarop de strategie is gebaseerd en over de wijze van intern en extern communiceren.


Rubriek: 211 (beleid verkennen (antenne))		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
211.01	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor een systematische oriëntatie op de (markt)ontwikkelingen in de (regionale) gezondheidszorg en de eigen positie daarin, met het oog op (mogelijke) vertaling in het eigen beleid.	<a href="#">NTA 8009:2007</a>	<a href="#">ARBO</a>	<a href="#">VMS</a>	UV GP <a href="#">WR</a>
211.02	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor een systematische oriëntatie op (inter)nationaal ontwikkelde verbeteringen en vernieuwingen in de zorg ('good practices'), met het oog op (mogelijke) vertaling in het eigen beleid.				UV GP <a href="#">WR</a>
211.03	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> om informatie over (veranderingen in) wet- en regelgeving systematisch te verzamelen, op relevantie te beoordelen en zonodig gericht door te leiden naar de betrokken <a href="#">werkeenheden</a> en <a href="#">functionarissen</a> .				UV GP <a href="#">WR</a>
211.04	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> om richtlijnen en voorschriften van (overheids)instanties, waaronder de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), systematisch te verzamelen, op relevantie te beoordelen en zonodig gericht door te leiden naar de betrokken <a href="#">werkeenheden</a> en <a href="#">functionarissen</a> .				UV GP <a href="#">WR</a>
211.05	De <a href="#">leiding</a> bevordert dat er binnen de <a href="#">werkeenheden</a> kennis wordt				UV GP <a href="#">WR</a>

	genomen van de wet- en regelgeving die specifiek van toepassing is op de betreffende functie(s) en ziet erop toe dat deze op adequate wijze wordt geïmplementeerd en nageleefd.			
211.06	<p style="text-align: right;"><b>NTA 8009:2007</b>   <b>ARBO</b>   <b>VMS</b></p> De <a href="#">werkeenheden</a> en <a href="#">medewerkers</a> worden gestimuleerd om de ontwikkelingen van de regelgeving, professionele <a href="#">standaarden</a> , 'benchmarks' en 'good practices' binnen hun vakgebied te volgen en hierover te rapporteren als deze mogelijk relevant zijn voor de inrichting en vormgeving van de (zorg) <a href="#">processen</a> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>
211.07	<p style="text-align: right;"><b>NTA 8009:2007</b>   <b>ARBO</b>   <b>VMS</b></p> De <a href="#">instellingsleiding</a> ziet erop toe dat de kwaliteitseisen van <a href="#">patiënten</a> organisaties, zorgverzekeraars, letselschadeverzekeraars en andere belanghebbende organisaties, voor zover deze betrekking hebben op concrete (zorg) <a href="#">processen</a> , binnen de betrokken <a href="#">werkeenheden</a> voldoende aandacht krijgen.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

<b>Rubriek: 212 (beleid vormen (proces))</b>		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
212.01	Op instellingsniveau zijn de beleidsvelden benoemd en is per beleidsveld de verantwoordelijke voor (het <a href="#">proces</a> van) de beleidsontwikkeling en de communicatie bepaald.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
212.02	De ontwikkeling van het (strategisch) beleid op de beleidsvelden is zo georganiseerd dat de <a href="#">instellingsleiding</a> in staat is het geheel te overzien en de samenhang te bewaken.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
212.03	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de organisatie van de besluitvorming over (strategische) beleidsonderwerpen en de manier waarop interne en externe belanghebbenden worden betrokken.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
212.04	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> dat bij wijzigingen in het functiepakket en het zorgaanbod van de instelling de gevolgen hiervan voor de <a href="#">kwaliteit</a> van aanpalende functies en (zorg)processen nauwgezet in kaart worden gebracht en in de besluitvorming betrokken.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
212.05	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> dat bij wijzigingen in het functiepakket en het zorgaanbod van de instelling die gevolgen kunnen hebben voor de <a href="#">kwaliteit</a> van de zorg in een transmurale keten, overleg wordt gevoerd met de betrokken ketenpartners voordat een definitief besluit wordt genomen.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
		UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 213 (beleid vormen (inhoud))		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
213.01	<i>Bij de ontwikkeling van het (strategisch) beleid fungeert de beleidsvisie niet alleen als inspiratiebron, maar tevens als toetssteen waaraan concrete (strategische) beleidsvoornemens worden gespiegeld voordat hierover besluiten worden genomen.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
213.02	<i>Het functiepakket van de <a href="#">instelling</a> en de daarvoor benodigde (professionele) expertise zijn zo beschreven dat het voor (de <a href="#">leiding</a> van) de <a href="#">werkeenheden</a> duidelijk is welke (zorg)<a href="#">processen</a> daarmee overeenkomen en welke niet.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">213.03</a> <a href="#">eis 3-4</a>	<i>Bij de vaststelling van het (strategisch) beleid worden de (beleids)doelen zodanig geformuleerd dat deze bij voorkeur meetbaar en in ieder geval evalueerbaar zijn.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
213.04	<i>De <a href="#">instellingsleiding</a> ziet erop toe dat de vastgestelde (beleids)doelen worden uitgewerkt in concrete uitvoeringsplannen die voorzien in een heldere omschrijving van de verantwoordelijkheden, beoogde resultaten en benodigde middelen.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 214 (stakeholders)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
214.01	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een gestructureerd overzicht van de (regionale) <a href="#">patiënten</a>organisaties die gerelateerd zijn aan het eigen zorgaanbod en van de structurele contacten die hiermee worden onderhouden.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
214.02	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een gestructureerd overzicht van de instellingen en (organisaties van) zorgprofessionals/verwijzers waarmee wordt samengewerkt in transmurale zorgketens en van de structurele contacten die hiermee worden onderhouden.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
214.03	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een gestructureerd overzicht van de (overheids)instanties die van belang zijn voor het functioneren van de instelling en van de structurele contacten die hiermee worden onderhouden.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
214.04	<i>De <a href="#">instellingsleiding</a> stimuleert en faciliteert dat er vanuit de <a href="#">instelling</a> relaties worden onderhouden met samenwerkingspartners, organisaties van <a href="#">patiënten</a>, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen en andere organisaties en instanties die van belang zijn of belang hebben bij het functioneren van de instelling.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
214.05	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> dat informatie die wordt verkregen in de contacten met externe partijen systematisch op relevantie wordt beoordeeld en zonodig gericht doorgeleid naar de <a href="#">instellingsleiding</a>, de betrokken <a href="#">werkeenheden</a>, <a href="#">functionarissen</a> en overige <a href="#">medewerkers</a>.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 215 (meting, evaluatie, verantwoording)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
<a href="#">215.01</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> die bepaalt welke grootheden standaard worden gemeten om de relevant geachte prestaties te kunnen beoordelen en deze in de tijd te kunnen volgen. Deze regeling omvat de volgende punten.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">215.01.A</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De keuze van de (beleids)doelen en (zorg)processen die expliciet geëvalueerd worden en de gekozen evaluatiemethode en -criteria.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
215.01.B	<a href="#">NTA 8009:2007</a> <a href="#">ARBO</a> <a href="#">VMS</a> Zo mogelijk een vergelijking van de uitkomsten van de metingen met de resultaten van vergelijkbare <a href="#">instellingen</a> en <a href="#">werkeenheden</a> (benchmarking).	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
215.02	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> dat uitkomsten van metingen systematisch ter informatie en evaluatie binnen de instelling worden gedistribueerd, in het bijzonder naar de betrokken <a href="#">werkeenheden</a> en <a href="#">functionarissen</a> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
215.03	De <a href="#">instellingsleiding</a> zet de eindresultaten af tegen de gestelde doelen, analyseert de verschillen en verantwoordt zich tegenover het toezichthoudend orgaan, de (wettelijke) overlegorganen en de relevante externe partijen.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
215.04	<a href="#">NTA 8009:2007</a> <a href="#">ARBO</a> <a href="#">VMS</a> De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> welke resultaatmetingen, prestatie-indicatoren en risico-indicatoren zijn bestemd voor uitsluitend intern gebruik en welke openbaar gemaakt worden via de website en/of andere publicatiekanalen.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
215.05	De <a href="#">instelling</a> verschaft op afgesproken dan wel voorgeschreven wijze gegevens zoals overeengekomen met externe partijen of voorgeschreven door een daartoe bevoegde (overheids)instantie.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

### 3. Management van medewerkers



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

Direct naar normdeel horend bij:

[veld 1](#)

[veld 2](#)

[veld 3](#)

[veld 4](#)

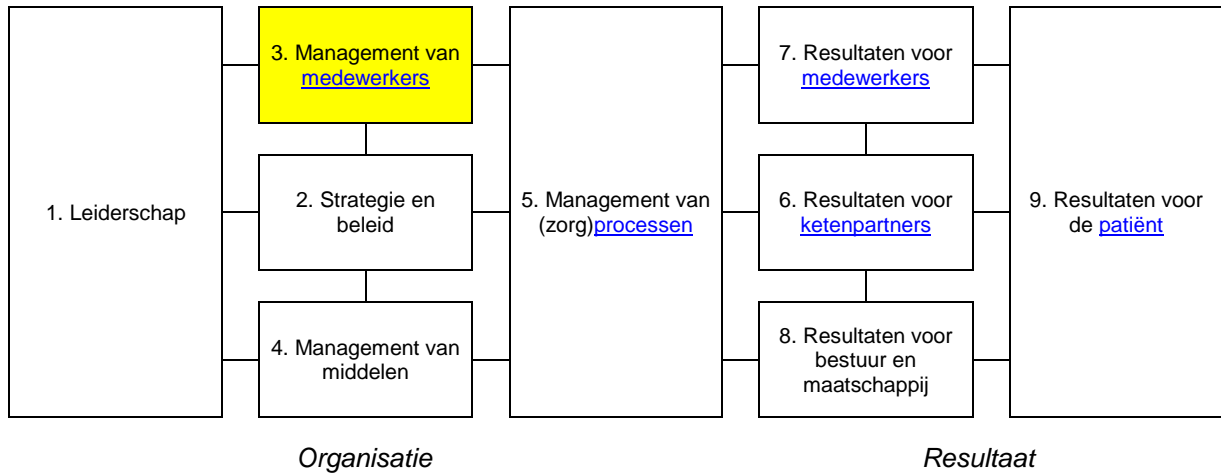
[veld 5](#)

[veld 6](#)

[veld 7](#)

[veld 8](#)

[veld 9](#)




### Toelichting


Dit organisatiegebied geeft aan hoe de [instelling](#) de individuele [medewerkers](#) inzet en stimuleert om de uitgezette koers en strategische doelstellingen te realiseren en zondig bij te stellen. De [functionarissen](#) met een [vertrouwensfunctie](#), waaronder de [leidinggevenden](#), spelen hierin een cruciale rol. Uitgangspunt is dat niet alleen de medewerker er voor de instelling is, maar de instelling er ook voor de medewerker. Het gaat in dit organisatiegebied om onderwerpen als personeelsbeleid, investeringen in medewerkers, waardering van de instelling voor medewerkers en de zorg om hun welzijn.

#### 3.1 Organiseren en bemensen

Rubriek: 311 (werving en behoud)		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
311.01	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NTA 8009:2007</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ARBO</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">VMS</span> </div> <p>De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> om (geaggregeerde) uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken, jaargesprekken, informatie verkregen bij het vertrek van <a href="#">medewerkers</a>, verzuimregistratie, registratie van <a href="#">incidenten</a> en risico-inventarisaties te benutten bij het actualiseren van het (strategische) personeelsbeleid en <a href="#">veiligheidsbeleid</a>.</p>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
311.02	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de werving en selectie van <a href="#">medewerkers</a> , die in het bijzonder aandacht heeft voor de werving van medewerkers met een <a href="#">vertrouwensfunctie</a> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">311.03</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor een systematische controle per individuele <a href="#">medewerker</a> op de geldigheid van de benodigde diploma's en de actualiteit van de vereiste inschrijving in één of meer beroepsregisters.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
311.04	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de inzet in de (zorg) <a href="#">processen</a> van <a href="#">uitzendkrachten</a> , <a href="#">stagiaires</a> , <a href="#">co-assistenten</a> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	


311.05	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> voor het inzetten van vrijwilligers.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
311.06	De <u>instelling</u> heeft een systeem om per <u>werkenheid</u> en per doelgroep het personeelsverloop te registreren en de ontwikkelingen daarin te volgen.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>


<b>Rubriek: 312 (afstemming)</b>		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
<a href="#">312.01</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> voor de afstemming van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de <u>leidinggevend</u> , met inbegrip van de zorgprofessionals die in het management participeren.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">312.02</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> om te bewerkstelligen dat de competenties en bevoegdheden van de <u>medewerkers</u> overeenkomen met het functie- en deskundigheidsprofiel dat voor de betreffende <u>werkenheid</u> is vastgesteld.	<a href="#">NTA 8009:2007</a>	<a href="#">VMS</a>	UV	GP <a href="#">WR</a>
312.03	Er is periodiek werkoverleg waarin alle relevante onderwerpen met betrekking tot het werk aan de orde kunnen komen en de <u>medewerkers</u> zich vrij voelen om hun zienswijzen en ervaringen met elkaar te delen, zonodig nadere afspraken te maken en elkaar hierop aan te spreken.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

<b>Rubriek: 313 (werkomgeving)</b>		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
313.01	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> voor de preventie en signalering van <u>incidenten</u> die betrekking hebben op de <u>medewerkers</u> . Deze regeling behelst de volgende punten.	<a href="#">NTA 8009:2007</a>	<a href="#">ARBO</a>	<a href="#">VMS</a>	UV GP <a href="#">WR</a>
313.01.A	Bewustmaking en bewustzijn van de <u>medewerkers</u> van het risicovolle karakter van hun handelen en het door hen leveren van een actieve bijdrage aan de <u>veiligheid</u> van de eigen werkplek.	<a href="#">NTA 8009:2007</a>	<a href="#">ARBO</a>	<a href="#">VMS</a>	UV GP <a href="#">WR</a>
<a href="#">313.01.B</a> <a href="#">eis 3-4</a>	Systematische signalering en analyse, per <u>werkenheid</u> en waar relevant per doelgroep, van de risico's voor de (gezondheid van) <u>medewerkers</u> en verbetering van de gesignaleerde tekortkomingen.	<a href="#">NTA 8009:2007</a>	<a href="#">ARBO</a>	<a href="#">VMS</a>	UV GP <a href="#">WR</a>
<a href="#">313.01.C</a> <a href="#">eis 3-4</a>	Systematische melding, analyse en registratie per <u>werkenheid</u> en waar relevant per doelgroep, van bedrijfsongevallen en gevaarlijke situaties.	<a href="#">NTA 8009:2007</a>	<a href="#">ARBO</a>	<a href="#">VMS</a>	UV GP <a href="#">WR</a>
313.02	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> dat er periodiek op alle werkplekken een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) wordt uitgevoerd.	<a href="#">NTA 8009:2007</a>	<a href="#">ARBO</a>	<a href="#">VMS</a>	UV GP <a href="#">WR</a>
313.03	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> voor een samenhangend geheel van preventieve maatregelen voor werksituaties die structureel als minder <u>veilig</u> worden beschouwd en/of ervaren.	<a href="#">NTA 8009:2007</a>	<a href="#">ARBO</a>	<a href="#">VMS</a>	UV GP <a href="#">WR</a>
313.04	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> voor een periodiek en systematisch	UV	GP	<a href="#">WR</a>	


	onderzoek naar de tevredenheid van de <u>medewerkers</u> over het werkklimaat en de werkomstandigheden. Deze regeling behelst de volgende punten.			
313.04.A	De <u>instelling</u> heeft bepaald welke groepen van <u>medewerkers</u> worden onderscheiden.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
313.04.B	Speciale aandacht geldt de <u>medewerkers</u> van wie de expertise voor de <u>instelling</u> onmisbaar is en/of schaars is.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

### 3.2 Begeleiden en opleiden

Rubriek: 321 (functioneren)		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
321.01	De <u>instelling</u> heeft voor nieuwe en tijdelijke <u>medewerkers</u> een introductie- en inwerkprogramma dat is afgestemd op de <u>werkeenheid</u> en de (zorg) <u>processen</u> waarbij de medewerkers betrokken zijn. Dit programma omvat het volgende punt.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">321.01.A</a> <a href="#">eis 3-4</a>	<b>NTA 8009:2007</b> <b>ARBO</b> <b>VMS</b> De <u>veiligheid</u> aspecten die voor de <u>medewerkers</u> relevant zijn krijgen expliciet aandacht.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
321.02	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> inzake <u>medewerkers</u> die gewetensbezwaren hebben om bepaalde specifieke taken behorend bij het zorgaanbod van de instelling uit te voeren.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
321.03	Er is een <u>regeling</u> voor de evaluatie van de <u>medewerker</u> en de bevindingen van de medewerker ten aanzien van de <u>instelling</u> . Deze regeling omvat in ieder geval de volgende punten.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
321.03.A	Elke <u>medewerker</u> , heeft periodiek, in beginsel jaarlijks, een gesprek over het individuele functioneren in de achterliggende periode en de verwachtingen ten aanzien van de komende periode.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
321.03.B	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> voor het bevragen van <u>medewerkers</u> die de instelling verlaten op hun ervaringen, om zicht te krijgen/houden op de verbetermogelijkheden in de <u>werkeenheden</u> en (werk) <u>processen</u> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
321.04	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> voor het handelen ten aanzien van een <u>medewerker</u> die disfunctioneert of van wie het vermoeden bestaat dat hij disfunctioneert. Hierbij bestaat bijzonder aandacht voor medewerkers met een <u>vertrouwensfunctie</u> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 322 (begeleiding)		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
322.01	De <u>instelling</u> heeft een systeem van loopbaanbegeleiding dat gericht is op een ontplooiing van de <u>medewerker</u> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
322.02	<b>NTA 8009:2007</b> <b>ARBO</b> <b>VMS</b> De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> voor <u>medewerkers</u> die tijdens hun werk betrokken zijn geraakt bij schokkende gebeurtenissen.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	

322.03	De <u>instelling</u> heeft een systeem van arbeidsverzuimregistratie en (arbeids)verzuimbegeleiding.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
322.04	De <u>instelling</u> heeft een laagdrempelige <u>regeling</u> voor de <u>opvang</u> van <u>klachten</u> van <u>medewerkers</u> over bejegening door andere medewerkers die recht doet aan vertrouwelijkheid en zorgvuldigheid naar alle betrokkenen.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

Rubriek: 323 (scholing)		<a href="#">beoordeling</a>		
norm-element	normtekst	documentatie		
323.01	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> om tijdig te kunnen inspelen op voorziene kennistekorten als gevolg van technologische ontwikkelingen en/of het vertrek van <u>medewerkers</u> met specifieke deskundigheden.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
323.02	Voor elk van de <u>werkenheden</u> is een functie- en deskundigheidsprofiel vastgesteld dat is afgestemd op de (zorg) <u>processen</u> waarvoor (mede)verantwoordelijkheid wordt gedragen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
<b>323.03</b> <a href="#">eis 3-4</a>	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> dat de <u>medewerkers</u> de opleidingen en trainingen volgen die nodig zijn om hun individuele aandeel in de (zorg) <u>processen</u> op het vereiste professionele niveau te brengen en te houden. <u>Protocollen</u> , <u>procedures</u> en <u>werkinstructies</u> dienen als basis voor het verwerven en onderhouden van de benodigde kennis en vaardigheden.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
323.04	De <u>instelling</u> heeft voorzieningen om de individuele vakkennis met betrekking tot de professionele beroepsuitoefening op peil te houden en onderling uit te wisselen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
323.05	De <u>instelling</u> heeft voor het opleiden voor beroepen in de gezondheidszorg, vastgelegde afspraken met de betreffende opleidingsinstituten.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
<b>323.06</b> <a href="#">eis 3-4</a>	De <u>instelling</u> heeft een <u>regeling</u> voor het (doen) verrichten van voorbehouden handelingen door niet zelfstandig bevoegden.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
<b>323.07</b> <a href="#">eis 3-4</a>	De <u>instelling</u> voorziet in de benodigde faciliteiten om de vaardigheden met betrekking tot de voorbehouden en/of risicovolle handelingen op peil te brengen en te houden.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
323.08	De <u>instelling</u> heeft voor de <u>medewerkers</u> die in hun werksituatie met agressief gedrag geconfronteerd kunnen worden, een hierop toegespitst pakket van scholing en training.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

## 4. Management van middelen



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

Direct naar normdeel horend bij:

[veld 1](#)

[veld 2](#)

[veld 3](#)

[veld 4](#)

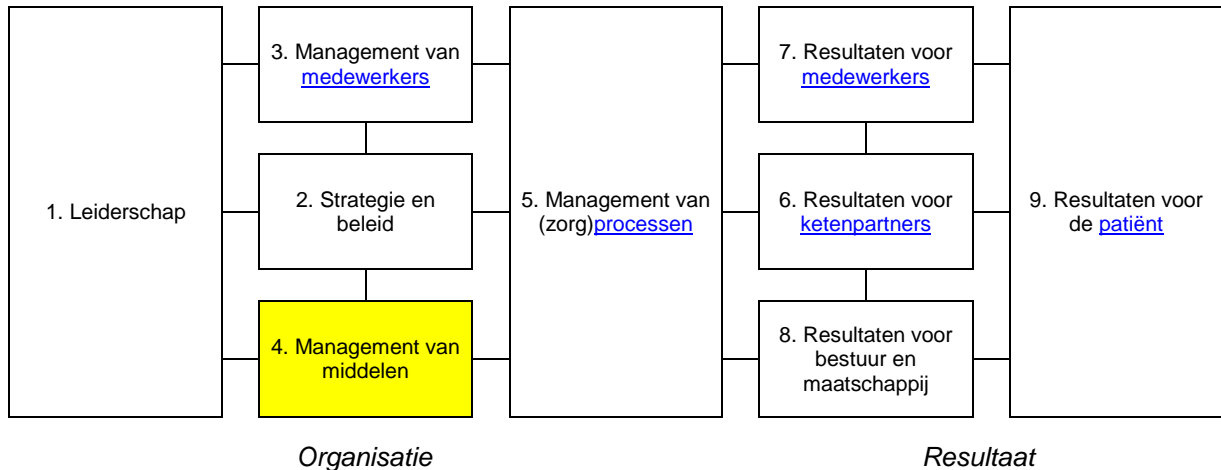
[veld 5](#)

[veld 6](#)

[veld 7](#)

[veld 8](#)

[veld 9](#)



### Toelichting

Het gaat in dit organisatiegebied om de manier waarop vanuit de strategie en het beleid de beschikbare middelen (geld, kennis, technologie, materialen en faciliteiten) worden verworven en aangewend om de activiteiten van de [instelling efficiënt](#) en [effectief](#) uit te voeren. In dit organisatiegebied staan voorts de zorgondersteunende [processen](#) omschreven.


Wat betreft (medische) apparatuur is de visie dat de instelling een adequate [regeling](#) heeft voor de inzet daarvan in de (zorg)processen, die ziet op alle fasen van de levenscyclus van die (medische) apparatuur. Omdat dit voor de [kwaliteit](#) (waaronder de [veiligheid](#)) van [patiënten](#), [medewerkers](#) en [bezoekers](#) zo belangrijk is, benoemt de Kwaliteitsnorm Zorginstelling de fasen als eigenstandige [normelementen](#).

## 4.1 Inkopen en uitbesteden

Rubriek: 411 (inkoopproces)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
411.01	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de verwerving (inkoop) van elk van de soorten goederen die binnen de instelling worden gebruikt. Deze regeling geeft op de volgende punten duidelijkheid.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
411.01.A	De manier waarop ter zake kundige <a href="#">medewerkers</a> in het selectieproces zijn betrokken indien het inkoopproces betrekking heeft op materialen of apparatuur die in (zorg)processen worden gebruikt of ingezet	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
411.01.B	De manier waarop selectie en beoordeling van leveranciers van goederen plaatsvindt.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
411.01.C	De manier waarop investeringen in medische apparatuur en overige inventarissen passen binnen het (strategisch) beleid van de <a href="#">instelling</a> en de daarvan afgeleide (meerjaren)begroting(en).	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
411.02	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het traceren en het terughalen van materialen, hulpmiddelen en apparatuur ingeval hieraan door de fabrikant en/of een bevoegde externe instantie tekortkomingen zijn gesignaleerd die als <a href="#">onveilig</a> moeten worden aangemerkt (recall procedure).	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 412 (uitbesteden)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
412.01	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de uitbesteding van diensten en deelfuncties. Deze regeling geeft op de volgende punten duidelijkheid.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
412.01.A	De manier waarop ter zake kundige <a href="#">medewerkers</a> , die in een directe functionele relatie tot de uit te besteden dienst of deelfunctie staan, in het selectieproces zijn betrokken.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
412.01.B	De manier waarop het uitbesteden van diensten/deelfuncties past binnen het kader van het (strategisch) beleid van de <a href="#">instelling</a> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
412.02	De manier waarop selectie en beoordeling van leveranciers en partners waaraan diensten of deelfuncties worden uitbesteed, plaatsvindt.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
412.03	Ten aanzien van elke uitbestede dienst of deelfunctie legt een dienstverleningsovereenkomst de <a href="#">kwaliteit</a> seisen vast en de manier waarop de <a href="#">instelling</a> hierop toezicht houdt.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

## 4.2 Apparatuur, informatietechnologie en infrastructuur

Rubriek: 421 (apparatuur)		beoordeling			
		<b>ARBO</b> <b>VMS</b>			
norm- element	normtekst	documentatie			
421.01	De <i>instelling</i> heeft een <i>regeling</i> voor de uitvoering van een risicoanalyse aan het begin van het verwervingsproces van (medische) apparatuur, bedoeld om de <i>kwaliteit</i> samenhangend met het gebruik daarvan te borgen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">421.02</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <i>instelling</i> heeft een <i>regeling</i> dat op individueel niveau de kennis en vaardigheden, die nodig zijn om verantwoord met instrumenten en (medische) apparatuur om te gaan, worden verworven en op peil worden gehouden.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">421.03</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <i>instelling</i> heeft een <i>regeling</i> voor proefopstellingen en ingebruikname van nieuwe (medische) apparatuur, onder meer gericht op een verantwoorde vrijgave van het gebruik hiervan, Deze regeling behelst de volgende punten.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
421.03.A	Zowel de technisch verantwoordelijke als de gebruikende <i>medewerkers</i> zijn betrokken.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
421.03.B	Een handleiding/instructie voor en opleiding en training van de <i>medewerkers</i> die met de apparatuur werken.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
421.03.C	Een handleiding/instructie voor en opleiding en training van de <i>medewerkers</i> die betrokken zijn bij onderhoud en herstel van de apparatuur.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">421.04</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <i>instelling</i> heeft een <i>regeling</i> voor het periodiek preventief onderhoud van (medische) apparatuur.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
421.04.A	De <i>instelling</i> beschikt over een actueel overzicht van de functionele en technische staat en de verwachte resterende technische levensduur van de (medische) apparatuur, alsmede over een meerjarenraming voor de vervangingsinvesteringen op dit terrein.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">421.05</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <i>instelling</i> heeft een <i>regeling</i> voor het binnen en buiten kantooruren (24/7) verhelpen van storingen in apparatuur die voor de <i>kwaliteit</i> van zorg essentieel is. Die regeling omvat de volgende punten.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
421.05.A	Indien bij een storing sprake is van een <i>incident</i> informeert de <i>instelling</i> de betreffende fabrikant.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
421.05.B	De <i>instelling</i> heeft een <i>regeling</i> voor de vrijgave van apparatuur na onderhoud en herstel.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 422 (informatietechnologie)		beoordeling			
<b>VMS</b>					
norm-element	normtekst	documentatie			
422.01	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de beschikbaarheid en beveiliging van informatie die ten aanzien van gegevens en <a href="#">informatiediensten</a> voldoet aan: vertrouwelijkheid (bescherming tegen onbevoegde kennisname), integriteit (waarborg tegen verlies of ongecontroleerde wijziging of toevoeging) en beschikbaarheid (gebruikers kunnen er op elk gewenst moment bij). Deze regeling geeft aandacht aan de volgende punten.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
422.01.A	Beveiligingsbeleid	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
422.01.B	Organiseren van informatiebeveiliging	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
422.01.C	Beheer van middelen voor de informatievoorziening	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
422.01.D	Beveiligingseisen ten aanzien van <a href="#">medewerkers</a>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
422.01.E	Fysieke beveiliging en beveiliging van de omgeving	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
422.01.F	Operationeel beheer van informatie- en communicatievoorzieningen	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
422.01.G	Toegangsbeveiliging	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
422.01.H	Aanschaf, ontwikkeling en onderhoud van informatiesystemen	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
422.01.I	Continuïteitsbeheer	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
422.01.J	Naleving	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
422.01.K	Beveiligingsincidenten	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 423 (infrastructuur)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
423.01	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de verwijzing van <a href="#">patiënten</a> , <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">bezoekers</a> naar bestemmingen in het gebouw en op het terrein.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
423.02	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de fysieke toegankelijkheid voor <a href="#">patiënten</a> , <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">bezoekers</a> met een functionele beperking.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
423.03	<span style="float: right;"><b>ARBO</b> <b>VMS</b></span> De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> ter voorkoming van onbevoegde toegang tot verblijfsruimtes en persoonlijke eigendommen van <a href="#">patiënten</a> , <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">bezoekers</a> .	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
423.04	De <a href="#">instelling</a> beschikt over een actueel overzicht van de functionele en technische staat en de verwachte resterende technische levensduur van de gebouwen en installaties, alsmede over een hieraan gerelateerd meerjaren huisvestingsplan en investeringsplan.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
423.05	<span style="float: right;"><b>ARBO</b> <b>VMS</b></span> Op gezette tijden en voorafgaande aan verbouwingen, renovaties en vervangingen van installaties worden de <a href="#">veiligheidsrisico's</a> in kaart gebracht en zonodig tijdig door het nemen van gerichte maatregelen gereduceerd.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">423.06</a> <a href="#">eis 3-4</a>	<span style="float: right;"><b>ARBO</b> <b>VMS</b></span> De <a href="#">instellingsleiding</a> ziet erop toe dat de (brand) <a href="#">veiligheids</a> eisen onder alle omstandigheden worden nageleefd en stimuleert dat <a href="#">patiënten</a> , <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">bezoekers</a> die onveilige situaties signaleren, hiervan direct melding maken.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	

<b>423.07</b> <a href="#">eis 3-4</a>	<div style="text-align: right;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ARBO</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 10px;">VMS</span> </div> <p><i>De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> om de continuïteit van kritieke voorzieningen (water, elektriciteit, warmte, medische gassen) te waarborgen. Deze regeling behelst de volgende punten.</i></p>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
423.07.A	<div style="text-align: right;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ARBO</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 10px;">VMS</span> </div> <p><i>Het periodiek testen en proefdraaien van (nood)voorzieningen.</i></p>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
423.07.B	<div style="text-align: right;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ARBO</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 10px;">VMS</span> </div> <p><i>De beschikbaarheid van noodplannen in het geval van storingen die de <a href="#">veiligheid</a> en/of continuïteit in gevaar brengen.</i></p>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

### 4.3 Zorgondersteunende processen


<b>Rubriek: 431 (geneesmiddelenvoorziening)</b>		<a href="#">beoordeling</a>			
		<b>ARBO</b> <b>VMS</b>			
norm- element	normtekst	documentatie			
431.01	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het bereiden en bewerken van geneesmiddelen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">431.02</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het logistiek beheer van de geneesmiddelenvoorziening.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">431.03</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het voorschrijven en toedienen van geneesmiddelen Dit omvat een systeem van medicatiebewaking.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">431.04</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het voorschrijven en toedienen van antibiotica.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">431.05</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het voorschrijven en toedienen van oncolytica.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">431.06</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het voorschrijven en toedienen van radioactieve stoffen als radiofarmaca.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
431.07	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor een specifiek beveiligd logistiek beheer van vergiften, opiaten en overige verslavende middelen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
431.08	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">functionaris</a> benoemd die als deskundige is belast met het onderhoud van de <a href="#">regelingen</a> inzake het logistieke beheer, het bereiden en bewerken en het voorschrijven en toedienen van geneesmiddelen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

<b>Rubriek: 432 (bloedvoorziening)</b>		<a href="#">beoordeling</a>			
		<b>VMS</b>			
norm- element	normtekst	documentatie			
<a href="#">432.01</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft <a href="#">regeling</a> voor het logistiek beheer van de bloedvoorziening.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">432.02</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het voorschrijven en toedienen van bloed en bloedproducten.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
432.03	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor signalering, registratie en rapportage van bloedtransfusiereacties.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
432.04	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">functionaris</a> benoemd die als deskundige is belast met het onderhoud van de <a href="#">regelingen</a> inzake het logistieke beheer en het voorschrijven en toedienen van bloed en bloedproducten.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 433 (bescherming fysieke agentia)		beoordeling			
<b>ARBO</b> <b>VMS</b>					
norm-element	normtekst	documentatie			
<a href="#">433.01</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het gebruik en het omgaan met ioniserende straling genererende apparatuur gericht op het minimaliseren van de stralingsbelasting voor <a href="#">patiënten</a> , <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">bezoekers</a> . Deze regeling omvat de volgende onderwerpen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">433.01.A</a> <a href="#">eis 3-4</a>	Ioniserende straling genererende apparatuur wordt uitsluitend door daartoe bevoegde <a href="#">medewerkers</a> bediend en de stralingsbelasting van deze medewerkers wordt geregistreerd.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
433.01.B	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">functionaris</a> benoemd die als deskundige is belast met het onderhoud van de <a href="#">regeling</a> voor het omgaan met ioniserende straling genererende apparatuur.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
433.02	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het gebruik en het omgaan met laserapparatuur gericht op een gebruik dat de <a href="#">veiligheid</a> borgt van <a href="#">patiënten</a> , <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">bezoekers</a> . Deze regeling omvat het volgende onderwerp.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
433.02.A	Laserapparatuur wordt uitsluitend door daartoe bevoegde <a href="#">medewerkers</a> bediend.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 434 (infectiepreventie)		beoordeling			
<b>ARBO</b> <b>VMS</b>					
norm-element	normtekst	documentatie			
434.01	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de huishoudelijke schoonmaak van de inventarissen en de verblijfsruimten van <a href="#">patiënten</a> , <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">bezoekers</a> .	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">434.02</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het voorkomen/bestrijden van (ziekenhuis)infecties. Deze regeling geeft over de volgende punten duidelijkheid.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
434.02.A	De <a href="#">instelling</a> heeft een of meer <a href="#">functionarissen</a> benoemd als ziekenhuishygiënist, belast met het onderhouden van de <a href="#">regeling</a> voor het voorkomen/bestrijden van (ziekenhuis)infecties en het uitvoeren van de daarmee samenhangende toezichtactiviteiten.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
434.02.B	Op plaatsen met een verhoogd risico voor het opdoen van (ziekenhuis)infecties worden geregeld hygiëne- <a href="#">audits</a> uitgevoerd en metingen van de luchtkwaliteit en/of waterkwaliteit verricht.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">434.03</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor signalering, registratie en rapportage van ziekenhuisinfecties.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
434.04	De uitkomsten van de hygiëne- <a href="#">audits</a> , de registratie van (ziekenhuis)infecties en de metingen van de luchtkwaliteit en waterkwaliteit worden systematisch door een (team van) deskundige(n) beoordeeld en leiden zonodig tot gerichte maatregelen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	

<a href="#">434.05</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de opslag en distributie en het gebruik en hergebruik van steriele hulpmiddelen en materialen. Deze regeling omvat het punt onder 434.06.A.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
<a href="#">434.06</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het onderhoud, reinigen, steriliseren, transporteren, opslaan en steriele gebruik van instrumentarium en specifieke apparatuur. Deze regeling omvat het volgende punt.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
434.06.A	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">functionaris</a> benoemd als deskundige, belast met het onderhouden van de <a href="#">regelingen</a> inzake steriele hulpmiddelen, materialen, instrumentarium en specifieke apparatuur.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
<a href="#">434.07</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het reinigen en desinfecteren van flexibele endoscopen. Deze regeling omvat het volgende punt.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
434.07.A	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">functionaris</a> benoemd als deskundige belast met het onderhoud van de <a href="#">regeling</a> voor het reinigen en desinfecteren van flexibele endoscopen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
<a href="#">434.08</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het (gescheiden) afvoeren van de onderscheiden soorten (ziekenhuis)afval dat gericht is op de <a href="#">veiligheid</a> van <a href="#">patiënten</a> , <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">bezoekers</a> en de omgeving van de instelling (milieu).	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

<b>Rubriek: 435 (voedselvoorziening)</b>		<a href="#">beoordeling</a>		
		<a href="#">ARBO</a> <a href="#">VMS</a>		
norm- element	normtekst	documentatie		
<a href="#">435.01</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het inkopen, bereiden, verwerken, behandelen, verpakken, vervoeren, distribueren en uitserveren van voedingsmiddelen en drinkwaren, waarbij zowel de <a href="#">smakelijkheid</a> en <a href="#">aantrekkelijkheid</a> als de <a href="#">hygiëne</a> en <a href="#">veiligheid</a> zijn geborgd. Deze regeling omvat de volgende punten.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
<a href="#">435.01.A</a> <a href="#">eis 3-4</a>	Periodiek en bij wijzigingen in de keten van de voedselvoorziening wordt een risicoanalyse uitgevoerd om kritieke punten te identificeren en te (gaan) bewaken.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
435.01.B	De uitkomsten van de risicoanalyses en de controles in de keten van de voedselvoorziening worden schriftelijk vastgelegd.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

## 5. Management van (zorg)processen



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

Direct naar normdeel horend bij:

[veld 1](#)

[veld 2](#)

[veld 3](#)

[veld 4](#)

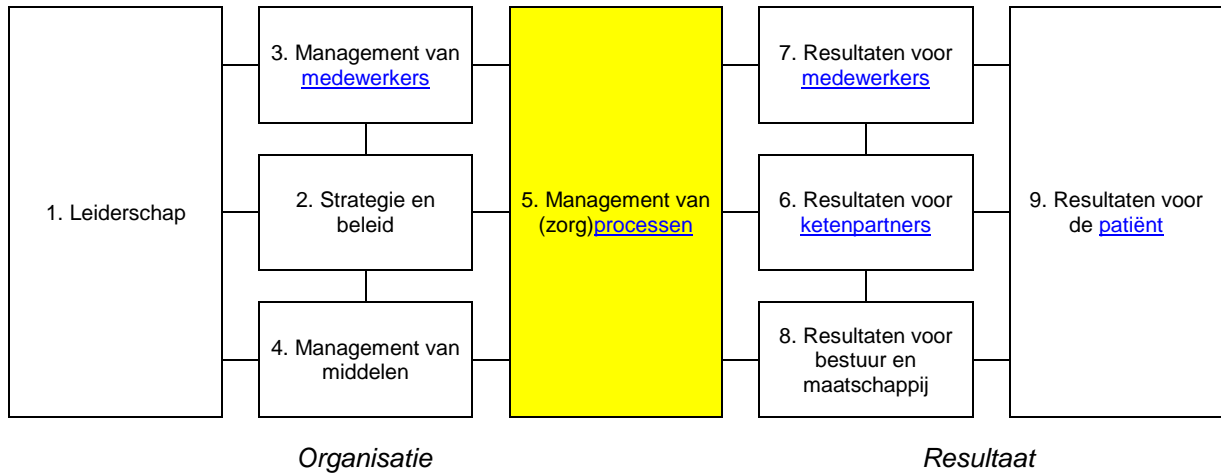
[veld 5](#)

[veld 6](#)

[veld 7](#)

[veld 8](#)

[veld 9](#)




### Toelichting

Het gaat in dit organisatiegebied om de manier waarop de [instelling](#) vanuit haar missie/visie en de daarvan afgeleide doelstellingen de [processen](#) identificeert, ontwerpt, meet, beheerst en waar nodig verbetert of vernieuwt. Dit geldt voor het patiëntenzorgproces en andere primaire processen. Een aantal specifieke ondersteunende processen is opgenomen in het organisatiegebied 'management van middelen' ([veld 4](#)).

