



Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.2

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 ontlenuen dat de zorg reproduceerbaar op een adequate en veilige manier wordt voortgebracht.

Overzicht

	pagina
Overzicht	
1. Toelichting	3
1.1. Praktisch gebruik	3
1.2. Het concept van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling	3
2. Beoordelingssystematiek	4
2.1. Scoringssystematiek	4
2.1.1. Scoringssystematiek veld 1 t/m 5	5
2.1.2. Scoringssystematiek veld 6 t/m 9	6
3. Definities	7
4. Normtekst	13
1. Leiderschap	14
111: inhoud beleidsvisie	14
112: beleidsvisie actualiseren	15
121: taakverdelen en communiceren	15
122: organisatie borgen	16
2. Strategie en beleid	17
211: beleid verkennen	17
213: beleid vormen (inhoud)	17
215: meting, evaluatie, verantwoording	18
216: wijziging functiepakket	18
3. Management van medewerkers	19
311: werving en behoud	19
312: afstemming	20
313: werkomgeving	20
321: functioneren	20
322: begeleiding	21
323: scholing	21
4. Management van middelen	22
411: inkoopproces	22
412: uitbesteden	22
421: apparatuur	23
422: informatietechnologie	23
423: infrastructuur	24
431: geneesmiddelenvoorziening	24
432: bloedvoorziening	25
433: bescherming fysieke agentia	25
434: infectiepreventie	25
435: voedselvoorziening	26
5. Management van processen	27
511: procesontwerp en –beschrijving	27
512: procesontwerp: meting	28
513: procesontwerp: verbetering en vernieuwing	28
514: risicomangement: proactief	29
515: risicomangement: reactief	29
516: patiëntgerichtheid: proactief	30
517: patiëntgerichtheid: reactief	31
518: professionele coördinatie en continuïteit	31
519: zorg in bijzondere omstandigheden	32
6. Resultaten voor ketenpartners	33
7. Resultaten voor medewerkers	34
8. Resultaten voor bestuur en maatschappij	36
9. Resultaten voor de patiënt	37

1. Toelichting

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

1. Het praktisch gebruik;
2. De Kwaliteitsnorm Zorginstelling: karakteristieken.

1.1. Praktisch gebruik

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 betreffende normelementen 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: **NTA^{8009:2011}**.

Het NIAZ-referentiekader bestaat uit een normatieve 'bovenlaag' en een ondersteunende 'onderlaag'. De documentatie in de 'onderlaag' is via links bij de verschillende onderdelen van de norm op te roepen, zodra de Kwaliteitsnorm Zorginstelling is opgenomen in de NIAZ-webapplicatie. 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'.

1.2. Het concept van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling

De Kwaliteitsnorm Zorginstelling is afgestemd op het EFQM-model (INK/Kwadrant) en opgebouwd uit normelementen. Een normelement is een onderdeel van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling dat als een zelfstandig onderdeel wordt gescoord in de beoordelingssystematiek. Alle normelementen zijn op een zo logisch mogelijke en praktisch bruikbare manier over de velden van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling verdeeld. 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 afspraken die per se op instellingsniveau plaats moeten vinden, bijvoorbeeld vanwege het belang van het onderwerp, de betrokkenheid van veel werkeenheden of omdat derden dat van de instelling vragen. In andere gevallen kunnen afspraken op het niveau van een werkeenheden plaatsvinden. De norm heeft twee tekstformuleringen voor het bepalen of het normelement van toepassing is voor de instelling als geheel of voor een werkeenheden:

1. De normtekst begint met '**De instelling ...**': in dat geval móet er sprake zijn van afspraken op instellingsniveau en kan er (daarnaast) sprake zijn van afspraken op werkeenhedenniveau. Dit laatste kan bijvoorbeeld een concrete uitwerking voor die werkeenheden betreffen, zoals specifieke werkinstructies. De afspraken van de werkeenheden moeten wel passen binnen de afspraken op instellingsniveau. Overigens kunnen de afspraken op instellingsniveau voor bepaalde werkeenheden bijzondere bepalingen (uitzonderingen) behelzen.
2. De normtekst begint met '**Er zijn ...**': in dat geval móet er sprake zijn van afspraken op minimaal werkeenhedenniveau en kunnen er daarnaast ook afspraken zijn op instellingsniveau of voor een omschreven aantal werkeenheden. Voor de werkeenheden uiteraard voor zover het betreffende normelement van toepassing is.

2. Beoordelingssystematiek

De beoordelingssystematiek van NIAZ bestaat uit twee componenten:

1. een scoringssystematiek van de normelementen
2. een gekwalificeerd eindoordeel ('noodzakelijke voorwaarden', zie vigerende accreditatieprocedure: www.niaz.nl).

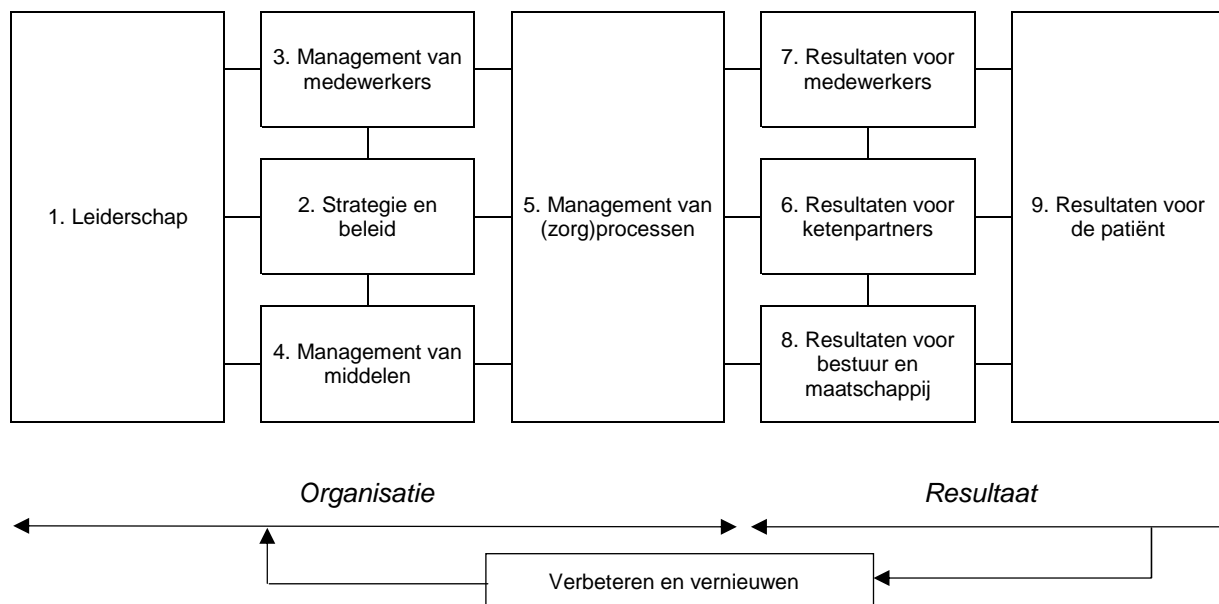
De scoringssystematiek beoogt een bijdrage te leveren aan de objectivering van het oordeel en de besluitvorming van het NIAZ. Het gekwalificeerd eindoordeel (NIAZ noemt dit vanouds de 'noodzakelijke voorwaarden') beschrijft de kwalificaties waaraan – de balans opmakend na het toepassen van de scoringssystematiek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

2.1. 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).



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

Hulpmiddel: De 'B-' en 'W'-vragen

Als hulpmiddel bij het scoren van de normelementen volgt hier een praktisch denkschemaatje met alle aspecten die relevant zijn. Voor elk normelement zijn de 'B-' en 'W'-vragen van toepassing. Deze vragen komen overigens pas aan de orde nadat eerst is vastgesteld of het normelement voor de instelling of werkeenheden 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).

W-vragen: wie, wat, waar, wanneer		
Wie:	welke medewerker of werkeenheden	
Wat:	welke acties (<u>t</u> aken) in welke volgorde en volgens welke planning (tijdstip), welke <u>v</u> erantwoordelijkheden en <u>b</u> evoegdheden	TVB
Waar:	op welke plaatsen, afdelingen, in welke ruimtes	
Wanneer:	duidelijk in welke situatie de regeling van toepassing is	

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

2.1.2. Scoringssystematiek resultaatvelden (6 t/m 9)

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).

NIAZ kent nog geen normatieve waarde toe aan (de hoogte van) uitkomsten. In de toekomst zal dit mogelijk 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.

De eerste jaren zullen de normelementen in de resultaatgebieden nog geen voorwaarde voor het behalen dan wel continueren voor de accreditatie zijn.

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).

Afspraak : Het geheel van acties en personele en materiële voorzieningen die zijn getroffen in onderling overleg om een bepaald voorgenomen resultaat te bereiken. Onder 'afspraken' vallen onder meer reglementen, procedures, protocollen, (werk)instructies en overige voorschriften die niet per se op papier zijn vastgelegd. 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.

Audit : Een onderzoek van de regelingen in een instelling of één of meerdere werkeenheden 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 patiëntenzorg 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.
- 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. Tot de medewerkers behoren ook de medisch specialisten. 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 ontlenu 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 beoordelingsystematiek.

NTA 8009:2011 : 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). Normelementen die als criterium in de NTA 8009:2011 voorkomen dragen tevens het oormerk **NTA^{8009:2011}**.

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 hoe 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.

