

Normering Praktijkvoering en
Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties
van de Wetenschappelijke Verenigingen

CONCEPT

Adviescommissie kwaliteitsvisite
11 januari 2012

Inhoud

Inleiding	3
Samenstelling Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie	4
Doelstelling en uitgangspunten van Kwaliteitsvisitatie	5
Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitatie	7
Normen & Waarden voor de Praktijkvoering	8
<i>Kwaliteitsdomein: Evaluatie van de zorg</i>	8
<i>Kwaliteitsdomein: Vakgroepfunctioneren</i>	12
<i>Kwaliteitsdomein: Patiëntenperspectief</i>	15
<i>Kwaliteitsdomein: Professionele ontwikkeling</i>	17
Items voor andere normen	18
Bijlage 1 Relevante informatie voor dossiervoering	20
Bijlage 2 Eisen aan het jaarverslag	21
Bijlage 3 Treeknormen	22

Inleiding

De Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie, ingesteld door de Raad Kwaliteit, heeft het vernieuwde visitatiemodel (CBO 2005) geëvalueerd en in haar rapport 2009 een aantal adviezen uitgebracht. Het advies om *de conclusies* en *aanbevelingen* in het visitatierapport toe te zenden aan de Raad van bestuur en de Medische staf is door veel wv'en overgenomen. Een ander advies van deze Adviescommissie is om in de rapportage ten aanzien van de aanbevelingen over te gaan op een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming op basis van voorwaarden, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen met daaraan gekoppelde rapportage termijnen.

De nu aanbevolen systematiek van oordeelsvorming met daaraan gekoppelde consequenties vraagt dan ook om een normeringstelsel en een set van minimale eisen waaraan de kwaliteit van de zorg dient te voldoen. Dat betekent dat de wv'en een normenkader moeten hebben of moeten kunnen ontwikkelen om tot die oordeelsvorming te kunnen komen bij de visitaties. Zeker waar het in de oordeelsvorming gaat om *voorwaarden* en *zwaarwegende adviezen* zullen normen expliciet gemaakt moeten worden. Er zijn niet altijd wetenschappelijk vastgestelde criteria voorhanden om de norm voor het desbetreffende onderwerp te kunnen vaststellen. Het is dan aan de wv'en om die normering zelf vast te stellen als "state of the art" voor de kwaliteit van zorg.

Waar het gaat om *aanbevelingen*, zal de noodzaak om expliciete normen te hebben minder zijn en kan er met streefnormen worden gewerkt. Streefnormen zouden enerzijds gedestilleerd kunnen worden uit good- en best practices, anderzijds kunnen deze worden opgesteld door de wv zelf op basis wat de beroepsgroep als wenselijk acht voor een goede praktijkvoering.

De Adviescommissie kwaliteitvisitatie wil met deze leidraad "*Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor Kwaliteitsvisitaties*" een handvat bieden aan wv'en waarmee zij een eigen normering en waarderingstelsel kunnen ontwikkelen om aan die systematischer, objectievere en transparantere oordeelsvorming bij de visitaties te kunnen komen. Niet alle opgenomen items zullen voor alle wv'en van toepassing zijn en zal dus aangepast en aangevuld moeten worden met de vakspecifieke eisen door de eigen wv. Het eigen normeringstelsel zal door externe stakeholders in de gezondheidszorg als *de veldnorm* worden beschouwd.

Sommigen wv'en zijn al ver in die ontwikkeling. Zo heeft de NVvH al op basis van de aanbevolen nieuwe systematiek van oordeelsvorming een eigen normering en waarderingssystematiek vastgesteld. Van deze *best practice* heeft de commissie dankbaar gebruik gemaakt om deze leidraad te kunnen ontwikkelen.

De opvatting over wat hoort bij een goede kwalitatieve praktijkvoering is aan ontwikkelingen onderhevig en heeft daardoor een dynamisch karakter. Een dergelijk document kan dan ook geen statisch document zijn. Telkens zullen nieuwe inzichten ontstaan door wetenschappelijke publicaties en technische ontwikkelingen.

Ook de eisen van de politiek en de samenleving aan de kwaliteit van zorg zullen aan verandering onderhevig zijn. Voor de wv'en zal het noodzakelijk zijn hun normering en waarderingssystematiek regelmatig te evalueren en aan te passen.