Specifieke aandacht gaat uit naar de eisen van risicomanagement en [patiëntgerichtheid](#), beide zowel proactief als reactief. Ook de zorg in bijzondere omstandigheden krijgt expliciete aandacht.


Rubriek: 511 (procesontwerp en –beschrijving)		<a href="#">beoordeling</a>					
norm-element	normtekst	documentatie					
511.01	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> dat de (zorg)<a href="#">processen</a> en hun vorm en inhoud in overeenstemming zijn met het (strategisch) beleid van de instelling. Die regeling behelst in ieder geval de volgende punten.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>			
511.01.A	<i>Actuele informatie is beschikbaar met betrekking tot de verschillende soorten (zorg)<a href="#">processen</a>, waaronder de hieraan gerelateerde aantallen <a href="#">patiënten</a>.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>			
511.01.B	<i>Prestatieafspraken tussen de <a href="#">instellingsleiding</a> en de <a href="#">werkeenheden</a> zijn richtinggevend.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>			
<a href="#">511.02</a> <a href="#">eis 3-4</a>	<i>(Zorg)<a href="#">processen</a> zijn zoveel mogelijk gestandaardiseerd en vastgelegd in <a href="#">procedures</a>, <a href="#">protocollen</a> en <a href="#">werkinstructies</a>. Hierbij wordt voldaan aan de volgende punten.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>			
511.02.A	<i>De (zorg)<a href="#">processen</a> die risicovol zijn voor <a href="#">patiënten</a>, <a href="#">medewerkers</a> en</i>	<a href="#">NTA 8009:2007</a>	<a href="#">ARBO</a>	<a href="#">VMS</a>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>


	<a href="#">bezoekers</a> krijgen prioriteit en extra aandacht.			
511.02.B	<a href="#">Procedures</a> , <a href="#">protocollen</a> en <a href="#">werkinstructies</a> stelen op de binnen de beroepsgroepen courante en gefundeerde inzichten.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
<a href="#">511.03</a> <a href="#">eis 3-4</a>	Elk <a href="#">proces</a> en <a href="#">protocol</a> , elke <a href="#">procedure</a> en <a href="#">werkinstructie</a> heeft een <a href="#">functionaris</a> die (mede) toezicht houdt op de naleving en als eerste verantwoordelijk is voor het periodieke onderhoud.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
<a href="#">511.04</a> <a href="#">eis 3-4</a>	Er is naast standaardisatie zo nodig een <a href="#">regeling</a> voor andere afstemmingsvormen (multidisciplinair overleg, instructie, supervisie, teamoverleg, afstemming, e.d.) om de (zorg) <a href="#">processen</a> verantwoord te doen verlopen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
511.05	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het aansluiten van het functie- en deskundigheidsprofiel van de betrokken <a href="#">werkeenheden</a> bij de (zorg) <a href="#">processen</a> . <span style="float: right;"><b>NTA 8009:2007</b> <b>VMS</b></span>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
511.06	De <a href="#">instelling</a> heeft een voor belanghebbenden kenbare <a href="#">regeling</a> voor de medisch-ethische kaders waarbinnen de (zorg) <a href="#">processen</a> vorm en inhoud krijgen.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
511.07	De <a href="#">instelling</a> heeft een voor belanghebbenden kenbare <a href="#">regeling</a> voor de omgang met en de informatievoorziening aan politie en justitie.	UV	GP	<a href="#">WR</a>
511.08	Er is een <a href="#">regeling</a> voor de (zorg) <a href="#">processen</a> die de <a href="#">werkeenheid</a> of de <a href="#">instelling</a> overstijgen met expliciete aandacht voor de aansluiting en afstemming tussen de betrokken werkeenheden.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>


Rubriek: 512 (procesontwerp: meting)		<a href="#">beoordeling</a>		
norm-element	normtekst	documentatie		
512.01	Er is een <a href="#">regeling</a> voor de systematische meting, registratie en signalering van de effectiviteit van veel voorkomende (zorg) <a href="#">processen</a> voor zover er werkbare en gevalideerde indicatoren(sets) beschikbaar zijn. Deze <a href="#">regeling</a> behelst de volgende punten. <span style="float: right;"><b>NTA 8009:2007</b> <b>VMS</b></span>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
512.02	De registraties en de (terug)rapportages van signaleringen en metingen zijn zo opgezet dat deze voor de betrokken <a href="#">werkeenheden</a> zowel herkenbaar en controleerbaar als motiverend zijn. <span style="float: right;"><b>NTA 8009:2007</b> <b>VMS</b></span>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
512.03	De <a href="#">instellingsleiding</a> stimuleert dat de <a href="#">medewerkers</a> zich uitgedaagd voelen om de afgesproken metingen consequent te verrichten, de tekortkomingen in de (zorg) <a href="#">processen</a> te signaleren en zorg te dragen voor een deugdelijke registratie en rapportage. <span style="float: right;"><b>NTA 8009:2007</b> <b>VMS</b></span>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
<a href="#">512.04</a> <a href="#">eis 3-4</a>	Elke <a href="#">werkeenheid</a> die medische verantwoordelijkheid draagt voor directe (zorg) <a href="#">processen</a> beschikt over een gestructureerde complicatieregistratie die inhoudelijk is gebaseerd op de binnen de eigen beroepsgroep geldende richtlijnen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
512.05	Indien een <a href="#">werkeenheid</a> voor een (zorg) <a href="#">proces</a> concrete doelen heeft gesteld en/of wezenlijke veranderingen heeft doorgevoerd, worden de relevante <a href="#">kwaliteit</a> aspecten (tenminste gedurende enige tijd)	UV	GP	<a href="#">WR</a>

	<i>systematisch gemeten en geregistreerd.</i>			
<b>512.06</b> <a href="#">eis 3-4</a>	<i>Bij de implementatie van nieuwe (zorg)<a href="#">processen</a> worden de procesuitkomsten (tenminste gedurende enige tijd) systematisch gemeten en geregistreerd.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
<b>512.07</b> <a href="#">eis 3-4</a>	<i>Bij de implementatie van nieuwe technieken, materialen, instrumenten en apparatuur wordt de tevoren geïnventariseerde kritische procesonderdelen met behulp van daartoe vooraf geselecteerde parameters (tenminste gedurende enige tijd) systematisch in het vizier gehouden.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
512.08	<i>Wanneer (zorg)<a href="#">processen</a> een planmatige verbetering en/of vernieuwing hebben ondergaan, worden de resultaten op tevoren afgesproken momenten met de gestelde doelen vergeleken.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>


<b>Rubriek: 513</b> <b>(procesontwerp: verbetering en vernieuwing)</b>		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
513.01	<i>Bij verbetering of vernieuwing van een (zorg)<a href="#">proces</a> worden de doelen (gewenste uitkomsten) zodanig geformuleerd dat deze bij voorkeur meetbaar en in ieder geval objectief waarneembaar en evalueerbaar zijn.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
513.02	<i>Voor het evalueren van de resultaten van een traject van zorgverbetering of zorgvernieuwing wordt zo mogelijk gekozen voor het gebruik van een of meer gevalideerde indicatoren.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
513.03	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de methoden en technieken die worden ingezet voor het analyseren, standaardiseren en protocolleren van (zorg)<a href="#">processen</a>.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
513.04	<i>Alle professionele disciplines die in de dagelijkse praktijk een wezenlijke bijdrage leveren aan een (zorg)<a href="#">proces</a> worden op interactieve wijze bij het verbeteren of vernieuwen daarvan betrokken.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
513.05	<i>Voorafgaand aan het invoeren van een verandering van een (zorg)<a href="#">proces</a> worden de betrokken zorgverleners deugdelijk geïnformeerd en zonodig bijgeschoold en getraind.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
513.06	<i>Voorafgaand aan het invoeren van een verandering van een (zorg)<a href="#">proces</a> worden de risico's voor de <a href="#">veiligheid</a> systematisch beoordeeld en zonodig gecorrigeerd.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
513.07	<i>Voorafgaand aan het invoeren van belangrijke technische, procedurele en organisatorische veranderingen worden de risico's voor de <a href="#">veiligheid</a> systematisch beoordeeld en zonodig gecorrigeerd.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 514 (risicomanagement: proactief)		beoordeling			
		NTA 8009:2007	ARBO	VMS	
norm- element	normtekst	documentatie			
514.01	De <a href="#">instelling</a> heeft zicht op de risicovolle onderdelen van de (zorg) <a href="#">processen</a> en deze processen zijn zodanig ingericht en gestandaardiseerd dat de <a href="#">veiligheid</a> van <a href="#">patiënten</a> , <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">bezoekers</a> is gewaarborgd. Dit omvat het volgende punt.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
514.01.A	Het voorschrift van 514.01 is toegepast op (die onderdelen van) de (zorg) <a href="#">processen</a> die door de aansprakelijkheidsverzekeraar van de <a href="#">instelling</a> als bijzonder risicovol zijn aangemerkt.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">514.02</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instellingsleiding</a> draagt er zorg voor dat risicovolle (zorg) <a href="#">processen</a> en situaties door middel van metingen en het gebruik van risico-indicatoren systematisch in beeld worden gehouden (monitoring).	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">514.03</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De uitkomsten van interne en externe inspecties, visitaties en <a href="#">audits</a> worden systematisch gescreend op tekortkomingen die gerelateerd (kunnen) zijn aan de <a href="#">veiligheid</a> van <a href="#">patiënten</a> , <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">bezoekers</a> .	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">514.04</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instellingsleiding</a> ziet er op toe dat de <a href="#">werkeenheden</a> participeren in inspecties, visitaties en <a href="#">audits</a> door beroepsorganisaties en andere instanties met specifieke expertise op de betreffende deelterreinen en ziet erop toe dat de gerapporteerde uitkomsten zonnodig tot verbeteracties leiden.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
514.05	De <a href="#">leidinggevenden</a> van (patiëntgebonden) <a href="#">werkeenheden</a> plegen periodiek een check up van de <a href="#">veiligheid</a> aspecten in hun werkeenheden, mede inhoudende dat met de <a href="#">medewerkers</a> in gesprek wordt gegaan, om zicht te krijgen op het risico op <a href="#">incidenten</a> .	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
514.06	<a href="#">Medewerkers</a> zijn zich bewust van het risicovolle karakter van het eigen handelen en leveren een actieve bijdrage aan de (patiënt) <a href="#">veiligheid</a> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
514.07	<a href="#">Patiënten</a> en hun mantelzorgers worden gestimuleerd om alert te zijn waar het de coördinatie en de <a href="#">veiligheid</a> van het individuele (zorg) <a href="#">proces</a> betreft.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
514.08	De <a href="#">werkeenheden</a> worden tijdig schriftelijk en/of langs elektronische weg geïnformeerd over veranderingen die voor de <a href="#">kwaliteit</a> en de voortgang van de (zorg) <a href="#">processen</a> van belang kunnen zijn (middelenassortiment, geneesmiddelenassortiment, afdelingssluitingen, verhuizingen etc.) en passen de zorgprocessen en werkprocessen hierop zonnodig aan.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">514.09</a> <a href="#">eis 3-4</a>	Er is een <a href="#">regeling</a> dat op alle momenten van de dag voldoende professionele deskundigheid en vaardigheid beschikbaar zijn om verantwoord vorm en inhoud te geven aan de (zorg) <a href="#">processen</a> .	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">514.10</a> <a href="#">eis 3-4</a>	Er is een <a href="#">regeling</a> voor het toezicht op het (doen) verrichten van voorbehouden handelingen door niet zelfstandig bevoegden.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definitie</a>	


Rubriek: 515 (risicomanagement: reactief)		beoordeling			
		NTA 8009:2007	ARBO	VMS	
norm- element	normtekst	documentatie			
515.01	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> om informatie uit de registraties van complicaties, <a href="#">incidenten</a> , <a href="#">klachten</a> en onderzoeken naar klantervaringen, alsmede de interne <a href="#">audits</a> en <a href="#">veiligheidsrondes</a> te benutten voor prospectieve en retrospectieve risico-inventarisaties en gerichte verbeteracties.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
515.02	De <a href="#">instelling</a> heeft een systeem van beoordeling en besluitvorming om per acuut een einde te maken aan situaties met een onacceptabel risico voor de <a href="#">kwaliteit</a> en om zonodig direct een verbetertraject in gang in te zetten.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
<b>515.03</b> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het melden van <a href="#">incidenten</a> en on <a href="#">veilige</a> situaties waarbij meldingen in de directe werkomgeving van de melder kunnen plaatsvinden. Deze regeling behelst de volgende punten.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
515.03.A	Elk <a href="#">incident</a> wordt aansluitend op de melding naar de mate van ernst gecategoriseerd en gerapporteerd.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
515.03.B	Wanneer een <a href="#">medewerker</a> signaleert dat er sprake is van een <a href="#">incident</a> tijdens een (zorg) <a href="#">proces</a> , wordt primair actie ondernomen om de schade voor de <a href="#">patiënt</a> , <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">bezoekers</a> zoveel mogelijk te beperken, alvorens de meldingsprocedure in gang wordt gezet.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
515.04	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> dat <a href="#">medewerkers</a> die op zorgvuldige wijze melding maken van tekortkomingen in de (zorg) <a href="#">processen</a> en/of samenwerking hiervan in hun verdere functioneren binnen de instelling geen nadeel ondervinden.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
515.05	<a href="#">Patiënten</a> worden geïnformeerd over de mogelijkheid van en gestimuleerd tot het melden van <a href="#">incidenten</a> en on <a href="#">veilige</a> situaties waarvan zij getuige zijn geweest.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
515.06	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het traceren en oproepen van <a href="#">patiënten</a> voor het geval aan de in de zorg gebruikte materialen, hulpmiddelen en apparatuur tekortkomingen zijn geconstateerd die een risico voor de <a href="#">veiligheid</a> van de patiënt zijn (recall patiënten).	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<b>515.07</b> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een registratie van <a href="#">incidenten</a> die het mogelijk maakt dat met het opgebouwde gegevensbestand inzicht kan worden verkregen in structurele tekortkomingen in (de organisatie van) de (zorg) <a href="#">processen</a> .	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<b>515.08</b> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> dat <a href="#">incidenten</a> waarvoor een wettelijke meldingsplicht geldt aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg ( <a href="#">IGZ</a> ) worden gemeld.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
515.09	De <a href="#">instellingsleiding</a> rapporteert de resultaten van de risicometingen periodiek aan het toezichthoudend orgaan.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 516 (patiëntgerichtheid: proactief)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
<a href="#">516.01</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> waardoor de identiteit van een <a href="#">patiënt</a> zowel bij het eerste contact als bij de vervolcontacten op betrouwbare wijze kan worden vastgesteld.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
516.02	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de informatievoorziening aan en interactie met de <a href="#">patiënt</a> . Deze behelst in ieder geval de volgende punten.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
516.02.A	Er is een <a href="#">regeling</a> voor informatie aan de <a href="#">patiënt</a> over welke arts/specialist eindverantwoordelijk is voor het individuele zorgproces en welke zorgverlener voor de patiënt als eerste aanspreekpunt fungeert.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
516.02.B	De informatievoorziening aan de <a href="#">patiënt</a> over het voorgenomen onderzoek, zijn gezondheidstoestand en de voorgestelde behandeling gebeurt op een manier die hem in staat stelt om zijn toestemming weloverwogen te verlenen of te weigeren.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
516.02.C	Als er leerlingen, stagiaires en/of co-assistenten betrokken zijn bij de (zorg)processen, wordt de <a href="#">patiënt</a> hierover tijdig en duidelijk geïnformeerd en om medewerking gevraagd.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
516.02.D	Als een andere zorgverlener dan de hoofdbehandelaar (een onderdeel van) de behandeling overneemt, wordt de <a href="#">patiënt</a> hierover tijdig en duidelijk geïnformeerd en wordt hiervan melding gemaakt in het dossier.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
516.02.E	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> om de <a href="#">patiënt</a> desgewenst kennis te laten nemen van of in contact te brengen met patiënten(organisaties) met ervaringsdeskundigheid dan wel andere relevante hulpverlenende instanties.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
516.03	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor omgang en voorzieningen met betrekking tot de zorg voor kinderen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
516.04	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor omgang en voorzieningen met betrekking tot de zorg voor (zeer) ouderen.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
516.05	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor omgang, voorzieningen en besluitvorming met betrekking tot de zorg voor wilsonbekwame <a href="#">patiënten</a> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">516.06</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het tot stand komen van een behandelbeperking in een individueel (zorg)proces, de communicatie daarover met de direct betrokkenen en de vastlegging hiervan in het dossier van de betreffende <a href="#">patiënt</a> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">516.07</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het toepassen van vrijheidsbeperkende beschermende middelen en/of maatregelen. Deze regeling voorziet in het volgende punt.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
516.07.A	Een deugdelijke, tot de <a href="#">patiënt</a> herleidbare registratie van de toegepaste middelen.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">516.08</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het betrekken van <a href="#">patiënten</a> bij medisch-wetenschappelijk onderzoek, die in ieder geval inhoudt dat de patiënt deugdelijk is geïnformeerd en met deelname expliciet heeft ingestemd.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 517 (patiëntgerichtheid: reactief)		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
517.01	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de <a href="#">klachtenbemiddeling</a> gericht op herstel van (de oorzaak van) de <a href="#">klacht</a> en relatiebehoud. Deze regeling behelst het volgende punt.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">517.01.A</a> <a href="#">eis 3-4</a>	<a href="#">Patiënten</a> met suggesties en/of <a href="#">klachten</a> worden gestimuleerd deze op niveau van de <a href="#">werkeenheid</a> te bespreken met de direct betrokken zorgverleners, die deze zo veel mogelijk direct proberen op te lossen.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
517.02	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de <a href="#">klachtenbehandeling</a> gericht op een formeel oordeel over de gegrondheid van de <a href="#">klacht</a> en genoegdoening.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">517.03</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> om systematisch de wensen, verwachtingen en ervaringen van <a href="#">patiënten</a> en de bevolking die op de zorg van de instelling aangewezen is te onderzoeken en betreft daarbij zo mogelijk tevens de naaststaanden en mantelzorgers.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
517.04	De informatie die wordt verkregen vanuit de <a href="#">klachtenopvang</a> en door middel van systematisch onderzoek naar <a href="#">patiënt</a> ervaringen wordt in geaggregeerde vorm teruggekoppeld naar de <a href="#">instellingsleiding</a> en de betrokken <a href="#">werkeenheden</a> .	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 518 (professionele coördinatie en continuïteit)		<a href="#">beoordeling</a>			
<b>VMS</b>					
norm-element	normtekst	documentatie			
<a href="#">518.01</a> <a href="#">eis 3-4</a>	Er is een <a href="#">regeling</a> dat per <a href="#">patiënt</a> wordt vastgelegd welke arts/specialist (als hoofdbehandelaar) eindverantwoordelijk is voor het betreffende individuele zorg <a href="#">proces</a> en welke zorgverlener voor de patiënt als eerste aanspreekpunt fungeert.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
518.02	De verdeling van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de verschillende professionele disciplines die bij dezelfde (zorg) <a href="#">processen</a> zijn betrokken, is eenduidig vastgelegd en met alle betrokkenen gecommuniceerd.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">518.03</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> die binnen de medische discipline aangeeft hoe de eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar voor een individueel (zorg) <a href="#">proces</a> zich verhoudt tot die van de betrokken medebehandelaars, consulenten en <a href="#">waarnemend</a> of <a href="#">dienstdoend</a> artsen/specialisten.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">518.04</a> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> die inhoudt dat binnen en buiten kantooruren de zorgverleners die de <a href="#">patiënten</a> direct terzijde staan, zonder terughoudendheid op basis van hun eigen oordeelsvorming een beroep kunnen doen op de behandelend, <a href="#">waarnemend</a> of <a href="#">dienstdoend</a> arts/specialist.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<a href="#">518.05</a> <a href="#">eis 3-4</a>	In geval de medische voorwachtfunctie door (al dan niet in opleiding zijnde) arts-assistenten wordt vervuld, zijn de taakverdeling, de verantwoordelijkheidsverdeling en de werkafspraken tussen de arts-	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	

	<i>assistenten en superviserende artsen/specialisten eenduidig vastgelegd en met alle betrokken zorgverleners gecommuniceerd.</i>			
<b>518.06</b> <a href="#">eis 3-4</a>	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een dossiervorming per <a href="#">patiënt</a> waardoor elke bevoegde betrokkene bij het betreffende (zorg)<a href="#">proces</a> op elk moment kennis kan nemen van de relevante informatie.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
518.07	<i>Er is een <a href="#">regeling</a> voor het aanvragen van diagnostiek, het verwerken van uitslagen en het inzetten van behandelingen, die de behandeling niet onnodig vertraagt en de kans op fouten minimaliseert.</i>	UV	GP	<a href="#">WR</a>
<b>518.08</b> <a href="#">eis 3-4</a>	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor een gestructureerde informatieoverdracht tussen de <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">werkeenheden</a> die simultaan dan wel volgtijdelijk bij eenzelfde (zorg)<a href="#">proces</a> zijn betrokken.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
518.09	<i>Er is een <a href="#">regeling</a> dat verwijzers en vervolgbehandelaars steeds tijdig, juist en volledig zijn geïnformeerd over de ontwikkelingen rond een individuele <a href="#">patiënt</a>.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
518.10	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> dat niet geplande (spoedeisende) (zorg)<a href="#">processen</a> doorgang kunnen hebben zonder dat er in kwalitatieve zin afbreuk wordt gedaan aan de geplande zorgprocessen.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
518.11	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> dat (zorg)<a href="#">processen</a> waarvoor de vereiste deskundigheid en/of de benodigde vaardigheden ontbreken, met hulp van derden doorgang kunnen vinden.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
518.12	<i>De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor de prioritering van (zorg)<a href="#">processen</a> in het geval de personele en materiële middelen op enig moment tekortschieten.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

Rubriek: 519 (zorg in bijzondere omstandigheden)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
<b>519.01</b> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor het reanimeren van <a href="#">patiënten</a> met een adem- en circulatiestilstand met inachtneming van de <a href="#">regeling</a> over een behandelbeperking. Deze <a href="#">regeling</a> behelst het volgende punt. <span style="float: right;"><b>VMS</b></span>	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
519.01.A	De <a href="#">werkeenheden</a> en <a href="#">medewerkers</a> zijn bekend met de <a href="#">regeling</a> en oefenen met regelmaat hun eigen aandeel daarin.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
519.02	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> voor een systematische registratie van (de uitkomsten van) reanimatieprocedures die binnen het verantwoordelijkheidsdomein van de instelling hebben plaatsgevonden.	<a href="#">UV</a>	GP	<a href="#">WR</a>	
<b>519.03</b> <a href="#">eis 3-4</a>	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> in de vorm van een intern calamiteitenplan voor de zorg voor de <a href="#">patiënten</a> in geval van een interne ramp. Deze <a href="#">regeling</a> behelst het volgende punt. <span style="float: right;"><b>ARBO</b> <b>VMS</b></span>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
519.03.A	De <a href="#">werkeenheden</a> zijn bekend met de <a href="#">regeling</a> en hun aandeel daarin en oefenen met regelmaat, met name waar het ontruiming en evacuatie van <a href="#">patiënten</a> , <a href="#">medewerkers</a> en <a href="#">bezoekers</a> betreft.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
519.04	De <a href="#">instelling</a> heeft een <a href="#">regeling</a> in de vorm van een extern rampenopvangplan voor de opvang en behandeling van slachtoffers van grootschalige calamiteiten in het verzorgingsgebied. Deze <a href="#">regeling</a> behelst de volgende punten. <span style="float: right;"><b>VMS</b></span>	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
519.04.A	Afstemming met de betrokken externe (overheids)instanties.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
519.04.B	De <a href="#">werkeenheden</a> zijn bekend met de <a href="#">regeling</a> en hun aandeel daarin en oefenen met regelmaat.	UV	GP	<a href="#">WR</a>	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

## 6. Resultaten voor ketenpartners



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

Direct naar normdeel horend bij:

[veld 1](#)

[veld 2](#)

[veld 3](#)

[veld 4](#)

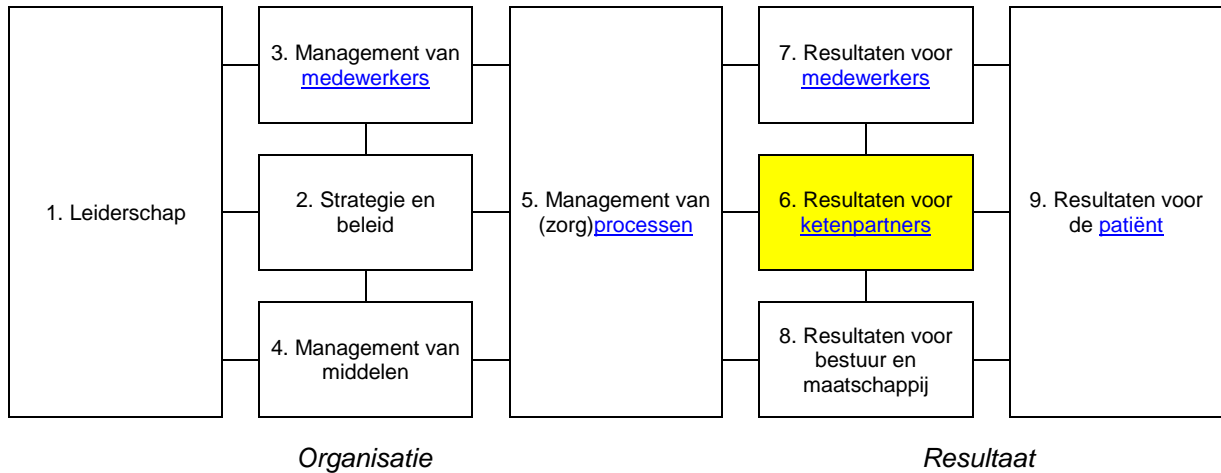
[veld 5](#)

[veld 6](#)

[veld 7](#)

[veld 8](#)

[veld 9](#)



### Toelichting


NIAZ kent medio 2009 nog geen normatieve waarde toe aan (de hoogte van) uitkomsten. In de toekomst zal dit wel gaan gebeuren. Zie voor de voorgenomen ontwikkeling het deel van de toelichting dat betrekking heeft op de [scoringssystematiek](#) van de resultaatvelden.


NIAZ volstaat nu met in de toetsing (en dus in het [zelfevaluatie rapport](#) van de [instelling](#)) ten aanzien van een aantal met name genoemde bedrijfsaspecten de uitkomsten op te vragen en te toetsen wat de instelling er ter verbetering mee doet. Deze uitkomsten sluiten zo veel mogelijk aan bij bestaande registraties van de instellingen. Het betreft concreet:

1. de Basisset Prestatie-indicatoren, die de instelling rapporteert aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg ([IGZ](#)) en waarover zij in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg rekenschap geeft;
2. enkele andere uitkomsten die samenhangen met voorschriften uit de Kwaliteitsnorm Zorginstelling.

NIAZ kent geen verdere vormvoorschriften bij het aanleveren van deze informatie. Bij voorkeur worden de uitkomsten (mede) in de vorm van trendoverzichten aangereikt, opdat de ontwikkeling van de resultaten over een aantal jaren is te volgen.

De volgende uitkomsten zijn aan de orde.

<b>Rubriek: 611 (basisset prestatie-indicatoren)</b>		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
-	-	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

<b>Rubriek: 612 (overige uitkomsten)</b>		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
612.01	<i>Tevredenheids- of imagoonderzoek bij verwijzende <a href="#">instellingen</a> of zorgaanbieders</i>	UV	GP	WR	
612.02	<i>Tevredenheids- of imagoonderzoek bij voor verwijzing ingeschakelde <a href="#">instellingen</a> of zorgaanbieders</i>	UV	GP	WR	
612.03	<i>Realisatie afgesproken prestaties (Service Level Agreements (SLA's))</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

## 7. Resultaten voor medewerkers



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

Direct naar normdeel horend bij:

[veld 1](#)

[veld 2](#)

[veld 3](#)

[veld 4](#)

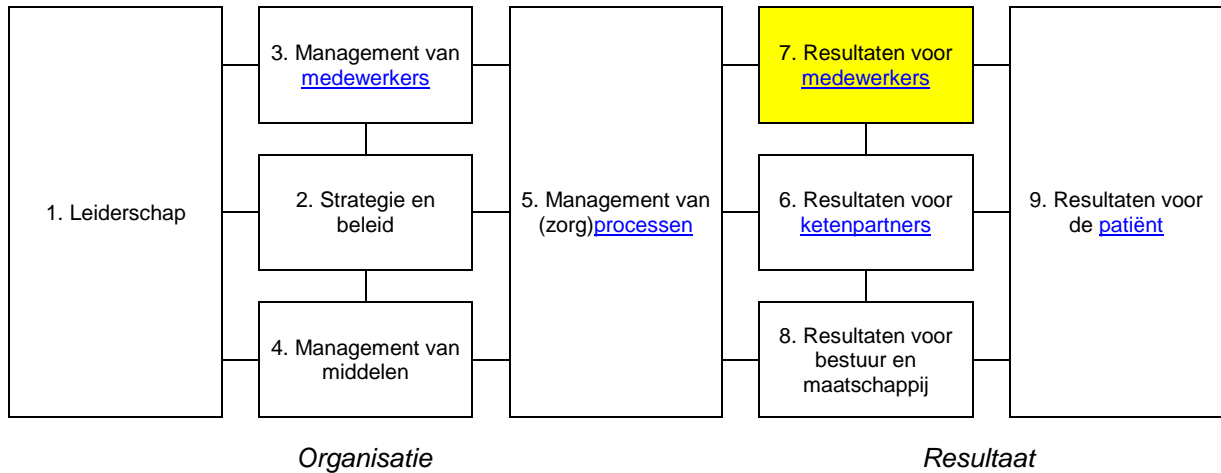
[veld 5](#)

[veld 6](#)

[veld 7](#)

[veld 8](#)

[veld 9](#)



### Toelichting


NIAZ kent medio 2009 nog geen normatieve waarde toe aan (de hoogte van) uitkomsten. In de toekomst zal dit wel gaan gebeuren. Zie voor de voorgenomen ontwikkeling het deel van de toelichting dat betrekking heeft op de [scoringssystematiek](#) van de resultaatvelden.

NIAZ volstaat nu met in de toetsing (en dus in het [zelfevaluatie rapport](#) van de [instelling](#)) ten aanzien van een aantal met name genoemde bedrijfsaspecten de uitkomsten op te vragen en te toetsen wat de instelling er ter verbetering mee doet. Deze uitkomsten sluiten zo veel mogelijk aan bij bestaande registraties van de instellingen. Het betreft concreet:

3. de Basisset Prestatie-indicatoren, die de instelling rapporteert aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg ([IGZ](#)) en waarover zij in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg rekenschap geeft;
4. enkele andere uitkomsten die samenhangen met voorschriften uit de Kwaliteitsnorm Zorginstelling.