Regeling Het geheel van acties en personele en materiële voorzieningen die zijn getroffen door de instellingsleiding om een bepaald voorgenomen doel te bereiken. Onder 'regelingen' vallen onder meer reglementen, procedures, protocollen, (werk)instructies, (wettelijke) uitvoeringsregelingen en overige voorschriften die niet per se op papier zijn vastgelegd. Onder 'regelingen' 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.

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"> - Toelichting - Voorwaarden accreditatie - Definities - Normtekst
'Onderlaag'	Uitwerking en voorbeelden	
	<i>Good practices</i>	
	Wet- en regelgeving	

Zie ook de toelichting op de structuur van het referentiekader NIAZ.

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 en op alle echelons en medisch specialisten.

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.

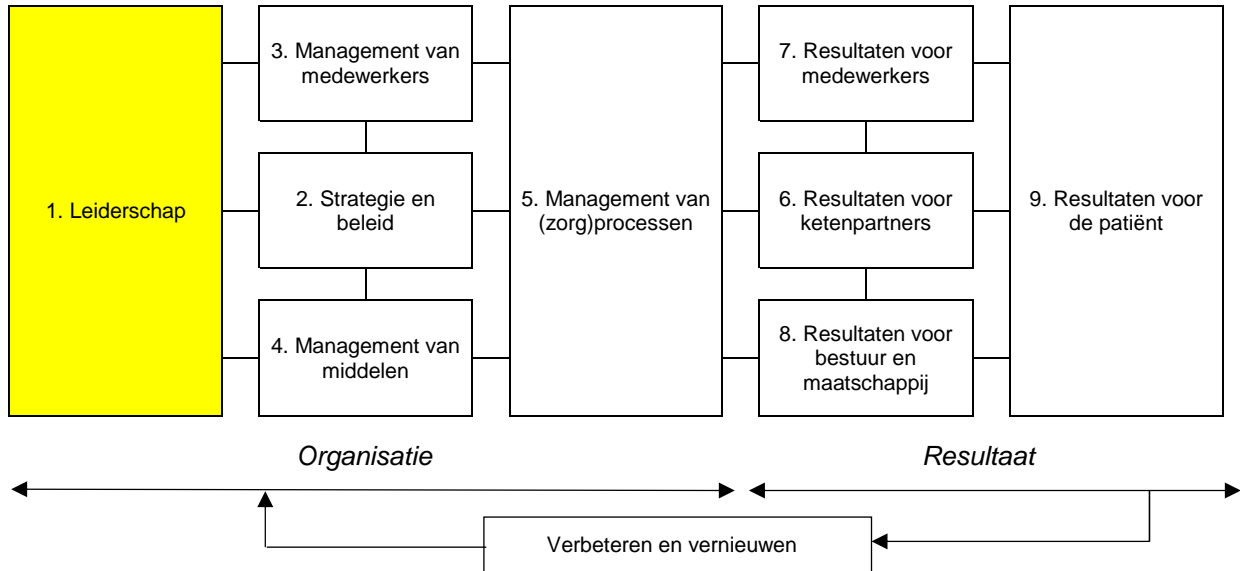
Zelfevaluatie rapport : Een door de instelling of werkeenheden opgesteld rapport waarin, gespecificeerd naar de onderdelen van de normtekst van NIAZ, onderbouwd wordt aangegeven op welke wijze en in welke mate de betreffende eenheid voldoet aan de gestelde eisen.

4. Normtekst

1. Leiderschap



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: standardmaster@niaz.nl



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 eerstverantwoordelijke. 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 patiëntenzorg 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			
111.02 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft een actuele (beleids)visie op de (maatschappelijke) functies van de instelling en haar positionering in het verzorgingsgebied.</i>	UV	GP	WR	
111.03	<i>De actuele (beleids)visie geeft invulling aan de wettelijke verplichting tot het bieden van verantwoorde zorg. Dat is zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.</i>	UV	GP	WR	
111.04 NTA ^{8009:2011}	<i>De actuele (beleids)visie is gericht op continue verbetering van de kwaliteit en veiligheid.</i>	UV	GP	WR	

111.05 NTA ^{8009:2011}	<i>Het beleid van de instellingsleiding is erop gericht dat leidinggevend en professionele zorgverleners een voorbeeldfunctie vervullen als het gaat om permanente gerichtheid op kwaliteit en veiligheid.</i>	UV	GP	WR
111.06 NTA ^{8009:2011}	<i>Het beleid van de instellingsleiding is gericht is op het bevorderen van een werkklimaat waarin de medewerkers zich uitgedaagd voelen om voortdurend bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid.</i>	UV	GP	WR
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities

Rubriek: 112 (beleidsvisie actualiseren)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
112.02 NTA ^{8009:2011}	<i>Bij de totstandkoming en actualisatie van de visie en strategie streeft de instellingsleiding naar een zo groot mogelijk draagvlak binnen de organisatie.</i>	UV	GP	WR	
112.03 NTA ^{8009:2011}	<i>Bij de totstandkoming en actualisatie van de visie en strategie streeft de instellingsleiding naar draagvlak bij externe belanghebbenden zoals patiëntenorganisaties, samenwerkingspartners en zorgverzekeraars.</i>	UV	GP	WR	
112.04 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De bevindingen die verkregen worden door de bereikte resultaten te vergelijken met de oorspronkelijk gestelde doelen, zijn gebruikt bij de totstandkoming en actualisatie van de visie en strategie.</i>	UV	GP	WR	
112.05 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling draagt er zorg voor dat het instellingsbeleid met de daarin vervatte beleidskeuzes in de gehele organisatie helder en eenduidig gecommuniceerd wordt met alle direct betrokkenen.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

1.2 Organiseren en communiceren

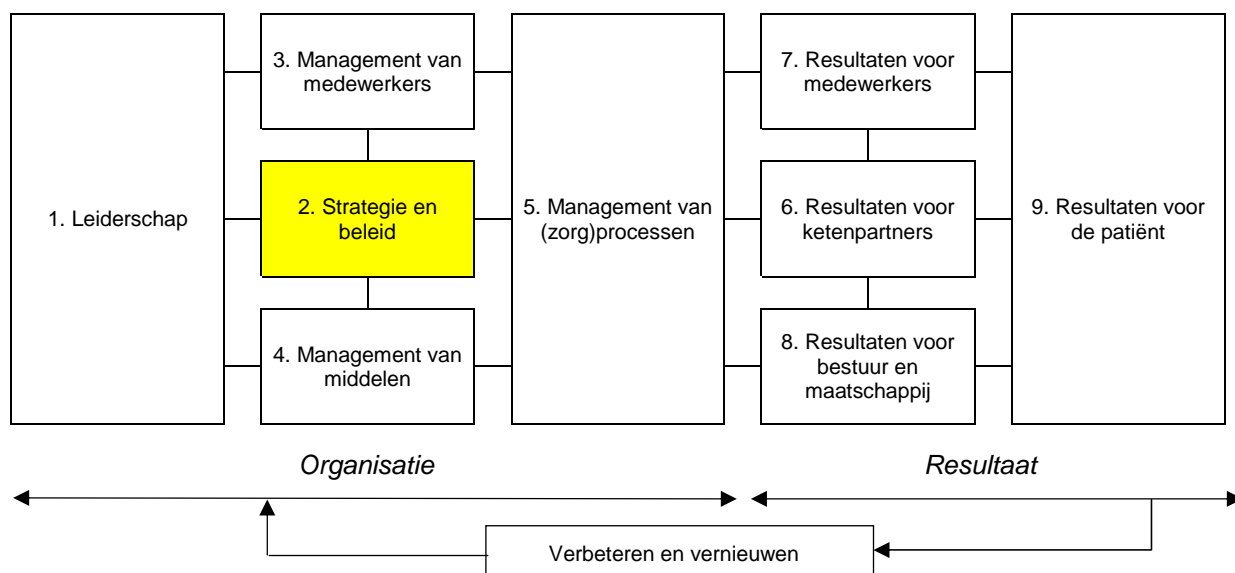
Rubriek: 121 (taakverdelen en communiceren)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
121.08 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling past de vigerende governancecode toe.</i>	UV	GP	WR	
121.09	<i>De instellingsleiding draagt zorg voor overleg met de voor de besturing relevante overleg- en adviesorganen.</i>	UV	GP	WR	
121.10 NTA ^{8009:2011}	<i>Bij samenwerking met andere organisatorische verbanden heeft de instelling vastgelegd hoe de zorg is georganiseerd en hoe de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden daarbij zijn verdeeld.</i>	UV	GP	WR	
121.11	<i>De instelling beschikt over een of meerdere organogram(men) waarin de relaties tussen de verschillende organen en organisatorische eenheden zijn weergegeven.</i>	UV	GP	WR	
121.12 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft op hoofdlijnen de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van de bedrijfsvoering en beleidsontwikkeling voor alle niveaus en onderdelen van de instelling vastgelegd.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

Rubriek: 122 (organisatie borgen)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
122.02	<i>De instelling beschikt over een door een externe accountant goedgekeurde jaarrekening, niet ouder dan het laatste of voorlaatste boekjaar voorafgaand aan de datum van de audit door het NIAZ.</i>	UV	GP	WR	
122.07 eis 3-4	<i>De leiding ziet erop toe dat de werkeenheden de van toepassing zijnde voorschriften, protocollen, (werk)instructies, standaarden, richtlijnen en normen in acht nemen en de (zorg)processen hieraan zonedig aanpassen.</i>	UV	GP	WR	
122.10 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft een planning- en controlcyclus gericht op de realisatie van de op instellingsniveau gemaakte (strategische) beleidskeuzes waaronder die t.a.v. kwaliteit en veiligheid.</i>	UV	GP	WR	
122.11 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft een documentbeheersysteem waarin de actuele versies van beleidsdocumenten, reglementen, procedures, protocollen, werkinstructies en overige voorschriften overzichtelijk zijn vastgelegd en op elk gewenst moment raadpleegbaar zijn.</i>	UV	GP	WR	
122.12 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft een intern auditsysteem gerelateerd aan het NIAZ normenkader en conform de NIAZ-accreditatieprocedure bij de aanvraag.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

2. Strategie en beleid



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: standardmaster@niaz.nl




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.