Juist de combinatie van toetsen en daarmee de mogelijkheid tot verbeteren maakt het visitatie-instrument waardevol. Daar hoort een levend *Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor Kwaliteitsvisitaties* document bij.

Door het visitatierapport in de eigen ziekenhuisorganisatie in te bedden in de kwaliteitscirkel van P-D-C-A zal de zorg voor de patiënten weer verder verbeteren.

Samenstelling Adviescommissie Kwaliteitsvisitation

Er zijn negen WV'en vertegenwoordigd in deze commissie. De commissie bestaat in 2011 uit de volgende leden:

- Longartsen Gerlof Jukema (voorzitter)
- Chirurgen Jorianne de Nie
- KNO artsen Roelof van Blommestein
- Oogartsen Raang Boer Iwema
- Anesthesiologen Frans ten Have
- Radiologen Louk Oudenhoven
- Pathologen Robert Jan van Suylen
- Psychiaters Ronny Tan Paap
- Cardiologen Lieselot van Erven

Vanuit de KNMG is de jurist Aart Hendriks vertegenwoordigd.

Vanuit de OMS is Jan Fossen (secretaris) de vertegenwoordiger.

Voor dit document is dank verschuldigd aan de gehele commissie, speciale dank is verschuldigd aan: Gerlof Jukema, Roelof van Blommestein en Lieselot van Erven.

Doelstelling en uitgangspunten van Kwaliteitsvisitatie

Kwaliteitsvisitatie is een uniek instrument voor en door professionals waar medisch specialisten met recht trots op zijn. De doelstellingen en uitgangspunten van visitaties kunnen in de vier v's van visitatie worden samengevat:

Verbeteren

Het visitatie instrument is bedoeld om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren door de vakgroep een spiegel voor te houden en niet om af te straffen of “rotte appels” te detecteren. Kwaliteitsvisitatie heeft daarmee een kwaliteitsbevorderend karakter. Tegelijkertijd kan daar waar beroepsgenoten onder een afgesproken minimum functioneren, een krachtige verbeterimpuls worden gegeven al dan niet door medewerking van RvB en/of stafbestuur.

Vertrouwen

Het visitatiemodel is gebaseerd op vertrouwen. Zowel vertrouwen tussen beroepsgenoten onderling als tussen de medici en “de maatschappij”. Dat vertrouwen moeten we waarmaken door te blijven anticiperen op de opvattingen en ontwikkelingen die binnen beroepsgroepen gelden, maar ook aan dat wat van “buiten” op ons afkomt.

Verdiepen

Het vernieuwde visitatiemodel (2005) is een verdieping van het visitatieproces, aangezien er meer dan voorheen wordt gekeken naar de inhoud van de zorg en minder naar de randvoorwaarden. Die verdieping zal doorgaan, aangezien dat de drive is van de meeste professionals en omdat steeds meer naar (processen en) resultaten in termen van kwaliteit en veiligheid zal worden gekeken. Bovendien is de verwachting dat steeds meer vakgroepen zich op inhoud zullen willen profileren.

Verbinden

De visitatiemethodiek verbindt vakgroepleden¹ met elkaar doordat het accent, veel meer dan voorheen, ligt op zelfevaluatie en (gezamenlijk) maken van verbeterplannen. Conclusies en adviezen worden nu standaard ter beschikking gesteld aan de Raad van Bestuur en het Stafbestuur, zodat er in gezamenlijk overleg verbeteringen kunnen worden nagestreefd en monitoring kan plaatsvinden

Kwaliteitsvisitaties vinden één keer in de vijf jaar plaats. Participatie is noodzakelijk om te voldoen aan de criteria van de MSRC om herregistratie te verkrijgen.

Bij kwaliteitsvisitatie wordt er ter plaatse onderzoek verricht naar de omstandigheden en de manier waarop collega's het beroep uitoefenen op grond van de op dat moment geldende kwaliteitsnormen.

Het is dan ook van groot belang dat er *normen* zijn waaraan tijdens de visitatie kan worden getoetst. Naast deze zogenoemde **minimumnormen**, waar iedere vakgroep aan zou moeten voldoen, worden er ook **streefnormen** geformuleerd, die idealiter de goed en best practise inhouden. Streefnormen kunnen nooit hoger scoren dan een aanbeveling.