NIAZ kent geen verdere vormvoorschriften bij het aanleveren van deze informatie. Bij voorkeur worden de uitkomsten (mede) in de vorm van trendoverzichten aangereikt, opdat de ontwikkeling van de resultaten over een aantal jaren is te volgen.

De volgende uitkomsten zijn aan de orde.

Rubriek: 711 (basisset prestatie-indicatoren)		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
711.01	<i>Toegankelijkheid IT voor zorgprocessen.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
711.02	<i>Evaluatie functioneren medisch specialisten.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 712 (overige uitkomsten)		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
712.01	<i>Ziekteverzuim per relevante categorie <a href="#">medewerkers</a>.</i>	UV	GP	WR	
712.02	<i>Verloop per relevante categorie <a href="#">medewerkers</a>.</i>	UV	GP	WR	
712.03	<i>Verloop <a href="#">functionarissen</a> met een <a href="#">vertrouwensfunctie</a>, waaronder de <a href="#">leidinggevenden</a>.</i>	UV	GP	WR	
712.04	<i>Tevredenheidsonderzoek <a href="#">medewerkers</a>.</i>	UV	GP	WR	
712.05	<i><a href="#">Klachten</a> en claims van <a href="#">medewerkers</a>.</i>	UV	GP	WR	
712.06	<i><a href="#">Incidenten</a> ten aanzien van <a href="#">medewerkers</a>.</i>	UV	GP	WR	
712.07	<i>Onderzoek risicoinventarisatie en evaluatie ten aanzien van <a href="#">medewerkers</a>.</i>	UV	GP	WR	
712.08	<i>Exitinterviews en jaargesprekken met <a href="#">medewerkers</a>.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
712.09	<i>Scholing en deskundigheidsontwikkeling <a href="#">medewerkers</a> (portfolio).</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
712.10	<i>Kwaliteits- en opleidingsvisitaties en andere <a href="#">audits</a>.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
712.11	<i>Realisatie <a href="#">regeling</a> voorbehouden handelingen.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

## 8. Resultaten voor bestuur en maatschappij



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

Direct naar normdeel horend bij:

[veld 1](#)

[veld 2](#)

[veld 3](#)

[veld 4](#)

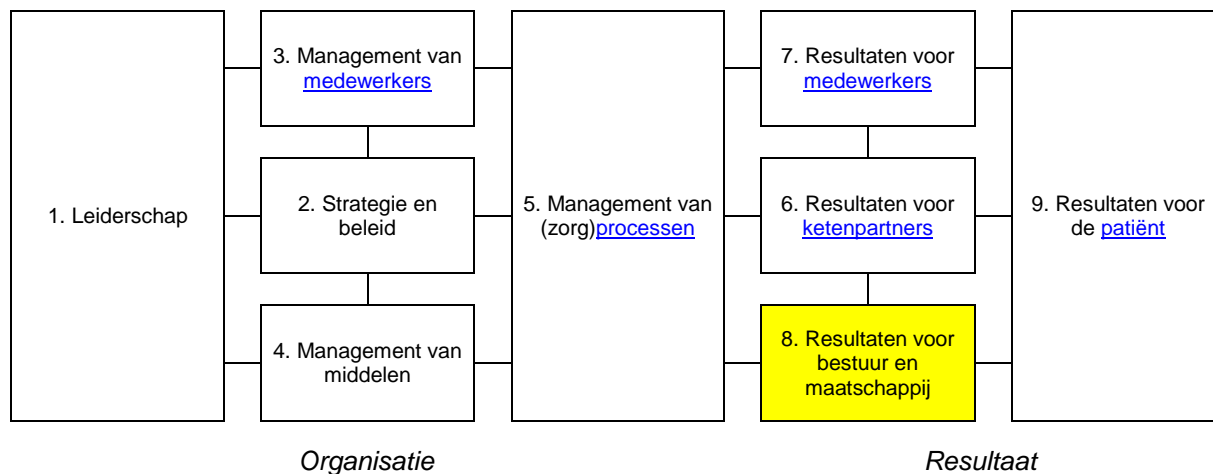
[veld 5](#)

[veld 6](#)

[veld 7](#)

[veld 8](#)

[veld 9](#)



### Toelichting


NIAZ kent medio 2009 nog geen normatieve waarde toe aan (de hoogte van) uitkomsten. In de toekomst zal dit wel gaan gebeuren. Zie voor de voorgenomen ontwikkeling het deel van de toelichting dat betrekking heeft op de [scoringssystematiek](#) van de resultaatvelden.


NIAZ volstaat nu met in de toetsing (en dus in het [zelfevaluatie rapport](#) van de [instelling](#)) ten aanzien van een aantal met name genoemde bedrijfsaspecten de uitkomsten op te vragen en te toetsen wat de instelling er ter verbetering mee doet. Deze uitkomsten sluiten zo veel mogelijk aan bij bestaande registraties van de instellingen. Het betreft concreet:

1. de Basisset Prestatie-indicatoren, die de instelling rapporteert aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg ([IGZ](#)) en waarover zij in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg rekenschap geeft;
2. enkele andere uitkomsten die samenhangen met voorschriften uit de Kwaliteitsnorm Zorginstelling.

NIAZ kent geen verdere vormvoorschriften bij het aanleveren van deze informatie. Bij voorkeur worden de uitkomsten (mede) in de vorm van trendoverzichten aangereikt, opdat de ontwikkeling van de resultaten over een aantal jaren is te volgen.

De volgende uitkomsten zijn aan de orde.

Rubriek: 811 (basisset prestatie-indicatoren)		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
-	-	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 812 (overige uitkomsten)		<a href="#">beoordeling</a>			
norm-element	normtekst	documentatie			
812.01	<i>Tevredenheids- of imagoonderzoek stakeholders.</i>	UV	GP	WR	
812.02	<i>Markt- (adherentie-)doelstellingen voor de <a href="#">instelling</a> en relevante onderdelen.</i>	UV	GP	WR	
812.03	<i>Benchmark onderzoeken voor de <a href="#">instelling</a> en relevante onderdelen.</i>	UV	GP	WR	
812.04	<i>Arbeidsmarktanalyse en vacaturevervulling.</i>	UV	GP	WR	
812.05	<i>Bedrijfsresultaten (kwaliteit, kwantiteit (productie), financieel) ten opzichte van (meerjaren)doelstellingen.</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
812.06	<i>Vermogensdoelstellingen</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

## 9. Resultaten voor de patiënt



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

Direct naar normdeel horend bij:

[veld 1](#)

[veld 2](#)

[veld 3](#)

[veld 4](#)

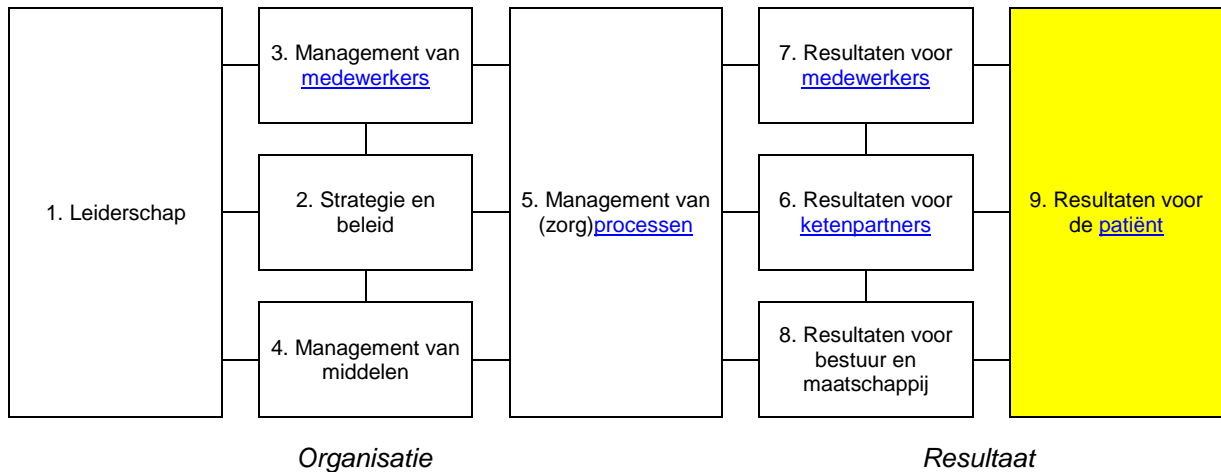
[veld 5](#)

[veld 6](#)

[veld 7](#)

[veld 8](#)

[veld 9](#)



### Toelichting


NIAZ kent medio 2009 nog geen normatieve waarde toe aan (de hoogte van) uitkomsten. In de toekomst zal dit wel gaan gebeuren. Zie voor de voorgenomen ontwikkeling het deel van de toelichting dat betrekking heeft op de [scoringssystematiek](#) van de resultaatvelden.

NIAZ volstaat nu met in de toetsing (en dus in het [zelfevaluatierapport](#) van de [instelling](#)) ten aanzien van een aantal met name genoemde bedrijfsaspecten de uitkomsten op te vragen en te toetsen wat de instelling er ter verbetering mee doet. Deze uitkomsten sluiten zo veel mogelijk aan bij bestaande registraties van de instellingen. Het betreft concreet:

1. de Basisset Prestatie-indicatoren, die de instelling rapporteert aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg ([IGZ](#)) en waarover zij in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg rekenschap geeft;
2. enkele andere uitkomsten die samenhangen met voorschriften uit de Kwaliteitsnorm Zorginstelling.

NIAZ kent geen verdere vormvoorschriften bij het aanleveren van deze informatie. Bij voorkeur worden de uitkomsten (mede) in de vorm van trendoverzichten aangereikt, opdat de ontwikkeling van de resultaten over een aantal jaren is te volgen.

De volgende uitkomsten zijn aan de orde.

Rubriek: 911 (bassisset prestatie-indicatoren)		<a href="#">beoordeling</a>			
norm- element	normtekst	documentatie			
911.01	<i>Decubitus</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.02	<i>Ondervoeding</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.03	<i>Medicatieveiligheid</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.04	<i>Ziekenhuisinfectie</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.05	<i>Complicaties</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.06	<i>Pijn na operatie</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.07	<i>Volumen risicovolle operaties</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.08	<i>Colorectale heroperaties</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.09	<i>Afgezegde operaties</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.10	<i>Intensive care</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.11	<i>Zwangerschap</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.12	<i>Diabetes Mellitus</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.13	<i>Cardiologie</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.14	<i>CVA</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.15	<i>Heupfractuur</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.16	<i>Mammacarcinoom</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.17	<i>Cataract</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
911.18	<i>Kinderchirurgie</i>	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

Rubriek: 912 (overige uitkomsten)		<a href="#">beoordeling</a>			
norm- element	normtekst	documentatie			
912.01	Tevredenheidsonderzoek <a href="#">patiënten</a> en <a href="#">bezoekers</a> .	UV	GP	WR	
912.02	<a href="#">Klachten</a> en claims van <a href="#">patiënten</a> en <a href="#">bezoekers</a> .	UV	GP	WR	
912.03	Val <a href="#">incidenten</a> van <a href="#">patiënten</a> en <a href="#">bezoekers</a> .	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
912.04	Wachttijden en doorlooptijden voor relevante categorieën van <a href="#">patiënten</a> .	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
912.05	Meldingen van <a href="#">incidenten</a> met betrekking tot <a href="#">patiënten</a> en <a href="#">bezoekers</a> .	<a href="#">UV</a>	GP	WR	
912.06	Metingen <a href="#">veiligheid</a> en prospectieve en retrospectieve risicoanalyse zorg <a href="#">processen</a> .	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>	

# BIJLAGEN







## Accreditatiebewijs (tekst)

Volgt in toekomstige versie. Raadpleeg desgewenst de website van het [NIAZ](#).



## Standaard Accreditatieovereenkomst

(19 januari 2006)

Direct naar:				
<a href="#">Overwegingen</a>	<a href="#">Deelname accreditatieprogramma</a>	<a href="#">Belangrijkste wederzijdse verplichtingen</a>	<a href="#">Accreditatiestatus</a>	
<a href="#">Publiciteit en geheimhouding</a>	<a href="#">Financiën</a>	<a href="#">Aansprakelijkheid</a>	<a href="#">Looptijd en beëindiging overeenkomst</a>	
<a href="#">Wijziging overeenkomst en onvoorziene gevallen</a>	<a href="#">Geschillen</a>			

Partijen bij deze overeenkomst zijn:

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen, gevestigd te ... hierna te noemen 'het NIAZ', te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door drs. H.W.M. Beard, directeur

en

>>>naam instelling<<<, gevestigd te ..., hierna te noemen 'de instelling', te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door >>>naam en functie<<<.

### Partijen hebben het volgende overwogen.

- o Het NIAZ heeft tot doel bij te dragen aan de borging en verbetering van de kwaliteit van zorg in zorginstellingen.
- o Het NIAZ realiseert dit door zorginstellingen, die zich daarvoor hebben opgegeven, periodiek via een vaste procedure aan de hand van vooraf vastgestelde normen te doorlichten. Bij gebleken conformiteit met de gestelde eisen verkrijgen de betreffende zorginstellingen een accreditatiestatus.
- o Uit de aard van de activiteiten vergt dit een duurzame relatie tussen het NIAZ en de betreffende zorginstellingen, gekenmerkt door integriteit, vertrouwen en zorgvuldigheid.
- o De instelling wenst te gaan deelnemen aan het accreditatieprogramma van het NIAZ.
- o Partijen willen daarom de belangrijkste rechten en verplichtingen vastleggen in deze overeenkomst, die standaard is voor alle zorginstellingen die een vergelijkbare relatie met het NIAZ aangaan.

### Partijen zijn daarom het volgende overeengekomen.

#### 1. Deelname accreditatieprogramma

- 1.1. Met ingang van >>>...<<< neemt de instelling deel aan het accreditatieprogramma van het NIAZ.
- 1.2. Het NIAZ draagt zorg dat de instelling, via een door het NIAZ voor vergelijkbare zorginstellingen vastgestelde en vooraf kenbare procedure en methode, periodiek wordt doorlicht op conformiteit met door het NIAZ voor vergelijkbare zorginstellingen vastgestelde normen, die vooraf kenbaar en openbaar toegankelijk zijn. De hiermee samenhangende activiteiten worden hierna aangeduid met de term 'accreditatieproces'.
- 1.3. Het NIAZ verleent, indien de instelling aan de normen voldoet, aan de instelling een accreditatiestatus voor een bepaalde termijn. Aan de accreditatiestatus kunnen voorwaarden zijn verbonden, bijvoorbeeld in de vorm van aanwijzingen en/of aanbevelingen.

- 1.4. De instelling geeft het NIAZ alle medewerking voorzover in redelijkheid nodig voor een goede uitvoering van het accreditatieproces, in het bijzonder voor de oordeelsvorming of de instelling voldoet aan de door het NIAZ gestelde eisen.
- 1.5. De instelling voldoet voorts aan de verplichtingen bij of krachtens deze overeenkomst bepaald.

## **2. Belangrijkste wederzijdse verplichtingen in het accreditatieproces**

- 2.1. Het NIAZ wijst per accreditatiecyclus een surveymanager aan, die als centrale contactpersoon voor de instelling zal gelden.
- 2.2. Het NIAZ voert het accreditatieproces uit met behulp van daarvoor gekwalificeerde personen.
- 2.3. Het NIAZ stelt ten behoeve van elke accreditatiecyclus per instelling een auditteam samen. De samenstelling van het team wordt aan de instelling voorgelegd, voordat definitieve benoeming plaatsvindt. Indien de instelling bezwaar heeft tegen een of meerdere leden van het auditteam kan zij deze gemotiveerd wraken bij de directie van het NIAZ. Indien de directie van het NIAZ de bezwaren gegrond acht, worden een of meer nieuwe leden voorgedragen. Tegen de beslissing van de directie staat beroep open volgens de procedure voor klachten en beroep.
- 2.4. Het NIAZ zal geen auditoren voordragen die in de laatste twee jaren voor de aanvang van een accreditatiecyclus betrokken waren bij de activiteiten van de instelling. De instelling zal geen van de personen, die zijdens het NIAZ betrokken zijn bij het accreditatieproces van de instelling, tot het tijdstip van één jaar na de beslissing over de accreditatiestatus activiteiten in de instelling doen verrichten, onder welk benaming dan ook. De instelling zal, ten tijde van de uitvoering van het accreditatieproces, ook onder geen titel aan bedoelde personen toezeggingen doen voor dergelijke activiteiten na deze termijn. De betrokken personen tekenen daartoe een onafhankelijkheidsverklaring.
- 2.5. De instelling wijst per accreditatiecyclus een contactpersoon aan ten behoeve van het NIAZ.
- 2.6. De instelling verschaft het NIAZ alle informatie, stelt de medewerking van alle medewerkers beschikbaar, biedt inzage in bescheiden – binnen grenzen van wettelijke voorschriften – en geeft het NIAZ toegang tot alle ruimtes in de instelling, voorzover in redelijkheid nodig om het accreditatieproces goed uit te voeren, in het bijzonder om het NIAZ in staat te stellen te komen tot een oordeel of de instelling voldoet aan de gestelde eisen. De instelling zal ook ongevraagd al die informatie aanreiken, waarvan zij in redelijkheid kan begrijpen dat die van belang is voor de besluitvorming van het NIAZ over de accreditatiestatus.
- 2.7. De instelling stelt het NIAZ faciliteiten ter beschikking, voorzover in redelijkheid nodig voor een goede uitvoering van het accreditatieproces.
- 2.8. De instelling vergewist zich ervan dat het NIAZ in zijn beoordeling alle feiten meeweegt waarvan zij kennis draagt en die, naar zij in redelijkheid kan begrijpen, van belang zijn voor een goede oordeelsvorming van het NIAZ over de te verlenen accreditatiestatus. De instelling borgt voor het niet in de beoordeling ontbreken van dergelijke feiten en tekent daarvoor een verklaring.
- 2.9. Het NIAZ zendt aan de instelling het door de auditoren opgestelde concept-accreditatierapport ter beoordeling op feitelijke onjuistheden en onduidelijkheden.
- 2.10. Het NIAZ draagt zorg dat de aanbieding van het concept-accreditatierapport en de besluitvorming over de accreditatiestatus binnen redelijke termijnen plaatsvindt.
- 2.11. Indien en zolang de instelling de accreditatiestatus niet heeft verkregen en indien en zolang de accreditatiestatus niet is verlengd, is het de instelling niet toegestaan te communiceren dan wel de indruk te wekken dat zij beschikt over de accreditatiestatus, zulks op verbeurte van een terstond opeisbare boete van € 5.000,- voor het geval de zorginstelling deze bepaling overtreedt, vermeerderd met een bedrag van € 2.500,- per dag voor iedere dag of dagdeel dat de overtreding voortduurt.

### **3. Accreditatiestatus**

- 3.1. De accreditatiestatus wordt telkens voor een bepaalde periode verleend. Aan deze status kunnen voorwaarden zijn verbonden, bijvoorbeeld in de vorm van aanwijzingen en/of aanbevelingen.
- 3.2. De instelling ontvangt van het NIAZ voor elke bepaalde periode een accreditatiebewijs dat de accreditatiestatus van de instelling vermeldt en verklaart waartoe deze strekt.
- 3.3. Het NIAZ richt het accreditatieproces zo in dat de instelling, indien zij voldoet aan de door het NIAZ gestelde eisen, een ononderbroken accreditatiestatus kan genieten. Gebreken van de zijde van het NIAZ zullen nimmer tot onderbreking van de accreditatiestatus kunnen leiden.
- 3.4. De instelling is gerechtigd in al haar uitingen melding te maken van de accreditatiestatus. Zij zal zich onthouden van uitingen die met betrekking tot de accreditatiestatus meer of anders suggereren dan waartoe de verklaring in het accreditatiebewijs strekt. De instelling mag van het logo van het NIAZ gebruik maken binnen de richtlijnen van het NIAZ, met gebruikmaking van het aan haar door het NIAZ kosteloos ter beschikking gestelde format.
- 3.5. Wanneer zich gedurende de looptijd van de accreditatiestatus feiten of omstandigheden voordoen, dan wel feiten of omstandigheden bekend worden, waarvan de instelling in redelijkheid kan begrijpen dat die van belang zijn voor het oordeel van het NIAZ over de accreditatiestatus of de daaraan verbonden voorwaarden, zal de instelling die binnen twee maanden schriftelijk aan het NIAZ rapporteren.
- 3.6. Het NIAZ kan besluiten de accreditatiestatus op te schorten op grond van:
  - 3.6.1. het door de instelling niet voldoen aan de door het NIAZ aan de accreditatiestatus verbonden voorwaarden
  - 3.6.2. feiten of omstandigheden van de instelling van zodanig ernstige aard dat die tot het ernstige vermoeden leiden dat de accreditatiestatus niet kan worden gehandhaafd, hangende nader onderzoek
  - 3.6.3. de constatering door het NIAZ, op grond van het onderzoek bedoeld in het vorige lid, van feiten of omstandigheden van zodanig ernstige aard dat de accreditatiestatus niet kan worden gehandhaafd en het naar aanleiding daarvan verlenen aan de instelling van een termijn waarbinnen deze moeten worden hersteld, voor de duur van deze termijn
  - 3.6.4. elk van de opzeggingsgronden van deze overeenkomst zijdens het NIAZ
  - 3.6.5. andere redenen die maken dat van het NIAZ in redelijkheid het handhaven van de accreditatiestatus niet kan worden gevergd.
- 3.7. Het besluit tot opschorting wordt van kracht, zodra dit besluit met redenen omkleed per aangetekend schrijven aan de zorginstelling is medegedeeld. Het NIAZ vermeldt in het besluit een termijn waarbinnen de instelling de gelegenheid krijgt de opschorting ongedaan te maken.
- 3.8. In het geval en voor de tijd van de opschorting is het de instelling niet toegestaan te communiceren dan wel de indruk te wekken dat zij beschikt over de accreditatiestatus, zulks op verbeurte van een terstond opeisbare boete van € 5.000,- voor het geval de zorginstelling deze bepaling overtreedt, vermeerderd met een bedrag van € 2.500,- per dag voor iedere dag of dagdeel dat de overtreding voortduurt.

### **4. Publiciteit en geheimhouding**

- 4.1. Het bestuur van het NIAZ stelt het publicatiebeleid vast met betrekking tot de accreditatiestatus en het accreditatieproces van aan het NIAZ verbonden zorginstellingen. Publicatie van gegevens van de instelling zal op vergelijkbare wijze als die voor vergelijkbare zorginstellingen plaatsvinden.
- 4.2. Met inachtneming van het publicatiebeleid zal het NIAZ geheim houden al hetgeen over de instelling ter kennis komt in het kader van het accreditatieproces. Dit heeft betrekking op alle

informatie die niet op rechtmatige wijze voor het publiek of derden toegankelijk is. Het NIAZ zal daartoe alle aan het NIAZ verbonden personen, op welke titel dan ook, een geheimhoudingsverklaring doen ondertekenen, die van kracht blijft na het beëindigen van de verbondenheid met het NIAZ.

- 4.3. Het NIAZ zal informatie over de instelling op deugdelijke, niet voor onbevoegden toegankelijke wijze archiveren en in voorkomend geval voor adequate vernietiging zorgdragen.

## 5. Financiën

- 5.1. De instelling vergoedt aan het NIAZ een eenmalige startfee en een jaarlijkse contributie. Beide zijn gebaseerd op de door het bestuur van het NIAZ vastgestelde tarievenlijst en de categorie-indeling van de instelling.
- 5.2. De instelling is daartoe ingedeeld in categorie >>>...<<<.
- 5.3. Bij het voor eerst doorlopen van een accreditatiecyclus is de instelling aan het NIAZ een eenmalige startfee verschuldigd. Deze bedraagt voor de instelling >>>€..., inclusief BTW<<<. De betaling daarvan vindt plaats in termijnen, als volgt:
  - 50 % bij het aangaan van deze overeenkomst
  - 40 % bij het auditbezoek
  - 10 % na afronding van de eerste cyclus.Betaling vindt plaats aan de hand van facturen van het NIAZ.
- 5.4. Vanaf en met het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin het NIAZ besluit over het verlenen van de accreditatiestatus in de eerste accreditatiecyclus betaalt de instelling een jaarlijkse contributie, behorend bij categorie >>>...<<<. Voor de instelling zal dit dus voor het eerst gebeuren in het jaar >>>...<<<. Bij aanvang van deze overeenkomst is deze contributie groot >>>€..., inclusief BTW, prijspeil ...<<<. De contributie wordt jaarlijks vooraf gefactureerd.
- 5.5. In de startfee en de jaarlijkse contributie zijn alle kosten van het accreditatieprogramma begrepen, met uitzondering van de verblijfkosten van het auditteam gedurende het auditbezoek.
- 5.6. Bij een aanmerkelijke wijziging in omvang of functionaliteit van de instelling (bijvoorbeeld in het geval van meerdere locaties en/of andersoortige zorgvoorzieningen) kan het NIAZ besluiten dat de instelling in een andere categorie wordt ingedeeld. De wijziging van de contributie gaat dan in in het jaar waarin een auditbezoek plaatsvindt.
- 5.7. Bij het beëindigen van de overeenkomst op welke grond dan ook dienen reeds opeisbaar geworden verplichtingen te worden voldaan en bestaat geen recht op restitutie van reeds uit hoofde van deze overeenkomst gedane betalingen.
- 5.8. Het NIAZ behoudt zich het recht voor de tarieven eenzijdig aan te passen.

## 6. Aansprakelijkheid

- 6.1. Het NIAZ is niet aansprakelijk voor eventuele schade die de instelling ondervindt tijdens het accreditatieproces, tenzij er sprake is van opzet of grove nalatigheid van één of meerdere personen die het NIAZ hierbij inzet.
- 6.2. Het NIAZ is niet aansprakelijk voor schade die de instelling ondervindt door deelname aan het accreditatieprogramma, door het wel of niet door het NIAZ verlenen, continueren of opschorten van de accreditatiestatus en door het tijdens het NIAZ voortzetten dan wel beëindigen van deze overeenkomst.
- 6.3. De instelling vrijwaart het NIAZ voor alle aanspraken van derden die voortvloeien uit de deelname van de instelling aan het accreditatieprogramma en de besluiten die het NIAZ in dat kader neemt.

## **7. Looptijd en beëindiging overeenkomst**

- 7.1. Deze overeenkomst is aangegaan voor onbepaalde tijd.
- 7.2. De overeenkomst is jaarlijks opzegbaar tegen de datum van 1 januari, met inachtneming van een opzegtermijn van vier maanden.
- 7.3. Beëindiging van de zijde van het NIAZ zal niet plaatsvinden anders dan op grond van zwaarwegende redenen. Hiervan is onder meer sprake in het geval
  - 7.3.1. de instelling duurzaam en ondanks herhaald appèl niet, niet tijdig of niet behoorlijk één of meer van de verplichtingen uit deze overeenkomst nakomt,
  - 7.3.2. de instelling over een aaneengesloten periode van tenminste twee jaren niet over een accreditatiestatus beschikt en er ook geen redelijk vooruitzicht bestaat dat de instelling die zal verkrijgen,
  - 7.3.3. zich feiten, omstandigheden of gedragingen van de instelling voordoen waardoor van het NIAZ in redelijkheid niet kan worden gevergd de overeenkomst te laten voortduren.
- 7.4. Beëindiging van de overeenkomst vindt plaats door middel van een aangetekend schrijven aan de wederpartij.
- 7.5. Na het beëindigen van de overeenkomst is het de instelling niet toegestaan te communiceren dan wel de indruk te wekken dat zij beschikt over de accreditatiestatus, zulks op verbeurte van een terstond opeisbare boete van € 5.000,- voor het geval de zorginstelling deze bepaling overtreedt, vermeerderd met een bedrag van € 2.500,- per dag voor iedere dag of dagdeel dat de overtreding voortduurt.

## **8. Wijziging overeenkomst en onvoorziene gevallen**

- 8.1. Het NIAZ kan besluiten deze overeenkomst op een voor alle vergelijkbare zorginstellingen van toepassing zijnde gelijke wijze aan te passen. Dergelijke wijzigingen gaan in per 1 januari van het volgende jaar. Indien de instelling niet binnen drie maanden, nadat de wijziging haar schriftelijk is medegedeeld, de overeenkomst heeft opgezegd, wordt zij geacht te hebben ingestemd met de wijziging. Opzegging geschiedt in een dergelijk geval tegen de datum van 1 januari van het volgende jaar, ook al is de reguliere opzegtermijn ten tijde van de opzegging verstreken.
- 8.2. In de gevallen waarin deze overeenkomst niet voorziet beslist het bestuur van het NIAZ, gehoord de instelling.

## **9. Geschillen**

- 9.1. Klachten over de uitvoering van het accreditatieproces, over de publicatie van gegevens van de instelling of enig ander aspect van het functioneren van het NIAZ kunnen bij het NIAZ worden ingediend en worden behandeld volgens de procedure inzake klachten en beroep.
- 9.2. Beroep tegen beslissingen van het NIAZ kan bij het NIAZ worden aangetekend en wordt behandeld volgens de procedure inzake klachten en beroep.
- 9.3. Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- 9.4. Alle geschillen die mochten ontstaan naar aanleiding van deze overeenkomst zullen worden voorgelegd aan de bevoegde rechter te Utrecht.



## Accreditatieprocedure 2009

(26 november 2008)

Direct naar:					

In de accreditatieprocedure is opgenomen:

1. De onderscheiden aanvragen.
2. Het accreditatietraject met daarin de te onderscheiden fasen, de daarbij behorende beslismomenten en noodzakelijke voorwaarden voor het toekennen en continueren van de accreditatiestatus.
3. De beoordelingssystematiek.

De procedure geldt voor accreditaties die worden aangevraagd in de periode 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009.

### 1.1 1. De aanvraag

#### Te onderscheiden aanvragen:

- *Aanvraag voor een instellingsbrede accreditatie*  
Dit betreft een accreditatie van de gehele zorginstelling.
- *Aanvraag voor een gewone deelaccreditering*  
Een gewone deelaccreditering wordt eenmalig d.w.z. eenmaal voor dezelfde werkeenheden of proces verleend en geldt als opstap naar een volledige accreditatie. De gewone deelaccreditering wordt niet verlengd en vervalt op het moment dat de zorginstelling de op de zorginstelling als geheel gerichte accreditatiestatus heeft bereikt of de accreditatietermijn is verstreken.
- *Aanvraag voor een bestendige deelaccreditering*  
Een bestendige deelaccreditering kan worden aangevraagd voor die werkeenheden die ook als eigenstandige instellingen in het zorgveld aanwezig zijn, te weten: apotheek, radiotherapie, revalidatie, PAAZ, huisartsenpost, nucleaire geneeskunde, fysiotherapie en zelfstandige behandelcentra.  
  
Ook kan een bestendige deelaccreditering worden aangevraagd voor een zorgproces of werkeenheden wanneer de accreditatie geïntegreerd wordt uitgevoerd met de visitatie van het betreffende (medisch) specialisme, bijvoorbeeld het oncologisch zorgproces en de dialyseafdeling.
- *Aanvraag voor een vervolgcaccreditering*  
Een vervolgcaccreditering kan worden aangevraagd voor een instellingsbrede accreditatie en een bestendige deelaccreditering.

Een accreditatiestatus heeft een geldigheidsduur van vier jaar. Een vervolgcaccreditering vindt plaats binnen vier jaar na de datum waarop de accreditatiestatus is toegekend of gecontinueerd.

Voor het dialyseproces geldt een geldigheidsduur van drie jaar.

#### Het indienen van de aanvraag

De aanvraag moet worden ingediend door de raad van bestuur/directie van de zorginstelling<sup>2</sup>. Voor het aanvragen van een accreditatie wordt gebruik gemaakt van één van de *NIAZ-aanvraagformulieren* welke zijn te downloaden van de NIAZ-website: [www.niaz.nl](http://www.niaz.nl).

Een aanvraag kan maximaal tien en minimaal negen maanden voorafgaand aan het gewenste auditbezoek worden ingediend.

Bij een aanvraag voor een vervolgaccrediatie geldt bovendien dat het auditbezoek moet plaatsvinden in dezelfde maand als waarin het auditbezoek van de eerste accreditatie heeft plaatsgevonden. Een afwijking daarvan met twee maanden is toegestaan.

Aanvragen voor een bestendige deelaccrediatie van het oncologisch zorgproces worden alleen dan gehonoreerd wanneer accreditatie en visitatie geïntegreerd worden uitgevoerd.

Aanvragen voor een bestendige deelaccrediatie van een dialyse-afdeling worden alleen dan gehonoreerd wanneer accreditatie en visitatie geïntegreerd worden uitgevoerd.

### **De bij de aanvraag te verstrekken informatie**

In de bijlage van het betreffende aanvraagformulier wordt aangegeven welke *informatie bij de aanvraag* aan het NIAZ moet worden verstrekt.

## **2. Het accreditatietraject**

### **Fase 1**

In de eerste fase schrijft de zorginstelling (voor alle typen accreditaties) een *zelfevaluatie*rapport.

Dit rapport moet aan de volgende eisen voldoen:

1. Het rapport beschrijft voor alle meetpunten van de vigerende Kwaliteitsnorm Zorginstelling hoe het kwaliteitssysteem van (het deel van) de instelling feitelijk is ingericht. Tevens dient voor elk meetpunt de mate van implementatie aan te zijn gegeven.  
*Zie punt 3: Beoordelingssystematiek*
2. Het rapport beschrijft meer in het bijzonder de stand van zaken m.b.t. het interne auditsysteem.
3. Het rapport bevat een bijlage waarin (op te vragen) relevante kwaliteitsdocumenten zijn opgenomen.

Bij een *vervolgaccrediatie* bevat het rapport expliciet informatie over de voortgang van de verbeterpunten uit de voorgaande audit.

De zorginstelling tekent een door het NIAZ opgestelde verklaring en levert deze in bij de aanbidding van het zelfevaluatie rapport. De instelling verklaart daarmee dat "*in het document geen feiten of omstandigheden ontbreken waarvan de instelling in redelijkheid kan begrijpen dat die van belang zijn voor de oordeelsvorming van het NIAZ over de accreditatiestatus van de instelling of de daaraan te stellen voorwaarden*".

Het zelfevaluatie rapport en de eventuele aanvullende informatie wordt door de auditoren getoetst.

*Zie punt 3: Beoordelingssystematiek*

De eerste fase wordt afgesloten met het **BESLUIT** om het accreditatietraject al dan niet voort te zetten, het zogenaamde voortgangsbesluit.

---

<sup>2</sup> De eerstverantwoordelijke van de instelling.

De volgende besluiten worden daarbij onderscheiden:

- *Een positief besluit*  
Het accreditatietraject wordt vervolgd.
- *Een negatief besluit*  
Het accreditatietraject wordt beëindigd.

Ingeval van een vervolgaccreditering betekent dit dat de accreditatiestatus, op de op het accreditatiebewijs vermelde datum, verloopt.

- *Uitstel van voortgangsbepaling*  
Het voortgangsbepaling wordt uitgesteld in geval het zelfevaluatieverslag niet voldoet aan de gestelde eisen maar de auditoren wel redenen hebben om aan te nemen dat de zorginstelling aan de noodzakelijke voorwaarden voor een positief accreditatiebesluit voldoet. De zorginstelling dient het zelfevaluatieverslag aan te passen op de door de auditoren aangegeven punten.

Het auditbezoek kan uitsluitend bij een eerste accreditatie worden uitgesteld. Het uitstel is maximaal een half jaar. De zorginstelling dient een geactualiseerd zelfevaluatieverslag aan te leveren.