Rubriek: 211 (beleid verkennen)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
211.08 <small>NTA^{8009:2011}</small>	<i>De instelling oriënteert zich op de (markt)ontwikkelingen in de (regionale) gezondheidszorg en de eigen positie daarin, met het oog op (mogelijke) vertaling in het eigen beleid.</i>	UV	GP	WR	
211.09 <small>NTA^{8009:2011}</small>	<i>De medewerkers worden gestimuleerd om de ontwikkelingen van de regelgeving, professionele standaarden, 'bench-marks' 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)processen.</i>	UV	GP	WR	
211.10 <small>NTA^{8009:2011}</small>	<i>De instellingsleiding ziet erop toe dat de kwaliteitseisen van patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, letselschadeverzekeraars en andere belanghebbende organisaties, voor zover deze betrekking hebben op concrete (zorg)processen, binnen de werkeenheden geborgd zijn.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

Rubriek: 213 (beleid vormen (inhoud))		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
213.05	<i>De instellingsleiding ziet erop toe dat de benodigde (professionele) expertise aansluit op het functiepakket van de werkeenheden en de</i>	UV	GP	WR	

NTA ^{8009:2011}	(zorg)processen.			
213.06	<i>De instellingsleiding stelt grenzen aan de aard en omvang van het zorgaanbod, mede gezien de voor een kwalitatief verantwoorde zorg benodigde professionele expertise en voorzieningen.</i>	UV	GP	WR
213.07 NTA ^{8009:2011}	<i>Bij de vaststelling van het (strategisch) beleid worden de (beleids)doelen zodanig geformuleerd dat deze meetbaar en/of evalueerbaar zijn.</i>	UV	GP	WR
213.08 NTA ^{8009:2011}	<i>De instellingsleiding ziet erop toe dat de vastgestelde (beleids)doelen worden uitgewerkt in concrete uitvoeringsplannen die voorzien in een omschrijving van de verantwoordelijkheden, beoogde resultaten en benodigde middelen.</i>	UV	GP	WR
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities

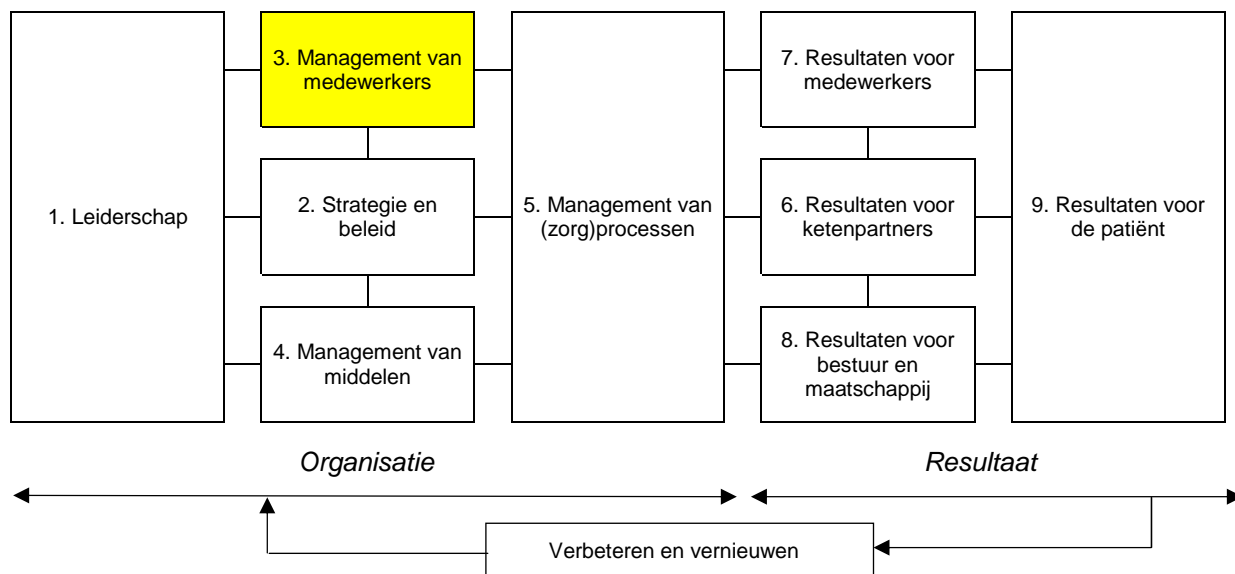
Rubriek: 215 (meting, evaluatie, verantwoording)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
215.06 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instellingsleiding bepaalt welke parameters van de (beleids)doelen en (zorg)processen (waaronder die van kwaliteit en veiligheid) worden gemeten en geëvalueerd.</i>	UV	GP	WR	
215.07 NTA ^{8009:2011}	<i>De instellingsleiding bepaalt welke resultaatmetingen, prestatie-indicatoren en risico-indicatoren zijn bestemd voor intern gebruik en welke openbaar worden gemaakt via de website en/of andere publicatiekanalen.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

Rubriek: 216 (wijziging functiepakket)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
216.01 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling ziet erop toe dat bij wijzigingen in het functiepakket en het zorgaanbod van de instelling de gevolgen hiervan voor de kwaliteit en veiligheid van functies en (zorg)processen in kaart worden gebracht en in de besluitvorming betrokken.</i>	UV	GP	WR	
216.02 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling ziet erop toe dat bij wijzigingen in het functiepakket en het zorgaanbod van de instelling die gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg in een transmurale keten, overleg wordt gevoerd met de betrokken ketenpartners voordat een definitief besluit wordt genomen.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

3. Management van medewerkers



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: standardmaster@niaz.nl





Toelichting

Dit organisatiegebied geeft aan hoe de instelling de individuele medewerkers inzet en stimuleert om de uitgezette koers en strategische doelstellingen te realiseren en zonedig bij te stellen. De leidinggevenden, spelen hierin een cruciale rol. Uitgangspunt is dat niet alleen de medewerker er voor de instelling is, maar de instelling 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 voor hun welzijn.


3.1 Organiseren en bemensen

Rubriek: 311 (werving en behoud)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
311.07	<i>De instelling benut de (geaggregeerde) uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken, jaargesprekken, verzuimregistratie, registratie van incidenten en risico-inventarisaties bij het actualiseren van het (strategische) personeelsbeleid en veiligheidsbeleid.</i>	UV	GP	WR	
311.08	<i>De instelling heeft vastgelegd hoe de werving en selectie van medewerkers plaatsvindt, met in het bijzonder aandacht voor de werving van leidinggevenden en medisch specialisten.</i>	UV	GP	WR	
311.09 eis 3-4 <small>NTA^{8009:2011}</small>	<i>De instelling controleert per individuele medewerker en medisch specialist de geldigheid van de benodigde diploma's en de actualiteit van de vereiste inschrijving in één of meer beroepsregisters.</i>	UV	GP	WR	
311.10	<i>De instelling heeft afspraken voor de inzet in de (zorg)processen van uitzendkrachten, stagiaires, co-assistenten en vrijwilligers.</i>	UV	GP	WR	
311.11	<i>De instelling heeft een systeem om het personeelsverloop te registreren en de ontwikkelingen daarin te volgen.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	


Rubriek: 312 (afstemming)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
312.04 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instellingsleiding ziet erop toe dat de competenties en bevoegdheden van de medewerkers aansluiten bij de door hen te verrichten taken.</i>	UV	GP	WR	
312.05	<i>Binnen de werkeenheden is op afgesproken momenten werkoverleg waarin alle relevante onderwerpen met betrekking tot het werk in alle openheid aan de orde kunnen komen.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	


Rubriek: 313 (werkomgeving)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
313.05	<i>De instelling heeft vastgelegd hoe de preventie, signalering, analyse en registratie van gezondheids- en veiligheidsincidenten en risico's die betrekking hebben op de medewerkers plaatsvinden.</i>	UV	GP	WR	
313.06 NTA ^{8009:2011}	<i>Medewerkers zijn zich bewust van het risicovolle karakter van hun handelen en leveren een actieve bijdrage aan de veiligheid van de eigen werkplek.</i>	UV	GP	WR	
313.07	<i>De instelling beschikt over een geldend risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) met een daarbij behorend plan van aanpak.</i>	UV	GP	WR	
313.08	<i>De instelling heeft preventieve maatregelen getroffen voor werksituaties die als minder veilig worden beschouwd en/of ervaren.</i>	UV	GP	WR	
313.09	<i>De instelling doet op afgesproken momenten onderzoek naar de tevredenheid van de medewerkers over het werkklimaat en de werkomstandigheden.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