De adviescommissie heeft gepoogd om naast een algemene lijst met normen en waarden ook een lijst op te stellen met items waaraan bij het opstellen van de eigen Normering en Waarderingsystematiek gedacht kan worden. Deze opgestelde lijst zal niet volledig kunnen

¹ Waar vakgroep staat kan ook maatschap worden gelezen.

zijn. De WV'en zullen deze lijst zelf moeten completeren aan de hand van de criteria en beroepsopvatting zoals die binnen de Wetenschappelijke Vereniging geldende is met bijbehorende normering. Veelal zal het gaan om een afvinklijst met normering van wel of niet aanwezig zijn. Voor andere vak specifieke items kunnen de WV eigen normering opstellen volgens de vijfpuntsschaal en aan de algemene lijst toevoegen

Daarnaast worden er bij visitatie ook instrumenten ingezet waaraan geen expliciete normen gekoppeld zijn, maar die wel kunnen aanzetten tot verbeteractiviteiten. De Quick Scan van het functioneren van de vakgroep is daar een voorbeeld van.

De koppeling tussen *visitatie en richtlijnen* zou in de toekomst explicieter kunnen. Als de Commissie Richtlijnen bij de herziening van de huidige richtlijnen en de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen kwaliteitscriteria/ indicatoren zijn opgenomen, kunnen deze aan de visitatie worden toegevoegd. Enerzijds kan visitatie de implementatie van richtlijnen bevorderen. Anderzijds kan visitatie gebruikt worden om feedback te genereren op de haalbaarheid van de richtlijnen in de praktijk. Het verbinden van een medical audit aan de visitatie kan hierbij een bruikbaar instrument zijn.

De continuïteit van de verbeterinitiatieven kunnen door de lange tussenpozen van de visitatie ondergesneeuwd raken. Door standaard, vanuit de WV, één jaar na het opsturen van het visitatierapport aan de vakgroep, om een voortgangsrapportage te vragen, zal de *effectiviteit van de visitatie* verbeteren. Daarnaast kunnen vakgroepen gestimuleerd worden om tussentijds kwaliteitsmetingen te doen. Het voordeel is dat vakgroepen dan ook vóór de nieuwe visitatie reeds verbeteringen kunnen doorvoeren en evalueren en zo de resultaten van de "Plan Do Study Act" cyclus kunnen laten zien aan de visitatiecommissie.

Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitatie

Wanneer bij een kwaliteitsvisitatie wordt vastgesteld dat niet of niet volledig aan een norm wordt voldaan, komt er een vervolgactie van de commissie. Voor de mate waarin van de norm wordt afgeweken is een omschrijving gemaakt (zie de Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie rapport 2010.) Daarnaast is een omschrijving gemaakt van *Good* en de *Best Practice*. Dit is bedoeld om te benadrukken dat het bij kwaliteitsvisitatie vooral gaat om stimulerende prikkels in te bouwen die uitnodigen om te excelleren. Het resultaat is een waarderingsystematiek volgens onderstaande 5 puntsschaal

1. Voorwaarden. (V)

Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*.

2. Zwaarwegend adviezen. (ZA)

Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen *binnen maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

3. Aanbevelingen. (A)

Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe *binnen maximaal vijf jaar* te zijn uitgevoerd.

4. Good Practice (G)

Goed, de norm

5. Best Practice (B)

Excellent, een voorbeeld voor anderen.

Normen & Waarden voor de Praktijkvoering

Normen & Waarden voor de praktijkvoering is een set van waarden met daaraan gekoppelde normering waaraan de praktijkvoering dient te voldoen. De set is onderverdeeld in vier kwaliteitsdomeinen, analoog aan het vernieuwde visitatiemodel (2005): *evaluatie van zorg*, *vakgroepfunctioneren*, *patiëntenperspectief* en *professionele ontwikkeling*.