#### **VOORWAARDEN voor een positief voortgangsbepaling**

##### Voorwaarden bij een eerste accreditatie

- De zorginstelling onderbouwt met het zelfevaluatieverslag dat voldaan wordt aan de 'noodzakelijke voorwaarden voor het toekennen of continueren van de accreditatiestatus' zoals vermeld bij fase 2.
- Het zelfevaluatieverslag toont dat het interne auditsysteem is ontwikkeld. Dit betekent dat interne auditoren zijn opgeleid, een auditplanning aanwezig is en dat ten tijde van het auditbezoek in ieder geval audits zijn verricht op de volgende werkeenheden:
  - apotheek
  - cardio care
  - centrale sterilisatie afdeling
  - chemotherapie
  - dagbehandeling
  - dialyse afdeling
  - hygiëne en infectiepreventie
  - intensive care
  - medische techniek
  - neonatologie
  - operatie afdeling
  - radiologie afdeling
  - radiotherapie afdeling
  - spoedeisende hulp
  - verloskamers
  - voedingsdienst

Bij een deelaccreditering betekent dit dat audits hebben plaatsgevonden op de werkeenheden die deel uit maken van de deelaccreditering

Tijdens de audit moet de ontwikkeling van het interne auditsysteem worden aangetoond met auditrapportages en actieplannen.

##### Voorwaarden bij een vervolgaccreditering

- De zorginstelling onderbouwt met het zelfevaluatieverslag dat voldaan wordt aan de 'noodzakelijke voorwaarden voor het toekennen of continueren van de accreditatiestatus' zoals vermeld bij fase 2
- Het zelfevaluatieverslag geeft voldoende informatie over de voortgang die is geboekt met het doorvoeren van de verbeterpunten uit de vorige audit en toont aan dat het kwaliteitssysteem zich sindsdien in positieve zin heeft ontwikkeld.
- Het interne auditsysteem is volledig operationeel, hetgeen inhoudt dat op alle werkeenheden tenminste eenmaal per vier jaar een interne audit heeft plaatsgevonden op basis van de vigerende Kwaliteitsnorm Zorginstelling.

- Tijdens de audit moet het volledig operationeel zijn van het interne auditsysteem worden aangetoond met auditrapportages, actieplannen en de voortgang daarvan.

## Fase 2

In de tweede fase worden de processen geselecteerd. De zorginstelling verstrekt aanvullende informatie m.b.t. de geselecteerde processen aan het NIAZ. De auditoren leggen een auditbezoek af.

De auditoren stellen op basis van hun bevindingen een auditrapport op. Dit rapport wordt in concept voorgelegd aan de raad van bestuur/directie van de zorginstelling met het verzoek feitelijke onjuistheden en/of onduidelijkheden in het rapport aan te geven. De definitieve versie van het rapport wordt gestuurd naar de raad van bestuur/directie van de zorginstelling.

De tweede fase wordt afgesloten met het **BESLUIT** ten aanzien van het toekennen of continueren van de accreditatiestatus.

*Zie punt 3: Beoordelingssystematiek*

De volgende besluiten worden daarbij onderscheiden:

- *Een positief besluit*  
Aan de zorginstelling wordt een accreditatiestatus toegekend. Bij een vervolgaccreditatie wordt de accreditatiestatus gecontinueerd.
- *Een negatief besluit*  
Aan de zorginstelling wordt geen accreditatiestatus toegekend. Bij een vervolgaccreditatie wordt de accreditatiestatus ingetrokken.
- *Een uitstel van besluit*  
Uiterlijk drie maanden na de datum van het uitgestelde besluit vindt een audit plaats waarbij de voortgang c.q. realisatie wordt getoetst van de door het NIAZ-bestuur aangegeven verbeterpunten. Op basis van de rapportage van de auditoren vindt definitieve besluitvorming plaats.

### **NOODZAKELIJKE VOORWAARDEN voor toekennen of continueren van de accreditatiestatus**

Voor het toekennen of continueren van de accreditatiestatus is het noodzakelijk dat de betreffende zorginstelling naar het oordeel van het NIAZ genoegzaam en aantoonbaar aan een drietal voorwaarden voldoet:

- de cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen;
- de besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg;
- de veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd.

## Fase 3

De zorginstelling levert binnen drie maanden na een positief besluit een *actieplan* aan, dat gericht is op de verbeterpunten uit het auditrapport. Tien maanden na het besluit wordt een voortgangsrapportage aangeleverd. Eén jaar na het positieve besluit *toetst het NIAZ de voortgang in de uitvoering van het actieplan*.

De derde fase wordt afgesloten met het **BESLUIT** ten aanzien van de voortgang in de uitvoering van het actieplan. Indien onvoldoende voortgang is geconstateerd vindt nogmaals een toets plaats op een nader aan te geven termijn en op de aangegeven verbeterpunten.

De resultaten van de toets(en) actieplan worden meegenomen in de vervolgaccreditering.

### 3. Beoordelingssystematiek

Het fundament van de beoordelingssystematiek van het NIAZ bestaat uit het zelfevaluatie rapport dat de zorginstelling aan de hand van meetpunten onder eindverantwoordelijkheid van de instellingsleiding opstelt en aan het NIAZ aanlevert. Van de zorginstelling wordt gevraagd voor elk meetpunt aan te geven in welke mate het betreffende besturingselement is geïmplementeerd en geborgd. Hierbij dient een keuze te worden gemaakt uit de navolgende antwoordmogelijkheden:

1	<b>nee</b>	Het betreffende besturingselement krijgt geen/nauwelijks aandacht of er zijn uitsluitend plannen om met het betreffende besturingselement aan de slag te gaan.
2	<b>deels</b>	Het betreffende besturingselement is op projectbasis of slechts op bescheiden schaal in de zorginstelling geïmplementeerd en/of de kwaliteitscyclus is nog niet doorlopen.
3	<b>goeddeels</b>	Het betreffende besturingselement is geïmplementeerd op alle plaatsen in de zorginstelling waar dit essentieel is voor de kwaliteit/veiligheid en de kwaliteitscyclus is tenminste eenmaal doorlopen.
4	<b>ja</b>	Het betreffende besturingselement is breed in de zorginstelling geïmplementeerd en het doorlopen van de kwaliteitscyclus heeft een structureel karakter.
<b>niet van toepassing</b>		Het betreffende besturingselement is in de zorginstelling van ondergeschikt belang of komt in het geheel niet voor.

De zorginstelling geeft per (sub)rubriek in vrije tekst een **onderbouwing** van gegeven antwoorden/scores en voorziet deze in geval van bijzondere omstandigheden van aanvullende **opmerkingen**. In alle gevallen dat de antwoordmogelijkheid “deels” (score 2) of “goeddeels” (score 3) wordt aangegeven, vermeldt de zorginstelling tenminste welke werkeenheden deze betreffen.

Het is aan de NIAZ auditoren om te beoordelen of de aangegeven scores en de onderbouwing daarvan in voldoende mate met elkaar corresponderen. Het is eveneens aan de auditoren om te beoordelen of de zorginstelling een meetpunt terecht *niet van toepassing* heeft verklaard. In voorkomende gevallen kan de zorginstelling om aanvullende documentatie worden gevraagd. In het uiterste geval kan de zorginstelling worden gevraagd het zelfevaluatie rapport aan te passen. Tenslotte besluiten de auditoren op basis van het zelfevaluatie rapport of het accreditatietraject wordt voortgezet. Bij dit **voortgangsbesluit** hanteren de auditoren dezelfde criteria (*noodzakelijke voorwaarden*) die ook bij het uiteindelijke advies/besluit over het al dan niet toekennen of continueren van de accreditatiestatus worden gehanteerd.

Ter objectivering van de oordeelsvorming door de auditoren hanteert het NIAZ als minimumeis dat voor een aantal geormerkte meetpunten (35% van het totaal) geldt dat hieraan tenminste *goeddeels* moet zijn voldaan. Dit betekent dat voor deze meetpunten tenminste een score 3 is vereist (zie bijlage).

In beginsel kan alleen een **positief voortgangsbesluit** worden genomen als aan alle geormerkte meetpunten tenminste goeddeels is voldaan. De auditoren hebben echter de bevoegdheid om het accreditatietraject ook te vervolgen als het aantal geormerkte meetpunten dat geen 3 scoort beperkt is en het haalbaar wordt geacht dat de zorginstelling deze **verbeterpunten** binnen de termijn van een jaar kan realiseren.

Bij de eindbeoordeling hanteren de auditoren dezelfde criteria die bij het voortgangsbesluit zijn gehanteerd. De enige uitzondering op deze regel doet zich voor als de auditoren een extreme

discrepancie vaststellen tussen het zelfevaluatie­rapport en de eigen bevindingen tijdens het audit­bezoek. In dat geval kan het NIAZ zondermeer besluiten om de accreditatie­status niet toe te kennen of te continueren.



## Afspraken IGZ en NIAZ over toetsing van VMS in ziekenhuizen

Plaats en datum : Den Haag/Utrecht, 14 januari 2009  
Betreft : afspraken over toetsing VMS

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het NIAZ hebben afspraken gemaakt over de toetsing van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Zij beogen daarmee een dubbele belasting voor de bij het NIAZ aangesloten zorginstellingen te voorkomen.

De afspraken luiden als volgt.

1. Het NIAZ neemt de elementen van het VMS, zoals vermeld in de NTA 8009:2007, mee in de toetsing van ziekenhuizen op basis van zijn nieuwe norm, de Kwaliteitsnorm Zorginstelling bètaversie 2.0 en de definitieve versie 2.1.
2. Het NIAZ informeert het ziekenhuis dat de instelling de bevindingen, die slaan op de toetsing van de VMS elementen, aan de IGZ ter beschikking kan stellen.
3. Indien de bevindingen van de toetsing door het NIAZ op de VMS elementen positief zijn en het ziekenhuis deze ter beschikking stelt aan de IGZ, zal de IGZ geen extra toets van het VMS uitvoeren bij het ziekenhuis.
4. Bij de eerste twee ziekenhuizen waar het NIAZ deze toets uitvoert zal sprake zijn van een pilot, door IGZ en NIAZ gezamenlijk te evalueren.
5. De IGZ behoudt zich te allen tijde het recht voor om extra onderzoek te doen.

De IGZ en het NIAZ hopen hiermee een bijdrage te leveren aan de toezichtlastreductie voor de instellingen en een doelmatige en effectieve toetsingspraktijk.

Wim Schellekens, arts  
Hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg IGZ

Drs. Hélène Be aard,  
Directeur NIAZ



## Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

### Kerndocument

(26 november 2008)

### Missie, visie, waarden

Direct naar:					
<a href="#">Missie</a>	<a href="#">Visie</a>	<a href="#">Missionaire doelen</a>	<a href="#">Kernwaarden</a>	<a href="#">Korte historie NIAZ</a>	

Dit document beschrijft de missie, visie en waarden van het NIAZ. Het document is opgesteld in het kader van het proces om als NIAZ geaccrediteerd te worden door de International Society for Quality in Healthcare (ISQua). De inhoud betreft voor een belangrijk deel compilatie en synthese van bestaand (maar eerder verbrokkeld aanwezig) materiaal, aangevuld met nieuwe zaken vanuit de praktijkervaring in de voorbije jaren. Bestuur, directie en medewerkers van het bureau en de auditoren hebben inbreng hierin gehad.

Het document beschrijft wat NIAZ is ('*Sein*') en wat NIAZ wil zijn ('*Sollen*'). Het wil richting geven aan en inspiratie bieden voor de beleidsvorming, de besluitvorming in het geval van specifieke casus of thematiek en de opzet van operationele processen in het NIAZ. Het dient tevens als middel tot communicatie en verantwoording naar derden.

Vastgesteld door bestuur: 26 november 2008

## Missie

Kerntaak: judicium	NIAZ levert een bijdrage aan de borging en verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg, in het bijzonder door het ontwikkelen van kwaliteitsnormen en het toepassen daarvan in de toetsing van zorginstellingen en zorgprocessen, resulterend in een judicium waaraan derden – zorgconsumenten, zorgverzekeraars, samenwerkingspartners, overheden en samenleving – het vertrouwen kunnen ontlenen dat de zorg reproduceerbaar op een adequate en veilige manier wordt voortgebracht.
-----------------------	---

## Visie

Één instituut, geen versnippering	De zorg is gebaat bij het hebben van één instituut voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg en zorginstellingen en niet bij versnippering daarvan over vele (commerciële) toetsers. De zorg heeft één kennisinstituut waarin de kennis en vaardigheden met betrekking tot normontwikkeling en toetsing opgebouwd worden en continuïteit krijgen.
Normering & toetsing als cyclus in één organisatie	Normontwikkeling en toetsing zijn schakels in een voortdurende verbetercyclus en horen daarom thuis in één organisatie. De kennisopbouw die bij de uitvoering van toetsingen wordt gepleegd blijft in de organisatie beschikbaar voor de nieuwe fase van normontwikkeling. De kennis opgedaan bij normontwikkeling maakt het mogelijk om te toetsen naar de geest en niet alleen de (dode) letter van de norm.
Toetsing gericht op verbetering	Toetsing van zorg moet inspireren en stimuleren tot kwaliteitsverbetering. Het mag niet leiden tot bureaucratische kramp. Uiteindelijk doel is verbetering van de zorg, niet het op orde brengen van de boekenkast.
Bestuurlijke toetsingsfilosofie	Zorginstellingen en hun medewerkers hebben ruimte nodig om goed te functioneren. Meerdere wegen leiden naar Rome. NIAZ toetst instellingen zo min mogelijk op 'puntwaardes' en zo veel mogelijk op 'bandbreedtes'. Toetst op 'wat', niet op 'hoe'. NIAZ bewaakt dat normering niet uitmondt in een passieve collectie opgepompte deelbelangen. Er vindt actieve bestuurlijke weging plaats van wat er werkelijk toe doet, uiteindelijk voor de zorgconsument.
Streng op 'APK-punten'	Daar waar nodig toetst NIAZ zonder bandbreedte. Op risicokritieke punten, waar veiligheid van zorg in het geding is, laat NIAZ geen ruimte voor afwijkingen.
Peer review als anker, focus op zorg	Beoordeling van zorg vergt kennis van zorg. Daarom hebben <i>peers</i> , gemotiveerde en als auditor opgeleide deskundigen uit het veld, een belangrijke functie bij zowel normontwerp als toetsing door NIAZ. In alle echelons van NIAZ behoort daadwerkelijke ervaring met de zorg ruimschoots aanwezig te zijn. Daarom ook concentreert NIAZ zich op de zorg en laat andere maatschappelijke sectoren buiten beschouwing.
'Garantie voor de toekomst' en deskundige blik achter de schermen	Accreditatie is een belangrijk, maar niet het enige kwaliteitsinstrument. Bijvoorbeeld kwaliteitsindicatoren ('in het verleden behaalde resultaten') en specificaties van consumenten en zorgverzekeraars vormen andere ingangen. Accreditatie biedt tweeërlei toegevoegde waarde: vertrouwen in een reproduceerbaar kwaliteitsniveau ('garantie voor de toekomst') en toetsing van voor derden wezenlijke, maar voor hen niet boordeelbare aspecten. De luchtvaartconsument moet kunnen vertrouwen op de Rijksluchtvaartdienst, de zorgconsument op het NIAZ.
Publiek domein	Het uiteindelijke doel van NIAZ – een betere zorg – is gediend met verspreiding van beschikbare kennis en kunde. Daarom stelt NIAZ al zijn materiaal kosteloos beschikbaar aan elke burger en elke instelling en mag het vrij gebruikt worden voor elk redelijk doel. Aan instituten die tegen betaling instellingen toetsen wordt een bijdrage in de ontwikkelkosten gevraagd.

## Missionaire doelen

Zorgbreed instituut	NIAZ wil een zorgbreed instituut realiseren, werkzaam voor alle sectoren in de zorg, geïnspireerd door wat aan alle zorg gemeenschappelijk is, geleid door wat voor de zorgconsument en andere relevante derden van waarde is en met respect voor het eigen karakter van specifieke onderdelen van de zorg.
Nederlands taalgebied	NIAZ wil werkzaam zijn voor zorginstellingen in het Nederlands taalgebied. Hiertoe behoren Nederland, België (Vlaanderen), Aruba, de Nederlandse Antillen en Suriname. NIAZ ziet de werkzaamheid in meerdere landen vooral als een impuls voor NIAZ als kennisinstituut.
Kennisinstituut	NIAZ wil een kennisinstituut zijn dat bijdraagt aan verwerving en verspreiding van kennis en kunde over de kwaliteit van zorg. Hiertoe behoren zowel het doorgeven van ervaringen uit audit-processen over bijvoorbeeld <i>good practices</i> (binnen de kaders van het publicatiebeleid en de accreditatieovereenkomst) als het verzorgen van opleidingen.
Vertrouwensinstituut	NIAZ wil een vertrouwensinstituut zijn voor alle partijen die een belang hebben in de borging en bevordering van de kwaliteit van zorg en voor de samenleving in het algemeen.
Tegenwicht tegen overdrijving	NIAZ wil een geïnformeerd en gezaghebbend tegenwicht bieden tegen overdreven normering, die de instellingen en medewerkers nodeloos belast en voor de zorgconsument en andere relevante derden geen toegevoegde waarde biedt of daaraan zelfs afbreuk doet.
Instrument voor verantwoording	NIAZ wil zorginstellingen een instrument bieden om verantwoording over hun functioneren af te leggen. Dit vergt een deugdelijke normering, adequate toetsingsprocessen en een toereikend en transparant publicatiebeleid.
Synergie kwaliteitsbeoordeling	NIAZ werkt met andere instituties en organisaties samen om de synergie in de kwaliteitsbeoordeling te bevorderen en de administratieve belasting voor de zorginstellingen te beperken. Dit betreft zowel de overheden (in Nederland: Nederlandse Zorgautoriteit, Inspectie voor de Gezondheidszorg) als private partijen (in Nederland: visitatieprogramma's wetenschappelijke verenigingen, WA schadeverzekeraars, samenwerkingsverbanden van instellingen, specifieke aspecttoetsers).
Financieel zelfstandig, <i>not for profit</i>	NIAZ werkt <i>not for profit</i> , is een financieel zelfstandige instelling en wordt bekostigd uit de vergoeding van klanten voor de producten uit de primaire processen: normontwikkeling en toetsing. (Overheids)subsidie wordt alleen aangenomen voor projecten (= aanneemopdracht van werk).
Actief lid internationale gemeenschap	NIAZ wil een actief lid zijn van de internationale gemeenschap van toetsingsinstituten in de zorg, verenigd in de ISQua. NIAZ wil daarin van anderen leren, zich verantwoorden, andere organisaties behulpzaam zijn en een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van kwaliteitstoetsing in de zorg.

## Kernwaarden

NIAZ en alle aan hem verbonden personen laten zich in hun houding en gedrag, naar collega's, instellingen en iedereen die NIAZ beroepsmatig ontmoet, leiden door de waarden die hieronder staan beschreven.

Zorg voor patiënt is 'Poolster'	NIAZ houdt steeds voor ogen dat een zo goed mogelijke zorg voor de zorgconsument het ultieme doel van alle zorginstellingen en alle medewerkers daarin moet zijn. En daarmee dus ook voor de werkzaamheden van NIAZ. NIAZ is steeds kritisch of zijn werk daaraan bijdraagt.
Vertrouwen	NIAZ treedt zorginstellingen en hun medewerkers met vertrouwen tegemoet. NIAZ ziet zorginstellingen en hun medewerkers als verantwoordelijk en betrokken, tenzij anders bewezen. Kwaliteitsnormen en toetsing moeten hen daarin stimuleren, niet een verstikkend keurslijf aanmeten. Zorginstellingen en medewerkers mogen er op rekenen dat NIAZ de vertrouwelijkheid met betrekking tot zaken en personen in alle omstandigheden en te allen tijde respecteert.
Zorgvuldig	NIAZ vormt op een zorgvuldige, op feiten gebaseerde manier en met professionele distantie zijn oordeel. NIAZ is rechtvaardig en redelijk in zijn oordeels- en besluitvorming. NIAZ is kritisch over het eigen functioneren en de eigen beperkingen. NIAZ waakt voor belangenverstrengeling.
Delend	NIAZ deelt zijn kennis en ervaring ruimhartig met anderen. Het uiteindelijke doel is: een betere zorg. Alle materialen van NIAZ worden beschikbaar gesteld in het publiek domein. Zij zijn kosteloos en vrij toegankelijk voor elke burger en elke instelling en vrij te gebruiken voor elk redelijk doel. Uitsluitend aan instellingen die tegen betaling bedrijfsmatig toetsing met NIAZ-materiaal uitvoeren wordt verzocht om een bijdrage in de ontwikkelingskosten.
Open en lerend	NIAZ toetst op basis van normen en met een toetsingsmethode die op voorhand bekend is. NIAZ is een open organisatie, kent geen dogma's, staat open voor nieuwe ontwikkelingen, is open over de eigen fouten en probeert er van te leren. NIAZ werkt doorlopend aan het vergroten van de eigen professionaliteit, sluit hierbij aan op bewezen en robuuste ontwikkelingen in de zorgwereld. NIAZ laat zich niet leiden door modegrillen of de waan van de dag.
Wijsheid vóór 'weetjes'	NIAZ voert zijn werkzaamheden uit met hart en ziel voor de zorg, met oog voor de zichtbare en meetbare maar ook voor de onweegbare zaken. De volle werkelijkheid van de zorg is niet te vangen in lineaire, reductionistische stroomschema's en protocollen. NIAZ houdt daar steeds rekening mee. Wijsheid gaat vóór 'weetjes'.

## Bijlage: korte historische impressie NIAZ

De voorloper van NIAZ, de Stichting PACE, is in 1989 opgericht met het doel om in Nederland een toetsingsinstituut voor de gehele zorg voor te bereiden. De International Health Development Foundation (IHDF) – een samenwerkingsverband van industrie, universiteiten en zorg – en acht ziekenhuizen (vier algemene en vier academische) namen het initiatief daartoe. Men besloot om in de eerste fase ook alleen met de ziekenhuizen te gaan beginnen. Immers: op dat moment sterkst georganiseerd, zelf nogal wat middelen beschikbaar, beperkt in aantal en gefocust qua aandacht. Een dergelijke projectmatige aanpak werd ook als veel kansrijker ingeschat dan de gebruikelijke ‘polderaanpak’, waarbij alle partijen over alle onderwerpen tegelijk overleggen.

Inspiratie voor de ambitie van één instituut voor de zorg bood de Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) (nu geheten: Accreditation Canada), die voor PACE en later NIAZ een belangrijk voorbeeld is gebleven. Deze instelling begon in Canada eind jaren vijftig van de vorige eeuw ook in de ziekenhuizen, breidde daarna geleidelijk aan uit naar andere sectoren en is inmiddels werkzaam voor de gehele zorg. Niet alleen de ontstaansgeschiedenis, ook de opzet van dit instituut sprak aan: borging gericht op verbetering. Belangrijke bouwstenen voor de realisering daarvan: zowel de normontwikkeling als de toetsing in één organisatorisch verband en gebruik maken van *peer review*.

In de jaren negentig heeft PACE een grote hoeveelheid normenmateriaal voor ziekenhuisafdelingen en –processen ontwikkeld. Tevens werden proefaccreditaties uitgevoerd. Van meet af aan zijn zowel managers als (medische) professionals bij alle activiteiten betrokken. Vanaf 1996 is de oprichting van het huidige instituut NIAZ voorbereid, samen met NVZ, (toenmalige) VAZ en Orde van Medisch Specialisten. In dat kader werd ook een overkoepelende norm voor de zorginstelling als geheel ontwikkeld. Het NIAZ werd door hen gevierd op 22 december 1998 opgericht. Op 9 september 1999 verkreeg het eerste ziekenhuis (Academisch Ziekenhuis Maastricht) de NIAZ-accreditatie. Vanaf 1 januari 2003 is de bestuurlijke grondslag van het NIAZ verbreed: zorgaanbieders, professionals, verzekeraars en consumenten zijn nu in het bestuur van NIAZ gerepresenteerd.

In 2004 werd de algemene kwaliteitsnorm voor de zorginstelling voor het eerste gereviseerd en toegesneden op het INK-model, de Nederlandse versie van het EFQM-model. Dit wordt in veel zorginstellingen gebruikt als instrument voor bestuur en verantwoording. In 2008 wordt deze norm opnieuw gereviseerd en geüpdatet (Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.0), met verwerking van de bestaande afdelingsnormen en ter voorbereiding op accreditatie in andere zorgsectoren.

NIAZ beoogt een manier van toetsen die zo min mogelijk leidt tot zielloze bureaucratie, iets wat NIAZ' waarneming ten aanzien van certificatie was en is. Uiteindelijk doel is borging en verbetering van de zorg, niet het op orde brengen van de boekenkast. Door jarenlang bouwen aan vertrouwensrelaties met belanghebbenden neemt in 2008 ruim 80 % van de Nederlandse ziekenhuizen deel aan het accreditatieprogramma. De vraag vanuit andere zorgsectoren is groeiend. En eind 2007 heeft NIAZ het eerste ziekenhuis in Vlaanderen – het Virga Jesseziekenhuis in Hasselt – geaccrediteerd, het begin van een verwachte uitrol in de Belgische gezondheidszorg.

In Nederland kristalliseren de relaties met strategische belanghebbenden allengs uit. Met de marktleider voor verzekering van medisch aansprakelijkheid MediRisk (meer dan 70 % van de ziekenhuizen verzekerd) heeft NIAZ een strategische alliantie, waarbij het audit-programma van NIAZ door deze verzekeraar wordt geaccepteerd als toereikend voor de eigen systematische toetsing. Met de Inspectie voor de Gezondheidszorg werkt NIAZ aan een uitlijning van de toetsingsmethodiek, opdat die voor het Staatstoezicht een adequate basis kan zijn waarop het zijn eigen toezicht kan funderen. En NIAZ werkt nu systematisch aan een verdere samenhang tussen het eigen toetsingsprogramma en de visitatieprogramma's van de medisch specialisten.

NIAZ bereidt momenteel ten behoeve van de care-sector, in overleg met belanghebbenden uit die branche, een op die branche toegesneden toetsingsprogramma voor dat voor alle betrokkenen toegevoegde waarde heeft ten opzichte van de bestaande 'keurmerken'. NIAZ zal, gelet op al deze ontwikkelingen, de tiende verjaardag dan ook aangrijpen om het NIAZ formeel om te vormen tot het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg.

NIAZ maakt deel uit van de internationale gemeenschap van nationale toetsingsinstituten in de zorg, georganiseerd in het verband van de International Society for Quality in Healthcare (ISQua). NIAZ deelt daar de ervaringen met zusterinstituten in onder meer Australië, Canada, Frankrijk en de USA.

NIAZ is nu zelf als toetsingsinstituut getoetst in het kader van het *ISQua International Accreditation Program*.

NIAZ heeft als *not for profit* organisatie, met tijdelijke steun van de oprichtende organisaties, deze positie geheel op eigen kracht opgebouwd. NIAZ heeft nimmer om structurele subsidie gevraagd omdat NIAZ meent dat zoiets leidt tot een fout soort organisatie: een met geld en status als vertrekpunt in plaats van klantgerichtheid. NIAZ meent dat bekostiging door de markt zelf de beste test is voor de toegevoegde waarde van het instituut. En de beste waarborg voor daadwerkelijke onafhankelijkheid is.

NIAZ heeft daarbij altijd wel nadrukkelijk de filosofie van het publiek domein aangehangen, dat wil zeggen: alle materiaal van NIAZ is gratis toegankelijk voor elke instelling en elke burger en vrijelijk te gebruiken voor elk redelijk doel. Dat draagt immers het beste bij aan het uiteindelijke doel: een betere gezondheidszorg.

## De betekenis van het NIAZ-logo



Het NIAZ-logo kan op verschillende manier worden 'gelezen'. Al deze manieren belichten een bepaald aspect van het NIAZ. In samenhang zijn ze symbool voor waar het NIAZ voor staat.

De kleur blauw staat voor bezonnenheid, vertrouwen en neutraliteit. Het NIAZ loopt niet mee met de waan van de dag: het staat boven incidenten en modieuze inzichten. Bestendig wegen en beoordelen van de *'vital few'* gaat vóór de vlietende aandacht voor de *'trivial many'*.

Het NIAZ is een vertrouwensinstituut, dat een belangrijke maatschappelijke functie discreet maar transparant vervult. Instellingen kunnen erop rekenen dat zij fair worden beoordeeld en dat hun informatie vertrouwelijk blijft. Externe belanghebbenden kunnen vertrouwen hebben in een gedegen en kritische toets, die borg staat voor de validiteit van het oordeel dat het NIAZ afgeeft<sup>3</sup>. De transparantie uit zich onder meer doordat alle materialen van NIAZ kosteloos voor elke burger toegankelijk zijn ('publiek domein') en door een deugdelijke berichtgeving over de accreditatiestatus van instellingen.

Het NIAZ is voor wat betreft de kwaliteitszorg aanpakneutraal. NIAZ houdt niet van scholenstrijd of 'kwaliteitstheologie'. Meerdere wegen leiden naar Rome. Het NIAZ is ook financieel neutraal: niet afhankelijk van derden, die daarmee de beoordeling van het NIAZ kunnen beïnvloeden .

De gekleurde lijnen zijn niet strak, maar tonen een oscillerend patroon. Organisaties zijn geen ééndimensionale werkelijkheden. Zorginstellingen hoeven van het NIAZ niet in een voorgeschreven nauw keurslijf, langs één en dezelfde strakke lijn te functioneren. Het gaat bij een verantwoorde beoordeling vaak niet om 'puntwaardes', maar om bandbreedtes. Er is ruimte voor variatie, ondernemingszin, experimenteren en creativiteit. Dat is de beste waarborg voor het uiteindelijke doel: verbetering van de zorg.

Het NIAZ stelt minimumeisen. De centrale witte lijn staat symbool voor de minimale voorwaarden die het NIAZ stelt om een accreditatie te behalen. De onderste lijn is die van een organisatie die zich wat dat betreft nog niet op dit minimumniveau beweegt. De organisatie 'boven de streep' functioneert in een bandbreedte die passend is.

De onderste lijn verbleekt bij het aanzicht van de bovenste. Dat past bij het streepje dat geaccrediteerde instellingen vóór hebben op niet-geaccrediteerde. In toenemende mate ook in de relatie met hun stakeholders: patiënten, samenwerkingspartners, zorgverzekeraars, WA-verzekeraars en Inspectie.

De onderste lijn is van zilver, de bovenste van goud. Dit staat voor de filosofie van voortdurende verbetering. Een instelling die is geaccrediteerd zal een volgend keer moeten aantonen nog beter te zijn. De lijn in het midden staat dus voor de lat die hoger wordt gelegd. Is de eerdere accreditatie te beschouwen als zilver, een volgend keer zal de instelling op het hogere niveau ('goud') worden beoordeeld.

Dat geldt ook voor het NIAZ zelf. Van anderen verbetering vragen schept voor jezelf verplichtingen. Vandaar de ambitie om als NIAZ steeds beter te functioneren en dus 'voor goud' te gaan.

De gekleurde lijnen zijn gespiegeld ten opzichte van elkaar. Dit staat symbool voor de ambitie van het NIAZ om een afspiegeling te vormen van de zorgsector. Het NIAZ wil niet een geïsoleerd instituut zijn dat leeft in een eigen werkelijkheid en de zorginstellingen belaagt met een wereldvreemde kijk. Het NIAZ wil midden in het zorgveld staan, een kennisinstituut dat meegroeit met (de ontwikkelingen in) de sector. Vandaar dat normontwikkeling en conformiteittoetsing in één organisatie zijn ondergebracht, in een voortdurend elkaar bevruchtende verbetercyclus. Vandaar ook dat deze beide hoofdfuncties gestalte krijgen door een grote betrokkenheid van collega's uit het zorgveld.

De gekleurde lijnen lijken op het eerste gezicht ook een beetje op een ECG, symbool van de hartfunctie. NIAZ werkt niet met een rationeel-reductionistisch mens- en organisatiebeeld, waarbij

<sup>3</sup> Zie de tekst van het accreditatiebewijs.

kwaliteit wordt teruggebracht tot steriele protocollen en procedures. Zorg is mensenwerk waarbij ook heel veel kwaliteit 'zacht' en onmeetbaar is.

Onze samenleving heeft last van normeringen, die vanuit elke denkbare invalshoek door anonieme technocraten worden losgelaten. Op zich met de beste bedoelingen, maar in hun uitwerking op de waardepropositie van instellingen met niet zelden absurde gevolgen. Het NIAZ wil deze 'sergeantendictatuur' uit de zorg weghouden. Het NIAZ werkt niet met normen die de vrucht zijn van grote cerebrale exercitie, maar waarin de ziel uit het bedrijf is geredeneerd. Daarom ook maakt het NIAZ gebruik van *peers*, ervaren collega's die met het oog van de meester kunnen letten op waar het in de organisatie nu werkelijk om gaat: het hart der dingen.

Toetsen met hart en ziel op hart en ziel, daar staat het NIAZ voor.

Al deze verschillende manieren van kijken geven samen een volledig begrip van de complexe symboliek van het logo. Die complexiteit staat ook wel symbool voor de complexiteit van zorginstellingen. Toetsing daarvan vergt ook een eigen 'kijk', vanuit meerdere gezichtspunten.

## Samenwerkingsovereenkomst

(29 oktober 2008)

### Partijen bij deze overeenkomst

Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg MediRisk B.A., gevestigd te Utrecht, te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer J.W.M. Stappers, directeur, verder te noemen MediRisk

en

Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen, gevestigd te Utrecht, te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer mr. R. Peters, voorzitter, verder te noemen NIAZ.

### Partijen constateren

MediRisk verzekert zorginstellingen voor het risico van wettelijke aansprakelijkheid. Zij streeft naar continuïteit van deze verzekeraar tegen een redelijke premiestelling. MediRisk heeft op grond van haar ervaringen bepaalde afdelingen en situaties in zorginstellingen als bijzonder risicodragend kunnen identificeren. MediRisk tracht de schade te voorkomen of beperken door een gericht programma van monitoring en preventieve maatregelen, verplicht voor de bij haar aangesloten zorginstellingen.

NIAZ licht instellingen, die daarom hebben verzocht, periodiek aan de hand van een vaste procedure door en toetst of de instelling voldoet aan van tevoren vastgestelde en openbare normen. Het judicium van NIAZ beoogt derden het vertrouwen te geven dat de instelling:

- op een reproduceerbare wijze de zorg op een adequaat niveau van kwaliteit voortbrengt,
- de veiligheid van patiënten en medewerkers deugdelijk heeft geborgd en
- genoegzaam heeft aangetoond een op verbetering gerichte bedrijfscultuur te hebben.

MediRisk en NIAZ beschouwen het als hun missie bij te dragen aan borging en verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg.

### Partijen beogen

Een reductie van de belasting die voor de zorginstellingen, in het bijzonder die welke bij MediRisk zijn verzekerd, voortvloeit uit de verschillende toetsingskaders en toetsingsinstanties. Dit door nodeloze doublures te elimineren, maar ook door hiaten te vullen door afstemming en integratie vanuit de verschillende invalshoeken.