3.2 Begeleiden en opleiden

Rubriek: 321 (functioneren)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
321.05 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft voor nieuwe en tijdelijke medewerkers een introductie- en inwerkprogramma dat is afgestemd op de werkeenheden en de (zorg)processen waarbij de medewerkers betrokken zijn. De voor hun relevante veiligheidsaspecten krijgen expliciet aandacht.</i>	UV	GP	WR	
321.06 NTA ^{8009:2011}	<i>Elke medewerker heeft jaarlijks een gesprek over het individuele functioneren.</i>	UV	GP	WR	
321.07 NTA ^{8009:2011}	<i>Elke medisch specialist heeft periodiek een gesprek over het individuele functioneren.</i>	UV	GP	WR	
321.08	<i>De instelling heeft vastgelegd hoe te handelen ten aanzien van een medewerker (waaronder leidinggevende en medisch specialist) die disfunctioneert of van wie het vermoeden bestaat dat hij disfunctioneert.</i>	UV	GP	WR	

UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving	overzicht	toelichting	definities
---	-----------	-------------	------------

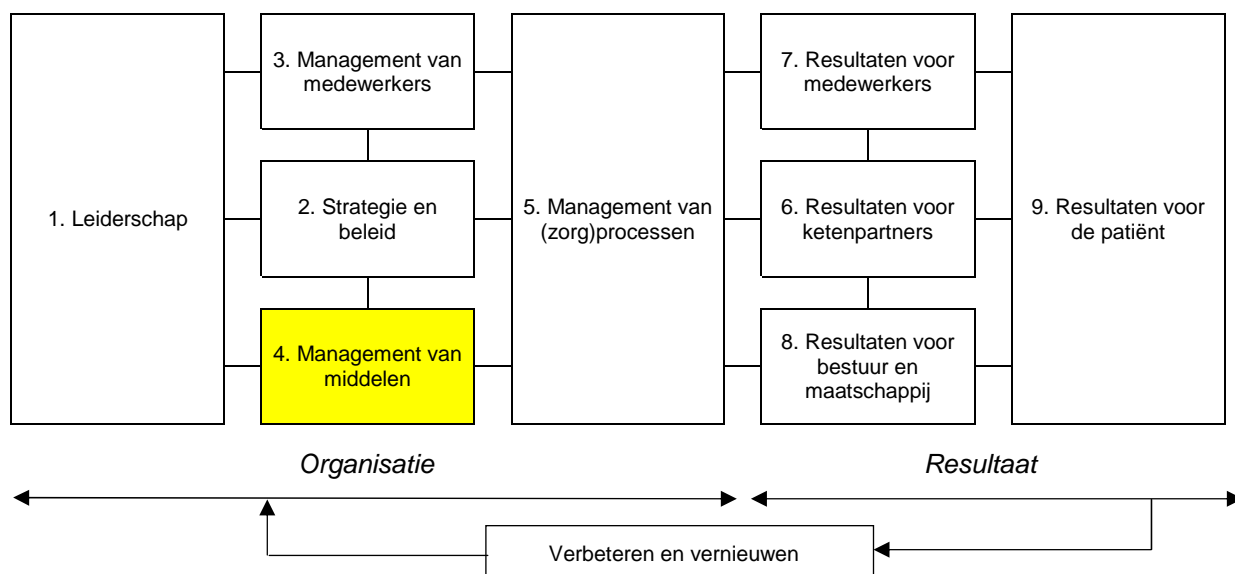
Rubriek: 322 (begeleiding)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
322.01	<i>De instelling heeft een systeem van loopbaanbegeleiding dat gericht is op ontplooiing van de medewerker.</i>	UV	GP	WR	
322.03	<i>De instelling heeft een systeem van arbeidsverzuimregistratie en (arbeids)verzuimbegeleiding.</i>	UV	GP	WR	
322.05 <small>NTA^{8009:2011}</small>	<i>De instelling heeft afspraken voor medewerkers die tijdens hun werk betrokken zijn geraakt bij schokkende gebeurtenissen.</i>	UV	GP	WR	
322.06	<i>De instelling heeft de opvang van klachten van medewerkers geregeld.</i>	UV	GP	WR	
322.07	<i>De instelling beschikt over een klokkenluidersregeling.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

Rubriek: 323 (scholing)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
323.09 <small>eis 3-4</small> <small>NTA^{8009:2011}</small>	<i>De instellingsleiding ziet erop toe dat de medewerkers de opleidingen en trainingen volgen die nodig zijn om hun individuele aandeel in de (zorg)processen op het vereiste professionele niveau te brengen en te houden.</i>	UV	GP	WR	
323.10 <small>eis 3-4</small>	<i>De instelling heeft een uitvoeringsregeling voor het (doen) verrichten van voorbehouden en/of risicovolle handelingen door niet zelfstandig bevoegden.</i>	UV	GP	WR	
323.11 <small>eis 3-4</small>	<i>De instelling voorziet in de benodigde faciliteiten om de vaardigheden met betrekking tot de voorbehouden en/of risicovolle handelingen op peil te brengen en te houden.</i>	UV	GP	WR	
323.12	<i>De instelling heeft voor de medewerkers die in hun werksituatie met agressief gedrag geconfronteerd kunnen worden, een hierop toegespitst pakket van scholing en training.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

4. Management van middelen



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: standardmaster@niaz.nl



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 zijn 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			
411.03	<i>De instelling heeft een inkoopbeleid passend bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de instelling.</i>	UV	GP	WR	
411.04 <small>NTA^{8009:2011}</small>	<i>De instelling heeft een recallprocedure voor materialen, hulp- en geneesmiddelen en (medische)apparatuur.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	


Rubriek: 412 (uitbesteden)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
412.04	<i>Voor elke uitbestede dienst of deelfunctie heeft de instelling een dienstverleningsovereenkomst waarin de kwaliteitseisen vastgelegd zijn en de manier waarop de instelling toezicht houdt op de naleving van de</i>	UV	GP	WR	

NTA ^{8009:2011}	<i>kwaliteitseisen.</i>			
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities


4.2 Apparatuur, informatietechnologie en infrastructuur

Rubriek: 421 (apparatuur)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
NTA ^{8009:2011}	421.06 <i>De instelling voert een risicoanalyse uit aan het begin van het verwervingsproces van (medische) apparatuur, waarbij zowel de technisch verantwoordelijke als de gebruikers zijn betrokken.</i>	UV	GP	WR	
421.07 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling zorgt dat de kennis en vaardigheden, die nodig zijn om verantwoord met instrumenten en (medische) apparatuur om te gaan, worden verworven en op peil worden gehouden.</i>	UV	GP	WR	
421.08 eis 3-4	<i>De instelling hanteert een regeling voor proefopstellingen en ingebruikname van nieuwe (medische) apparatuur, onder meer gericht op een verantwoorde vrijgave van het gebruik hiervan, waarbij zowel de technisch verantwoordelijke als de gebruikers zijn betrokken.</i>	UV	GP	WR	
421.09	<i>De instelling heeft een handleiding/instructie voor de medewerkers die met de (medische)apparatuur werken.</i>	UV	GP	WR	
421.10	<i>De instelling heeft een handleiding/instructie voor en voorziet in opleiding en training van de medewerkers die betrokken zijn bij onderhoud en herstel van de (medische)apparatuur.</i>	UV	GP	WR	
421.11 eis 3-4	<i>De instelling hanteert een regeling voor het preventief onderhoud van (medische) apparatuur.</i>	UV	GP	WR	
NTA ^{8009:2011}	421.12 <i>De instelling heeft een actueel overzicht van de functionele en technische staat en de verwachte resterende technische levensduur van de (medische) apparatuur.</i>	UV	GP	WR	
421.13 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft afspraken voor het binnen en buiten kantooruren (24/7) verhelpen van storingen in (medische)apparatuur die voor de kwaliteit van zorg en veiligheid essentieel zijn.</i>	UV	GP	WR	
NTA ^{8009:2011}	421.14 <i>De instelling hanteert een regeling voor de vrijgave van (medische)apparatuur na onderhoud en herstel.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	


Rubriek: 422 (informatietechnologie)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
NTA ^{8009:2011}	422.01 <i>De instelling heeft beleid vastgelegd voor de beschikbaarheid en beveiliging van informatie die ten aanzien van gegevens en informatiediensten 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).</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	


Rubriek: 423 (infrastructuur)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
423.08	<i>De instelling heeft een bewegwijzeringssysteem voor zowel binnen als buiten het gebouw(en).</i>	UV	GP	WR	
423.09	<i>Het gebouw en de infrastructuur van de instelling zijn geschikt voor patiënten, medewerkers en bezoekers met een functionele beperking.</i>	UV	GP	WR	
423.10	<i>De instelling heeft afspraken ter voorkoming van onbevoegde toegang tot ruimtes en persoonlijke eigendommen van patiënten, medewerkers en bezoekers.</i>	UV	GP	WR	
423.11 <small>NTA^{8009:2011}</small>	<i>De instelling heeft een actueel overzicht van de functionele en technische staat en de verwachte resterende technische levensduur van de gebouwen en installaties, en beschikt over een hieraan gerelateerd meerjaren huisvestingsplan en investeringsplan.</i>	UV	GP	WR	
423.12 <small>NTA^{8009:2011}</small>	<i>Voorafgaand aan verbouwingen, renovaties en vervangingen van installaties worden de veiligheidsrisico's in kaart gebracht en zonodig gereduceerd.</i>	UV	GP	WR	
423.13 <small>eis 3-4</small> <small>NTA^{8009:2011}</small>	<i>De instelling heeft een plan om de continuïteit van kritieke voorzieningen (water, elektriciteit, medische gassen en ICT) te waarborgen.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	