Kwaliteitsdomein: Evaluatie van de zorg

1. Dossiervoering
2. Zorgprocessen en/of protocollen
3. Kwaliteitsindicatoren
4. Complicatieregistratie
5. Necrologiebespreking
6. Melden van incidenten
7. Continuïteit patiëntenzorg
8. Multidisciplinair overleg
9. Naleven van de richtlijnen (Medical audit)
10. Prospectieve risico inventarisatie

Dossiervoering

- De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid. Externe partijen hebben hierover klachten (V)
- De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid (ZA)
- De dossiervoering vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid (A)
- De vakgroep heeft papieren en/of elektronische dossiers waarin de *relevante informatie*² voor het geneeskundig handelen is vastgelegd.
- De vakgroep evalueert regelmatig de dossiervoering en past die indien gewenst aan.

Zorgprocessen en/of protocollen

- De richtlijnen zijn niet voldoende uitgewerkt in geactualiseerde protocollen en of zorgpaden. Werkinstructies ontbreken. (V)
- Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling, maar er is geen standaardisatie en werkinstructies ontbreken en/ of zijn onvoldoende toegankelijk (ZA)
- Naar mening van (arts) assistenten en / of ziekenhuismedewerkers kunnen protocollen of werkinstructies verbeterd worden (A).
- Er zijn gestandaardiseerde zorgprocessen (zorgpaden) voor de meest belangrijke ziektebeelden waar de richtlijnen van de beroepsgroep een onderdeel van vormen

² Zie bijlage 1

- Er zijn gestandaardiseerde zorgprocessen (zorgpaden) voor de meest belangrijke ziektebeelden waar de richtlijnen van de beroepsgroep een onderdeel van vormen. Evaluatie vindt via een vast schema plaats.

Kwaliteitsindicatoren

- De vakgroep levert geen gegevens voor de prestatie/kwaliteits indicatoren, ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie (V).
- De vakgroep levert gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, maar de uitkomsten worden niet geanalyseerd (ZA)
- De vakgroep levert gegevens voor de prestatie/kwaliteits indicatoren, de uitkomsten worden geanalyseerd, maar leiden niet tot aantoonbare vervolg- en of verbeteracties (A)
- De vakgroep heeft een regeling om op basis van de actuele kwaliteitsindicatoren van IGZ of de eigen WV uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.
- De vakgroep heeft een regeling om op basis van de basisset kwaliteitsindicatoren van IGZ of eigen WV uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen implementeren. De vakgroep levert daarnaast een bijdrage in de ontwikkeling van landelijke kwaliteitsindicatoren

Complicatieregistratie

- Er is geen structurele complicatieregistratie (V)
- Complicaties worden geregistreerd, maar niet systematisch besproken (ZA)
- Complicaties worden geregistreerd en besproken, maar leiden niet tot aantoonbare beleidsaanpassingen (A)
- De vakgroep heeft een complicatie registratie en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.
- De vakgroep participeert in een landelijke complicatieregistratie waardoor de resultaten gebenchmarkt worden.

Necrologiebespreking

- Ziektegeschiedenissen van overleden van patiënten worden niet besproken ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie (V).
- Ziektegeschiedenissen van overleden patiënten worden incidenteel besproken (ZA)
- Er is een multidisciplinaire necrologiebespreking, maar er is geen duidelijke structuur welke patiënten hier worden besproken (A)
- De vakgroep neemt deel aan een (multidisciplinaire) necrologiebespreking en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.
- De vakgroep heeft een multidisciplinaire necrologiebespreking en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren

Melden van incidenten

- De vakgroep meldt incidenten niet (V)

- De vakgroep meldt incidenten, maar analyseert en bespreekt de meldingen niet en voert geen verbeteracties uit (ZA)
- De vakgroep meldt incidenten, analyseert en bespreekt de meldingen, maar voert geen verbeteracties uit. (A)
- De vakgroep meldt incidenten, analyseert en bespreekt de meldingen en voert verbeteracties uit
- Er is een systeem waarmee het proces en de resultaten van de meldingen van incidenten worden geëvalueerd en gerapporteerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren

Continuïteit patiëntenzorg

- Er is geen duidelijke dienstregeling en/of goede bereikbaarheid (V)³
- De dienstregeling en/of goede bereikbaarheid schiet incidenteel te kort (ZA)
- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid maar er is geen gestructureerde overdracht (A)
- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid met een goed gestructureerde overdracht.
- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid met een goed gestructureerde overdracht welke ook gebruikt worden voor onderwijsdoeleinden en beleidsafstemming in het algemeen.