### Partijen zijn overeengekomen

#### 1. Toetsing door NIAZ voldoet voor MediRisk

- a. MediRisk aanvaardt het door het NIAZ uitgevoerde accreditatieprogramma als een voor haar toereikende vorm van systematische externe toetsing, onder de voorwaarde dat dit programma voldoet aan de eisen zoals onder 2 gesteld.
- b. MediRisk zal de toetsing van de bij haar aangesloten zorginstellingen in beginsel beperken tot een ingangstoets ('nulmeting') bij het voor het eerst aangaan van de overeenkomst tot verzekering en thematische monitoring van bepaalde risico(situatie)'s.
- c. MediRisk zal aan de bij haar verzekerde zorginstellingen verzoeken kennis te kunnen nemen van de verslagen van de interne audits en de daaruit voortvloeiende verbeterplannen voor in ieder geval de risicokritieke afdelingen en risicokritieke punten.

#### 2. Eisen aan de toetsing door NIAZ

- a. NIAZ toetst tenminste één maal per vier jaar het kwaliteitssysteem van de instelling, waarbij de accreditatieprocedure voorschrijft dat dit gebeurt op basis van een zelfevaluatie van de

- instelling, het uitvoeren van een externe audit door NIAZ in de instelling en met minimaal één toets op het actieplan en een adequaat intern auditsysteem.
- b. NIAZ toetst de instelling die bij MediRisk is verzekerd op basis van zijn normkader waarin de risicokritieke punten zijn opgenomen. In de externe audit worden deze expliciet getoetst. Bij het aangaan van deze overeenkomst betreft het de onderwerpen genoemd in de bijlage. Elke verandering hierin wordt expliciet tussen MediRisk en NIAZ overeengekomen.
  - c. NIAZ toetst of de betreffende instelling beschikt over een adequaat intern auditsysteem, dat gebruik maakt van het normkader van NIAZ en ook deugdelijk op risico's voor veiligheid en dus mogelijke aansprakelijkheid ziet. Risicovolle afdelingen (in het ziekenhuis: in ieder geval SEH en OK) worden tenminste één maal per twee jaren intern ge-audit en risicokritieke punten worden in de interne audit expliciet getoetst. Een adequaat intern auditsysteem is voor NIAZ voorwaarde voor het behalen van een accreditatie.
3. Kennisuitwisseling
- a. MediRisk levert een bijdrage aan de scholing door NIAZ van interne auditoren, in de basisopleiding en de daaropvolgende *education permanente*.
  - b. MediRisk levert een bijdrage aan de scholing door NIAZ van NIAZ-auditoren, in de basisopleiding en de daaropvolgende *education permanente*.
  - c. MediRisk stelt aan NIAZ op geaggregeerd niveau die informatie ter beschikking die van belang kan zijn bij de verdere ontwikkeling van normkader en toetsingsmethodiek van NIAZ.
  - d. NIAZ stelt aan MediRisk op geaggregeerd niveau die informatie ter beschikking die van belang kan zijn bij de verdere ontwikkeling van normkader en toetsingsmethodiek van MediRisk.
4. Wederzijdse informatieplicht
- a. NIAZ informeert MediRisk over de status van door hem getoetste zorginstellingen conform de regels van het publicatiebeleid van NIAZ. NIAZ heeft krachtens de met de zorginstellingen gesloten accreditatieovereenkomst reeds toegang tot alle relevante informatie, waaronder de op de zorginstelling betrekking hebbende gegevens van MediRisk kunnen worden gerekend.
  - b. MediRisk en NIAZ zullen op periodieke basis overleg met elkaar hebben. MediRisk en NIAZ informeren elkaar over wezenlijke veranderingen in normkader en/of toetsingsmethodiek.
5. Relatie naar derden
- a. MediRisk en NIAZ vrijwaren elkaar voor aanspraken van derden op grond van deze overeenkomst.
  - b. Geen van beide partijen kan aan deze overeenkomst exclusiviteit naar de andere partij jegens derden verbinden.
6. Duur en beëindiging overeenkomst
- a. Deze overeenkomst is aangegaan voor onbepaalde tijd.
  - b. De afspraken worden jaarlijks geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
  - c. Deze overeenkomst kan door elk van partijen zonder opgaaf van redenen worden beëindigd, waarbij een opzegtermijn van drie maanden in acht wordt genomen. Partijen zullen in een dergelijk geval naar de betrokken instellingen zo veel mogelijk gezamenlijk daarover communiceren.
7. Communicatie
- a. De inhoud van deze overeenkomst is openbaar.
  - b. MediRisk en NIAZ maken afspraken over de wijze waarop de samenwerking wordt uitgedragen.

Opgemaakt in tweevoud en getekend te Utrecht, 29 oktober 2008

MediRisk  
De heer J.W.M. Stappers

NIAZ  
De heer mr. R. Peters, arts



## Publicatiebeleid

(6 september 2007)

### Artikel 4 van de standaard-accreditatieovereenkomst

*lid 1 Het bestuur van het NIAZ stelt het publicatiebeleid vast met betrekking tot de accreditatiestatus en het accreditatieproces van aan het NIAZ verbonden zorginstellingen. Publicatie van gegevens van de instelling zal op vergelijkbare wijze als die voor vergelijkbare zorginstellingen plaatsvinden.*

*lid 2 Met inachtneming van het publicatiebeleid zal het NIAZ geheim houden al hetgeen over de instelling ter kennis komt in het kader van het accreditatieproces. Dit heeft betrekking op alle informatie die niet op rechtmatige wijze voor het publiek of derden toegankelijk is. Het NIAZ zal daartoe alle aan het NIAZ verbonden personen, op welke titel dan ook, een geheimhoudingsverklaring doen ondertekenen, die van kracht blijft na het beëindigen van de verbondenheid met het NIAZ.*

*lid 3 Het NIAZ zal informatie over de instelling op deugdelijke, niet voor onbevoegden toegankelijke wijze archiveren en in voorkomend geval voor adequate vernietiging zorgdragen.*

#### **Reikwijdte**

1. Dit publicatiebeleid heeft, behoudens het vermeldde in artikel 3, betrekking op de zorginstellingen met wie NIAZ een accreditatieovereenkomst heeft of heeft gehad.

#### **Publicatiemedium**

2. NIAZ publiceert de informatie over de accreditatiestatus en het accreditatieproces van aan het NIAZ verbonden instellingen via zijn website ([www.niaz.nl](http://www.niaz.nl)).

#### **Prereservering**

3. Instellingen die nog geen accreditatieovereenkomst hebben gesloten maar zich hierop wel voorbereiden, kunnen verzoeken om op de website van NIAZ te worden vermeld met de aantekening dat zij zich voorbereiden. In dat geval wordt een inschatting van de datum van het aangaan van de accreditatieovereenkomst en de datum van het auditbezoek vermeld.

#### **Eerste accreditatieovereenkomst**

4. Bij het sluiten van een eerste accreditatieovereenkomst wordt dit onverwijld op de website vermeld. De website vermeldt per met name genoemde instelling:
  - a. de datum van het aangaan van de accreditatieovereenkomst
  - b. de verwachte datum van het auditbezoek
  - c. de verwachte datum van het besluit tot accreditering.

#### **(Her)accreditatie**

5. In het geval een instelling is ge(her)accrediteerd vermeldt de website per met name genoemde instelling met betrekking tot de actuele accreditatiestatus:
  - a. de datum van het sluiten en de aard van de accreditatieovereenkomst
  - b. de datum van aanvraag van de (her)accreditatie
  - c. de datum van het meest recente auditbezoek en, indien van toepassing, de datum van de toets op het actieplan
  - d. de datum van het besluit tot accreditatie
  - e. de accreditatiestatus
  - f. de periode waarvoor deze is verleend
  - g. een inschatting van de datum van de eerstvolgende (her)aanvraag en het eerstvolgende auditbezoek.

Publicatie vindt plaats nadat de betreffende instelling schriftelijk is geïnformeerd en de termijn van het instellen van beroep volgens het Reglement Klachten en Beroep is verstreken. Indien geen voor de instelling beperkende en voor beroep vatbare beslissing is genomen vindt publicatie onverwijld plaats.

### **Opschorting**

6. In het geval de accreditatiestatus van een instelling door het NIAZ wordt opgeschort vermeldt de website naast het sub 2 gemelde:
- de datum van het besluit tot opschorting
  - de gronden waarop het besluit tot opschorting is gebaseerd
  - de termijn waarbinnen de instelling gelegenheid krijgt de opschorting ongedaan te maken.
- Publicatie vindt plaats daags nadat de instelling per aangetekend schrijven van de opschorting op de hoogte is gesteld.

### **Geen (her)accreditatie**

7. In het geval een instelling door NIAZ is getoetst en niet wordt ge(her)accrediteerd vermeldt de website per met name genoemde instelling met betrekking tot de actuele accreditatiestatus:
- de datum van het sluiten en de aard van de accreditatieovereenkomst
  - de datum van aanvraag van de (her)accreditatie
  - de datum van het meest recente auditbezoek
  - de datum van het besluit tot niet-accreditatie
  - het op grond van beoordeling niet toegekend zijn van de accreditatiestatus
  - de redenen waarom de accreditatiestatus (nog) niet is toegekend of (nog) niet is verlengd
  - de termijn waarop de instelling een heraanvraag kan indienen, alsmede de hieraan eventueel verbonden voorwaarden.
- Publicatie vindt plaats nadat de betreffende instelling schriftelijk is geïnformeerd en de termijn van het instellen van beroep volgens het Reglement Klachten en Beroep is verstreken.

### **Publicatie in geval van beroep**

8. - Het instellen van beroep schort de publicatie van het bestreden besluit op grond van enig voorgaand artikel niet op, tenzij op grond van de accreditatieovereenkomst dan wel bij of krachtens bestuursbesluit de werking van het betreffende besluit is opgeschort.
- Indien publicatie niet wordt opgeschort, wordt op de website tevens melding gemaakt van het feit dat beroep is ingesteld, zo mogelijk met vermelding van de aangevoerde gronden.
- Bij het gegrond verklaren van beroep worden de op de website gepubliceerde gegevens gewijzigd naar de situatie als zou het NIAZ reeds in eerste aanleg tot het alsdan te nemen besluit zijn gekomen.

### **Historisch dossier (*track record*)**

9. Per met name genoemde instelling vermeldt de website naast de hierboven vermelde gegevens met betrekking tot de actuele accreditatiestatus een historisch dossier, waarin worden gedocumenteerd alle formele aanvragen van de instelling en alle beslissingen die door NIAZ ten aanzien van de accreditatiestatus zijn genomen. Een en ander met inachtneming van de laatste volzin van artikel 8.

### **Informatie na beëindiging deelname accreditatieprogramma**

10. Indien een instelling niet langer deelneemt aan het accreditatieprogramma van NIAZ blijft het historisch dossier via de website van NIAZ toegankelijk. De website vermeldt de aard van de beëindiging van de deelname van de instelling aan het accreditatieprogramma.



## Reglement Auditoren

(26 november 2008)

Direct naar:				
<a href="#">Preambule</a>	<a href="#">Profiel van de auditor</a>	<a href="#">Begin en einde auditorschap</a>	<a href="#">Algemene verplichtingen auditor</a>	
<a href="#">Onafhankelijkheid auditor</a>	<a href="#">Geheimhouding auditor</a>	<a href="#">Vergoeding</a>	<a href="#">Aansprakelijkheid</a>	<a href="#">Toepassing en wijziging reglement</a>

### Preambule

- o Het NIAZ heeft tot doel bij te dragen aan de borging en verbetering van de kwaliteit van zorg in zorginstellingen.
- o Het NIAZ realiseert dit door kwaliteitsnormen te ontwikkelen en zorginstellingen, die zich daarvoor hebben opgegeven, periodiek via een vaste procedure aan de hand van vooraf vastgestelde normen te doorlichten. Bij gebleken conformiteit met de gestelde eisen verkrijgen de betreffende zorginstellingen een accreditatiestatus.
- o Het NIAZ is een vertrouwensinstituut, waaraan uit de aard van de activiteiten hoge eisen van integriteit en vertrouwelijkheid moeten worden gesteld. In het NIAZ wordt gevoelige informatie over instellingen en personen gewisseld, waarvan openbaarheid of kennisname door derden schade voor het NIAZ en voor betrokkenen kan veroorzaken. Ook sommige informatie over het NIAZ zelf vergt, in verband met de competitieve omgeving waarin het NIAZ functioneert, vertrouwelijkheid.
- o Het NIAZ maakt voor de hiervoor omschreven activiteiten gebruik van personen die beschikken over de vereiste kennis en deskundigheid, die zich daartoe op basis van vrijwilligheid en met instemming van hun werkgever beschikbaar stellen en die niet door middel van een arbeidsovereenkomst aan het NIAZ zijn verbonden. Deze personen worden aangeduid als 'auditor'.
- o Dit reglement legt de belangrijkste rechten en verplichtingen van de auditor vast. Onder de werkzaamheid als auditor wordt, benevens de deelname aan auditprocessen, tevens verstaan werkzaamheden ter zake van projecten en commissies van NIAZ, onder meer ten aanzien van normontwikkeling en afgifte van kwaliteitsverklaringen.

### 1. Profiel van de auditor

- 1.1. De auditor voldoet aan de volgende eisen:
  - 1.1.1. vervult – dan wel heeft vervuld – één van de volgende functies binnen een zorginstelling: lid van de directie of raad van bestuur, medisch specialist, manager, paramedicus, verpleegkundige of stafmedewerker kwaliteitszorg;
  - 1.1.2. heeft met betrekking tot de status van auditor de instemming van de directie of de raad van bestuur van de eigen zorginstelling;
  - 1.1.3. onderschrijft de missie, visie en waarden van het NIAZ;
  - 1.1.4. heeft kennis van het referentiekader van het NIAZ en heeft de door NIAZ voor auditoren vastgestelde scholing gevolgd en voldaan aan de ter zake gestelde toetsingseisen..
- 1.2. De auditor beschikt over de volgende competenties en vaardigheden:
  - 1.2.1. Objectiviteit
    - 1.2.1.1. is in staat relevante informatie te vergaren door met een overstijgende blik te kijken naar processen, zonder de details uit het oog te verliezen;
    - 1.2.1.2. is in staat op basis van een goede analyse tot een oordeel te komen, waarbij de conclusie is gebaseerd op waarnemingen/feiten tijdens de audit;
  - 1.2.2. Communicatievaardigheid

- 1.2.2.1. bezit vaardigheid in het afnemen van interviews en is een actief luisteraar;
- 1.2.2.2. is in staat om op verschillende niveaus met verschillende functies/disciplines binnen de organisatie op een effectieve manier te communiceren en zich hierop aan te passen;
- 1.2.2.3. bezit goede uitdrukkingsvaardigheid, zowel schriftelijk als mondeling;
- 1.2.2.4. is zich bewust van de invloed van zijn/haar handelen en houdt hiermee in zijn/haar wijze van communiceren rekening;
- 1.2.2.5. presenteert zich als lid van het auditteam.
- 1.2.3. Integriteit
  - 1.2.3.1. gaat zorgvuldig en respectvol om met waarnemingen en bevindingen;
  - 1.2.3.2. houdt zich aan de geheimhoudingsplicht.
- 1.2.4. Samenwerking
  - 1.2.4.1. is in staat om in teamverband te werken;
  - 1.2.4.2. erkent de rol van voorzitter en surveymanager..
- 1.2.5. Leerhouding
  - 1.2.5.1. staat open voor feedback en stelt zich lerend op..

## **2. Begin en einde van het auditorschap**

- 2.1. De auditor die door het NIAZ als zodanig is aanvaard wordt ingeschreven in het auditorentableau. Hij tekent daartoe een Verklaring Inschrijving Auditorentableau, waarin hij zich verbindt zich te houden aan de bepalingen van dit reglement alsmede aan andere relevante regels van het NIAZ.
- 2.2. Het NIAZ kan het auditorschap te allen tijde met redenen omkleed beëindigen (schrappen van het tableau), door middel van een schriftelijke aanzegging aan de auditor.
- 2.3. De auditor kan het auditorschap te allen tijde en zonder opgave van redenen beëindigen, door middel van een schriftelijke aanzegging aan het NIAZ.

## **3. Algemene verplichtingen auditor**

- 3.1. In overleg en met inachtneming van de bepalingen van dit reglement zal de auditor beschikbaar zijn voor de in dit reglement omschreven werkzaamheden. Hij committeert zich aan de binnen het NIAZ afgesproken tijdsinvestering voor de voorbereiding, uitvoering en rapportage van een accreditatietraject en de daarmee samenhangende planning.
- 3.2. De auditor vervult zijn taak in overeenstemming met de zorgvuldigheid die het NIAZ van een goed auditor mag verwachten en met de geldende richtlijnen en reglementen van NIAZ. Hiertoe behoren in ieder geval de volgende gedragsregels:
  - 3.2.1. het zich in de instelling als gast gedragen;
  - 3.2.2. het zich onthouden van het geven van eigen opinies, informatie over eigen ervaringen, adviezen of waardeoordelen;
  - 3.2.3. het respecteren van de afgesproken tijden;
  - 3.2.4. het niet aannemen van blijken van individueel gunstbetoon (cadeautjes/relatiegeschenken);
  - 3.2.5. het zich onthouden van aanstootgevend gedrag
- 3.3. De auditor informeert NIAZ tijdig en adequaat over verandering van zijn functie, een mogelijk belangenconflict, het mogelijk niet langer voldoen aan de profieisen van een auditor dan wel andere zaken waarvan hij moet begrijpen dat die van wezenlijke invloed zijn op het functioneren als auditor.
- 3.4. De auditor neemt met goed gevolg deel aan het door het NIAZ voor auditoren vastgestelde programma voor deskundigheidsbevordering en werkt mee aan evaluaties, zowel van het auditorenteam als de auditor individueel.

## **4. Onafhankelijkheid auditor**

- 4.1. De auditor die betrokken is bij een accreditatietraject van een instelling mag in de twee voorafgaande jaren niet betrokken zijn geweest bij de activiteiten van de instelling.

- 4.2. De auditor die door NIAZ voor de participatie aan een accreditatietraject in een bepaalde instelling wordt gevraagd, zal – indien van toepassing – ter gelegenheid van dit aanzoek uit eigen beweging aan NIAZ melding maken dat en op welke titel hij in de betreffende instelling in het verleden werkzaam is geweest, ongeacht de termijn die sindsdien is verstreken.
- 4.3. De auditor zal tot na de beslissing door het NIAZ over de accreditatiestatus van de instelling geen activiteiten, onder welke benaming dan ook, in deze instelling verrichten en gedurende deze periode ook geen toezegging tot het verrichten van dergelijke activiteiten na dit tijdstip van deze instelling accepteren.

## **5. Geheimhouding auditor**

- 5.1. De auditor zal geheim houden al hetgeen hem ter kennis komt als auditor. Deze geheimhouding heeft betrekking op informatie die niet op rechtmatige wijze voor het publiek of derden toegankelijk is en waarvan hij de vertrouwelijkheid moet begrijpen, met betrekking tot het NIAZ zelf en de instellingen en personen waarmee het NIAZ een relatie onderhoudt.
- 5.2. De auditor draagt zorg dat ter zake tot zijn beschikking gekomen en komende bescheiden, in papieren, elektronische of andere vorm, niet door derden kunnen worden ingezien. De auditor draagt zorg voor een adequate vernietiging van deze bescheiden of biedt deze ter vernietiging aan aan het secretariaat van het NIAZ.
- 5.3. De auditor zal van deze informatie geen gebruik maken voor doeleinden uit hoofde van een andere functie dan die in het NIAZ.
- 5.4. De verplichtingen tot geheimhouding blijven bestaan na beëindiging van een accreditatietraject dan wel de andere werkzaamheden zoals bedoeld in dit reglement en eveneens na beëindiging van het auditorschap.

## **6. Vergoeding**

- 6.1. De auditor heeft recht op een vergoeding voor de werkzaamheden, in het geval en voor de omvang als deze door bestuur of directie voor vergoeding vatbaar zijn gesteld. Indien de auditor als BTW-ondernemer wordt aangemerkt kan daarenboven BTW in rekening worden gebracht, mits wordt voldaan aan de ter zake geldende vormvoorschriften (o.m.: gedateerde en genummerde factuur met vermelding van BTW-nummer).
- 6.2. De auditor draagt zorg voor een gespecificeerde declaratie dan wel factuur. Hij geeft aan te wiens gunste de vergoeding betaalbaar zal worden gesteld.
- 6.3. In de aan de auditor of andere begunstigde uit te keren vergoeding worden alle verschuldigde afdrachten ter zake van fiscale wetgeving en sociale verzekeringen geacht te zijn begrepen. De auditor dan wel andere begunstigde draagt zelf zorg voor een adequate aangifte van de vergoedingen bij de belastingdienst respectievelijk voor afdracht bij de belastingdienst van de ter zake verschuldigde afdrachten. De auditor vrijwaart het NIAZ tegen alle aanspraken van de fiscus dan wel de uitvoerder van de sociale verzekeringen.

## **7. Aansprakelijkheid**

- 7.1. Het NIAZ bedingt bij de instelling uitsluiting van aansprakelijkheid voor eventuele schade die de instelling ondervindt tijdens het accreditatieproces, tenzij er sprake is van opzet of grove nalatigheid van één of meerdere personen die het NIAZ hierbij inzet.
- 7.2. NIAZ vrijwaart de auditor tegen aansprakelijkheid op dezelfde grondslag als in het vorige lid vermeld.

## **8. Toepassing en wijziging reglement**

- 8.1. Ten aanzien van in dit reglement onvoorzienne gevallen beslist het bestuur van het NIAZ. Het bestuur kan in een individueel geval om gewichtige redenen, in het belang van het NIAZ en met inachtneming van de waarden van NIAZ en diens contractuele verplichtingen tegenover derden, van bepalingen in dit reglement afwijken.

- 8.2. Dit reglement kan te allen tijde door het bestuur van het NIAZ worden gewijzigd en is alsdan in zijn gewijzigde vorm voor de auditor van kracht.
- 8.3. Het NIAZ stelt de in zijn tableau opgenomen auditoren van elke wijziging van dit reglement in kennis.



## Reglement Commissie Kwaliteitsverklaringen

(26 november 2008)

### 1. Plaats

De commissie is ingesteld door het bestuur.

### 2. Doelstelling

De commissie adviseert het NIAZ bestuur, dan wel neemt bij een positief advies een gemandateerd besluit inzake het toekennen en continueren van de accreditatiestatus aan een zorginstelling.

### 3. Samenstelling commissie en benoeming van de leden.

#### 3.1 Samenstelling

De commissie bestaat uit een voorzitter en tenminste vier leden, waaronder de vicevoorzitter.

Tevens nemen deel:

- de directeur NIAZ
- de coördinator accreditatietrajecten / hoofd NIAZ bureau

#### 3.2 Benoeming van de voorzitter en leden van de commissie

- De voorzitter en vice voorzitter worden jaarlijks door het bestuur benoemd.
- Leden worden gerekruteerd uit het auditorentableau.
- Leden worden voorgedragen door de NIAZ directie.
- Leden worden benoemd door het bestuur

Leden worden benoemd voor de periode van twee jaar met de mogelijkheid van een eenmalige herbenoeming. Zij treden af volgens een rooster van aftreden. Herbenoeming na een periode van terugtreding is mogelijk.

### 4. Besluitvorming

De adviezen van de commissie aan het bestuur, ten aanzien van het toekennen of continueren van een accreditatiestatus, zijn gebaseerd op consensus van de commissie. De volgende adviezen worden daarbij onderscheiden:

- *Een positief advies*  
De CKV neemt een gemandateerd bestuursbesluit tot toekennen of continueren van de accreditatiestatus.
- *Een negatief advies*  
De CKV rapporteert dit advies, onderbouwd in een verslag, in aan het bestuur. Het bestuur neemt een besluit.
- *Een besluit uitstellen*  
De CKV rapporteert dit advies, onderbouwd in een verslag, aan het bestuur. Het bestuur neemt een besluit.

Besluiten worden alleen genomen wanneer naast de voorzitter tenminste vier leden aanwezig zijn.

Indien een lid van de CKV betrokken is geweest bij een audit kan deze niet deelnemen aan de behandeling daarvan in de CKV.

Wanneer *geen consensus* wordt bereikt t.a.v. een uit te brengen advies, doet de directeur hiervan verslag aan het NIAZ- bestuur. Het bestuur neemt op basis van het verslag een besluit.

**5. Verslaglegging**

Er wordt een verslag gemaakt per audit en het daarover uitgebrachte advies. Het verslag wordt getekend door de voorzitter.

**6. Geheimhouding**

De voorzitter, vice voorzitter en leden van de commissie tekenen een geheimhoudingsverklaring.

**7. Vergoeding**

De voorzitter, vice voorzitter en leden ontvangen een jaarlijks door het bestuur vast te stellen vergoeding.

**8. Overige zaken**

Overige zaken zijn geregeld in de 'Procedure Commissie Kwaliteitsverklaringen'.



## Reglement Klachten en Beroep

(26 mei 2006)

### Overwegingen

- Het NIAZ heeft tot doel bij te dragen aan de borging en verbetering van de kwaliteit van zorg in zorginstellingen.
- Het NIAZ realiseert dit door zorginstellingen, die zich daarvoor hebben opgegeven, periodiek via een vaste procedure aan de hand van vooraf vastgestelde normen te doorlichten. Bij gebleken conformiteit met de gestelde eisen verkrijgen de betreffende zorginstellingen een accreditatiestatus.
- Het NIAZ neemt in dat kader beslissingen die van belang zijn voor de zorginstellingen, mogelijk en in toenemende mate ook in het zakelijk verkeer met bijvoorbeeld zorgconsumenten, zorgverzekeraars, WA-verzekeraars en Inspectie.
- Van belang is derhalve een rechtvaardige en evenwichtige regeling van geschillen die tussen NIAZ en zorginstellingen zouden kunnen ontstaan.
- Onderscheid wordt gemaakt tussen een klacht en een beroep.
  - Een klacht heeft betrekking op een (uiting van) ongenoegen met betrekking tot in beginsel elk van de aspecten van het functioneren van het NIAZ. Het NIAZ ziet een klacht primair als een kans tot verbetering.
  - Een beroep betreft een opkomen tegen een formele beslissing door het NIAZ met betrekking tot de onderwerpen die in dit reglement worden genoemd. In het algemeen zijn dit beslissingen met een rechtsgevolg voor de instelling.
- Voor beroep scheidt dit reglement een formele procedure, gericht op het bereiken van een bindend oordeel. Klachtenbehandeling wordt bij voorkeur informeel en zo laagdrempelig mogelijk, met de mogelijkheid van snel herstel van ongenoegen, vormgegeven. De behandeling van een klacht is gericht op relatiebehoud en kwaliteitsverbetering.
- Als een klager ten aanzien van een klacht een formele uitspraak wenst is uitgangspunt dat deze geschiedt door de directie ingeval van klachten over het NIAZ, door het bestuur in het geval van klachten over de directie of het bestuur.

### Klachten

#### 1. Klachten

- 1.1. Een klacht is een uiting van ongenoegen en kan betrekking hebben op in beginsel elk aspect van het functioneren van het NIAZ.
- 1.2. Tot het indienen van een klacht is gerechtigd degene die een zorginstelling rechtsgeldig vertegenwoordigt of door die persoon daartoe gemachtigd is, hierna ook te noemen 'klager'.
- 1.3. Een klacht over het NIAZ wordt schriftelijk, met redenen omkleed, ingediend bij de directie van het NIAZ. Betreft de klacht het functioneren van de directie of het bestuur, dan wordt de klacht op gelijke wijze ingediend bij het bestuur van het NIAZ.
- 1.4. Klager ontvangt na ontvangst van de klacht per ommegaande een ontvangstbevestiging, waarin staat vermeld wanneer de klacht naar verwachting zal zijn behandeld.
- 1.5. Het orgaan dat de klacht behandelt gaat direct na ontvangst van de klacht na of onmiddellijk dan wel op korte termijn maatregelen te nemen zijn die de oorzaak van de klacht kunnen

wegnemen of beperken, dan wel of maatregelen tot geheel of gedeeltelijk herstel van eventuele nadelige gevolgen kunnen worden genomen.

- 1.6. Het orgaan dat de klacht behandelt draagt zorg dat deze behandeling binnen een redelijke termijn is afgerond, in ieder geval binnen drie maanden na de ontvangst van de klacht.
- 1.7. Klager wordt, indien door hem gewenst, in de gelegenheid gesteld zijn klacht nader schriftelijk toe te lichten en, indien door hem gewenst, door het orgaan dat de klacht behandelt te worden gehoord.
- 1.8. Het orgaan van het NIAZ waarop de klacht betrekking heeft wordt in de gelegenheid gesteld schriftelijk verweer te voeren.
- 1.9. Het orgaan dat de klacht behandelt draagt zorg voor een deugdelijk feitenonderzoek.
- 1.10. Klager ontvangt een schriftelijke conclusie van het orgaan dat de klacht behandelt. Hierin wordt vermeld of en in hoeverre de klacht gegrond is bevonden. Tevens wordt, in geval de klacht geheel of gedeeltelijk gegrond is verklaard, vermeld wat het NIAZ onderneemt om herhaling te voorkomen.

## **Beroep**

### **2. Beroepsmogelijkheden**

- 2.1. Beroep kan worden aangetekend door de zorginstelling die rechtstreeks in haar belang wordt getroffen, hierna te ook te noemen 'appellant', tegen
  - 2.1.1. alle beslissingen van het NIAZ ten aanzien van de accreditatiestatus van de zorginstelling, inclusief de daaraan verbonden voorwaarden
  - 2.1.2. alle beslissingen die daarvoor op grond van een accreditatieovereenkomst of bestuursbesluit vatbaar zijn gemaakt.
- 2.2. Onder een beslissing in het vorige lid wordt mede verstaan het niet of op grond van daartoe strekkende voorschriften niet tijdig of onvolledig nemen van een beslissing.
- 2.3. Voor beroep vatbare beslissingen in het NIAZ worden genomen door een van de organen van de Stichting: bestuur en directie. Het orgaan waarvan de beslissing wordt bestreden zal als partij in het geding worden aangemerkt.

### **3. Commissie van Beroep**

- 3.1. Het bestuur van het NIAZ stelt in en benoemt de leden van een Commissie van Beroep.
- 3.2. De leden van de Commissie van Beroep oefenen hun taak uit in onafhankelijkheid ten opzichte van bestuur en directie. Het lidmaatschap van de Commissie van Beroep is onverenigbaar met de hoedanigheid van lid van het bestuur of van de directie van het NIAZ.
- 3.3. De Commissie van Beroep bestaat uit tenminste drie leden en drie plaatsvervangende leden. De voorzitter, die bij voorkeur beschikt over de hoedanigheid van meester in de rechten dan wel een daarmee vergelijkbare juridische graad, wordt als zodanig door het bestuur benoemd.
- 3.4. De (plaatsvervangende) leden van de Commissie van Beroep worden benoemd voor een termijn van vier jaar en zijn terstond en bij herhaling herbenoembaar na het verstrijken van de benoemingstermijn.
- 3.5. Alvorens een lid voor de eerste keer benoemd wordt worden de organisaties, die krachtens de statuten van het NIAZ het recht hebben leden van het bestuur van het NIAZ voor te

- dragen, in de gelegenheid gesteld hun eventuele bezwaar tegen de kandidatuur van het betreffende lid kenbaar te maken.
- 3.6. De (plaatsvervangende) leden van de Commissie van Beroep houden geheim al hetgeen in de uitoefening van hun taak over de (appellerende) zorginstellingen en het NIAZ ter kennis komt. Dit heeft betrekking op alle informatie die niet op rechtmatige wijze voor het publiek of derden toegankelijk is. Zij tekenen daartoe een geheimhoudingsverklaring.
- 3.7. In het ambtelijk secretariaat van de Commissie van Beroep wordt voorzien door of vanwege de directie van het NIAZ. De betreffende functionaris maakt geen deel uit van de Commissie van Beroep.

#### **4. Het instellen van beroep**

- 4.1. Het instellen van beroep kan geschieden binnen dertig werkdagen na dagtekening van een beslissing van het NIAZ. Zaterdagen, zondagen en algemeen erkende feestdagen worden niet aangemerkt als werkdag.
- 4.2. Het instellen van beroep schort de werking van het besluit van het NIAZ niet op, tenzij anders is bepaald in de accreditatieovereenkomst of bij of krachtens bestuursbesluit.
- 4.3. Het instellen van beroep gebeurt door middel van een met redenen omkleed beroepschrift, gericht aan de Commissie van Beroep en aangetekend verzonden.
- 4.4. De zorginstelling alsmede het betreffende orgaan van het NIAZ ontvangen na ontvangst van het beroepschrift van de ambtelijk secretaris onverwijld een bericht van ontvangst.
- 4.5. De voorzitter van de Commissie van Beroep bepaalt na ontvangst van het beroepschrift zo spoedig als in redelijkheid mogelijk de plaats, de dag en het uur van de zitting ter behandeling van het beroep. Dit gebeurt zo veel mogelijk in overleg met appellant en NIAZ. De appellant en het betreffende orgaan van het NIAZ ontvangen hiervan onverwijld bericht.
- 4.6. Voor het instellen van beroep zijn door appellant geen kosten aan het NIAZ verschuldigd. Appellant kan zich laten bijstaan door een raadsman. De kosten daarvan zijn voor rekening van appellant.

#### **5. Behandeling van het beroep**

- 5.1. De Commissie van Beroep behandelt het beroep binnen een redelijke termijn, doch in ieder geval binnen drie maanden na ontvangst van het beroepschrift.
- 5.2. Behandeling van het beroep geschiedt door een Kamer, bestaande uit de voorzitter en tenminste twee door hem aan te wijzen leden. De Kamer bestaat altijd uit een oneven aantal leden, de voorzitter meegerekend.
- 5.3. Indien sprake is van vermenging van belangen van enig lid van de Commissie van Beroep met die van de appellant zal dit lid voor de behandeling van het geding onmiddellijk terugtreden ten behoeve van een ander lid. Zowel appellant als NIAZ kunnen een lid van de Commissie van Beroep met het oog hierop wraken. De Commissie van Beroep beslist over het verzoek tot wraking.
- 5.4. Zolang de Commissie van Beroep ten aanzien van het beroep geen uitspraak heeft gedaan kan, op gemotiveerd verzoek van appellant, op grond dat de uitvoering van het besluit voor appellant onevenredig nadeel met zich zou brengen in verhouding tot het door een onmiddellijke uitvoering van dat besluit te dienen belang, de voorzitter bij wege van voorziening een beslissing van het NIAZ geheel of gedeeltelijk schorsen of bepalen dat een maatregel wordt getroffen om dergelijk onevenredig nadeel te voorkomen of beperken.
- 5.5. De voorzitter van de Commissie van Beroep zal in het geval van lid 5.4, nadat hij zich op de hoogte heeft gesteld van de argumenten van zowel appellant als het NIAZ, zo spoedig mogelijk gemotiveerd uitspraak doen. Zo mogelijk overlegt de voorzitter met de Kamer. De

uitspraak is bindend voor appellant en NIAZ. De uitspraak wordt schriftelijk aan appellant en NIAZ bevestigd.

