

Kwaliteitsnormen NPA-Certificering Zorggroep, versie 2.0

Met het certificaat NPA-Certificering Zorggroep laat de zorgorganisatie zien systematisch aan de verbetering van de organisatie van de ketenzorg te werken. Hiertoe wordt de zorggroep getoetst op de onderstaande randvoorwaarden, bestaande uit de 'Bouwstenen' en de 'Toetsbare Kwaliteitskenmerken Basis op Orde' uit de nota 'Kwaliteitsbeleid op Maat' (2019) van InEen!.

Norm: De zorgorganisatie geeft voldoende invulling aan de bouwstenen.	
Bouwstenen	Kwaliteitskenmerken ...illustreren hoe en in welke mate invulling aan de bouwsteen wordt gegeven.
1. Sluit aan op behoefte.	<p>De zorgorganisatie...</p> <ul style="list-style-type: none"> • inventariseert op een gestructureerde manier de ondersteuningsbehoefte bij: <ul style="list-style-type: none"> ○ aangesloten zorgverleners; ○ hun praktijken; ○ het (eigen) personeel; ○ de betrokken patiënten; ○ en andere belanghebbenden; • verwerkt de gesignaleerde (ondersteunings)behoefte in haar kwaliteitsbeleid en houdt daarbij rekening met uiteenlopende verwachtingen; • gaat periodiek na of het kwaliteitsbeleid werkt en bijdraagt aan het realiseren van de wensen, behoeften en verwachtingen.
2. Stel het lerend vermogen centraal en biedt een lerende omgeving om samen te leren.	<p>De zorgorganisatie...</p> <ul style="list-style-type: none"> • inventariseert op een gestructureerde manier periodiek de (persoonlijke) leerbehoefte en ontwikkelwensen van de aangesloten zorgverleners en/of praktijken en (eigen) personeel; • helpt de aangesloten zorgverleners en/of praktijken en (eigen) personeel met tijd en middelen om met elkaar te leren en te verbeteren; • ondersteunt mogelijkheden voor gezamenlijke reflectie op het professionele handelen waardoor aangesloten zorgverleners en/of praktijken en (eigen) personeel van elkaar kunnen leren; • werkt aan een open en veilige cultuur de ruimte biedt voor reflectie en het leren van fouten en briljante mislukkingen.
3. Gebruik de kwaliteitscyclus als basis.	<p>De zorgorganisatie...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ondersteunt aangesloten zorgverleners en/of praktijken bij het identificeren van verbeterpunten in de kwaliteit van (de organisatie van) het zorgverleningsproces; • helpt de organisatie kwaliteitsdoelen op te stellen die van betekenis zijn voor aangesloten zorgverleners en/of praktijken, patiënten en andere belanghebbenden; • faciliteert bij de uitvoering van hun verbeteracties, waar nodig; • ondersteunt het periodiek evalueren van de voortgang van de voorgenomen verbeteracties en het benoemen van geleerde lessen; • stimuleert het tijdig aanpassen van de voorgenomen kwaliteitsdoelen en verbeteracties; • past de stappen uit de kwaliteitscyclus ook toe bij het kwaliteitsbeleid van de eigen organisatie.