Multidisciplinair overleg

- Besprekingen met andere disciplines vinden niet plaats (V)
- Besprekingen met andere disciplines vinden incidenteel plaats (ZA)
- Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats maar hebben geen duidelijke agenda (A)
- Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats en hebben een duidelijke agenda met notulen en actielijsten.
- Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats en hebben een duidelijke agenda met notulen en actielijsten en leiden tot multidisciplinair vastgestelde zorgpaden en/of beleidsveranderingen.

Naleven van de richtlijnen (Medical audit)⁴

- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden niet nagekomen (V).
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden wel nagekomen, dan wel beargumenteerd van afgeweken maar het wordt niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd (ZA)
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden wel nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd (G)
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier

³ Per WV kan hier verder invulling aan gegeven worden

⁴ Hier is gekozen voor een 4-puntschaal: de aanbeveling (A) is weggelaten. De status van een richtlijn rechtvaardigt hier geen aanbeveling, het is of een zwaarwegend advies of Good Practice (G)

vastgelegd. De richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd (B)

Prospectieve risico inventarisatie

- De vakgroep heeft geen kennis genomen van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen⁵ (V)
- De vakgroep levert geen bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen (ZA)
- De vakgroep levert onvoldoende bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen (A)
- De vakgroep levert een bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen
- De vakgroep initieert de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen

⁵ Bijvoorbeeld de toepassing van nieuwe medische technieken, veranderingen in de inrichting van processen, gebruik van nieuwe apparatuur, etc.

Kwaliteitsdomein: Vakgroepfunctioneren

1. **Quickscan**
2. **(Meerjaren)beleidsplan/Jaarverslag**
3. **Vakgroepvergaderingen**
4. **Aanspreken op ongewenst gedrag**
5. **Belasting/belastbaarheid**
6. **Contacten in- en extern (relatie met collega's, deelname in stafcommissies, contacten met de huisartsen)**
7. **Medisch beleid**
8. **Openheid over incidenten**
9. **Melden aan Stafbestuur en Raad van Bestuur**

Quickscan

- De Quickscan wordt niet uitgevoerd, de vakgroep evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze (V)
- De Quickscan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, maar de resultaten worden niet besproken (ZA)
- De Quickscan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (A)
- De vakgroep voert de Quickscan van het vakgroepfunctioneren tenminste iedere vijf jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.
- De vakgroep voert de Quick Scan van het vakgroepfunctioneren jaarlijks uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep.

(Meerjaren)beleidsplan/Jaarverslag

- Er is geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en/of geen jaarverslag ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie (V).
- Er is geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en/of geen jaarverslag (ZA)
- Er is een (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en een jaarverslag, maar er is onvoldoende afstemming met de beleidsplannen van de instelling. (A)
- De vakgroep heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en een jaarverslag⁶. Dit is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling.
- Er is een systeem waarmee het beleidsplan/jaarplan en jaarverslag aantoonbaar wordt geëvalueerd en waarover jaarlijks wordt gerapporteerd.

Vakgroepvergaderingen

- Er worden geen vakgroepvergaderingen gehouden (V)
- Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur, notulen en verslaglegging (ZA)
- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord (A)

⁶ Eisen aan het jaarverslag, zie bijlage 2

- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord
- Er is een systeem waarmee de vakgroepvergaderingen worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren.

Aanspreken op ongewenst gedrag

- Ongewenst gedrag binnen de vakgroep wordt geaccepteerd als zijnde een individueel probleem (V)
- Ongewenst gedrag binnen de vakgroep wordt als onwenselijk benoemd maar niet structureel besproken (ZA)
- Ongewenst gedrag wordt als onwenselijk benoemd, wordt structureel besproken, maar er worden geen verbeteracties geïmplementeerd (A)
- Ongewenst gedrag wordt structureel besproken en er worden verbeteracties benoemd en geïmplementeerd.
- Het voorkómen van ongewenst gedrag is onderdeel van de kwaliteitscyclus van de vakgroep, wordt structureel besproken en maakt onderdeel uit van het meerjarenbeleidsplan.