- 5.6. Zowel appellant als NIAZ hebben het recht voorafgaand aan de zitting hun stellingen schriftelijk toe te lichten.
- 5.7. Appellant en NIAZ worden door de Commissie van Beroep ter zitting gehoord. Elk kan zich ter zitting daarbij laten bijstaan of vertegenwoordigen door een raadsman. Elk kan ook afzien van het recht te worden gehoord.
- 5.8. Alle medewerkers van het NIAZ, waaronder begrepen de auditoren, alsmede eventueel bij het accreditatieproces ingeschakelde externe deskundigen, zijn verplicht de Commissie van Beroep desgevraagd inlichtingen te verschaffen. De Commissie van Beroep heeft daartoe desgevraagd inzage in en ontvangt afschrift van alle in redelijkheid met betrekking tot de litigieuze beslissing relevante bescheiden.
- 5.9. De Commissie van Beroep heeft voorts de bevoegdheid getuigen te horen, deskundigen te raadplegen en alle andere maatregelen te nemen en voorzieningen te treffen, waaronder begrepen het houden van een nadere zitting, als zij in redelijkheid in het belang van een goede oordeelsvorming nodig acht.
- 5.10. De appellant en het NIAZ hebben het recht ter zitting getuigen voor te brengen, mits van de namen en adressen van de getuigen uiterlijk vijf werkdagen voor de zittingsdatum schriftelijk opgave is gedaan aan de Commissie van Beroep en het NIAZ respectievelijk appellant.

## **6. Oordeel**

- 6.1. De Commissie van Beroep draagt zorg dat haar oordeel binnen een redelijke termijn, doch uiterlijk twee maanden na de (afsluitende) zitting aan appellant en NIAZ wordt bekend gemaakt.
- 6.2. Het oordeel van de Commissie van Beroep is bindend voor NIAZ en appellant.
- 6.3. De Commissie van Beroep oordeelt in overeenstemming met de beginselen van redelijkheid en billijkheid. Zij is gehouden aan de terzake relevante accreditatieovereenkomst en de door het bestuur van het NIAZ voor vergelijkbare instellingen vastgestelde reglementen en regels.
- 6.4. De Commissie van Beroep besluit bij gewone meerderheid van stemmen.
- 6.5. Bij het gegrond verklaren van het beroep van appellant kan de Commissie van Beroep op vordering van appellant
  - 6.5.1. de bestreden beslissing van het NIAZ geheel of gedeeltelijk intrekken of wijzigen
  - 6.5.2. het NIAZ veroordelen de bestreden beslissing geheel of ten dele in te trekken of te wijzigen
  - 6.5.3. het NIAZ veroordelen geen uitvoering te geven aan de bestreden beslissing, dan wel de uitvoering daarvan te staken
  - 6.5.4. het NIAZ veroordelen bepaalde handelingen te verrichten.
- 6.6. De Commissie van Beroep kan bepalen dat zij de beslissing die zij op grond van het voorgaande artikel bevoegd is te nemen aan het NIAZ uitbrengt als aanbeveling.
- 6.7. Het oordeel van de Commissie van Beroep wordt op schrift gesteld en door de voorzitter en de overige leden ondertekend. Een afschrift daarvan wordt aan appellant en NIAZ toegezonden.
- 6.8. Het origineel van het oordeel wordt gedeponneerd in het archief van de Commissie van Beroep. Inzage aan derden wordt verleend uitsluitend indien vooraf toestemming is verkregen van zowel appellant als NIAZ.

## **Overige bepalingen**

### **7. Onvoorziene gevallen**

- 7.1. In de gevallen waarin dit reglement ten aanzien van de behandeling van klachten niet voorziet beslist het bestuur van NIAZ, gehoord de directie.
- 7.2. In de gevallen waarin dit reglement ten aanzien van de behandeling van beroep niet voorziet beslist de Commissie van Beroep, gehoord het bestuur van NIAZ.

### **8. Publiciteit**

- 8.1. Het bestuur van het NIAZ stelt, onder meer met het oog op de jaarverslaglegging, het publicatiebeleid met betrekking tot de behandeling van beroep en klachten vast, met inachtneming van de bepalingen van dit reglement.

---



## Reglement Klachten Consumenten

(25 juni 2009)

### Overwegingen

- Het NIAZ heeft tot doel bij te dragen aan de borging en verbetering van de kwaliteit van zorg in zorginstellingen.
- Het NIAZ realiseert dit door zorginstellingen, die zich daarvoor hebben opgegeven, periodiek via een vaste procedure aan de hand van vooraf vastgestelde normen te doorlichten. Bij gebleken conformiteit met de gestelde eisen verkrijgen de betreffende zorginstellingen een accreditatiestatus.
- Het NIAZ spreekt in dat kader een oordeel uit over de zorginstellingen waaraan derden – in het kader van dit reglement aan te duiden met de term ‘consumenten’ – een zeker vertrouwen kunnen ontleen. Onder ‘consumenten’ vallen natuurlijke personen en rechtspersonen die een aantoonbaar belang hebben bij de werkzaamheden van het NIAZ. Onder meer: patiënten of zorgconsumenten, zorgverzekeraars, WA-verzekeraar, samenwerkingspartners, alsmede hen vertegenwoordigende organisaties.
- Van belang is derhalve een regeling van de behandeling van klachten die consumenten over het NIAZ kunnen hebben.
- Klachten kunnen gaan over een door het NIAZ geaccrediteerde instelling of over het NIAZ zelf.
- Voorwaarde voor accreditatie door het NIAZ is dat instellingen beschikken over een adequate procedure voor behandeling van klachten van consumenten. Klachten over een door het NIAZ geaccrediteerde instelling worden daarom niet door het NIAZ zelf behandeld, maar voor behandeling terugverwezen naar de instelling. Het NIAZ wil voorkomen dat via de band van het NIAZ een alternatieve klachtenprocedure ontstaat.
- Het NIAZ zal aan de instelling kunnen vragen te worden geïnformeerd over het antwoord aan klager. Klachten van ernstige aard of een bepaald klachtenpatroon kunnen voor het NIAZ wel aanleiding zijn voor nader onderzoek in verband met de accreditatiestatus van de instelling.
- Voor klachten over het NIAZ zelf is uiteraard het NIAZ aanspreekbaar.
- De behandeling van klachten van instellingen die met het NIAZ een accreditatieovereenkomst hebben gesloten is geregeld in het Reglement Klachten en Beroep.
- De behandeling van klachten van medewerkers van het NIAZ geschiedt volgens een interne procedure.

### 1. Twee soorten klachten

1.1.

1.2. Dit reglement onderscheidt twee soorten klachten:

- klachten over een door het NIAZ geaccrediteerde instelling
- klachten over het NIAZ.

### 2. Klachten over een door het NIAZ geaccrediteerde instelling

- 2.1. Een klacht over een door het NIAZ geaccrediteerde instelling betreft de uiting van onvrede over enige handeling door of namens de instelling of omstandigheid in de instelling, gedaan door een patiënt, medewerker of bezoeker dan wel door een persoon of organisatie waarmee de instelling contacten onderhoudt of die in een bijzondere betrekking tot een patiënt, medewerker of bezoeker staat. Onder handeling wordt tevens het nalaten van handelingen verstaan.
- 2.2. Klager ontvangt na ontvangst van de klacht per ommegaande een ontvangstbevestiging, waarin staat vermeld wat het NIAZ met de klacht doet.
- 2.3. Het NIAZ zendt de klacht ter behandeling door aan de betreffende instelling. Het NIAZ geeft daarbij aan of het over de uitkomst van de behandeling wil worden geïnformeerd.

- 2.4. Het NIAZ houdt per instelling een registratie van de klachten waarvan het heeft aangegeven over de behandeling te worden geïnformeerd. Deze wordt ter kennis gebracht van het auditorenteam dat de eerstvolgende audit uitvoert.
- 2.5. Indien de klacht op zich dan wel de klacht als onderdeel van een bepaald klachtenpatroon het NIAZ aanleiding geeft voor nader onderzoek in verband met de accreditatiestatus van de instelling, wordt de klager daarover en over de uitkomst van het onderzoek door het NIAZ geïnformeerd.

### **3. Klachten over het NIAZ**

- 3.1. Tot het indienen van een klacht volgens dit reglement is gerechtigd elke natuurlijke persoon of rechtspersoon die een in redelijkheid te stellen belang heeft bij de werkzaamheden van het NIAZ.
- 3.2. In het vorige lid uitgesloten zijn medewerkers van instellingen die een accreditatieovereenkomst met NIAZ hebben met klachten in relatie tot de instelling waarin zijn werkzaam zijn, de instellingen zelf en medewerkers van het NIAZ. Onder medewerkers van het NIAZ vallen alle natuurlijke personen die NIAZ bij zijn werkzaamheden inzet: medewerkers in dienstverband of door een andere overeenkomst duurzaam aan NIAZ verbonden, auditoren, leden van Colleges en Raad van Commissarissen.
- 3.3. Een klacht kan betrekking hebben op in beginsel elk aspect van het functioneren van het NIAZ. Onderwerp van een klacht kunnen onder meer zijn:
  - o het naar het oordeel van de klager ten onrechte verlenen, continueren of onthouden van de accreditatiestatus van een instelling
  - o de schending van de door het NIAZ voor zijn functioneren gestelde regels
  - o de juistheid van de informatievoorziening door het NIAZ
  - o gedrag en handelingen van en bejegening door medewerkers van het NIAZ
  - o in het algemeen gedragingen, beslissingen of omstandigheden die niet in overeenstemming zijn met de door het NIAZ geformuleerde kernwaarden.
- 3.4. Een klacht wordt schriftelijk of per e-mail, met redenen omkleed, ingediend bij de Raad van Bestuur/Bestuurder van het NIAZ. Betreft de klacht het functioneren van de Raad van Bestuur/Bestuurder, dan wordt de klacht op gelijke wijze ingediend bij de Raad van Commissarissen van het NIAZ.
- 3.5. Klager ontvangt na ontvangst van de klacht per ommegaande een ontvangstbevestiging, waarin staat vermeld wanneer de klacht naar verwachting zal zijn behandeld. Indien de klacht direct als kennelijk ongegrond wordt beoordeeld, ontvangt klager daarvan direct bericht.
- 3.6. In het geval de inhoud van de klacht een samenloop van een klacht over een door het NIAZ geaccrediteerde instelling en een klacht over het NIAZ zelf behelst, zal het NIAZ er naar streven de behandeling in afstemming met de betrokken instelling te plegen.
- 3.7. Het orgaan dat de klacht behandelt gaat direct na ontvangst van de klacht na of onmiddellijk dan wel op korte termijn maatregelen te nemen zijn die de oorzaak van de klacht kunnen wegnemen of beperken, dan wel of maatregelen tot geheel of gedeeltelijk herstel van eventuele nadelige gevolgen kunnen worden genomen.
- 3.8. Het orgaan dat de klacht behandelt draagt zorg voor een deugdelijk feitenonderzoek.
- 3.9. Klager wordt, indien door hem gewenst, in de gelegenheid gesteld zijn klacht nader schriftelijk toe te lichten en, indien door hem gewenst, door het NIAZ te worden gehoord.
- 3.10. Het orgaan dat de klacht behandelt draagt zorg dat deze behandeling binnen drie maanden na de ontvangst van de klacht is afgerond. Bij een eventuele vertraging wordt de klager daarover en over de reden van de vertraging tijdig geïnformeerd.
- 3.11. Klager ontvangt een schriftelijke conclusie van het orgaan dat de klacht behandelt. Hierin

wordt vermeld of en in hoeverre de klacht gegrond is bevonden. Tevens wordt, in geval de klacht geheel of gedeeltelijk gegrond is verklaard, vermeld wat het NIAZ onderneemt om herhaling te voorkomen.

## Consultatie partnerorganisaties

Bij de ontwikkeling van zijn norm- en toetsingssystematiek raadpleegt NIAZ als regel een aantal organisaties met specifieke deskundigheid en ervaring. Onderstaand een overzicht van deze organisaties.

Klikken op het logo brengt u op de website van de betreffende organisatie.



ActiZ organisatie van zorgondernemers



CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg

[Centramed](#)

Centramed



Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland



GGZ Nederland



Inspectie voor de Gezondheidszorg



MediRisk



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Nederlandse Zorgautoriteit



Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra



Nederlands Huisartsen Genootschap



Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie



Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica



NVZ vereniging van ziekenhuizen



Orde van Medisch Specialisten



Revalidatie Nederland



Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland



Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland



Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen (België)



Vereniging Integrale Kankercentra



Vereniging van ziekenhuis instrumentatietechnici



Zelfstandige Klinieken Nederland



Zorgnet Vlaanderen



Zorgverzekeraars Nederland

## **Uitwerking en voorbeelden (UV**

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 111 (inhoud beleidsvisie)**

**Normelement:**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

**Voor meer UV zie ook:**

Centramonitor:  
[RI 04.01 Protocol eclampsie – uitkomstmaat 2](#)

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 112 (beleidsvisie actualiseren)</b>		<b>Normelement: 112.01 C</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	
		Centramonitor: RI 04.01 protocol eclampsie RI 05.09 evaluatie overdracht Thuiszorg	

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 113 (voorbeeldfunctie)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 121 (taakverdelen)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 121 (taakverdelen)**

**Normelement: 121.01**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

Governancecode zorg

**Voor meer UV zie ook:**

[Rubriek 121](#)

De brancheorganisatie die samenwerken in de vereniging Brancheorganisaties Zorg ([BoZ](#)) hebben zelf regels opgesteld voor goed bestuur en toezicht voor zorginstellingen. Deze regels zijn vastgelegd in de Zorgbrede [Governancecode](#).

Naleving van deze code geldt als lidmaatschapsverplichting voor de aangesloten brancheorganisaties: [ActiZ](#), [GGZ Nederland](#), [NFU](#), [NVZ](#) en [VGN](#).

Belanghebbenden die vinden dat een zorgonderneming de governancecode niet goed naleeft, kunnen terecht bij de [Governancecommissie](#) gezondheidszorg. Deze onafhankelijke commissie stelt vast of de Governancecode wel of niet geschonden is en zo ja in welke mate. De betrokken branchevereniging kan sancties opleggen.

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 122 (organisatie borgen)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 122 (organisatie borgen)**

**Normelement:**  
**122.04**  
**122.05**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

Documentbeheersysteem

**Voor meer UV zie ook:**

Centromonitor  
[RI 01.04](#) Li-Re Procedure  
[RI 01.12](#) Uitvoeren audits OK  
[RI 02.04](#) Afspraken SEH  
[RI 03.02](#) Afspraken transporten  
[RI 07.03](#) Voorkomen LI-RE  
wisselingen Radiologie

### Documentbeheersysteem

Afspraken zijn gemaakt over op welke wijze deze documenten worden opgesteld, vastgesteld en beheerd. Onder documenten worden verstaan [procedures](#), [werkinstructies](#), [protocollen](#), schriftelijke afspraken en dergelijke.

Het beheer van documenten omvat ten minste afspraken over:

- de geldigheid van documenten;
- het opstellen c.q. actualiseren van documenten;
- de bevoegdheid tot het doorvoeren van wijzigingen in documenten;
- de aanwezigheid c.q. beschikbaarheid van documenten;
- het verwijderen van niet-actuele documenten.

NIAZ stelt geen eisen aan de vorm (papier, elektronisch) van het documentbeheersysteem.

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 211 (beleid verkennen (antenne))</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 212 (beleid vormen (proces))</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 213 (beleid vormen (inhoud))</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 214 (stakeholders)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 215 (meting, evaluatie, verantwoording)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 311 (werving en behoud)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

**Rubriek: 311 (werving en behoud)**

**Normelement:**  
311.01  
311.03

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#) | [toelichting](#) | [definities](#)

**Inhoud:**  
Kwaliteitsregister V&VN

**Voor meer UV zie ook:**  
Centramonitor  
[RI 02.04](#) Afspraken SEH vraag 4  
[RI 02.07](#) Feedback jaargesprek

### Kwaliteitsregister V&VN

Door Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland ([V&VN](#)), de beroepsvereniging van zorgprofessionals, is een kwaliteitsregister ontwikkeld en operationeel gesteld. Het [Kwaliteitsregister V&VN](#) is een online registratiesysteem waarin een verpleegkundige of verzorgende kan vastleggen wat gedaan is aan deskundigheidsbevordering. Door de beroepsgroep is in samenspraak met betrokkenen een standaard opgesteld, waaraan de verpleegkundige of verzorgende zich kan spiegelen om te zien of hij of zij voldoende bekwaam is.

Na registratie in het Kwaliteitsregister V&V kan een professional in het Kwaliteitsregister V&V inloggen om een persoonlijk dossier aan te leggen. Daarin wordt genoteerd wat gedaan aan deskundigheidsbevordering is en zal worden: activiteiten, plannen en wensen overzichtelijk bij elkaar. V&VN noemt dit de digitale portfolio.

De deelnemer voert op de website [www.kwaliteitsregistervnv.nl](http://www.kwaliteitsregistervnv.nl) als eerste het plan voor de activiteiten in. Als deze zijn afgerond wordt de deelname bevestigd en krijgt de deelnemer punten op basis van het aantal uren dat gemoeid is met die bepaalde activiteit. Het registratiesysteem geeft in een overzicht aan of de optelsom van de activiteiten voldoende is om deskundig te blijven. Als er in een periode van 5 jaar minimaal 184 uur besteed is aan deskundigheidsbevordering, dan beschikt de deelnemer over voldoende kwaliteit om het vak uit te oefenen, volgens de door de beroepsgroep opgestelde standaard.

Na toestemming van een deelnemer heeft een leidinggevende inzage in de digitale portfolio. Deze kan zo gebruikt worden voor het bespreken van het Persoonlijk Ontwikkelplan (POP). Het is verder bruikbaar bij verandering van werkgever om aan te tonen in hoeverre de deelnemer past in het profiel van de functie die wordt aangeboden.

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 312 (afstemming)**

**Normelement:**  
**312.02**  
**312.03**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

**Voor meer UV zie ook:**

Centramonitor:

[RI 02.05](#) bespreking incidenten  
SEH

[RI 03.04](#) Aantal FTE intensivisten

[RI 03.05](#) Scholingseisen

[RI 04.03](#) Deskundigheid

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 313 (werkomgeving)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 321 (functioneren)</b>	<b>Normelement: 321.01</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer UV zie ook:</b> Centramonitor <a href="#">RI 06.11</a> Medicatieproces in opleidingsplan		

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 322 (begeleiding)**

**Normelement:**  
**322.02**  
**322.03**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

**Voor meer UV zie ook:**

Centramonitor

[RI 03.04](#) Aantal FTE intensivisten

[RI 02.04](#) Afspraken SEH

[RI 04.04](#) Deskundigheid personeel

[RI 06.11](#) Medicatieproces in  
opleidingsplan

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 323 (scholing)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer UV zie ook:</b>		

**Rubriek: 323 (scholing)**

**Normelement:  
323.04  
323.07**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

**Voor meer UV zie ook:**

[Rubriek 323](#)

Centramonitor  
RI 06.11 Medicatieproces in  
opleidingsplan  
RI 05.10 Scholingsplan Risicovolle  
handelingen

## Medische bibliotheekvoorziening

Afspraken zijn gemaakt omtrent de activiteiten in het kader van de Medische Bibliotheek. Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze van afstemming met de gebruikers. Met name is afgesproken welke activiteiten door de Medische Bibliotheek centraal dan wel decentraal uitgevoerd worden.

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van samenwerkingsverbanden met andere instellingen (waaronder bibliotheken).

De Medische Bibliotheek draagt er zorg voor dat informatie over de organisatie en werkwijze van de Medische Bibliotheek beschikbaar is voor (nieuwe) gebruikers.

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de toegankelijkheid tot de bibliotheekcollectie en de bijbehorende dienstverlening. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan de toegankelijkheid buiten reguliere werktijden en in geval van onderbezetting (ziekte en verlof).

Afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop kennisoverdracht over en toegang tot ondersteunende faciliteiten c.q. voorzieningen voor gebruikers is geregeld (bijvoorbeeld in (bedienings)instructies, door het geven van rondleidingen, begeleiding c.q. training, introductie voor (nieuwe) gebruikers).

Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop de samenstelling van de collectie en de bepaling van de omvang van de collectie plaatsvindt. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan:

- de wijze waarop de besluitvorming plaatsvindt en wie daarbij betrokken zijn;
- de wijze waarop afstemming met de gebruiker plaatsvindt.

Tevens wordt rekening gehouden met vigerende richtlijnen.

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze en bevoegdheden bij:

- het aanschaffen van vakliteratuur;
- het opschonen en verwijderen van vakliteratuur.

Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop de collectie toegankelijk is gemaakt en is geordend.

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en voorwaarden bij het uitlenen, verlengen en reserveren van vakliteratuur. De Medische Bibliotheek draagt er zorg voor dat informatie over de werkwijze en voorwaarden beschikbaar is voor de gebruikers.

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij het opstellen en actualiseren van overzichtlijsten van vakliteratuur (waaronder aanwinstenlijsten, literatuuroverzichten, current contents en tijdschriftenlijsten).

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van het verkrijgen van vakliteratuur en de geboden ondersteuning hierbij; voor zover relevant zijn deze afspraken bekend bij de gebruikers.

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van het attenderen en literatuuronderzoek. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan:

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 323 (scholing)**

**Normelement:**  
**323.04**  
**323.07**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

**Voor meer UV zie ook:**  
[Rubriek 323](#)

Centramonitor  
[RI 06.11](#) Medicatieproces in  
opleidingsplan  
[RI 05.10](#) Scholingsplan Risicovolle  
handelingen

- de bekendheid bij de aanvrager met de te volgen werkwijze;
- de noodzakelijke interactie en afstemming met de aanvrager over onder andere de vraagstelling en het gewenste resultaat.

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de rol van de Medische Bibliotheek binnen haar taakopdracht bij de informatisering.

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 411 (inkoopproces)**

**Normelement:**

**411.01**  
**411.01 C**  
**411.02**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

**Voor meer UV zie ook:**

Centramonitor:  
[RI 09.01](#) Inkoop medische  
apparatuur  
[RI 09.02](#) Budget onderhoud en  
beheer  
[RI 08.08](#) Aantal Recals

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 412 (uitbesteden)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



### Rubriek: 421 (apparatuur)

### Normelement:

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

#### Inhoud:

Prestatie-indicatoren Medische Systemen (NVKF)  
Praktijkgids Risicomanagement en Medische Technologie (NVZ)  
Rapporten IGZ

#### Voor meer UV zie ook:

Centramonitor  
[RI 09.03](#) Ingebruikname nieuwe medische apparatuur  
[RI 09.04](#) Training en instructie  
[RI 09.06](#) aantal apparaten zonder ondehoudszekerheid  
[RI 09.07](#) Werking modaliteiten onder noodstroom wordt getest  
[RI 09.08](#) Vervanging slijtage delen van apparatuur in onderhoudsplannen  
[RI 09.09](#) Modificatie en ontwikkeling medische apparatuur

### Prestatie-indicatoren Kwaliteitsborging Medische Systemen (NVKF)

De kwaliteit en inzet van (medische) apparatuur is van cruciaal belang voor de kwaliteit en in het bijzonder de veiligheid van in ieder geval patiënten en vaak ook van medewerkers en bezoekers. NIAZ volgt de filosofie zoals verwoord door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF), namelijk dat apparatuur in alle fasen van de levenscyclus – van oriëntatie en aanschaf tot het opleggen en afvoeren – expliciete en professionele aandacht verdient. In de Kwaliteitsnorm Zorginstelling zijn de belangrijkste stappen als normelementen opgenomen. De NVKF heeft dit verder uitgewerkt in de veldstandaard: Prestatie-indicatoren Kwaliteitsborging Medische Systemen (mei 2007). Dit document onderscheidt 48 stappen in de levenscyclus van (medische) apparatuur en geeft daarmee zeer concrete meetpunten waar op gelet kan worden. De Orde van Medisch Specialist heeft voor de verantwoordelijkheid aan de zijde van de specialist-gebruiker een leidraad (17 oktober 2008) opgesteld.

### Praktijkgids Risicomanagement en Medische technologie

De NVZ vereniging van ziekenhuizen heeft in samenwerking met de NVKF, de Vereniging van Ziekenhuis Instrumentatietechnici (VZI), de Werkgroep Coördinatie Instrumentatie Beheer Ziekenhuizen (CIBZ) en de Werkgroep Instrumentatie Beheer Academische Ziekenhuizen (WIBAZ) een handleiding uitgebracht, de Praktijkgids Risicomanagement en Medische technologie (2007). Het document biedt enige theoretische achtergrond en een aantal checklists.

### Rapporten IGZ

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een tweetal rapporten over de inzet van (medische) apparatuur in ziekenhuizen uitgebracht. Het betreft het rapport Kwaliteitsborging van medische apparatuur in ziekenhuizen: verbetering noodzakelijk (oktober 2002) en het rapport Kwaliteitsborging van medische apparatuur in ziekenhuizen: nog steeds onderschat (december 2005).

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 422 (informatietechnologie)**

**Normelement:**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

NEN 7510 en 7511

**Voor meer UV zie ook:**

Centramonitor  
[RI 10.03](#) beschikbaarheid van vitale patiëntengegevens  
[RI 10.04](#) Testplan en acceptatieprocedure koppelingen  
[RI 10.05](#) Procedure bewustwording e-mailgebruik  
[RI 10.06](#) Toekennen toegangsrechten  
[RI 10.07](#) toekennen toegangsrechten tot ICT aan externe gebruikers  
[RI 10.08](#) Uitvoeren van BIV-classificaties

De normelementen in deze rubriek komen overeen met de hoofdstukken uit de NEN 7510 en NEN 7511, die handelen over medische informatica en informatiebeveiliging in de zorg. In verband met auteursrechten van het Nederlands Normalisatie-instituut ([NEN](#)) zijn deze normdocumenten niet via de Kwaliteitsnorm Zorginstelling te ontsluiten.

[Instellingen](#) wordt gevraagd om bij het opstellen van het [zelfevaluatie-rapport](#) de betreffende documenten te hanteren als richtlijn.

NIAZ zal onderzoeken hoe ten aanzien van de toetsing van dit onderwerp nadere expertise aan de auditteams kan worden toegevoegd (stand medio 2009).

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 423 (infrastructuur)</b>		<b>Normelement: 423.07 – A – B</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b> <b>Centramonitor:</b> <a href="#">RI 07.01</a> Testen noodprocedure Radiologie <a href="#">RI 10.01</a> Systeemuitval en noodprocedure	

**Rubriek: 423 (infrastructuur)**

**Normelement:  
423.03**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

Concrete afspraken inzake veiligheid

**Voor meer UV zie ook:**  
[Rubriek 423](#)

## Concrete afspraken inzake veiligheid

Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze van afstemming tussen de binnen de instelling verantwoordelijke en klanten ten aanzien van beveiligingsactiviteiten. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan:

- de toegangsregeling (waaronder de wijze van legitimatie, sleuteluitgifte en ontvangst);
- de frequentie waarmee de controle plaatsvindt;
- de werkwijze in bijzondere omstandigheden (onder andere calamiteiten).

Afspraken zijn gemaakt omtrent het inplannen van beveiligingsactiviteiten.

Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop de controleactiviteiten in het kader van beveiliging (algemene controle- en surveillancerondes en avond- en nachtdiensten) worden uitgevoerd.

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in het geval van diefstal en het omgaan met gevonden voorwerpen en dergelijke. Hierbij wordt ook aandacht geschonken aan de aangifte bij de politie.

Van uitgevoerde beveiligingsactiviteiten wordt bij voorkeur een registratie bijgehouden. Door analyse van de dag-, avond-, en nachtregistratie wordt nagegaan of er sprake is van structurele tekortkomingen. Door het nemen van maatregelen ter verbetering worden deze verholpen.

**Inhoud:**

*Algemeen procesbeheer (NIAZ)*  
*Bereiden, uitvullen en verpakken (NIAZ)*  
*Medicatieopdracht (NIAZ)*  
*Afleveren (NIAZ)*  
*Uitvoeren analyses (NIAZ)*  
*Vastlegging en archivering gegevens (NIAZ)*

**Voor meer UV zie ook:**

**Centramonitor**

[RI 01.03](#) pre operatieve medicatie afspraken  
[RI 06.05](#) 24 u medicatiebewaking  
[RI 06.08](#) handboeken  
[RI 06.07](#) medicatiedeellijsten  
[RI 06.09](#) procedure spuitpomp  
[RI 06.12](#) medicatieverificatie bij opname en ontslag

**Algemeen procesbeheer**

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de werkzaamheden / activiteiten in het traject van het verwerven van een geneesmiddel of product tot aan het afleveren van het geneesmiddel of product.

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de activiteiten van aanvraag tot en met het leveren van de uitslag van een analyse van een geneesmiddel (of andere verbinding in biologisch materiaal). Afspraken zijn gemaakt omtrent de afstemming over deze werkzaamheden / activiteiten met andere diensten/ afdelingen.

De Ziekenhuisapotheek heeft afspraken gemaakt met aanvragers over de minimale en maximale periode tussen:

- een aanvraag en het afleveren van een geneesmiddel c.q. product;
- een aanvraag van een analyse van een geneesmiddel (of andere verbinding in biologisch materiaal);
- het beschikbaar zijn van de uitslag.

Uit een periodieke registratie blijkt in hoeverre deze afspraken worden nageleefd.

Afspraken zijn gemaakt omtrent het organiseren van activiteiten naar aanleiding van aanvragen met een spoedeisend karakter.

Voor het uitvoeren van standaard activiteiten zijn afspraken gemaakt.

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van het verwerven en verstrekken van niet-geregistreerde geneesmiddelen.

Er is een recall-procedure afgesproken om geneesmiddelen en producten terug te kunnen roepen naar de Ziekenhuisapotheek. Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van een traceringsstelsel.

Maatregelen zijn getroffen voor de veiligheid van medewerkers. Medewerkers die in aanraking komen met materiaal dat potentieel schadelijk is voor de gezondheid zijn geïnformeerd over de gevaren van dat materiaal. Met betrekking tot de beveiliging van ruimtes en bescherming van gegevens zijn maatregelen getroffen.

Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop gegarandeerd wordt dat afval op verantwoorde wijze wordt afgevoerd en/of vernietigd.

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van hygiëne.

De Ziekenhuisapotheek draagt zorg voor voorlichtingsmateriaal over de organisatie, procedures en werkzaamheden van de Ziekenhuisapotheek.

De Ziekenhuisapotheek beschikt bij voorkeur over een rampenplan voor interne en externe calamiteiten. Dit rampenplan sluit aan bij de door het ziekenhuis opgestelde regelingen voor bijzondere omstandigheden.

**Inhoud:**

*Algemeen procesbeheer (NIAZ)*  
*Bereiden, uitvullen en verpakken (NIAZ)*  
*Medicatieopdracht (NIAZ)*  
*Afleveren (NIAZ)*  
*Uitvoeren analyses (NIAZ)*  
*Vastlegging en archivering gegevens (NIAZ)*

**Voor meer UV zie ook:**
**Centramonitor**

[RI 01.03](#) pre operatieve medicatie afspraken  
[RI 06.05](#) 24 u medicatiebewaking  
[RI 06.08](#) handboeken  
[RI 06.07](#) medicatiedeellijsten  
[RI 06.09](#) procedure spuitenpomp  
[RI 06.12](#) medicatieverificatie bij opname en ontslag

**Bereiden, uitvullen en verpakken van producten**

Het bereiden, uitvullen, controleren, vrijgeven, verpakken en etiketteren van producten geschiedt volgens vigerende normen en daartoe gemaakte afspraken c.q. bereidingsvoorschriften.

In het (charge-)bereidingsvoorschrift wordt onder andere aangegeven:

- de naam en de sterkte van het preparaat;
- de chargegrootte;
- de hoeveelheden van de te gebruiken grondstoffen;
- de wijze van verpakken en etiketteren;
- in-procescontrole c.q. monstername;
- de uiterste gebruiksdatum;
- de bewaaromstandigheden.

De Ziekenhuisapothek controleert zijn grondstoffen, verpakkingsmiddelen, halffabrikaten en eigen bereidingen volgens gemaakte afspraken.

Bij de bereiding van producten zijn gebruikte grondstoffen traceerbaar.

Producten dienen:

- te zijn voorzien van een chargenummer en een gebruikstermijn en aanwijzingen voor de wijze van bewaren en/of gebruiken.
- gecontroleerd te worden volgens vastgestelde eisen.

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de bereiding en vrijgave van individuele receptuur.

**Medicatieopdracht**

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van het aanvragen van een geneesmiddel. Hierbij wordt onder andere aangegeven:

- dat de aanvraag schriftelijk moet vastliggen en moet voldoen aan de vigerende voorschriften;
- dat de aanvragende arts herleidbaar is;
- hoe de verwerking van medicatie-opdrachten geschiedt;
- hoe de betrouwbaarheid van het overnemen van een medicatie-opdracht op een andere informatiedrager is gewaarborgd.

Er zijn afspraken gemaakt omtrent de wijze waarop medicatie wordt gewijzigd en gestopt.

De medicatie-opdracht bevat de volgende gegevens:

- de datum van ingang van de therapie;
- de gegevens om de patiënt te identificeren;
- de naam van het geneesmiddel, dosis en doseerfrequentie;
- de wijze van toedienen.

Voordat een aanvraag in behandeling wordt genomen in de apotheek, wordt nagegaan of de medicatie-opdracht aan de gestelde eisen voldoet. Daarbij wordt onder andere gelet op dosering en eventuele ongewenste interacties.

**Inhoud:**

*Algemeen procesbeheer (NIAZ)*  
*Bereiden, uitvullen en verpakken (NIAZ)*  
*Medicatieopdracht (NIAZ)*  
*Afleveren (NIAZ)*  
*Uitvoeren analyses (NIAZ)*  
*Vastlegging en archivering gegevens (NIAZ)*

**Voor meer UV zie ook:**
**Centramonitor**

[RI 01.03](#) pre operatieve medicatie afspraken  
[RI 06.05](#) 24 u medicatiebewaking  
[RI 06.08](#) handboeken  
[RI 06.07](#) medicatiedeellijsten  
[RI 06.09](#) procedure spuitenpomp  
[RI 06.12](#) medicatieverificatie bij opname en ontslag

**Afleveren**

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van het geneesmiddelendistributiesysteem.

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van het beheer van de geneesmiddelenvoorziening op de afdeling. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan:

- de wijze waarop afdelingsvoorraden worden gedefinieerd en geautoriseerd;
- de toegang tot de afdelingsvoorraden;
- de wijze van op peil houden van de afdelingsvoorraad;
- de wijze van en bevoegdheid tot het uitzetten van de geneesmiddelen;
- de wijze van en bevoegdheid tot het uitzetten van de geneesmiddelen die onder de opiumwet vallen;
- de werkwijze bij en bevoegdheid tot het toedienen van geneesmiddelen;
- het omgaan met niet-formularium geneesmiddelen.

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de wijze van het transport van geneesmiddelen door het ziekenhuis. Het is gegarandeerd dat onbevoegden geen toegang tot de geneesmiddelen hebben.

Voorzieningen zijn getroffen opdat geneesmiddelen tot het moment van afleveren goed identificeerbaar en hygiënisch verpakt zijn.

**Uitvoeren analyses**

Ten behoeve van analyses zijn bij voorkeur laboratoriumvoorschriften opgesteld. In een voorschrift kunnen onder meer zijn omschreven:

- het doel;
- de referentiewaarden;
- de principes;
- de monsters, onder andere de wijze van bemonstering, voorbereiding en opslag;
- de benodigdheden ten aanzien van werkplek, apparatuur, glaswerk, reagentia, standaarden en referenties;
- de werkwijze;
- de volgorde van het onderzoek;
- de berekening / beoordeling;
- de rapportage.

Van de uitgevoerde onderzoeken vindt bij voorkeur registratie plaats. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een logboek, waaruit onder andere eventuele afwijkingen ten opzichte van het protocol of laboratoriumvoorschrift en de motivatie daarvan blijken.

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze ten aanzien van opslaan, bewerken en afvoeren van het monster, het bewerkte monster en de monsterresten en de bewaarplaats en -condities.

