

## Hoofdstuk LEIDERSCHAP

Kwaliteitsnorm	Criterium	Score die het ASZ moet behalen	Score gegeven door NIAZ	Verklaring bij de score (waarom deze score?)	Actiepunten na audit
<b>1. LEIDERSCHAP</b>					
rubriek 111 inhoud beleidsvisie					
111.02	De instelling heeft een actuele visie op de maatschappelijke functies van de instelling en haar positionering in het verzorgingsgebied.	3	3		
111.03	De actuele 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 is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.	3	3		
111.04	De actuele visie is gericht op continue verbetering van de kwaliteit en veiligheid, waaronder de doorontwikkeling van het veiligheidsmanagement (VMS) inclusief de ontwerpen uit het contract kwaliteit en patiëntveiligheid.	3	3		
111.05	Het beleid is erop gericht dat leidinggevenden en professionele zorgverleners een voorbeeldfunctie vervullen als het gaat om permanente gerichtheid op kwaliteit en veiligheid.	niet bepaald	3		
111.06	Het beleid van de instelling is gericht op het bevorderen van een werkklimaat waarin de medewerkers zich uitgedaagd voelen om voortdurend bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit en de veiligheid.	niet bepaald	3		
111.12	Het beleid van de instelling is gericht op het ontwikkelen van een integraal risicomanagementsysteem.	niet bepaald	2	Verbeterpunt: Ontwikkelen van een herkenbaar integraal beleid rond risicomanagement.	ja
rubriek 112 beleidsvisie actualiseren					
112.02	Bij de totstandkoming en actualisatie van de visie en strategie streeft de instellingsleiding naar een zo groot mogelijk draagvlak bij interne en externe belanghebbenden.	niet bepaald	3		
112.04	De bevindingen die verkregen worden door de bereikte resultaten te vergelijken met de oorspronkelijk gestelde doelen, zijn gebruikt bij de totstandkoming en actualisatie van visie en strategie.	3	3		

112.05	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.	niet bepaald	3		
rubriek 121 taakverdelen en communiceren					
121.08	De instelling past de vigerende governancecode (NL) / Hospital Governance (B) toe.	niet bepaald	3		
121.09	De instellingsleiding draagt zorg voor overleg met de voor de besturing/beheer relevante overleg- en adviesorganen.	niet bepaald	3		
121.10	Bij samenwerking met andere organisatorische verbanden heeft de instelling vastgelegd hoe de zorg is georganiseerd en hoe de taken, verantwoordelijken en bevoegdheden daarbij zijn verdeeld.	niet bepaald	3		
121.12	De instelling heeft op hoofdlijnen de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van de bedrijfsvoering en beleidsontwikkeling/-vorming voor alle niveaus en onderdelen van de instelling vastgelegd.	3	3		
rubriek 122 organisatie borgen					
122.07	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 zondig aanpassen.	3	2	<u>Verbeterpunt:</u> Toezien dat de werkeenheden de van toepassing zijnde voorschriften, protocollen, (werk)instructies, ... uitvoeren	ja
122.10	De instelling heeft een planning- en controlecyclus gericht op de realisatie van de op instellingsniveau gemaakte (strategische) beleidskeuzes waaronder die t.a.v. kwaliteit en veiligheid.	3	3		
122.11	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. Voor elk document is vastgelegd door wie en met welke frequentie onderhoud en evaluatie plaatsvinden.	3	3		
122.12	De instelling heeft een intern auditsysteem gerelateerd aan het NIAZ-normenkader en conform de NIAZ-Accreditatieprocedure bij de aanvraag.	3	3		