Belasting/belastbaarheid

- Er is binnen de vakgroep geen oog voor collega's die te veel belast worden (V)
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's zonder dat dit leidt tot verandering (ZA)
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat te analyseren en te bespreken. Daar vloeien echter geen verbeteracties uit voort. (A)
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat te analyseren, te bespreken en te verbeteren.
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat evenwicht regelmatig te evalueren en te verbeteren en de resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep.

Contacten in- en extern (relatie met collega's, deelname in stafcommissies, contacten met de huisartsen)

- De vakgroep werkt als een gesloten systeem zonder open te staan voor externe contacten (V)
- De vakgroepleden individueel staan open voor zowel in- als externe contacten maar bespreken dit verder niet. (ZA)
- De vakgroep staat open voor zowel in- als externe contacten en bespreekt dit zonder te komen tot verbeteracties. (A)
- Er zijn goede contacten, zowel in- als extern en de vakgroep gebruikt deze contacten om hun eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen.
- De vakgroep heeft een proactief beleid om zowel in- als externe contacten te onderhouden en gebruikt deze contacten om hun eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen en heeft dit geborgd in haar kwaliteitscyclus.

Medisch beleid

- Er zijn geen afspraken over het medisch beleid (V)
- Er zijn afspraken over het medisch beleid, maar de vakgroepleden houden zich daar niet (helemaal) aan (ZA)

- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid, maar er is geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren.(A)
- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren.
- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep

Openheid over incidenten

- De vakgroep informeert de patiënt niet over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit niet vast in het medisch dossier van die patiënt. (V)
- De vakgroep informeert de patiënt beperkt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit onvoldoende vast in het medisch dossier van die patiënt. (ZA)
- De vakgroep informeert de patiënt meestal over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen maar legt dit onvoldoende vast in het medisch dossier van die patiënt. A)
- De vakgroep informeert meteen de patiënt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit vast in het medisch dossier van die patiënt.
- De vakgroep informeert meteen de patiënt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit vast in het medisch dossier van die patiënt en gebruikt (bespreking van) dergelijke incidenten structureel om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren.

Melden aan Stafbestuur en Raad van Bestuur

- De vakgroepleden melden een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verbandhoudend met de zorgverlening die tegen (één van) hen is aangespannen niet aan elkaar, noch aan het stafbestuur of aan de raad van bestuur. (V)
- De vakgroep meldt een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verbandhoudend met de zorgverlening die tegen (één van) hen is aangespannen niet aan het stafbestuur en/of aan de raad van bestuur. (ZA)
- De vakgroep meldt een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verbandhoudend met de zorgverlening die tegen (één van) hen is aangespannen aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur maar maakt geen gebruik van de juridische afdeling van het ziekenhuis. (A)
- De vakgroep meldt meteen aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur indien een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verbandhoudend met de zorgverlening tegen (één van) hen is aangespannen en bewandelt gezamenlijk het juridische traject.
- De vakgroep meldt meteen aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur indien een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verbandhoudend met de zorgverlening tegen (één van) hen is aangespannen, bewandelt gezamenlijk het juridische traject en komt daarbij tot (breed gedragen) verbetervoorstellen.

Kwaliteitsdomein: Patiëntenperspectief

1. **Patiëntenperspectief in kaart (laten) brengen (middels enquêtes, spiegelgesprekken, wachtkamerinterviews etc.)**
2. **Klachten en juridische procedures verbandhoudend met zorgverlening**
3. **Klachten en signalen van onvrede**
4. **De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling (Treeknorm⁷)**
5. **Veiligheid**

Patiëntenperspectief in kaart (laten) brengen (middels enquêtes, spiegelgesprekken, wachtkamerinterviews etc.)

- De vakgroep⁸ brengt het patiëntenperspectief niet in kaart (V)
- De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren (ZA)
- De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten, maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren (A)
- De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren.
- De vakgroep brengt jaarlijks het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren.

Klachten en juridische procedures verbandhoudend met zorgverlening

- De vakgroep/organisatie heeft een regeling om de uitkomsten van klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (V).
- De vakgroep/organisatie heeft een regeling om de uitkomsten van klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (ZA)
- De vakgroep/organisatie heeft een regeling om de uitkomsten van klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren en te bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. (A)
- De vakgroep/organisatie heeft een regeling om de uitkomsten van klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.
- De vakgroep/organisatie heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.