4.3 Zorgondersteunende processen

Rubriek: 431 (geneesmiddelenvoorziening)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
431.08 <small>NTA^{8009:2011}</small>	<i>De instelling heeft een functionaris benoemd die als deskundige is belast met het onderhoud van afspraken inzake het logistieke beheer, het bereiden en bewerken en het voorschrijven en toedienen van geneesmiddelen.</i>	UV	GP	WR	
431.09	<i>De instelling beschikt over een regeling voor het bereiden en bewerken van geneesmiddelen.</i>	UV	GP	WR	
431.10 <small>eis 3-4</small>	<i>De instelling heeft afspraken voor het logistiek beheer van de geneesmiddelenvoorziening.</i>	UV	GP	WR	
431.11 <small>eis 3-4</small>	<i>De instelling beschikt over een regeling voor het voorschrijven en toedienen van geneesmiddelen en beschikt over een systeem van medicatiebewaking van opname tot en met ontslag.</i>	UV	GP	WR	
431.12 <small>eis 3-4</small>	<i>De instelling beschikt over een regeling voor het voorschrijven en toedienen van antibiotica.</i>	UV	GP	WR	
431.13 <small>eis 3-4</small>	<i>De instelling beschikt over een regeling voor het voorschrijven en toedienen van oncolytica.</i>	UV	GP	WR	
431.14 <small>eis 3-4</small>	<i>De instelling beschikt over een regeling voor het voorschrijven en toedienen van radioactieve stoffen zoals radiofarmaca.</i>	UV	GP	WR	
431.15	<i>De instelling beschikt over een regeling voor een specifiek beveiligd logistiek beheer van vergiften, opiaten en overige verslavende middelen.</i>	UV	GP	WR	


UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving	overzicht	toelichting	definities
---	-----------	-------------	------------

Rubriek: 432 (bloedvoorziening)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
432.05 eis 3-4	<i>De instelling beschikt over een regeling voor het logistiek beheer van de bloedvoorziening.</i>	UV	GP	WR	
432.06 eis 3-4	<i>De instelling beschikt over een regeling voor het voorschrijven en toedienen van bloed en bloedproducten.</i>	UV	GP	WR	
432.07	<i>De instelling heeft afspraken voor signalering, registratie en rapportage van bloedtransfusiereacties.</i>	UV	GP	WR	
432.08 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft een functionaris benoemd die als deskundige is belast met het onderhoud van de afspraken inzake het logistieke beheer en het voorschrijven en toedienen van bloed en bloedproducten.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

Rubriek: 433 (bescherming fysieke agentia)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
433.03 eis 3-4	<i>De instelling beschikt over een regeling voor het gebruik van en het omgaan met ioniserende straling genererende apparatuur gericht op het minimaliseren van de stralingsbelasting voor patiënten, medewerkers en bezoekers.</i>	UV	GP	WR	
433.04 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>Ioniserende straling genererende apparatuur wordt uitsluitend door daartoe bevoegde medewerkers bediend en de stralingsbelasting van deze medewerkers wordt geregistreerd.</i>	UV	GP	WR	
433.05 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft een functionaris benoemd die als deskundige is belast met het onderhoud van de afspraken voor het omgaan met ioniserende straling genererende apparatuur.</i>	UV	GP	WR	
433.06	<i>De instelling beschikt over een regeling voor het gebruik van en het omgaan met laserapparatuur gericht op een gebruik dat de veiligheid borgt van patiënten, medewerkers en bezoekers.</i>	UV	GP	WR	
433.07 NTA ^{8009:2011}	<i>Laserapparatuur wordt uitsluitend door daartoe bevoegde medewerkers bediend.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

Rubriek: 434 (infectiepreventie)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
434.09	<i>De instelling heeft afspraken voor de huishoudelijke schoonmaak van de inventarissen en de verblijfsruimten van patiënten, medewerkers en bezoekers.</i>	UV	GP	WR	
434.10	<i>De instelling hanteert richtlijnen voor het voorkomen/bestrijden van</i>	UV	GP	WR	

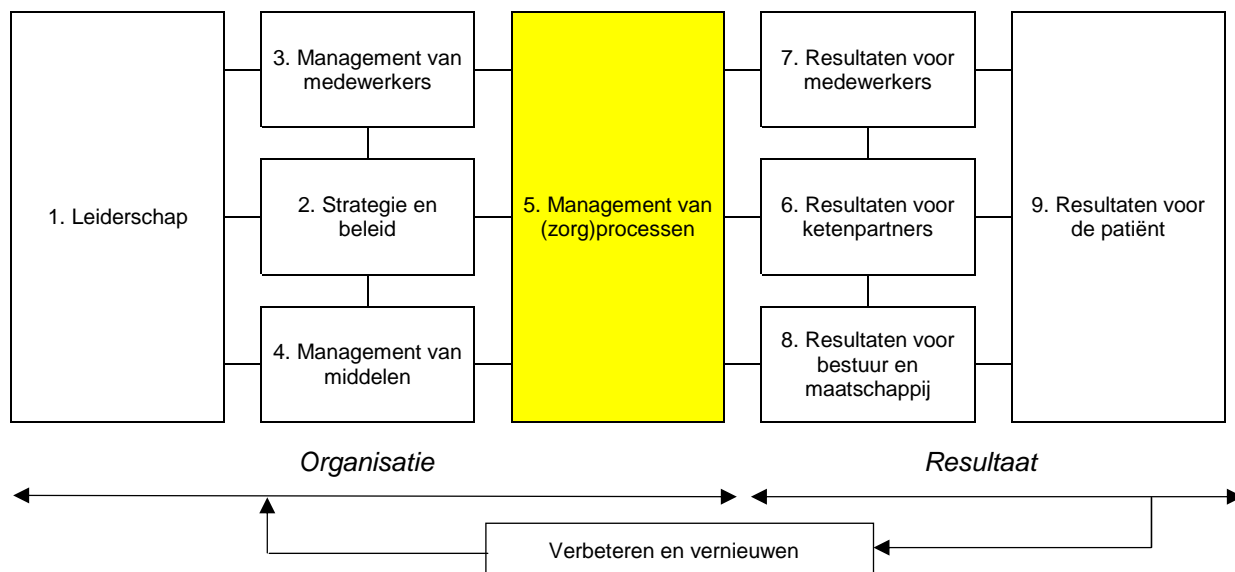
eis 3-4	(ziekenhuis)infecties.			
434.11 NTA ^{8009:2011}	De instelling heeft een functionaris benoemd als deskundige belast met het onderhouden van de afspraken voor het voorkomen/bestrijden van (ziekenhuis)infecties en het uitvoeren van de daarmee samenhangende toezichtactiviteiten.	UV	GP	WR
434.12 NTA ^{8009:2011}	Op plaatsen met een verhoogd risico voor het opdoen van (ziekenhuis)infecties worden geregeld hygiëne-audits uitgevoerd en metingen van de lucht- en waterkwaliteit verricht.	UV	GP	WR
434.13 eis 3-4	De instelling heeft afspraken voor signalering, registratie en rapportage van ziekenhuisinfecties.	UV	GP	WR
434.14 NTA ^{8009:2011}	De uitkomsten van de hygiëne-audits, de registratie van (ziekenhuis)infecties en de metingen van de lucht- en waterkwaliteit worden systematisch door een (team van) deskundige(n) beoordeeld en leiden zonodig tot gerichte maatregelen.	UV	GP	WR
434.15 eis 3-4	De instelling heeft afspraken voor de opslag en distributie en het gebruik en hergebruik van steriele hulpmiddelen en materialen.	UV	GP	WR
434.16 eis 3-4	De instelling heeft afspraken voor het onderhoud, reinigen, steriliseren, transporteren, opslaan en steriele gebruik van instrumentarium en specifieke (medische)apparatuur.	UV	GP	WR
434.17 NTA ^{8009:2011}	De instelling heeft een functionaris benoemd als terzake deskundige, belast met de controle op de naleving van de afspraken inzake steriele hulpmiddelen, materialen, instrumentarium en specifieke (medische)apparatuur.	UV	GP	WR
434.18 eis 3-4	De instelling heeft afspraken voor het reinigen en desinfecteren van flexibele endoscopen.	UV	GP	WR
434.19 NTA ^{8009:2011}	De instelling heeft een functionaris benoemd als terzake deskundige belast met de controle op de naleving van de afspraken voor het reinigen en desinfecteren van flexibele endoscopen.	UV	GP	WR
434.20 eis 3-4	De instelling beschikt over een milieuplan waarin tenminste het (gescheiden) opslaan en afvoeren van de verschillende soorten (ziekenhuis)afval is opgenomen.	UV	GP	WR
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities

Rubriek: 435 (voedselvoorziening)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
435.02 eis 3-4	De instelling werkt volgens de HACCP-richtlijnen /NEN-ISO 22000 bij het inkopen, bereiden, verwerken, behandelen, verpakken, vervoeren, distribueren en uitserveren van voedingsmiddelen en drinkwaren, waarbij zowel de smakelijkheid en aantrekkelijkheid als de hygiëne en veiligheid zijn geborgd.	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