De resultaten gaan waar nodig vergezeld van schriftelijke farmacotherapeutische en/of -kinetische adviezen.

**Inhoud:**

*Algemeen procesbeheer (NIAZ)*  
*Bereiden, uitvullen en verpakken (NIAZ)*  
*Medicatieopdracht (NIAZ)*  
*Afleveren (NIAZ)*  
*Uitvoeren analyses (NIAZ)*  
*Vastlegging en archivering gegevens (NIAZ)*

**Voor meer UV zie ook:**

**Centramonitor**

[RI 01.03](#) pre operatieve medicatie afspraken  
[RI 06.05](#) 24 u medicatiebewaking  
[RI 06.08](#) handboeken  
[RI 06.07](#) medicatiedeellijsten  
[RI 06.09](#) procedure spuitpomp  
[RI 06.12](#) medicatieverificatie bij opname en ontslag

**Vastlegging en archivering van gegevens**

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de werkwijze en de bevoegdheden met betrekking tot het vastleggen. Daarbij is minimaal aangegeven:

- welke gegevens, wanneer vastgelegd moeten worden;
- waar de verschillende gegevens vastgelegd worden;
- wie de geregistreerde gegevens mag inzien.

Ten aanzien van de werkwijze van het archiveren zijn afspraken gemaakt met betrekking tot:

- de plaats waar de verschillende gegevens (onder andere medicatie-opdrachten, charge-bereidingsvoorschriften, analyseresultaten) bewaard worden;
- de (wettelijke) bewaartermijn van de verschillende gegevens;
- de wijze van opslag of vernietiging bij het overschrijden van de bewaartermijn;
- de opslagcondities;
- wie de gearchiveerde gegevens mag inzien.

**Inhoud:**

Transfusiebeleid (NIAZ)  
 Levering, ontvangst, opslag, uitgifte en vervoer bloedproducten (NIAZ)  
 Aanvragen van bloedproducten (NIAZ)  
 Vaststellen van compatibiliteit (NIAZ)  
 Toedienen van bloedproducten (NIAZ)  
 Autologe transfusies (NIAZ)

**Voor meer UV zie ook:**

## Procesbeheersing bloeduitgifte

### Transfusiebeleid

Er zijn afspraken omtrent de taken en verantwoordelijkheden van de transfusiecommissie. Hierbij wordt aandacht besteed aan:

- de samenstelling en status van de commissie en de relatie met de medische staf;
- de taken van de commissie bij de totstandkoming van het transfusiebeleid;
- de vergaderfrequentie en verslaglegging.

Afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop het transfusiebeleid wordt opgesteld, vastgesteld en geactualiseerd en over de wijze waarop de uitvoering van het beleid wordt getoetst.

Rondom uitgifte van bloedproducten zijn afspraken gemaakt over:

- welke gegevens bij uitgifte worden vastgelegd;
- de wijze waarop controles worden uitgevoerd;
- de overdracht van verantwoordelijkheid bij uitgifte en ontvangst;
- de vervoers- en bewaaromstandigheden;
- de condities waaronder bloedproducten retour genomen worden.

### Levering, ontvangst, opslag, uitgifte en vervoer van bloedproducten

Er zijn afspraken tussen de Bloedbank en het ziekenhuis over de levering van bloedproducten. Hiermee is geregeld:

- de wijze en termijn van bestellen en leveren;
- het gezamenlijke voorraadbeheer;
- het bewaren en beschikbaar stellen van gegevens, waaronder de donatiegebonden gegevens;
- de wijze waarop wordt gehandeld bij defecten, transfusiereacties, recall, retourzendingen, e.d.;
- de procedure bij spoedaanvragen.

Er zijn afspraken gemaakt ten aanzien van de werkwijze en bevoegdheden rondom het ontvangen van bloedproducten. Hierbij wordt onder andere aandacht besteed aan:

- de wijze van overdracht van verantwoordelijkheid;
- de uit te voeren ingangscntroles;
- de logistiek;
- de administratieve handelingen.

Rondom de opslag van bloedproducten zijn ten minste afspraken gemaakt over:

- de plaatsen waar bloedproducten worden opgeslagen en het interne transport;
- de opslag(condities), de opslagomstandigheden en toezicht;
- de voorraadhoogte, het aanvullen en bestellen;
- de toegankelijkheid tot en de uitgifte uit deze opslagplaatsen;
- de uit te voeren kwaliteitscontroles;
- de wijze waarop wordt omgegaan met afwijkende / overgebleven / geretourneerde producten.

### Aanvragen van bloedproducten

Afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop aanvragers geïnformeerd worden over de werkwijze(n)

### Inhoud:

Transfusiebeleid (NIAZ)  
 Levering, ontvangst, opslag, uitgifte en vervoer bloedproducten (NIAZ)  
 Aanvragen van bloedproducten (NIAZ)  
 Vaststellen van compatibiliteit (NIAZ)  
 Toedienen van bloedproducten (NIAZ)  
 Autologe transfusies (NIAZ)

### Voor meer UV zie ook:

en bevoegdheden rondom het aanvragen van bloedproducten.

Afspraken zijn gemaakt over de werkwijze ten aanzien van het aanvragen van bloedproducten. Hierbij is onder meer aandacht besteed aan:

- de bevoegdheid tot het aanvragen;
- de gegevens op de aanvraag;
- de wijze van aanvragen en gewenste tijdstip van het indienen van de aanvraag;
- de werkwijze bij spoed;
- de informatievoorziening aan de patiënt.

Afspraken zijn gemaakt over de informatie die een aanvraag bevat. Hierbij is tenminste aandacht besteed aan:

- tijd en datum van de aanvraag;
- patiëntgegevens;
- indicatiestelling of klinisch gebonden gegevens;
- aantal en soort bloedproducten;
- datum, tijd en afleveradres;
- gegevens van de aanvragende arts;
- handtekening of gelijkwaardige identificatie van de aanvragende arts.

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de rol die het transfusielaboratorium speelt in de informatievoorziening aan afnemers en patiënten. Hierbij wordt aandacht besteed aan:

- de informatievoorziening en de actualisatie hiervan;
- op welk moment advies wordt gegeven;
- de wijze waarop een advies tot stand komt;
- de rol van de bloedbank in dit adviestraject.

### Vaststellen van compatibiliteit

In verband met het afnemen van bloedmonsters ten behoeve van compatibiliteitsonderzoek zijn afspraken gemaakt ten aanzien van:

- het identificeren van de patiënt;
- de wijze van bloedafname en etikettering van het monster.

Ten aanzien van het bepalen van de bloedgroep, de resusfactor, de antistofscreening en het doen van kruisproeven zijn afspraken gemaakt over:

- wanneer een indicatiestelling gewenst is;
- de werkwijze bij de analyse;
- de uit te voeren controles;
- de handelwijze bij afwijkingen
- de geldigheidsduur van de uitslag;
- de autorisatie, rapportage en archivering.

Het compatibel verklaarde product is eenduidig herkenbaar. Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van begeleidende gegevens waarbij ten minste aandacht is geschonken aan:

- patiëntgegevens;
- afdeling van de patiënt;
- bloedgroep en resusfactor (D) van patiënt en donoreenheid;
- (specifieke) houdbaarheid;

## Rubriek: 432 (bloedvoorziening)

## Normelement:

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

### Inhoud:

Transfusiebeleid (NIAZ)  
 Levering, ontvangst, opslag, uitgifte en vervoer bloedproducten (NIAZ)  
 Aanvragen van bloedproducten (NIAZ)  
 Vaststellen van compatibiliteit (NIAZ)  
 Toedienen van bloedproducten (NIAZ)  
 Autologe transfusies (NIAZ)

### Voor meer UV zie ook:

- donatienummer;
- interne identificatie.

### Toedienen van bloedproducten

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de werkwijze en verantwoordelijkheden bij het toedienen van bloedproducten. Hierbij is onder andere rekening gehouden met:

- de controle van de bloedproducten op juistheid en vervaldatum;
- de identificatie van de patiënt;
- de handelwijze bij toediening en de te gebruiken toedieningssystemen;
- eventuele reacties op toediening en de procedure bij deze reacties;
- de vastlegging van gegevens in dossier.

### Autologe transfusies

Er zijn afspraken over onder welke condities autologe transfusies verantwoord zijn.

Er zijn afspraken ten aanzien van de taken en verantwoordelijkheden bij autologe transfusie. Hierbij is aandacht geschonken aan:

- de indicaties en de patiëntselectie;
- de aanvraagprocedure en doorlooptijd;
- de uit te voeren onderzoeken;
- etikettering, logistiek en opslag;
- de door de bloedbank te verrichten handelingen;
- de door het transfusielaboratorium te verrichten handelingen bij opslag, toediening en vernietiging van het bloed.

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 433 (bescherming fysieke agentia)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	
		Centramonitor: <a href="#">RI 07.05</a> Stralingshygiëne	

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



### Rubriek: 434 (infectiepreventie)

### Normelement:

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

#### Inhoud:

Stichting Werkgroep Infectie Preventie

#### Voor meer UV zie ook:

##### Centramonitor

[RI 01-09](#) Wondinfecties

[RI 01.12](#) Uitvoeren audits op OK

[RI 04.07](#) Bloedtransfusie

[RI 08.02](#) Beheesplan legionella

[RI 08.03](#) Beheesplan Salmonella

[RI 08.05](#) MRSA beleid

[RI 08.06](#) Schoonmaakbeurten

[RI 08.07](#) vaccinatiegraad

Hepatitis B

[RI 08.09](#) Registraties isolaties

[RI 08.10](#) Handenwasprotocol

### Stichting Werkgroep Infectiepreventie (WIP)

De Stichting Werkgroep Infectie Preventie ([WIP](#)) is een samenwerkingsverband van drie wetenschappelijke verenigingen op het gebied van infectiepreventie en ziekenhuishygiëne: de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie ([NVMM](#)), de Vereniging voor Infectieziekten ([VIZ](#)) en de Vereniging voor Hygiëne en Infectiepreventie in de Gezondheidszorg ([VHIG](#)). Het doel van deze stichting is het maken richtlijnen op het gebied van infectiepreventie voor de gezondheidszorg, om hiermee een bijdrage te leveren aan het infectiepreventiebeleid in Nederland. Deze richtlijnen worden ontwikkeld via een vast [stramien](#). De Inspectie van de Gezondheidszorg ([IGZ](#)) beschouwt de richtlijnen van de Werkgroep als professionele standaarden.

De Werkgroep heeft een groot aantal praktische richtlijnen gemaakt, te ontsluiten via het indelingsprincipe [pakket](#) (= instelling of afdeling) of [onderwerp](#).

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 434 (infectiepreventie)**

**Normelement: 434.01**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

Schoonmaakvoorziening  
Textielvoorziening  
Beddenvoorziening

**Voor meer UV zie ook:**  
[Rubriek 434](#)

### Schoonmaakvoorziening

Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze met betrekking tot het traject van het ontwikkelen van een schoonmaakprogramma tot en met de uitvoering ervan.

Voor elke te onderscheiden schoon te maken ruimte zijn afspraken met betrekking tot het schoonmaakprogramma gemaakt. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan:

- de geldende specificaties van de ruimten (onder andere aantal m<sup>2</sup>, soort vloer en wandbedekking);
- de werkwijze in bijzondere omstandigheden (bijvoorbeeld besmette ruimten);
- de te gebruiken schoonmaakmiddelen en -materialen;
- de verwachte tijdsbesteding en het gewenste aanvangstijdstip;
- de afstemming met klanten en betrokkenen (onder andere Hygiëne en Infectiepreventie).

Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop de calculatie van schoonmaakactiviteiten plaatsvindt. De rekenregels die hierbij gehanteerd worden zijn bekend.

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van het uitvoeren van schoonmaakactiviteiten, waarbij ten minste aandacht is geschonken aan:

- de beschikbaarheid van medewerkers;
- de wijze waarop toegang wordt verkregen tot de schoon te maken ruimten;
- de eisen aan de dienstkleding;
- de volgorde en frequentie van werkzaamheden;
- de uit te voeren controleactiviteiten;
- de wijze waarop de registratie van de uitgevoerde werkzaamheden plaatsvindt;
- hoe te handelen bij afwijking (bijvoorbeeld verzuim).

Afspraken zijn gemaakt omtrent wanneer en door wie een beoordeling c.q. controle van schoonmaakactiviteiten plaatsvindt. Deze beoordeling c.q. controle vindt plaats aan de hand van eenduidige en bij voorkeur vastgelegde criteria (kwaliteitmeetsysteem) en wordt bij voorkeur geregistreerd. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de terugkoppeling van de resultaten met betrokkenen.

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze in geval van calamiteiten en spoedaanvragen. Hierbij is onder meer aandacht geschonken aan:

- wie bevoegd is om een spoedaanvraag te doen;
- de wijze waarop de aanvraag dient te geschieden;
- welke gegevens voor de spoedaanvraag moeten worden overgedragen.

### Textielvoorziening

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze ten aanzien van de inname van vuil textiel. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan:

- de afleverlocatie van vuil textiel;
- de wijze waarop uitgangscontrole plaatsvindt;
- de criteria voor het doen van reparaties e.d. en de verrekening van de kosten hiervan.

Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij het verzenden van het vuile textiel naar de wasserij. Aandacht wordt besteed aan onder meer de wijze waarop overdracht plaatsvindt.

**Inhoud:**

Schoonmaakvoorziening  
Textielvoorziening  
Beddenvoorziening

**Voor meer UV zie ook:**

[Rubriek 434](#)

Afspraken zijn gemaakt omtrent de ontvangst van schoon textiel. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan:

- de wijze waarop het textiel wordt aangeleverd;
- de afleverlocatie;
- de doorlooptijd;
- de wijze waarop ingangscntrole plaatsvindt;
- de wijze waarop controle van de aantallen ingeleverd en gereinigd textiel plaatsvindt.

## Beddenvoorziening

Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze bij het aanvragen tot en met het reinigen en afleveren van bedden (en eventuele accessoires).

Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze bij het aanleveren van bedden. Hierbij wordt aandacht geschonken aan:

- de informatie over de meegeleverde accessoires;
- de aanleverlocatie en -conditie;
- de wijze waarop storingen e.d. aan bedden gemeld worden;
- de werkwijze bij besmette bedden;
- de maximale doorlooptijd tussen twee reinigingen;
- de controleactiviteiten (onder andere op achtergebleven (patiënten)materialen);
- de werkwijze buiten werktijden.

Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze tijdens en na het reinigen en opmaken van bedden. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan:

- de reinigingsmethode;
- het definiëren van criteria voor goedkeuring na reiniging;
- de wijze waarop gegarandeerd wordt dat schone en vuile bedden gescheiden worden gehouden;
- de aflevercondities (onder andere het opmaken van bedden);
- de opslagcondities;
- de uit te voeren controleactiviteiten.

Afspraken zijn gemaakt omtrent de werkwijze bij het afleveren van bedden. Hierbij wordt aandacht geschonken aan de afleverlocatie, het aantal bedden, het type bed en de accessoires.

Er zijn eenduidige criteria afgesproken waarmee kan worden bepaald met welke frequentie periodiek en preventief onderhoud aan bedden wordt uitgevoerd. Van deze vormen van onderhoud wordt bij voorkeur een registratie bijgehouden.

**Inhoud:**

*Algemene procesbeheersing (NIAZ)*  
*Verwerving (NIAZ)*  
*Opslag steriele medische hulpmiddelen (NIAZ)*  
*Transporteren van (steriele) medische hulpmiddelen (NIAZ)*  
*Bevoorraden van afdelingen (NIAZ)*  
*Archivering gegevens (NIAZ)*  
*Het sterilisatieproces (NIAZ)*

**Voor meer UV zie ook:**

[Rubriek 434](#)  
 Centramonitor  
[RI 01.10](#) gebruik gazen / materiaal  
[RI 01.11](#) gebruik apparatuur

**Algemene procesbeheersing**

Afspraken zijn gemaakt over de werkzaamheden / activiteiten van de dienst Centrale Sterilisatie. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de afstemming met andere diensten / afdelingen in het ziekenhuis en met derden van deze werkzaamheden / activiteiten.

Door de dienst Centrale Sterilisatie zijn afspraken gemaakt met betrekking tot de doorlooptijd van producten. Uit periodieke registratie blijkt in hoeverre deze afspraken worden nageleefd.

Op de dienst Centrale Sterilisatie zijn afspraken gemaakt met betrekking tot beschermende maatregelen en hygiëne.

De dienst Centrale Sterilisatie heeft afspraken gemaakt over op welke wijze zorggedragen wordt dat onbevoegden geen toegang hebben tot de medische hulpmiddelen. Hierbij wordt aandacht besteed aan:

- de aanwezigheid van medische hulpmiddelen op andere afdelingen;
- de werkwijze tijdens transport.

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van een recall-procedure. Afspraken zijn gemaakt omtrent een traceringsstelsel. Indien relevant wordt uitgegaan van landelijke richtlijnen.

De dienst Centrale Sterilisatie draagt er zorg voor dat voorlichtingsmateriaal over de werkzaamheden van de dienst beschikbaar is. Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de wijze van verwerving, de aanmaak / wijziging, de verspreiding en het beheer van het voorlichtingsmateriaal.

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot het wijzigen van het afdelingsassortiment en van de samenstelling van de netten. Hierin wordt minimaal aandacht geschonken aan:

- welke disciplines hierbij betrokken zijn;
- op welke wijze afstemming plaatsvindt;
- de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij het vaststellen en wijzigen van de inhoud van het assortiment / net.

Afspraken zijn gemaakt over welke begeleidende informatie in de netten van en naar andere diensten / afdelingen aanwezig zijn (bijvoorbeeld de identificatie en omschrijving van het net, eventuele tekortkomingen en wie het net heeft ingepakt).

Afspraken zijn gemaakt omtrent de bevoegdheden en verantwoordelijkheden en werkwijze ten aanzien van onderhoud van instrumentarium.

Er zijn, waar nodig, per instrument afspraken gemaakt met betrekking tot het preventief onderhoud en de kwaliteitscontroles.

Afspraken zijn gemaakt over de wijze voor het hersteriliseren en hergebruik van medische hulpmiddelen voor eenmalig of (beperkt) meermalig gebruik.

**Inhoud:**

*Algemene procesbeheersing (NIAZ)*  
*Verwerving (NIAZ)*  
*Opslag steriele medische hulpmiddelen (NIAZ)*  
*Transporteren van (steriele) medische hulpmiddelen (NIAZ)*  
*Bevoorraden van afdelingen (NIAZ)*  
*Archivering gegevens (NIAZ)*  
*Het sterilisatieproces (NIAZ)*

**Voor meer UV zie ook:**

[Rubriek 434](#)  
 Centramonitor  
[RI 01.10](#) gebruik gazen / materiaal  
[RI 01.11](#) gebruik apparatuur

## Verwerving

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze en bevoegdheden ten behoeve van de verwerving van (steriele) medische hulpmiddelen. Hierbij wordt minimaal aandacht geschonken aan:

- de wijze van afstemmen op de gebruikerswensen en/of omgevingsfactoren;
- een voorziening ten behoeve van spoedaanvragen;
- de werkwijze en verantwoordelijkheden ten aanzien van het assortimentsbeheer;
- de eisen die gesteld worden aan minimale en maximale voorraden op de dienst Centrale Sterilisatie.

Ten behoeve van de verwerving van medische hulpmiddelen zijn product-, sterilisatie-, en/of leveringsspecificaties beschikbaar. Bekend is in hoeverre (steriele) medische hulpmiddelen te reinigen en te steriliseren zijn. Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze en bevoegdheden bij het opstellen van deze specificaties.

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij het uitbesteden van diensten aan geselecteerde instanties. Hierbij wordt aandacht geschonken aan de wijze waarop leveranciers worden geselecteerd en beoordeeld, en de wijze waarop producten worden aangeleverd.

Inkoopdocumenten bevatten eenduidige informatie over de te leveren medische hulpmiddelen.

### *Steriele medische hulpmiddelen*

Afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop omgegaan wordt met geconstateerde afwijkingen en de (juridische) consequenties van het vrijgeven van steriele medische hulpmiddelen met afwijkingen. Indien relevant wordt uitgegaan van vigerende wetten en richtlijnen.

Indien de ontvanger van de steriele medische hulpmiddelen niet de dienst Centrale Sterilisatie is, maar een andere afdeling binnen het ziekenhuis, worden afspraken gemaakt met deze afdeling ten aanzien van de uit te voeren verificatie.

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de ingangscntrole van de steriele medische hulpmiddelen bij levering.

### *Niet-steriele medische hulpmiddelen*

Afspraken zijn gemaakt over de wijze van verificatie van ontvangen niet-steriele hulpmiddelen.

## Opslag steriele medische hulpmiddelen

Van de steriele medische hulpmiddelen die door de dienst Centrale Sterilisatie worden beheerd, geschiedt de opslag volgens afspraken. Hierbij wordt onder meer aandacht geschonken aan:

- de bevoegdheden voor de ontvangst en uitgifte van medische hulpmiddelen in, respectievelijk uit deze opslagplaatsen;
- het naleven van het FIFO-principe;

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 434 (infectiepreventie)**

**Normelement: 434.05/06.A**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

### Inhoud:

*Algemene procesbeheersing (NIAZ)*  
*Verwerving (NIAZ)*  
*Opslag steriele medische hulpmiddelen (NIAZ)*  
*Transporteren van (steriele) medische hulpmiddelen (NIAZ)*  
*Bevoorraden van afdelingen (NIAZ)*  
*Archivering gegevens (NIAZ)*  
*Het sterilisatieproces (NIAZ)*

### Voor meer UV zie ook:

[Rubriek 434](#)

Centramonitor

[RI 01.10](#) gebruik gazen / materiaal

[RI 01.11](#) gebruik apparatuur

- de te stellen criteria aan de voorraadruimten (onder andere reinheid en toegankelijkheid) en de verpakkingswijze van de opgeslagen medische hulpmiddelen;
- de wijze van voorraadbeheer (in verband met levertijd);
- de codering c.q. classificatie (bijvoorbeeld door middel van de AOC-code), identificatie en sterilisatiedatum dan wel vervaldatum van opgeslagen medische hulpmiddelen.

Gegarandeerd wordt dat goedgekeurde steriele medische hulpmiddelen gescheiden worden gehouden van afgekeurde en nog niet goedgekeurde steriele medische hulpmiddelen.

De opslag geschiedt in opslagplaatsen waar de omstandigheden dusdanig zijn dat de achteruitgang van de kwaliteit wordt voorkomen. Op vastgestelde tijdstippen wordt gecontroleerd of er sprake is van achteruitgang van de kwaliteit en of de aangegeven vervaldatum is overschreden.

**Inhoud:**

*Algemene procesbeheersing (NIAZ)*  
*Verwerving (NIAZ)*  
*Opslag steriele medische hulpmiddelen (NIAZ)*  
*Transporteren van (steriele) medische hulpmiddelen (NIAZ)*  
*Bevoorraden van afdelingen (NIAZ)*  
*Archivering gegevens (NIAZ)*  
*Het sterilisatieproces (NIAZ)*

**Voor meer UV zie ook:**

[Rubriek 434](#)  
 Centramonitor  
[RI 01.10](#) gebruik gazen / materiaal  
[RI 01.11](#) gebruik apparatuur

## Transporteren van (steriele) medische hulpmiddelen

In afspraken met betrekking tot het transport van medische hulpmiddelen is aandacht geschonken aan:

- de wijze van transport (bijvoorbeeld op welke wijze medische hulpmiddelen tijdens transport gescheiden worden gehouden);
- de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tijdens het transport;
- de werkwijze en bevoegdheden in geval van calamiteiten tijdens het vervoer.

## Bevoorraden van afdelingen

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij het bevoorraden van andere afdelingen in het ziekenhuis. Hierbij is aandacht geschonken aan:

- de wijze van opslag in de voorraadruimte;
- de toelaatbare minimale en maximale voorraden;
- de frequentie van bevoorrading;
- de wijze van en bevoegdheid tot het uitzetten van medische hulpmiddelen;
- de wijze en het moment van controle van de vervaldatum.

## Vastlegging en archivering van gegevens

Afspraken zijn gemaakt ten aanzien van de werkwijze en bevoegdheden met betrekking tot het vastleggen van gegevens. Hierbij wordt aandacht geschonken aan:

- welke gegevens en de wijze waarop deze gegevens worden vastgelegd;
- waar en wanneer de verschillende gegevens worden vastgelegd;
- wie de vastgelegde gegevens mag inzien.

De archivering geschiedt volgens afspraken waarbij aandacht is geschonken aan:

- de plaats waar de verschillende gegevens bewaard worden;
- de bewaartermijn van de verschillende gegevens;
- de wijze van opslag of vernietiging bij overschrijden van de bewaartermijn;
- de opslagcondities;
- wie de gearchiveerde gegevens mag inzien.

## Het sterilisatieproces

### *Reinigen/Desinfectie*

Afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop de veiligheid van medewerkers gewaarborgd wordt. Deze afspraken zijn met name van belang tijdens het proces van in ontvangst nemen en transport tot en met het desinfecteren van medische hulpmiddelen.

In gemaakte afspraken voor het verzamelen van medische hulpmiddelen door de dienst Centrale Sterilisatie wordt onder andere aandacht geschonken aan:

**Inhoud:**

*Algemene procesbeheersing (NIAZ)*  
*Verwerving (NIAZ)*  
*Opslag steriele medische hulpmiddelen (NIAZ)*  
*Transporteren van (steriele) medische hulpmiddelen (NIAZ)*  
*Bevoorraden van afdelingen (NIAZ)*  
*Archivering gegevens (NIAZ)*  
*Het sterilisatieproces (NIAZ)*

**Voor meer UV zie ook:**

[Rubriek 434](#)  
 Centramonitor  
[RI 01.10](#) gebruik gazen / materiaal  
[RI 01.11](#) gebruik apparatuur

- het vervoer;
- de wijze van aanleveren;
- de routing in het ziekenhuis;
- de vervoerscondities.

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de activiteiten in het kader van de voorbereiding op het reinigen van medische hulpmiddelen. Hierbij wordt minimaal aandacht geschonken aan:

- de werkwijze en criteria bij het sorteren;
- de identificatie van medische hulpmiddelen;
- de wijze van voorbehandelen (bijvoorbeeld het openleggen, het inweken, het ultrasoon reinigen, het demonteren en het afspoelen);
- de wijze van reinigen (machinaal of handmatig) en desinfectie.

Ten aanzien van het machinaal reinigen van medische hulpmiddelen zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop het beladen en ontladen, de bediening en de proceskeuze van de wasmachine plaatsvindt en hoe gehandeld wordt bij storingen.

Afspraken zijn gemaakt over de criteria ten aanzien van de controle van medische hulpmiddelen op basis van functionaliteit en reinheid (optisch schoon). Hierbij wordt aandacht geschonken aan de wijze waarop wordt omgegaan met geconstateerde afwijkingen.

### Samenstellen

Het samenstellen van de netten geschiedt volgens afspraken. Hierbij wordt aandacht geschonken aan:

- de werkwijze bij het samenstellen van de netten;
- de volledigheid van de netten;
- de werkwijze bij incomplete netten;
- de identificatie en de wijze van identificeren van de netten;
- de sterilisatiemethode.

In afspraken ten aanzien van het inpakken van de netten wordt aandacht geschonken aan:

- de identificatie van de netten;
- de werkwijze bij het verpakken;
- de gehanteerde verpakkingsmaterialen;
- het afleveradres.

### Steriliseren

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de procescontroles van het sterilisatieproces. Door middel van periodieke analyse van de procesgegevens van de sterilisator wordt nagegaan of er sprake is van structurele afwijkingen.

Afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de werkwijze bij het beladen en ontladen (waaronder het moment van ontladen) van de sterilisatoren.

Afspraken zijn gemaakt omtrent de wijze waarop de vrijgave van de gesteriliseerde producten plaatsvindt. In deze afspraken wordt onder meer aandacht geschonken aan:

- de criteria op grond waarvan een charge wordt goedgekeurd;

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 434 (infectiepreventie)**

**Normelement: 434.05/06.A**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

*Algemene procesbeheersing (NIAZ)*  
*Verwerving (NIAZ)*  
*Opslag steriele medische hulpmiddelen (NIAZ)*  
*Transporteren van (steriele) medische hulpmiddelen (NIAZ)*  
*Bevoorraden van afdelingen (NIAZ)*  
*Archivering gegevens (NIAZ)*  
*Het sterilisatieproces (NIAZ)*

**Voor meer UV zie ook:**

[Rubriek 434](#)

Centramonitor

[RI 01.10](#) gebruik gazen / materiaal

[RI 01.11](#) gebruik apparatuur

- de verantwoordelijkheden en bevoegdheden met betrekking tot het goedkeuren;
- de handelswijze bij twijfel en/of bij het afkeuren van de charge;
- de identificatie van de charge;
- het vaststellen van de vervaldatum;
- de weergave van controleresultaten.

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 435 (voedselvoorziening)**

**Normelement:**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**  
HACCP

**Voor meer UV zie ook:**

Centramonitor  
[RI 08.01](#) omgang met  
voedselveiligheid

Bedrijven die zich bezighouden met de bereiding, verwerking, behandeling, verpakking, vervoer en distributie van levensmiddelen dienen hierdoor alle aspecten van het voortbrengingsproces te identificeren en op gevaren te analyseren. De systematische aanpak staat bekend onder de naam **Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP)**.

HACCP is geen tastbare handleiding met voorschriften, maar een systeem dat op 7 kernpunten gebaseerd is. Bedrijven moeten dit systeem toespitsen op hun eigen situatie. De 7 kernpunten van een HACCP-systeem zijn:

1. Inventariseer alle potentiële gevaren.
2. Stel de kritische beheerspunten (CCP's) vast, de punten in het proces waar het risico kan worden voorkomen of beperkt
3. Geef per CCP de kritische grenzen aan.
4. Stel vast hoe de CCP's bewaakt ofwel "gemonitord" worden.
5. Leg per CCP de correctieve acties vast die moeten leiden tot herstel van de veiligheid
6. Pas verificatie toe — een periodieke check om na te gaan of de HACCP aanpak goed werkt.
7. Houd documentatie en registraties bij — vastleggen wat je hebt aangepast en hoe.

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 511 (procesontwerp en –beschrijving)**

**Normelement:**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

**Voor meer UV zie ook:**

Centramonitor:

[RI 01.04](#) LI-RE protocol

[RI 01.02](#) % pre op screening

[RI 02.04](#) Afspraken SEH

[RI 03.02](#) Afspraken transporten

[RI 03.08](#) Afspraken ovedracht IC

[RI 03.10](#) Hanteren afspraken  
opname / ontslag

[RI 04.01](#) Protocol Eclampsie

[RI 04.02](#) Foetale bewaking

[RI 04.07](#) Protocollen

bloedtransfusie

[RI 04.08](#) Afspraken APGAR score

[RI 06.12](#) medicatieverificatie

[RI 07.02](#) Procedure identificatie

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 512 (procesontwerp: meting)**

**Normelement:**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

**Voor meer UV zie ook:**

Centramonitor:  
[RI 01.04 LI-RE protocol](#)  
[RI 02.02 Triage en wachttijd](#)  
[RI 04.05 Complicatieregistratie](#)  
verloskunde  
[RI 07.06 Stralingshygiëne](#)

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 513 (procesontwerp: verbetering en vernieuwing)**

**Normelement:**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

**Voor meer UV zie ook:**

Centramonitor:  
[RI 09.04](#) Training en Instructie  
[RI 02.04](#) Afspraken SEH  
[RI 09.03](#) Ingebruikname  
apparatuur

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 514 (risicomanagement: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

**Inhoud:**

Vangnetcriteria MediRisk  
 Vangnetcriteria MediRisk SEH (18 juli 2006)  
 Vangnetcriteria MediRisk OK (20 december 2007)  
 Centramed (CentraMonitor november 2008)

**Voor meer UV zie ook:**  
[Rubriek 514](#)

Centramonitor:  
[ID 06.01](#) analyse melding medicatie  
[RI 05.01](#) volledigheid verpleegkundige anamnese  
[RI 01.12](#) Audits op OK  
[RI 02.05](#) Besprekingen incidenten op SEH  
[RI 07.07](#) Tijdige verslaglegging Radiologie  
[RI 03.04](#) FTE intensivisten  
[RI 04.04](#) Deskundigheid personeel

**Vangnetcriteria MediRisk**

Schadeverzekeraar [MediRisk](#) heeft op basis van een analyse een aantal procesonderdelen als bijzonder risicovol geoordeeld en hiervoor bepaalde organisatiecriteria benoemd. Deze zijn bekend onder de naam 'vangnetcriteria'. Vangnetcriteria zijn maatregelen die de kans op ontstaan van schade als gevolg van onbedoeld letsel voorkomen of substantieel reduceren.

[Instellingen](#) die bij MediRisk zijn verzekerd moeten in hun [zelfevaluatie](#) opnemen hoe zij de vangnetcriteria in hun organisatie hebben toegepast. In de NIAZ-audit wordt hier op getoetst. Ter voorkoming van dubbele toetsingslasten hebben MediRisk en NIAZ hierover een [afspraken](#) gemaakt.

**Vangnetcriteria SEH (18 juli 2006)**

**Basisoorzaak: onervaren arts-assistenten**

De onervarenheid van de arts-assistenten op de SEH is van invloed op het ontstaan van claims, met name daar waar het gaat om de diagnostiek en behandeling van kleinere traumata. De volgende vangnetcriteria hebben als doel het snel en gestructureerd op peil brengen van deskundigheid en vaardigheden van de arts-assistent. Daarnaast dienen sommige vangnetten als controle op het handelen van de arts-assistent, opdat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft en de patiëntveiligheid hiermee wordt verhoogd.

1. Inwerkprogramma arts-assistenten
  - a. Er is een vastgelegd structureel inwerkprogramma voor alle arts-assistenten.
  - b. Als onderdeel van het inwerkprogramma moet minimaal aandacht zijn voor:
    - hand- en polsletsel onderzoek (conform handletselkaart en praktijkboek handletsels)
    - basis hechttechnieken
    - beoordeling van foto's
    - opvang van acute traumata
    - idealiter wordt ook aandacht besteed aan de Ottawa ankle en knie rules
  - c. Vastgelegd moet zijn welke functionaliteit eindverantwoordelijkheid draagt voor de bewaking en inrichting (bijstelling) van het inwerkprogramma.
  
2. Structureel onderwijs
  - a. Structurele scholing dient te worden aangeboden aan alle arts-assistenten die op de SEH betrokken zijn, met name met betrekking tot de behandeling van peesletsels en fracturen.
  - b. Scholing dient minimaal 1x per jaar plaats te vinden (zeker tijdens de inwerkperiode, maar ook daarna).
  - c. Vastgelegd moet zijn welke functionaliteit daarvoor eindverantwoordelijkheid draagt.
  
3. Protocollen/richtlijnen t.a.v. peesletsels en fracturen

**Inhoud:**

Vangnetcriteria MediRisk  
 Vangnetcriteria MediRisk SEH (18 juli 2006)  
 Vangnetcriteria MediRisk OK (20 december 2007)  
 Centramed (CentraMonitor november 2008)

**Voor meer UV zie ook:**

[Rubriek 514](#)  
 Centramonitor:  
[ID 06.01](#) analyse melding medicatie  
[RI 05.01](#) volledigheid verpleegkundige anamnese  
[RI 01.12](#) Audits op OK  
[RI 02.05](#) Besprekingen incidenten op SEH  
[RI 07.07](#) Tijdige verslaglegging Radiologie  
[RI 03.04](#) FTE intensivisten  
[RI 04.04](#) Deskundigheid personeel

- a. Er zijn protocollen/richtlijnen t.a.v. traumata waarover de vakgroepen consensus hebben bereikt, gebaseerd op de huidige stand van de wetenschap. Vanzelfsprekend zijn deze te allen tijde beschikbaar op de SEH.
- b. Afwijken van het protocol/de richtlijn is uiteraard mogelijk, mits gemotiveerd gedocumenteerd in het medisch dossier en altijd na overleg met supervisor.