⁷ Voor Treeknormen, zie bijlage 3

⁸ Hierbij kan ook gebruik gemaakt worden van activiteiten die de organisatie uitvoert om het patiëntenperspectief in kaart te brengen, als de resultaten maar te herleiden zijn op vakgroepniveau.

Klachten en signalen van onvrede

- De vakgroep heeft geen afspraken om klachten en signalen van onvrede te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (V)
- De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (ZA)
- De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. (A)
- De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.
- De vakgroep heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten en signalen van onvrede wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.

De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling (Treenorm⁹)

- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt niet gemonitord. (V)
- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt onvoldoende gemonitord om beleidsaanpassingen te rechtvaardigen. (ZA)
- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt gemonitord, maar leidt niet tot verbetering door aanpassing van beleid. (A)
- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt gemonitord, en leidt tot verbetering door aanpassing van beleid.
- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt gemonitord, en leidt tot verbetering door aanpassing van beleid, en dit wordt periodiek gecontroleerd.

Veiligheid

- De vakgroep heeft geen kennis genomen van de risico's voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen (V)
- De vakgroep communiceert niet over de risico's voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen¹⁰ (ZA)
- De vakgroep communiceert op verzoek van derden over de risico's voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen. (A)
- De vakgroep communiceert op eigen initiatief over de risico's voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen.
- De vakgroep initieert het communiceren over de risico's voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen.

⁹ Voor Treenormen, zie bijlage 3

¹⁰ Bijvoorbeeld verzekeraars, beroepsverenigingen, cliëntenverenigingen, leveranciers etc.

Kwaliteitsdomein: Professionele ontwikkeling

- 1. Kennisdeling (t.a.v. vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, wetenschap en innovatie en opleiding en onderwijs)**
- 2. Individueel functioneren (IFMS)**

Kennisdeling (t.a.v. vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, wetenschap en innovatie en opleiding en onderwijs)

- Individuele kennis en kwaliteiten zijn niet op elkaar afgestemd en leidt tot een wisselend beleid binnen de vakgroep. (V)
- Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede kunnen komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep (ZA)
- Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep, de vakgroepleden werken er mee, maar gebruiken het niet om verbeteracties te implementeren. (A)
- De vakgroep besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep en evalueert het systeem regelmatig.
- De vakgroep heeft in haar beleidsplan systematisch aandacht voor de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep en evalueert dit volgens een vast patroon.

Individueel functioneren (IFMS)

- In het ziekenhuis is geen systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren (V)
- In het ziekenhuis is een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren, maar de vakgroepleden doen daar (nog) niet aan mee (ZA)
- In het ziekenhuis is een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren, de (meeste) vakgroepleden doen daaraan mee, maar het wordt niet gebruikt om verbeteracties te implementeren (A)
- De leden van de vakgroep doen mee aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren.
- Alle leden van de vakgroep nemen deel aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren en één of meer van hen hebben daarin een actieve rol, bijvoorbeeld als gespreksleider

Items voor andere normen

De items van de overige normen zullen veelal in de KISZ-lijst zijn opgenomen dan wel in het gesprek met de vakgroep en bij de interviews en de algemene vragenlijst afgevinkt kunnen worden. Deze items kunnen voor de wv behoren tot minimumnormen dan wel streefnormen. De visitatiecommissie zal tot een aantal conclusies komen en daarmee gepaard gaande adviezen. Om tot conclusies te kunnen komen is veelal een benchmarking noodzakelijk. Voor sommige items zal er door de wv'en een eigen norm met daaraan gekoppeld de waarderingsystematiek van V, ZA en A ontwikkeld moeten worden zeker als het voor de beroepsgroep behoort tot een minimumnorm om de kwaliteit van zorg te borgen.