5. Management van (zorg)processen



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: standardmaster@niaz.nl



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)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
511.09 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling zorgt ervoor dat alle (zorg)processen getoetst zijn aan de kaders van het strategisch en zorginhoudelijk beleid van de instelling.</i>	UV	GP	WR	
511.10 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>(Zorg)processen zijn zoveel mogelijk gestandaardiseerd en vastgelegd in procedures, protocollen en werkinstructies, waarbij prioriteit gegeven wordt aan de risicovolle processen.</i>	UV	GP	WR	
511.11 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>Voor elk proces en protocol, elke procedure en werkinstructie is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor het onderhoud en de periodieke evaluatie van het betreffende document en met welke frequentie onderhoud en evaluatie plaatsvinden.</i>	UV	GP	WR	
511.12 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>Er zijn naast standaardisatie zo nodig afspraken voor andere afstemmingsvormen (multidisciplinair overleg, instructie, supervisie, teamoverleg, afstemming e.d.) om de (zorg)processen verantwoord te doen verlopen.</i>	UV	GP	WR	
511.13	<i>De instelling heeft voor belanghebbenden kenbare afspraken met betrekking tot de medisch-ethische kaders waarbinnen de zorg vorm en</i>	UV	GP	WR	

	<i>inhoud krijgt.</i>			
511.14 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft voor belanghebbenden kenbare regeling voor de omgang met en de informatievoorziening aan politie en justitie.</i>	UV	GP	WR
511.15 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft bij (zorg)processen die de werkeenhed of de instelling overstijgen aandacht voor de aansluiting en afstemming.</i>	UV	GP	WR
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities


Rubriek: 512 (procesontwerp: meting)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
512.09 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling voert een beleid waardoor de kwaliteit (doelmatig, effectief en patiëntgericht) en veiligheid van veel voorkomende (zorg)processen worden gemeten en geregistreerd, zo mogelijk aan de hand van gevalideerde indicatoren(sets).</i>	UV	GP	WR	
512.10 NTA ^{8009:2011}	<i>De registraties van metingen zijn zo opgezet dat deze voor betrokken werkeenheden/medewerkers herkenbaar zijn en stimuleren om de zorgprocessen te verbeteren door meting en registratie.</i>	UV	GP	WR	
512.11 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>Elke medische discipline beschikt over een complicatieregistratie die gebaseerd is op de binnen de eigen beroepsgroep geldende richtlijnen en bespreekt de geregistreerde complicaties.</i>	UV	GP	WR	
512.12 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>Bij de implementatie van nieuwe of gewijzigde (zorg)processen worden de procesuitkomsten (tenminste gedurende enige tijd) op tevoren vastgestelde momenten gemeten en geregistreerd en vergeleken met vooraf gestelde doelen.</i>	UV	GP	WR	
512.13 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>Kritische processen(onderdelen) die wijzigen ten gevolge van de implementatie van nieuwe technieken, materialen, instrumenten en apparatuur, worden met behulp van daartoe vooraf geselecteerde parameters gevolgd en geëvalueerd op tevoren vastgestelde momenten.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

Rubriek: 513 (procesontwerp: verbetering en vernieuwing)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
513.05 NTA ^{8009:2011}	<i>Voorafgaand aan het invoeren van een verandering van een (zorg)proces worden de betrokken zorgverleners deugdelijk geïnformeerd en zonodig bijgeschoold en getraind.</i>	UV	GP	WR	
513.08 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling beschikt over methoden en technieken om op uniforme wijze zorgprocessen te analyseren, standaardiseren en protocolleren.</i>	UV	GP	WR	
513.09 NTA ^{8009:2011}	<i>Alle professionele disciplines die in de dagelijkse praktijk een wezenlijke bijdrage leveren aan een (zorg)proces worden op interactieve wijze bij het verbeteren of vernieuwen daarvan betrokken.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	


Rubriek: 514 (risicomanagement: proactief)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
514.04	<i>De instellingsleiding ziet er op toe dat de werkeenheden participeren in verplichte inspecties, visitaties en audits door beroepsorganisaties en andere instanties met specifieke expertise op de betreffende deelterreinen en ziet erop toe dat de gerapporteerde uitkomsten zonedig tot verbeteracties leiden.</i>	UV	GP	WR	
514.11 NTA 8009:2011	<i>De instelling heeft de (zorg)processen zodanig ingericht en gestandaardiseerd dat de veiligheid van patiënten, medewerkers en bezoekers naar behoren is gewaarborgd. Hierbij wordt in het bijzonder aandacht gegeven aan die onderdelen van de zorgprocessen die door de aansprakelijkheidsverzekeraar van de instelling en/of de IGZ als bijzonder risicovol zijn aangemerkt.</i>	UV	GP	WR	
514.12 NTA 8009:2011	<i>Voorafgaand aan het invoeren van een verandering van een (zorg)proces worden de risico's voor de veiligheid systematisch beoordeeld en zonedig gecorrigeerd.</i>	UV	GP	WR	
514.13 NTA 8009:2011	<i>Voorafgaand aan het invoeren van belangrijke technische, procedurele en organisatorische veranderingen worden de risico's voor de veiligheid systematisch beoordeeld en zonedig gecorrigeerd.</i>	UV	GP	WR	
514.14 eis 3-4 NTA 8009:2011	<i>De uitkomsten van interne en externe inspecties, visitaties, audits en uitkomstindicatoren worden gescreend op tekortkomingen die gerelateerd (kunnen) zijn aan de veiligheid van patiënten, medewerkers en bezoekers.</i>	UV	GP	WR	
514.15 NTA 8009:2011	<i>De leidinggevenden van (patiëntgebonden) werkeenheden zorgen periodiek voor een check up van de veiligheidsaspecten in hun werkeenheden, mede inhoudende dat met de medewerkers in gesprek wordt gegaan, om zicht te krijgen op het risico op incidenten (veiligheidsrondes).</i>	UV	GP	WR	
514.16 NTA 8009:2011	<i>De instelling bevordert dat medewerkers zich bewust zijn van het risicovolle karakter van het eigen handelen en een actieve bijdrage leveren aan de (patiënt)veiligheid.</i>	UV	GP	WR	
514.17 NTA 8009:2011	<i>Patiënten en hun mantelzorgers worden gestimuleerd om alert te zijn op veiligheidsaspecten van de zorg.</i>	UV	GP	WR	
514.18 NTA 8009:2011	<i>De werkeenheden worden schriftelijk en/of langs elektronische weg geïnformeerd over veranderingen die voor de kwaliteit en de voortgang van de (zorg)processen van belang kunnen zijn (middelenassortiment, geneesmiddelenassortiment, afdelingssluitingen, verhuizingen etc.) en passen de (zorg)processen zonedig hierop aan.</i>	UV	GP	WR	
514.19 eis 3-4 NTA 8009:2011	<i>Er zijn afspraken dat op alle momenten (24/7) voldoende professionele deskundigheid en vaardigheid beschikbaar zijn om verantwoord vorm en inhoud te geven aan de (zorg)processen.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	


Rubriek: 515 (risicomanagement: reactief)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
515.07 eis 3-4	<i>De instelling heeft een registratie van incidenten die het mogelijk maakt dat met het opgebouwde gegevensbestand inzicht kan worden verkregen</i>	UV	GP	WR	

NTA ^{8009:2011}	<i>in structurele tekortkomingen in (de organisatie van) de (zorg)processen.</i>			
515.10 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling voert prospectieve en retrospectieve risico-inventarisaties uit ter verbetering van de (zorg)processen.</i>	UV	GP	WR
515.11 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling gebruikt informatie uit de registraties van complicaties, incidenten, klachten en onderzoeken naar klantervaringen, alsmede de interne audits en veiligheidsrondes voor gerichte verbeteracties.</i>	UV	GP	WR
515.12 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft afspraken voor het melden en registreren van incidenten en onveilige situaties waarbij meldingen in de directe werkomgeving van de melder plaatsvinden en tot verbeteracties leiden.</i>	UV	GP	WR
515.13 NTA ^{8009:2011}	<i>Patiënten worden geïnformeerd over de mogelijkheid van en gestimuleerd tot het melden van incidenten en onveilige situaties.</i>	UV	GP	WR
515.14 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft een regeling voor het traceren en oproepen van patiënten voor het geval aan de in de zorg gebruikte materialen, hulpmiddelen en (medische)apparatuur tekortkomingen zijn geconstateerd die een risico voor de veiligheid van de patiënt zijn (recall patiënten).</i>	UV	GP	WR
515.15 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft een beoordelingskader m.b.t. incidenten waarvoor een wettelijke meldingsplicht geldt aan de IGZ.</i>	UV	GP	WR
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities

Rubriek: 516 (patiëntgerichtheid: proactief)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
516.09 eis 3-4	<i>De instelling heeft een systeem waardoor de identiteit van een patiënt altijd en overal op betrouwbare wijze kan worden vastgesteld.</i>	UV	GP	WR	
516.10	<i>De instelling draagt er zorg voor dat de patiënt wordt geïnformeerd over welke arts/specialist (als hoofdbehandelaar) eindverantwoordelijk is voor het individuele zorgproces en welke zorgverlener voor de patiënt als eerste aanspreekpunt fungeert.</i>	UV	GP	WR	
516.11	<i>De informatievoorziening aan de patiënt 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 (informed consent).</i>	UV	GP	WR	
516.12	<i>Als een andere zorgverlener dan de hoofdbehandelaar (een onderdeel van) de behandeling overneemt, wordt de patiënt hierover tijdig en duidelijk geïnformeerd en wordt hiervan melding gemaakt in het dossier.</i>	UV	GP	WR	
516.13	<i>Als er leerlingen, stagiaires en/of co-assistenten betrokken zijn bij de (zorg)processen, wordt de patiënt hierover tijdig en duidelijk geïnformeerd en om toestemming gevraagd.</i>	UV	GP	WR	
516.14	<i>De instelling heeft afspraken voor omgang en voorzieningen met betrekking tot de zorg voor kinderen.</i>	UV	GP	WR	
516.15	<i>De instelling heeft een regeling voor omgang en voorzieningen met betrekking tot de zorg voor kwetsbare ouderen.</i>	UV	GP	WR	
516.16	<i>De instelling hanteert een regeling voor omgang, voorzieningen en besluitvorming met betrekking tot de zorg voor wilsonbekwame patiënten.</i>	UV	GP	WR	