<p>4. Benut verschillende vormen van spiegelinformatie als input.</p>	<p>De zorgorganisatie...</p> <ul style="list-style-type: none"> • gebruikt verschillende bronnen van (kwalitatieve en kwantitatieve) spiegelinformatie om te reflecteren op de kwaliteit van de (eigen) zorg- en dienstverlening; • betreft patiëntervaringen en zorgverlenerstevredenheid bij het werken aan kwaliteit; • gaat met de aangesloten zorgverleners en/of praktijken en eigen personeel in gesprek over de beschikbare spiegelinformatie en faciliteert reflectie hierop; • betreft (vertegenwoordigers van) patiënten en andere belanghebbenden bij het gesprek over kwaliteit; • gebruikt de uitkomsten van gesprekken over kwaliteit voor het doorlopen van de (eigen) kwaliteitscyclus (zie bouwsteen 3).
<p>5. Maak kwaliteitsverandering (output) inzichtelijk en verwachtingen duidelijk.</p>	<p>De zorgorganisatie...</p> <ul style="list-style-type: none"> • formuleert, samen met de aangesloten zorgverleners en/of praktijken, (eigen) personeel, patiënten en andere belanghebbenden, veranderparameters over ontwikkelingen in kwaliteit van zorg; • maakt inzichtelijk hoe ze op een gestructureerde manier werkt aan kwaliteitsverbetering en -borging en vergroot daarmee het draagvlak bij belanghebbenden; • geeft aan welke ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit (intern en extern) hebben plaatsgevonden en wat daarbij is geleerd; • deelt periodiek de voortgang van het kwaliteitsbeleid met aangesloten zorgverleners, hun praktijken, (eigen) personeel, patiënten en andere belanghebbenden op een manier die past bij hun informatiebehoefte.
<p>6. Leer van praktijkvariatie.</p>	<p>De zorgorganisatie...</p> <ul style="list-style-type: none"> • brengt de praktijkvariatie rond specifieke thema's in beeld, zowel op praktijkniveau als op organisatieniveau. • bevordert een omgeving gericht op leren van praktijkvariatie; • bepaalt samen met de aangesloten zorgverleners en/of praktijken regionaal de maximale bandbreedte voor wenselijke praktijkvariatie op specifieke thema's of indicatoren; • gaat in gesprek met de aangesloten zorgverleners en/of praktijken om met elkaar te reflecteren op de vastgestelde praktijkvariatie en deze te duiden; • ondersteunt de aangesloten zorgverleners en hun praktijken bij het benoemen, uitvoeren en evalueren van verbeteracties die bijdragen aan het verminderen van ongewenste praktijkvariatie; • formuleert beleid op praktijken die bij herhaling niet binnen de overeengekomen bandbreedte van praktijkvariatie op specifieke thema's of indicatoren blijven.
<p>7. Laat 'voorbeeldig' leiderschap zien.</p>	<p>De zorgorganisatie...</p> <ul style="list-style-type: none"> • houdt bij het aantrekken van een (medisch) leider rekening met de competenties die nodig zijn om het lerende karakter van het kwaliteitsbeleid te ondersteunen; • evalueert periodiek in hoeverre het getoonde leiderschap bijdraagt aan het leren en verbeteren in de organisatie en aan een veilige cultuur bij het werken aan kwaliteit; • spreekt de verantwoordelijken binnen een organisatie aan op het leiderschap dat nodig is om het lerende karakter van het kwaliteitsbeleid te ondersteunen.



Norm: De zorgorganisatie heeft de basis op orde.	
Onderwerp	Toetsbare Kwaliteitskenmerken ...voldoen is voorwaarde voor 'basis op orde'.
Goede en veilige zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoren van proces- en uitkomstindicatoren.
Professionaliteit	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgprogramma's zijn gebaseerd op vigerende zorgstandaarden. • Bevoegd en bekwaam zorgteam en stafcapaciteit van voldoende omvang aanwezig. • Aanbieden geaccrediteerde, (multidisciplinaire) deskundigheidsbevordering.
Wet- en regelgeving	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatie voldoet aan wet en regelgeving op gebied van: <ul style="list-style-type: none"> ○ privacy ○ informatieveiligheid ○ patiënteninformatie/informed consent ○ patiëntveiligheid ○ organisatorische regels ○ personeelsbeleid ○ klachtenregeling ○ kwaliteitsjaarverslag
Governance	<ul style="list-style-type: none"> • Bestuur is ingericht volgens de principes van de Zorgbrede Governance Code. • Statuten en reglementen zijn aanwezig.
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn actuele samenwerkingsafspraken met ketenpartners; • Regulier overleg met ketenpartners; • Uniforme patiëntinformatie over de zorgprogramma's.

¹ Kwaliteitsbeleid op maat met bouwstenen, gereedschappen en kwaliteitskenmerken', vastgesteld in ALV InEen op 12 maart 2019.

² Volgen van de Governancecode is aanbevelingswaardig, maar niet verplicht.