Aan de volgende items kan gedacht worden:

- **PERSONELE VOORZIENINGEN**

Aantal fte medisch specialist polikliniek en klinische adherentie mede afhankelijk van aantal arts assistenten al dan niet in opleiding;

Aantal Nurse Practitioners /gespecialiseerde verpleegkundigen/Physician assistants
Opleiding- en bijscholing van het ondersteunende personeel/certificering

- **RUIMTELIJKE VOORZIENINGEN**

Polikliniek spreekkamers/ privacy/onderzoekkamers

Kliniek ; isoleerkamer/ spreek-, familie kamer/ assistenten kamer

Wachtkamer, toezicht op (m.n. klinische) patiënten

Ruimtes voldoen aan de ARBO/RIE eisen

- **MEDISCHE/FACILITAIRE VOORZIENINGEN**

Minimale Röntgen voorzieningen

Ro digitalisatie-/schermen: poli/ afdeling?

Kwaliteit beeldschermen buiten de afdeling radiologie

Behandelkamers

OK-complex

IC –level

SEH

Slaaplab

Toegang tot medische literatuur

Klinisch chemisch lab

Pathologie

Microbiologie

Toegang tot dossiers digitaal

- **KLINIEK**

Aantal bedden , beddencapaciteit, eigen afdeling/dagopname

Opname duur (landelijk gemiddelde als norm?) aantal opnames en dagopnames

Kwaliteit verpleegkundig personeel / hoeveelheid personeel /na- en bijscholing van personeel; werkinstructies

Werkinstructies/protocollen voor de arts assistent/ begeleiding AG(NI)O's; supervisie en begeleiding

Visitiefrequenties/ MDO

Regeling hoofdbehandelaar

Correspondentie naar huisartsen

Overdracht
Eenduidigheid in medisch beleid
NTBR – beleid
Slecht nieuwsgesprekken

- POLIKLINIEK

Poliklinische voorzieningen: ruimtes/spreekkamers/onderzoekkamers (ruimte en privacy)
Aantal PT/ DBC's straks DOT's
Voldoende personele ondersteuning/baliassistentie
Correspondentie
Wachttijden en doorlooptijden

- ONDERSTEUNING voor zover van toepassing

Longfunctielab, KNF, PA, Bact. Lab Verder aan te vullen door de WV van de laboratoria?
Personeel: aantal fte/ bij-nascholing
Apparatuur

- BEHANDELKAMERS

Normen voor aantal verrichtingen
Minimaal aantal scopen; verslaglegging
Assistentie (weekenden / nachten regeling) opleiding/bijscholing
Protocollen/ werkinstructies; regelmatige update. Is daar een cyclus voor?
Controlesysteem op veiligheid van apparatuur/ wasmachines
Reanimatieset

- TRANSMURALE VOORZIENINGEN

Ketenzorg

- SAMENWERKINGSVERBANDEN

- LIDMAATSCHAPPEN

- PRODUCTIECIJFERS (volumecriteria)

Bijlage 1 Relevante informatie voor dossiervoering

- Reden van verwijzing/opname
- Anamnese gericht op de reden tot verwijzing of opname
- Lichamelijk onderzoek gericht op de reden tot verwijzing of opname
- Samenvatting, dit kan de differentiaal diagnose of de diagnose zijn
- Onderzoekprogramma indien nodig
- Beleid/therapie
- Decursus, indien van toepassing
- Informatie aan patiënt en toestemming van patiënt voor evt. behandeling
- (Ontslag)brief inclusief (ontslag) medicatie
- Reanimatiebeleid en eventuele behandelbeperkingen indien van toepassing, direct zichtbaar voor iedereen die de status inziet.
- Complicatieregistratie indien van toepassing
- In de klinische status dient te worden vermeld of na overlijden toestemming voor obductie en weefseldonatie is gevraagd en of deze is verkregen. De uitkomsten moeten centraal geregistreerd worden.
- Allergie op duidelijke plaats in status, moet direct zichtbaar zijn
- Medicatie zie bij beleid/therapie

Bijlage 2

Eisen aan het jaarverslag

Waarvoor moet een jaarverslag (minimaal) voldoen:

- Kwantitatieve gegevens
- Personeels- en organisatorische aspecten
- Complicatieregistratie
- Patiëntgebonden ontwikkelingen
- Wetenschappelijke activiteiten zoals voordrachten, publicaties en onderzoek
- Nascholing
- Lidmaatschappen
- Beleidsplan en toekomstvisie
- Klachten, VIM meldingen

Bijlage 3 Treeknormen

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