516.17 eis 3-4	<i>De instelling heeft afspraken inzake behandelbeperking in een individueel (zorg)proces, de communicatie daarover met de direct betrokkenen en de vastlegging hiervan in het dossier van de betreffende patiënt.</i>	UV	GP	WR
516.18 eis 3-4	<i>De instelling hanteert een regeling voor het toepassen van vrijheidsbeperkende beschermende middelen en/of maatregelen.</i>	UV	GP	WR
516.19 eis 3-4	<i>De instelling hanteert de regeling voor het betrekken van patiënten bij medisch-wetenschappelijk onderzoek, die in ieder geval inhoudt dat de patiënt deugdelijk is geïnformeerd en met deelname expliciet heeft ingestemd.</i>	UV	GP	WR
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities

Rubriek: 517 (patiëntgerichtheid: reactief)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
517.05 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft afspraken voor klachtenbemiddeling.</i>	UV	GP	WR	
517.06	<i>De instelling hanteert een regeling voor de klachtenbehandeling gericht op een formeel oordeel over de gegrondheid van de klacht.</i>	UV	GP	WR	
517.07 eis 3-4	<i>De instelling heeft afspraken om op tevoren vastgestelde momenten de wensen, verwachtingen en ervaringen van patiënten te onderzoeken (patiënttevredenheidsonderzoek).</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

Rubriek: 518 (professionele coördinatie en continuïteit)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
518.13 NTA ^{8009:2011}	<i>Over de verdeling van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de verschillende professionele disciplines die bij dezelfde (zorg)processen zijn betrokken, bestaan afspraken die met direct betrokkenen zijn gecommuniceerd.</i>	UV	GP	WR	
518.14 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling hanteert een regeling dat binnen en buiten kantooruren de zorgverleners een beroep kunnen doen op de behandelend, waarnemend of dienstdoend arts/specialist.</i>	UV	GP	WR	
518.15 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De taakverdeling, de verantwoordelijkheidsverdeling en de werkafspraken tussen de arts-assistenten en superviserende artsen/specialisten zijn vastgelegd en met alle betrokken zorgverleners gecommuniceerd.</i>	UV	GP	WR	
518.16 eis 3-4	<i>De instelling heeft per patiënt een dossier zodat elke bevoegde betrokkene bij het betreffende (zorg)proces op elk moment kennis kan nemen van de relevante informatie.</i>	UV	GP	WR	
518.17 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft afspraken voor informatieoverdracht tussen de medewerkers en werkeenheden die bij eenzelfde (zorg)proces zijn betrokken.</i>	UV	GP	WR	
518.18 NTA ^{8009:2011}	<i>Er zijn afspraken dat verwijzers en vervolgbehandelaars steeds tijdig, juist en volledig zijn geïnformeerd over relevante ontwikkelingen rond een individuele patiënt.</i>	UV	GP	WR	
518.19	<i>De instelling heeft afspraken dat (zorg)processen waarvoor de vereiste</i>	UV	GP	WR	

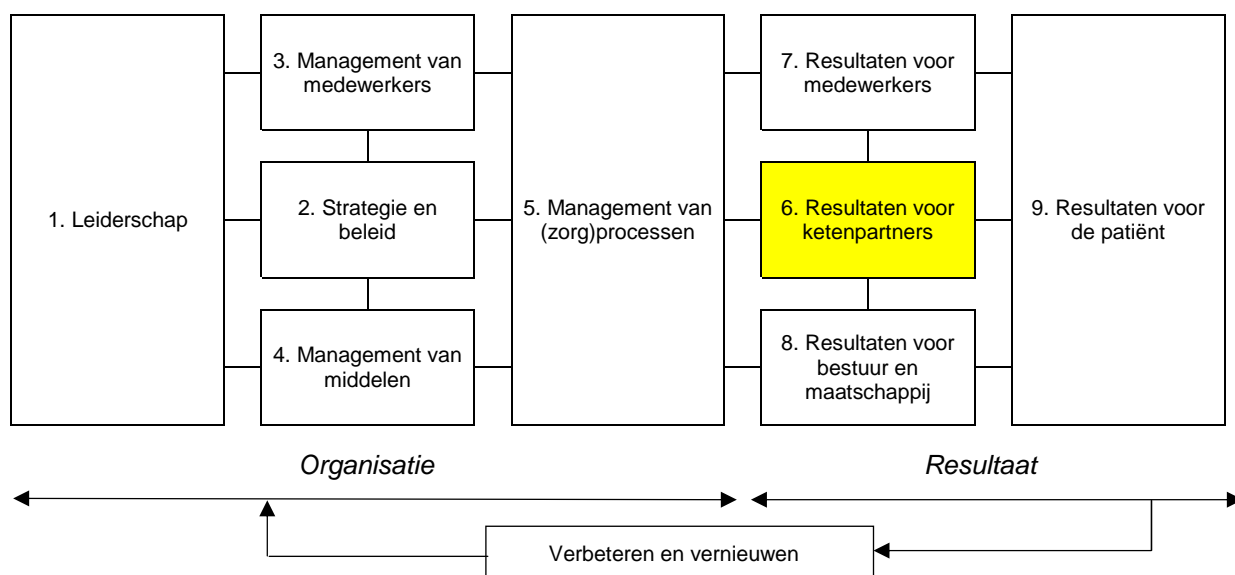
NTA ^{8009:2011}	<i>deskundigheid en/of de benodigde vaardigheden ontbreken, met hulp van derden doorgang kunnen vinden.</i>			
518.20 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft afspraken voor de prioritering van (zorg)processen in het geval de personele en materiële middelen op enig moment tekortschieten.</i>	UV	GP	WR
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities

Rubriek: 519 (zorg in bijzondere omstandigheden)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
519.05 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft een regeling, voor het reanimeren van patiënten met een adem- en circulatiestilstand. In deze regeling zijn ook bepalingen over de registratie opgenomen.</i>	UV	GP	WR	
519.06 NTA ^{8009:2011}	<i>De werkeenheden en medewerkers zijn bekend met de afspraken rond reanimatie en oefenen met regelmaat hun eigen aandeel daarin.</i>	UV	GP	WR	
519.07 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instelling heeft afspraken in de vorm van een intern calamiteitenplan voor de zorg voor de patiënten in geval van een interne calamiteit waaronder begrepen de uitval van kritieke voorzieningen.</i>	UV	GP	WR	
519.08 NTA ^{8009:2011}	<i>De werkeenheden zijn bekend met het intern calamiteitenplan en oefenen met regelmaat hun aandeel daarin, met name waar het ontruiming van gebouw(delen) en evacuatie van patiënten, medewerkers en bezoekers betreft.</i>	UV	GP	WR	
519.09 eis 3-4 NTA ^{8009:2011}	<i>De instellingsleiding ziet erop toe dat de (brand)veiligheidseisen onder alle omstandigheden worden nageleefd en stimuleert dat patiënten medewerkers en bezoekers die onveilige situaties signaleren, hiervan direct melding maken.</i>	UV	GP	WR	
519.10	<i>De instelling participeert met een extern rampenopvangplan (ZiROP) in de opvang en behandeling van slachtoffers van grootschalige calamiteiten in het verzorgingsgebied.</i>	UV	GP	WR	
519.11 NTA ^{8009:2011}	<i>De werkeenheden zijn bekend met het extern rampenopvangplan en oefenen hun aandeel daarin.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

6. Resultaten voor ketenpartners



Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: standardmaster@niaz.nl



Toelichting

NIAZ volstaat 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.

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.