**4. Toetsing arts-assistenten**

Wanneer arts-assistenten in het kader van hun opleiding reeds beoordeeld worden, hoeft dit uiteraard niet nogmaals plaats te vinden, mits daarmee wordt voldaan aan onderstaande vangnetcriteria. Voor het overige geldt:

- a. Evaluatie direct na de inwerkperiode.
- b. Minimaal twee keer per jaar een voortgangsgesprek + ontwikkelingsplan (outputcriteria).
- c. Beoordeling van alle arts-assistenten (al dan niet in opleiding).
- d. De arts-assistent wordt beoordeeld door de medisch specialist c.q. opleider. Deze verantwoordelijkheid dient ook formeel te zijn vastgelegd.
- e. Toetsingscriteria hebben minimaal betrekking op:
  - i. Kennisniveau
  - ii. Vaardigheden
  - iii. Dossiervoering
  - iv. Communicatie
- f. De uitkomsten van de beoordeling worden gedocumenteerd.

**5. Dossiercontrole**

Veel van de patiënten op de SEH worden uitsluitend gezien door de arts-assistent, zonder verdere tussenkomst van de specialist. Een dossierbespreking dient ter controle van de resultaten van de medische beoordeling en het daarop ingezette beleid en kan daarnaast een bijdrage leveren aan de kwaliteit en/of opleiding van de arts-assistenten.

- a. Er vindt dagelijks dossiercontrole plaats (minimaal maandag t/m vrijdag, maar bij voorkeur ook in het weekend). Wanneer er geen controle in het weekend plaatsvindt dan dienen de dossiers op maandag besproken te worden.
- b. De controle vindt plaats in aanwezigheid van zowel de chirurg c.q. orthopedisch chirurg als de arts-assistenten. Het moet herleidbaar zijn welke supervisor aanwezig dient te zijn.
- c. Beoordeling van traumaletsel door de arts-assistent is door de supervisor binnen 24 uur gecontroleerd.
- d. De bespreking wordt in het medisch dossier gedocumenteerd.

**Basisoorzaak: ongestructureerde supervisie**

Het doel van supervisie is tweeledig: enerzijds als controlemechanisme, anderzijds als leer/opleidingscomponent. De arts-assistent is gebaat bij een gestructureerde supervisie. Wanneer er duidelijke afspraken zijn geformuleerd, is de mate en vorm van supervisie minder afhankelijk van individuele inzichten/persoonlijke interpretaties. Eenduidige supervisieafspraken leiden tot waarborgen

**Inhoud:**

Vangnetcriteria MediRisk  
 Vangnetcriteria MediRisk SEH (18 juli 2006)  
 Vangnetcriteria MediRisk OK (20 december 2007)  
 Centramed (CentraMonitor november 2008)

**Voor meer UV zie ook:**

[Rubriek 514](#)  
 Centramonitor:  
[ID 06.01](#) analyse melding medicatie  
[RI 05.01](#) volledigheid verpleegkundige anamnese  
[RI 01.12](#) Audits op OK  
[RI 02.05](#) Besprekingen incidenten op SEH  
[RI 07.07](#) Tijdige verslaglegging Radiologie  
[RI 03.04](#) FTE intensivisten  
[RI 04.04](#) Deskundigheid personeel

in de kwaliteit van zorg en een verhoogde patiëntveiligheid.

**6. Supervisie**

- a. Formuleer eenduidige afspraken t.a.v. supervisie, rekening houdend met de competenties van de individuele arts-assistent. De afspraken worden vastgelegd.

**Basisoorzaak: onvoldoende terugkoppeling rond röntgenfoto's**

Hiaten in de terugkoppeling van röntgenbeoordelingen vormen een duidelijk risico in het ontstaan van schade en claims op het gebied van fractures. Uit analyse blijkt dat radiologieverslagen niet altijd worden gelezen. Een gezamenlijke bespreking kan deze hiaten ondervangen. De bespreking dient ter controle op het initiële beoordelingsresultaat en kan daarnaast een bijdrage leveren aan de kwaliteiten en/of opleiding van de arts-assistenten. Anderzijds is het wenselijk om een systeem te ontwikkelen waarbij verplicht gecontroleerd wordt of de radiologieverslagen daadwerkelijk worden geëvalueerd door de behandelaar. ([www.thelancet.com](http://www.thelancet.com); Vol 367 February 4, 2006)

**7. Röntgenbeoordeling**

- a. Dagelijkse bespreking (minimaal maandag t/m vrijdag, bij voorkeur ook in het weekend). Wanneer er geen bespreking in het weekend kan plaatsvinden, dienen de patiënten (foto's) op maandag besproken te worden.
- b. Bespreking in aanwezigheid van zowel een radioloog, chirurg c.q. orthopedisch chirurg en de arts-assistent (bij voorkeur degene die dienst had) is elementair. Het moet herleidbaar zijn welke supervisor aanwezig dient te zijn.
- c. Bespreking van alle SEH-foto's, ook van patiënten die zonder supervisie zijn behandeld en ontslagen. Leg vast wie verantwoordelijk is voor het verzamelen van de foto's (analoog of digitaal).
- d. Bespreking van de feiten vindt steeds plaats aan de hand van medische dossiers c.q. SEH-formulieren.
- e. Controle vindt plaats op het handelen van de arts-assistent (diagnostiek, de behandeling en de dossiervoering).
- f. Documenteer de afwegingen en de besluiten van de bespreking in het medisch dossier.
- g. Idealiter moeten alle formele beoordelingsresultaten verplicht ter kennis komen van de behandelaar(s).

**Vangnetcriteria MediRisk OK (20 december 2007)**

Voor een zestal veel voorkomende schadecategorieën zijn vangnetcriteria geformuleerd. Het betreft:

- Verwisselingen
- Achtergebleven materialen
- Intubatie
- Apparatuur en materiaal gerelateerd
- Positionering gerelateerd

**Inhoud:**

Vangnetcriteria MediRisk  
 Vangnetcriteria MediRisk SEH (18 juli 2006)  
 Vangnetcriteria MediRisk OK (20 december 2007)  
 Centramed (CentraMonitor november 2008)

**Voor meer UV zie ook:**

[Rubriek 514](#)  
 Centramonitor:  
[ID 06.01](#) analyse melding medicatie  
[RI 05.01](#) volledigheid verpleegkundige anamnese  
[RI 01.12](#) Audits op OK  
[RI 02.05](#) Besprekingen incidenten op SEH  
[RI 07.07](#) Tijdige verslaglegging Radiologie  
[RI 03.04](#) FTE intensivisten  
[RI 04.04](#) Deskundigheid personeel

➤ Medicatie gerelateerd.

Dubbelklik op onderstaand icoon voor de betreffende vangnetcriteria.



MediRisk  
 Vangnetcriteria OK 20

**Centramed (Centramonitor november 2008)**

NIAZ zal mogelijk ook met schadeverzekeraar [Centramed](#) een vergelijkbare afspraak als met [MediRisk](#) maken (stand medio 2009). Centramed heeft een aantal risicofactoren in beeld gebracht en volgt en spiegelt deze ten behoeve van de aangesloten ziekenhuizen door middel van het instrument CentraMonitor.

Dubbelklik op onderstaand icoon voor de CentraMonitor 2008.



CentraMonitor  
 2008-11

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 515 (risicomanagement: reactief)**

**Normelement:**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

**Voor meer UV zie ook:**

Centramonitor:

[RI 02.05](#) Bespreken incidenten  
SEH

[RI 04.05](#)

Complicatieregistratie  
verloskunde

[RI 05.08](#) Controle rapportage en  
overdracht

[RI 06.01](#) analyse gemelde  
medicatiefouten en verbeteracties

[RI 08.08](#) Aantal Recals

[RI 10.02](#) Procedure melden  
incidenten

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 516 (patiëntgerichtheid: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 516 (patiëntgerichtheid: proactief)**

**Normelement: 516.03**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

Stichting Kind en Ziekenhuis

**Voor meer UV zie ook:**

[Rubriek 516](#)

Centramonitor:

[RI 07.02](#) Procedure identificatie

[RI 04.09](#) Beschikbaarheid

patiënten voorlichtingsmateriaal

[RI 05.02](#) Checklist valrisico

[RI 05.03](#) Checklist Delier

### **Stichting Kind en Ziekenhuis**

Kinderen vormen een lichamelijk en emotioneel kwetsbare groep in de patiëntenzorg. Vanouds hebben ziekenhuizen voor hen al aparte voorzieningen, zoals een kinderafdeling. De [Stichting Kind en Ziekenhuis](#) is actief bij het voorlichten, scholen en bewustmaken van zowel ouders als professionals en ontwikkelt kwaliteitscriteria.

Vertrekpunt is het [Handvest Kind en Ziekenhuis](#), een in internationaal verband afgesproken kader voor de rechten van kinderen in een zorgomgeving. Stichting Kind en Ziekenhuis heeft de kwaliteitseisen verder geoperationaliseerd in het [Smiley-kwaliteitskeurmerk](#). Voor drie onderdelen van het ziekenhuis zijn specifieke kwaliteitseisen gesteld, namelijk voor de [kinderafdeling](#), de [dagbehandeling](#) en de [kraamafdeling](#). Voor elk van deze afdelingen die aan de eisen voldoet kan het ziekenhuis een Smiley verdienen.

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 517 (patiëntgerichtheid: reactief)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

**Inhoud:**

**Voor meer UV zie ook:**

**Centramonitor**

- [RI 01.07](#) Protocol overdracht OK verkoeper
- [RI 01.08](#) Overdracht verkopeper naar verpleegafdeling
- [RI 02.01](#) Aanmelden patiënten op SEH
- [RI 02.03](#) Overdrachten SEH
- [RI 02.04](#) Afspraken SEH
- [RI 03.02](#) Afspraken transporten
- [RI 03.08](#) Afspraken overdracht IC naar andere afdeling
- [RI 04.06](#) Afspraken over overdracht
- [RI 05.08](#) Controle op kwaliteit rapportage en overdracht
- [RI 05.09](#) Evaluatie overdracht naar Thuiszorg
- [RI 06.11](#) werkwijze medicatieproces in opleidingsplan
- [RI 07.07](#) tijdige verlsagellging Radiologie
- [RI 07.08](#) Afspraken spoed
- [RI 07.09](#) patiëntbespreking in aanwezigheid radioloog.

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 519 (zorg in bijzondere omstandigheden)**

**Normelement:**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

**Voor meer UV zie ook:**


**Centramonitor**

[RI 03.03](#) Herkenning en  
behandeling vitaal bedriegde  
patiënt

[RI 05.07](#) Reanimatietraining

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 6 (resultaten voor ketenpartners)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer UV zie ook:</b>	

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 7 (resultaten voor medewerkers)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer UV zie ook:</b>		

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 712 (overige uitkomsten)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer UV zie ook:</b>		
	<b>Centramonitor</b> <a href="#">RI 02.07</a> Jaargesprek <a href="#">RI 05.10</a> Scholingsplan <a href="#">RI 03.05</a> Scholingseisen <a href="#">RI 04.04</a> Deskundigheid personeel <a href="#">RI 01.12</a> Audits OK		

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 8 (resultaten voor bestuur en maatschappij)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer UV zie ook:</b>		

Uitwerking en voorbeelden (UV)			
<b>Rubriek: 8 (Overige uitkomsten)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer UV zie ook:</b>		
	<b>Centramonitor</b> <a href="#">RI 03.01</a> Bezettingsgraad IC <a href="#">RI 05.06</a> Richtlijn wachten patiënt		

**Inhoud:**

Basisset Prestatie-indicatoren

**Voor meer UV zie ook:**
**Centramonitor**
[RI 01.01](#) Afgezegde operaties

[RI 01.03](#) Pre-operatieve medicatie

[RI 01.05](#) Pijnmetingen

[RI 01.06](#) Pijnscore > 7

[RI 01.09](#) Wondinfecties

[RI 03.06](#) Lijnsepsis

[RI 04.03](#) Deskundigheid echoscopisten

[RI 04.05](#) Complicatieregistratie

[RI 05.05](#) Ondervoeding

[RI 06.01](#) Analyse meldingen medicatiefouten

[RI 06.04](#) % elektronisch voorschrijven

[RI 06.10](#) Vermijding van toedienfouten

[RI 06.12](#) Medicatieverificatie bij opname en ontslag

## Basisset prestatie-indicatoren IGZ

De Inspectie voor de Gezondheidszorg ([IGZ](#)) heeft een set prestatie-indicatoren ontwikkeld in samenwerking met de NVZ vereniging van ziekenhuizen ([NVZ](#)), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra ([NFU](#)) en de Orde van Medisch Specialisten ([Orde](#)). Deze basisset wordt jaarlijks aan de ziekenhuizen voorgelegd. Ieder jaar stelt de inspectie daarover andere vragen aan de [instellingen](#). De medio 2009 meest recente sets zijn:

[Basisset prestatie-indicatoren 2008](#) (116 pagina's)

[Basisset prestatie-indicatoren 2009](#) (57 pagina's).

In 2009 zijn aparte indicatoren vastgesteld vanuit het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig'. Doel van deze indicatoren is een beeld te krijgen van de voortgang op ziekenhuisniveau. Een deel van de indicatoren komt al voor in de eerder genoemde basissets. Het is de bedoeling dat met ingang van 2010 ook de overige indicatoren zijn opgenomen in één basisset prestatie-indicatoren. Medio 2009 is deze set in het volgende document vastgelegd:

[Basisset indicatoren veiligheidsprogramma ziekenhuizen 2009](#) (28 pagina's).

## Opsomming prestatie-indicatoren 2008/2009

De Basissets 2008 en 2009 kennen de onderstaande indicatoren, nadere informatie is per indicator te ontsluiten voor zowel de versie 2008 als de versie 2009. Voor nadere informatie wordt verwezen naar de Inleiding en Gebruikershandleiding: [versie 2008](#), [versie 2009](#)

De prestatie-indicatoren zijn een mix van 'directe' uitkomsten voor de patiënt (zoals decubitus en ondervoeding) en 'indirecte' uitkomsten: eisen aan de [regelingen](#) (zoals Zorg-ICT, het hebben van een complicatieregistratie en evaluatie functioneren medisch specialist).

1. Decubitus, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
2. Ondervoeding, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
3. Medicatieveiligheid, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
4. Zorg-ICT, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
5. Ziekenhuisinfecties, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
6. Complicatieregistratie, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
7. Pijn na operatie, [versie 2008](#), [versie 2009](#)

## Rubriek: 911 (resultaten voor de patiënt)

## Normelement:

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

### Inhoud:

Basisset Prestatie-indicatoren

### Voor meer UV zie ook:

[Centramonitor](#)  
[RI 01.01](#) Afgezegde operaties  
[RI 01.03](#) Pre-operatieve medicatie  
[RI 01.05](#) Pijnmetingen  
[RI 01.06](#) Pijnscore > 7  
[RI 01.09](#) Wondinfecties  
[RI 03.06](#) Lijnsepsis  
[RI 04.03](#) Deskundigheid echoscopisten  
[RI 04.05](#) Complicatieregistratie  
[RI 05.05](#) Ondervoeding  
[RI 06.01](#) Analyse meldingen medicatiefouten  
[RI 06.04](#) % elektronisch voorschrijven  
[RI 06.10](#) Vermijding van toedienfouten  
[RI 06.12](#) Medicatieverificatie bij opname en ontslag

8. Volume risicovolle interventies, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
9. Cholecystectomie, [versie 2008](#) ( in 2009 is deze indicator komen te vervallen)
10. Colorectale operaties, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
11. Afgezegde operaties, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
12. Intensive care, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
13. Zwangerschap, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
14. Diabetes Mellitus, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
15. Cardiologie, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
16. CVA, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
17. Heupfractuur, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
18. Mammacarcinoom, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
19. Cataract, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
20. Kinderchirurgie, [versie 2008](#), [versie 2009](#)
21. Evaluatie functioneren medisch specialisten, [versie 2009](#)

## Uitwerking en voorbeelden (UV)



**Rubriek: 912 (resultaten voor de patiënt)**

**Normelement: 912.04**

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: [standardmaster@niaz.nl](mailto:standardmaster@niaz.nl)

[overzicht](#)

[toelichting](#)

[definities](#)

**Inhoud:**

Treeknormen

**Voor meer UV zie ook:**

Centramonitor

[RI 02.04](#) Afspraken SEH

[RI 05.06](#) Richtlijn wachten


### Treeknormen


In 2000 zijn door zorgaanbieders en zorgverzekeraars tijdens een overleg op landgoed [Den Treek](#) in Leusden streefnormen voor wacht- en doorlooptijden in de zorg vastgesteld, de zogeheten Treeknormen. Er zijn twee typen normen: de maximaal aanvaardbare wachttijd voor elke [patiënt](#) en de aanvaardbare wachttijden waarbinnen 80% van de patiënten geholpen moet zijn


De normen zijn als volgt gedefinieerd:


- Toegangstijd huisarts: 80 % < 2 werkdagen, maximaal 3 werkdagen
- Toegangstijd apotheek: 100 % binnen 1 werkdag
- Toegangstijd paramedische zorg: 100 % binnen 1 week
- Toegangstijd ziekenhuiszorg: 80 % binnen 3 weken, maximaal 4 weken
- Wachttijd diagnostiek/indicatiestelling: 80 % binnen 3 weken, maximaal 4 weken
- Wachttijd poliklinische behandeling: 80 % < 3 weken, maximaal 4 weken
- Wachttijd klinische behandeling: 80 % < 5 weken, maximaal 7 weken.


## Good Practices (GP)


<b>Good practices (GP)</b>			
<b>Rubriek: 111 (inhoud beleidsvisie)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>	


Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 112 (beleidsvisie actualiseren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 113 (voorbeeldfunctie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 121 (taakverdelen en communiceren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


<b>Good practices (GP)</b>			
<b>Rubriek: 122 (organisatie borgen)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>	


Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 211 (beleid verkennen (antenne))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 212 (beleid vormen (proces))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 213 (beleid vormen (inhoud))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 214 (stakeholders)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 215 (meting, evaluatie, verantwoording)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 311 (werving en behoud)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


<b>Good practices (GP)</b>			
<b>Rubriek: 312 (afstemming)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>	


<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 313 (werkomgeving)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 321 (functioneren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 322 (begeleiding)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 323 (scholing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 411 (inkoopproces)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 412 (uitbesteding)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

<b>Good practices (GP)</b>			
<b>Rubriek: 421 (apparatuur)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>	


<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 422 (informatietechnologie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


<b>Good practices (GP)</b>			
<b>Rubriek: 423 (infrastructuur)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>	


<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 431 (geneesmiddelenvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 432 (bloedvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

<b>Good practices (GP)</b>			
<b>Rubriek: 433 (bescherming fysieke agentia)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>	

Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		


<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 435 (voedselvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 511 (procesontwerp en –beschrijving)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 512 (procesontwerp: meting)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 513 (procesontwerp: verbetering en vernieuwing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 514 (risicomanagement: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 515 (risicomanagement: reactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

Good practices (GP)				
<b>Rubriek: 516 (patiëntgerichtheid: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 517 (patiëntgerichtheid: reactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 518 (professionele coördinatie en continuïteit)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

<b>Good practices (GP)</b>				
<b>Rubriek: 519 (zorg in bijzondere omstandigheden)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer GP zie ook:</b>		

## **Wet- en regelgeving (WR)**

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 111 (inhoud beleidsvisie)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
			
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>			

## Nederland

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 111 (inhoud beleidsvisie)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>	
<p>De algemene verplichting tot het leveren van verantwoorde zorg is vastgelegd in de <a href="#">Kwaliteitswet zorginstellingen</a> (1996). De formulering van normelement 111.01.A is ontleend aan de wettekst. Specifieke regelingen betreffen onder meer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ de <a href="#">overeenkomst inzake geneeskundige behandeling</a>, waarin een aantal fundamentele patiëntenrechten is vastgelegd;</li> <li>➤ de <a href="#">Wet bescherming persoonsgegevens</a> die een aantal privacyaspecten regelt;</li> <li>➤ de <a href="#">Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen</a> die regels geeft voor onder meer de toepassing van dwangmiddelen;</li> <li>➤ de <a href="#">Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen</a> die regels geeft voor dit betreffende onderwerp;</li> <li>➤ de <a href="#">Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding</a> met regels voor onder meer euthanasie.</li> </ul>			

## België

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 111 (inhoud beleidsvisie)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>	

## Aruba

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 111 (inhoud beleidsvisie)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>	

## Nederlandse Antillen

	<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>	
<b>Rubriek: 111 (inhoud beleidsvisie)</b>		<b>Normelement:</b>
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>   <a href="#">toelichting</a>   <a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>

## Suriname

	<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>	
<b>Rubriek: 111 (inhoud beleidsvisie)</b>		<b>Normelement:</b>
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>   <a href="#">toelichting</a>   <a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 112 (beleidsvisie actualiseren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 112 (beleidsvisie actualiseren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 112 (beleidsvisie actualiseren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 112 (beleidsvisie actualiseren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 112 (beleidsvisie actualiseren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 112 (beleidsvisie actualiseren)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>	

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 113 (voorbeeldfunctie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 113 (voorbeeldfunctie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 113 (voorbeeldfunctie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 113 (voorbeeldfunctie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 113 (voorbeeldfunctie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 113 (voorbeeldfunctie)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 121 (taakverdelen en communiceren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 121 (taakverdelen en communiceren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 121 (taakverdelen en communiceren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 121 (taakverdelen en communiceren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 121 (taakverdelen en communiceren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 121 (taakverdelen en communiceren)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 122 (organisatie borgen)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 122 (organisatie borgen)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 122 (organisatie borgen)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 122 (organisatie borgen)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 122 (organisatie borgen)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 122 (organisatie borgen)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 211 (beleid verkennen (antenne))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 211 (beleid verkennen (antenne))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 211 (beleid verkennen (antenne))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 211 (beleid verkennen (antenne))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 211 (beleid verkennen (antenne))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname

	<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>	
<b>Rubriek: 211 (beleid verkennen (antenne))</b>		<b>Normelement:</b>
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>   <a href="#">toelichting</a>   <a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 212 (beleid vormen (proces))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

## Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 212 (beleid vormen (proces))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 212 (beleid vormen (proces))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 212 (beleid vormen (proces))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 212 (beleid vormen (proces))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 212 (beleid vormen (proces))</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 213 (beleid vormen (inhoud))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 213 (beleid vormen (inhoud))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 213 (beleid vormen (inhoud))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 213 (beleid vormen (inhoud))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 213 (beleid vormen (inhoud))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 213 (beleid vormen (inhoud))</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

Wet- en regelgeving (WR)				
<b>Rubriek: 214 (stakeholders)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 Wet- en regelgeving (WR)				
<b>Rubriek: 214 (stakeholders)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 Wet- en regelgeving (WR)				
<b>Rubriek: 214 (stakeholders)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 Wet- en regelgeving (WR)				
<b>Rubriek: 214 (stakeholders)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen



 Wet- en regelgeving (WR)				
<b>Rubriek: 214 (stakeholders)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname

	<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 214 (stakeholders)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

Wet- en regelgeving (WR)				
<b>Rubriek: 215 (meting, evaluatie, verantwoording)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				


### Nederland

 Wet- en regelgeving (WR)				
<b>Rubriek: 215 (meting, evaluatie, verantwoording)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 Wet- en regelgeving (WR)				
<b>Rubriek: 215 (meting, evaluatie, verantwoording)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 Wet- en regelgeving (WR)				
<b>Rubriek: 215 (meting, evaluatie, verantwoording)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 Wet- en regelgeving (WR)				
<b>Rubriek: 215 (meting, evaluatie, verantwoording)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 215 (meting, evaluatie, verantwoording)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 311 (werving en behoud)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

## Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 311 (werving en behoud)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		
<p>Voor een aantal beroepsgroepen is de status geregeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (<a href="#">Wet BIG</a>, 1993). De Stichting registratie en informatie beroepsbeoefenaren in de zorg (<a href="#">RIBIZ</a>) voert de met de Wet BIG samenhangende registratie. Wie in Nederland in de gezondheidszorg wil werken, krijgt met RIBIZ te maken. RIBIZ handelt ook aanvragen voor erkenning van buitenlandse diploma's af.</p> <p>Iedereen, van werkgever tot zorgconsument, kan bij RIBIZ het BIG-register raadplegen. Zorgverleners kunnen zich via de site van RIBIZ aanmelden. Eenmaal ingeschreven kunnen zij hun eigen registratie inzien en zelf een bevestiging van hun inschrijving aanmaken.</p>				

## België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 311 (werving en behoud)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 311 (werving en behoud)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 311 (werving en behoud)</b>		<b>Normelement:</b>		

Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Suriname

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 311 (werving en behoud)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 312 (afstemming)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 312 (afstemming)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 312 (afstemming)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 312 (afstemming)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen


 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 312 (afstemming)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname

	<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>	
<b>Rubriek: 312 (afstemming)</b>		<b>Normelement:</b>
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>   <a href="#">toelichting</a>   <a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 313 (werkomgeving)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

## Nederland

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 313 (werkomgeving)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		
<p>De hoofdlijnen van regelgeving wat betreft de arbeidsomstandigheden zijn vastgelegd in de Arbeidsomstandighedenwet (<a href="#">ARBO-wet</a>, 1999). Daarnaast is voor (de werkomgeving van) de medewerkers een aantal meer specifieke regelingen relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ het <a href="#">Besluit stralingsbescherming</a> gebaseerd op de <a href="#">Kernenergiewet</a>;</li> <li>➤ het <a href="#">Warenwetbesluit hygiëne van levensmiddelen</a> en het <a href="#">Warenwetbesluit bereiding en behandeling van levensmiddelen</a> gebaseerd op de <a href="#">Warenwet</a>;</li> <li>➤ de <a href="#">Wet bescherming persoonsgegevens</a>.</li> </ul>				

## België

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 313 (werkomgeving)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Aruba

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 313 (werkomgeving)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Nederlandse Antillen

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 313 (werkomgeving)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

Inhoud:	Voor meer WR zie ook:

## Suriname

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 313 (werkomgeving)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
Inhoud:	Voor meer WR zie ook:		

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 321 (functioneren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 321 (functioneren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 321 (functioneren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 321 (functioneren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 321 (functioneren)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 321 (functioneren)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 322 (begeleiding)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 322 (begeleiding)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 322 (begeleiding)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 322 (begeleiding)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 322 (begeleiding)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 322 (begeleiding)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 323 (scholing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 323 (scholing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 323 (scholing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 323 (scholing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 323 (scholing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 323 (scholing)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 411 (inkoopproces)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 411 (inkoopproces)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 411 (inkoopproces)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 411 (inkoopproces)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 411 (inkoopproces)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 411 (inkoopproces)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 412 (uitbesteden)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 412 (uitbesteden)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 412 (uitbesteden)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 412 (uitbesteden)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 412 (uitbesteden)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname

	<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>	
<b>Rubriek: 412 (uitbesteden)</b>		<b>Normelement:</b>
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>   <a href="#">toelichting</a>   <a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 421 (apparatuur)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 421 (apparatuur)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 421 (apparatuur)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 421 (apparatuur)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 421 (apparatuur)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 421 (apparatuur)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>	

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 422 (informatietechnologie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 422 (informatietechnologie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 422 (informatietechnologie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 422 (informatietechnologie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 422 (informatietechnologie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 422 (informatietechnologie)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 423 (infrastructuur)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 423 (infrastructuur)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 423 (infrastructuur)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 423 (infrastructuur)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 423 (infrastructuur)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname


	<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>	
<b>Rubriek: 423 (infrastructuur)</b>		<b>Normelement:</b>
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>   <a href="#">toelichting</a>   <a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 431 (geneesmiddelenvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 431 (geneesmiddelenvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		
De kaderregeling voor de regelgeving met betrekking tot geneesmiddelen is de <a href="#">Geneesmiddelenwet (2007)</a> .				

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 431 (geneesmiddelenvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		



### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 431 (geneesmiddelenvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen


 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 431 (geneesmiddelenvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 431 (geneesmiddelenvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>	

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 432 (bloedvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 432 (bloedvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		
De belangrijkste wetgeving met betrekking tot de bloedvoorziening is de <a href="#">Wet inzake Bloedvoorziening</a> (1997).				

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 432 (bloedvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 432 (bloedvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 432 (bloedvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname

	<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>	
<b>Rubriek: 432 (bloedvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>   <a href="#">toelichting</a>   <a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 433 (bescherming fysieke agentia)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 433 (bescherming fysieke agentia)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		
<p>Voor de omgang met ioniserende straling genererende apparatuur en middelen is de belangrijkste regelgeving het <a href="#">Besluit stralingsbescherming</a> gebaseerd op de <a href="#">Kernenergiewet</a>.</p>				

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 433 (bescherming fysieke agentia)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 433 (bescherming fysieke agentia)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen



 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 433 (bescherming fysieke agentia)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 433 (bescherming fysieke agentia)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>	

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		
<p>De belangrijkste regelgeving ten aanzien van de infectiepreventie en –bestrijding geeft de <a href="#">Wet publieke gezondheid</a> (2008). Hierin zijn opgenomen de bepalingen van de voormalige Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken.</p>				

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen



 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Suriname

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>		<b>Normelement: 434.05/6.A</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

## Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>		<b>Normelement: 434.05/6.A</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b> <a href="#">Rubriek 434</a>		
Voorschriften en richtlijnen voor gebruik van en organisatie omtrent steriele medische hulpmiddelen zijn vastgelegd in het <a href="#">Besluit gesteriliseerde medische hulpmiddelen in ziekenhuizen</a> .				

## België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b> <a href="#">Rubriek 434</a>		

## Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b> <a href="#">Rubriek 434</a>		

## Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b> <a href="#">Rubriek 434</a>		

## Suriname

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 434 (infectiepreventie)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>	
		<a href="#">Rubriek 434</a>	

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 435 (voedselvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 435 (voedselvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		
<p>De belangrijkste regelgeving met betrekking tot de voedselvoorziening ligt vast in het <a href="#">Warenwetbesluit hygiëne van levensmiddelen</a> en het <a href="#">Warenwetbesluit bereiding en behandeling van levensmiddelen</a> gebaseerd op de <a href="#">Warenwet</a>;</p>				

### België

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 435 (voedselvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 435 (voedselvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 435 (voedselvoorziening)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Suriname

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>	
<b>Rubriek: 435 (voedselvoorziening)</b>	<b>Normelement:</b>
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>   <a href="#">toelichting</a>   <a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 511 (procesontwerp en –beschrijving)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 511 (procesontwerp en –beschrijving)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 511 (procesontwerp en –beschrijving)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 511 (procesontwerp en –beschrijving)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 511 (procesontwerp en –beschrijving)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 511 (procesontwerp en –beschrijving)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 512 (procesontwerp: meting)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 512 (procesontwerp: meting)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 512 (procesontwerp: meting)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 512 (procesontwerp: meting)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 512 (procesontwerp: meting)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 512 (procesontwerp: meting)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 513 (procesontwerp: verbetering en vernieuwing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 513 (procesontwerp: verbetering en vernieuwing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 513 (procesontwerp: verbetering en vernieuwing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 513 (procesontwerp: verbetering en vernieuwing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 513 (procesontwerp: verbetering en vernieuwing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 513 (procesontwerp: verbetering en vernieuwing)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 514 (risicomanagement: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 514 (risicomanagement: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 514 (risicomanagement: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 514 (risicomanagement: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 514 (risicomanagement: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname

	<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>	
<b>Rubriek: 514 (risicomanagement: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>   <a href="#">toelichting</a>   <a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 515 (risicomanagement: reactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek:</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek:</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek:</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek:</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname

	<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>	
<b>Rubriek:</b>		<b>Normelement:</b>
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>   <a href="#">toelichting</a>   <a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 516 (patiëntgerichtheid: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

## Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 516 (patiëntgerichtheid: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		
<p>Belangrijke wetgeving specifiek met betrekking tot patiëntenrechten en patiëntgerichtheid betreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Burgerlijk Wetboek Boek 7 Titel 7 Afdeling 5: <a href="#">De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling</a>;</li> <li>➤ de Wet bescherming persoonsgegevens (<a href="#">WBP</a>, 2000);</li> <li>➤ Burgerlijk Wetboek Boek I Titel 20: <a href="#">Mentorschap ten behoeve van meerderjarigen</a>;</li> <li>➤ de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (<a href="#">Wet BOPZ</a>, 1992);</li> <li>➤ de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (<a href="#">WMO</a>, 1998).</li> </ul>				

## België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 516 (patiëntgerichtheid: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 516 (patiëntgerichtheid: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 516 (patiëntgerichtheid: proactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>

Inhoud:	Voor meer WR zie ook:

## Suriname

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b> 	
<b>Rubriek: 516 (patiëntgerichtheid: proactief)</b>	<b>Normelement:</b>
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a> <a href="#">toelichting</a> <a href="#">definities</a>
Inhoud:	Voor meer WR zie ook:

Wet- en regelgeving (WR)				
<b>Rubriek: 517 (patiëntgerichtheid: reactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

## Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 517 (patiëntgerichtheid: reactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		
<p>Het wettelijk kader voor het omgaan met klachten van <a href="#">patiënten</a> wordt gegeven door de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (<a href="#">WKCZ</a>, 1995).</p>				

## België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 517 (patiëntgerichtheid: reactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 517 (patiëntgerichtheid: reactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 517 (patiëntgerichtheid: reactief)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

## Suriname

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>			
<b>Rubriek: 517 (patiëntgerichtheid: reactief)</b>		<b>Normelement:</b>	
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>
		<a href="#">definities</a>	
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>	

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 518 (professionele coördinatie en continuïteit)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 518 (professionele coördinatie en continuïteit)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 518 (professionele coördinatie en continuïteit)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 518 (professionele coördinatie en continuïteit)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

 <b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 518 (professionele coördinatie en continuïteit)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 518 (professionele coördinatie en continuïteit)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 519 (zorg in bijzondere omstandigheden)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
				
<p>Voor (eventuele beschikbaarheid van) informatie over de wet- en regelgeving met betrekking tot de normrubriek of het normelement per land klik op de landsvlag. Voor een overzicht van (alle) relevante wet- en regelgeving raadpleeg het <a href="#">overzicht wet- en regelgeving</a>.</p>				

### Nederland

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 519 (zorg in bijzondere omstandigheden)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### België

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 519 (zorg in bijzondere omstandigheden)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Aruba

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 519 (zorg in bijzondere omstandigheden)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Nederlandse Antillen

<b>Wet- en regelgeving (WR)</b>				
<b>Rubriek: 519 (zorg in bijzondere omstandigheden)</b>		<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>		<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>		<b>Voor meer WR zie ook:</b>		

### Suriname



## Wet- en regelgeving (WR)



<b>Rubriek: 519 (zorg in bijzondere omstandigheden)</b>	<b>Normelement:</b>		
Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: <a href="mailto:standardmaster@niaz.nl">standardmaster@niaz.nl</a>	<a href="#">overzicht</a>	<a href="#">toelichting</a>	<a href="#">definities</a>
<b>Inhoud:</b>	<b>Voor meer WR zie ook:</b>		