Rubriek: 613		beoordeling			
(uitkomsten tevredenheidsonderzoek)					
norm-element	normtekst	documentatie			
613.01	<i>Resultaten van tevredenheids- of imago-onderzoeken bij de samenwerkende instellingen of zorgaanbieders.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

7. Resultaten voor medewerkers

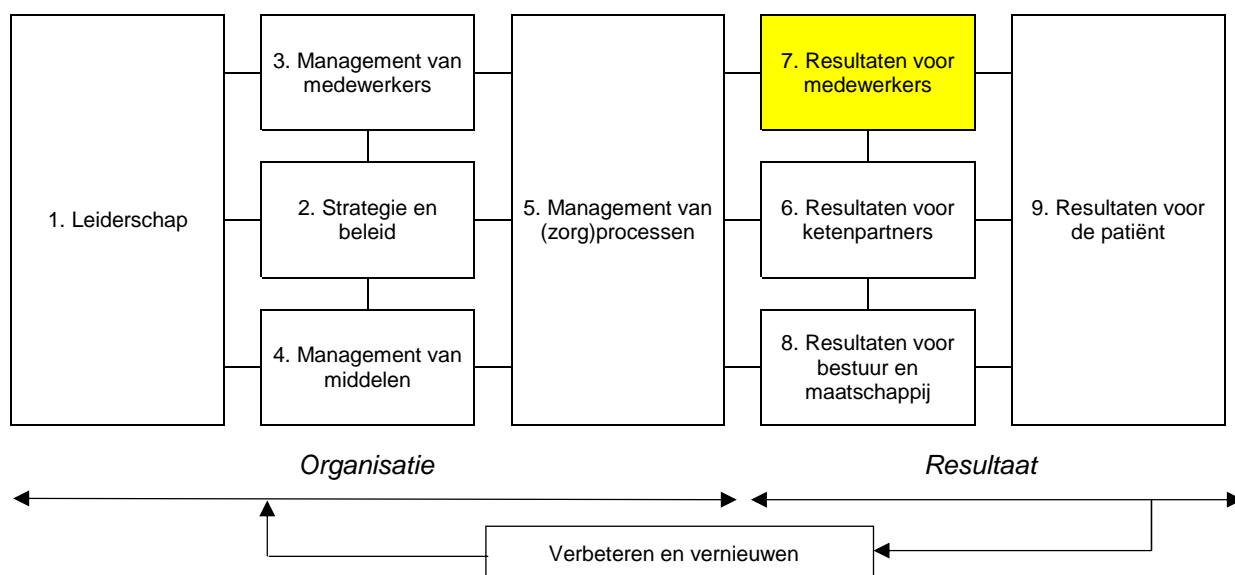


Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: standardmaster@niaz.nl

overzicht

toelichting

definities



Toelichting

NIAZ volstaat 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.

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.

Rubriek: 711 (basisset prestatie-indicatoren)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
711.03	<i>Aantal gevoerde gesprekken over meerdere jaren m.b.t. evaluatie functioneren medisch specialisten.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

Rubriek: 712 (overige uitkomsten)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
712.12	<i>Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. ziekteverzuim per relevante categorie medewerkers.</i>	UV	GP	WR	
712.13	<i>Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. verloop per relevante categorie medewerkers.</i>	UV	GP	WR	
712.14	<i>Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. tevredenheidsonderzoek</i>	UV	GP	WR	

	<i>medewerkers.</i>			
712.15	<i>Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. klachten en claims van medewerkers.</i>	UV	GP	WR
712.16	<i>Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. incidenten en aanzien van medewerkers.</i>	UV	GP	WR
712.17	<i>Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. onderzoek risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E) ten aanzien van medewerkers.</i>	UV	GP	WR
712.18	<i>Aantal gevoerde jaargesprekken met medewerkers van de afgelopen drie jaar.</i>	UV	GP	WR
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities

8. Resultaten voor bestuur en maatschappij

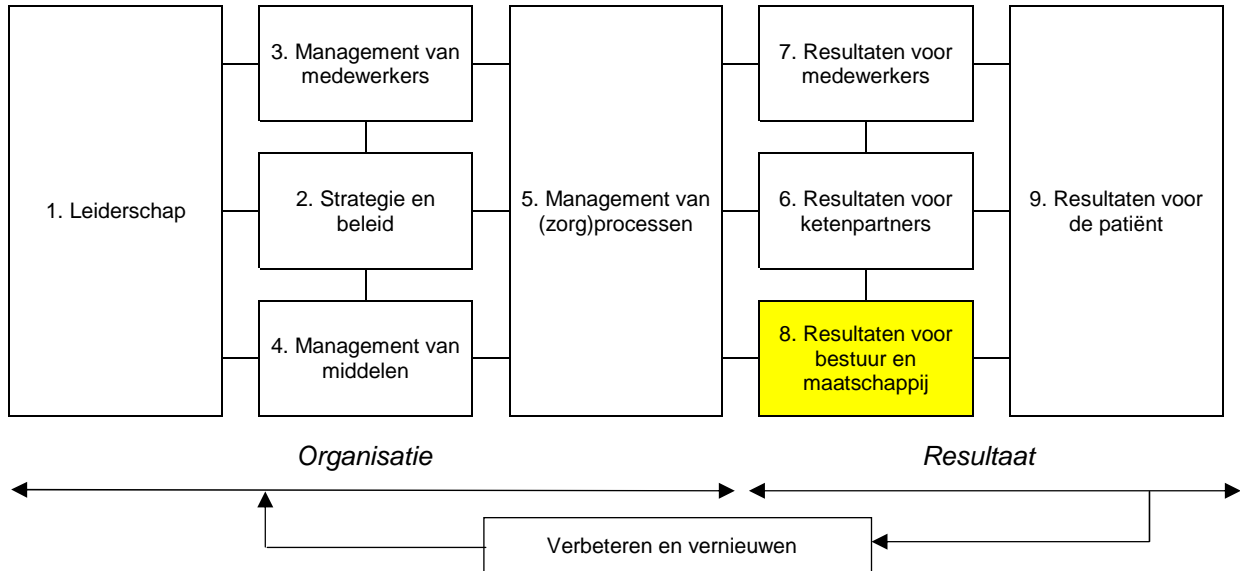


Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: standardmaster@niaz.nl

overzicht

toelichting

definities



Toelichting

NIAZ volstaat 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

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.

Rubriek: 813 (uitkomsten tevredenheidsonderzoek)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
813.01	<i>Resultaten van tevredenheids- of imago-onderzoeken stakeholders.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

9. Resultaten voor de patiënt

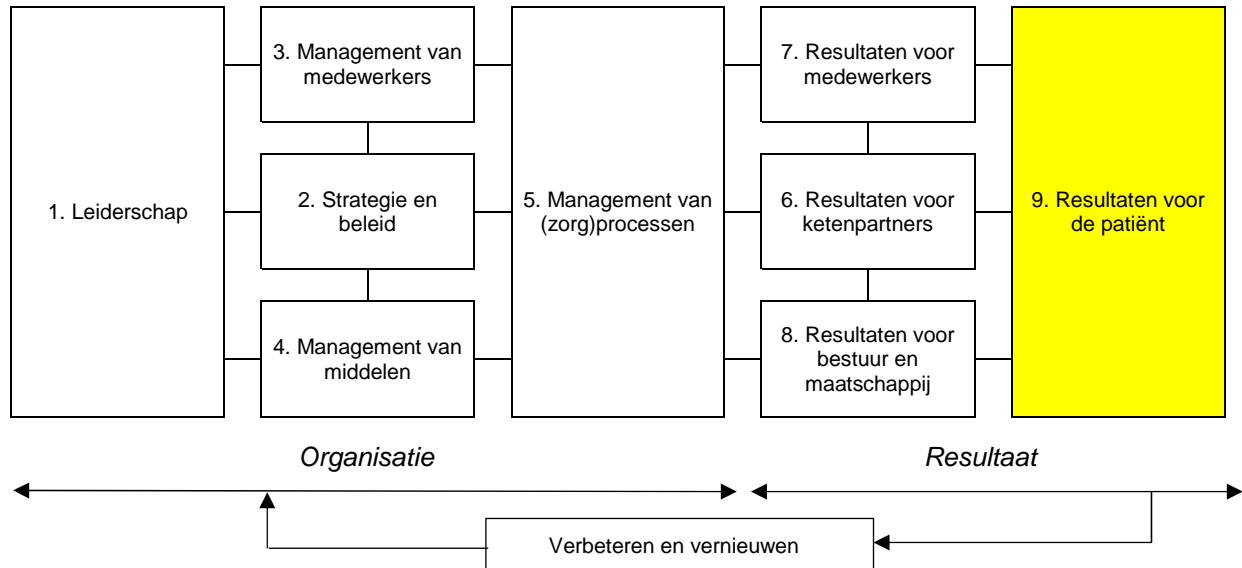


Suggesties voor aanvullingen en correcties naar: standardmaster@niaz.nl

overzicht

toelichting

definities



Toelichting

NIAZ volstaat 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

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.

Rubriek: 911		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
911.19	<i>Resultaten van de afgelopen drie jaar van de kwaliteitsindicatoren zoals aangeleverd in de Basisset Prestatie-indicatoren.</i>	UV	GP	WR	
911.20	<i>Resultaten van de afgelopen drie jaar van de veiligheidsindicatoren.</i>	UV	GP	WR	
911.21	<i>Resultaten van de door de wetenschappelijke verenigingen vigerende, vastgestelde en/of gevalideerde proces- en uitkomstnormen.</i>	UV	GP	WR	
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities	

Rubriek: 912 (overige uitkomsten)		beoordeling			
norm-element	normtekst	documentatie			
912.12	<i>Resultaten van de afgelopen drie jaar m.b.t. tevredenheidsonderzoek</i>	UV	GP	WR	

	<i>patiënten en bezoekers.</i>			
912.13	<i>Aantal klachten en claims van patiënten en bezoekers van de afgelopen drie jaar.</i>	UV	GP	WR
912.14	<i>Aantal valincidenten van patiënten en bezoekers van de afgelopen drie jaar.</i>	UV	GP	WR
912.15	<i>Aantal medicatiefouten van de afgelopen drie jaar.</i>			
912.16	<i>Wachttijden en doorlooptijden voor relevante categorieën van patiënten van de afgelopen drie jaar.</i>	UV	GP	WR
912.17	<i>Aantal meldingen van incidenten met betrekking tot patiënten en bezoekers van de afgelopen drie jaar.</i>	UV	GP	WR
912.18	<i>Aantal uitgevoerde prospectieve en retrospectieve risicoanalyses zorgprocessen van de afgelopen drie jaar.</i>	UV	GP	WR
UV = uitwerking en voorbeelden, GP = good practices, WR = wet- en regelgeving		overzicht	toelichting	definities