

Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties

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 basisnorm en streefnorm. 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. STREEFNORM (S).

Excellent, een voorbeeld voor anderen.

2. BASISNORM (B).

Goed, de norm.

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. 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.

5. 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.

OPMERKING

De basisnorm is in dit document telkens vet gemaakt.

Daarnaast hebben we de nummering (1-5) in het document weggelaten, aangezien dit verwarring kan oproepen. Als we de nummering van het kwaliteitsprofiel zouden aanhouden, zou de streefnorm een 5 en de voorwaarde een 1 zijn.



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, vakgroepfuncti-
oneren, 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

DOSSIERTOEWERING

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



ZORGPROCESSEN EN/OF PROTOCOLLEN

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

KWALITEITSINDICATOREN

- 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 (S).
- 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 (B).
- De vakgroep levert gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, de uitkomsten worden geanalyseerd, maar leiden niet tot aantoonbare vervolg- en of verbeteracties (A).
- De vakgroep levert gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, maar de uitkomsten worden niet geanalyseerd (ZA).
- De vakgroep levert geen gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie (V).

COMPLICATIETRATIE

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



NECROLOGIEBESPREKING

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

MELDEN VAN INCIDENTEN

- 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 (S).
- De vakgroep meldt incidenten, analyseert en bespreekt de meldingen en voert verbeteracties uit (B).
- De vakgroep meldt incidenten, analyseert en bespreekt de meldingen maar voert geen verbeteracties uit (A).
- De vakgroep meldt incidenten maar analyseert en bespreekt de meldingen niet en voert geen verbeteracties uit (ZA).
- De vakgroep meldt incidenten niet (V).

CONTINUÛTEIT PATIËNTENZORG

- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid met een goed gestructureerde overdracht welke ook gebruikt worden voor onderwijsdoeleinden en beleidsafstemming in het algemeen (S).
- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid met een goed gestructureerde overdracht (B).
- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid maar er is geen gestructureerde overdracht (A).
- De dienstregeling en/of goede bereikbaarheid schiet incidenteel te kort (ZA).
- Er is geen duidelijke dienstregeling en/of goede bereikbaarheid (V)⁴.

MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

- 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 (S).
- Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats en hebben een duidelijke agenda met notulen en actielijsten (B).
- Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats maar hebben geen duidelijke agenda (A).
- Besprekingen met andere disciplines vinden incidenteel plaats (ZA).
- Besprekingen met andere disciplines vinden niet plaats (V).



NALEVEN VAN DE RICHTLIJNEN (MEDICAL AUDIT⁵)

- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd (S).
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden wel nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd (B).
- 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 niet nagekomen (V).

PROSPECTIEVE RISICO INVENTARISATIE

- De vakgroep initieert de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen (S).
- De vakgroep levert een bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen (B).
- De vakgroep levert onvoldoende bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen (A).
- De vakgroep levert geen bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen (ZA).
- De vakgroep heeft geen kennis genomen van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen⁶ (V).

5 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 een basisnorm (B).

6 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 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 (S).
- 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 (B).
- De Quickscan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (A).
- De Quickscan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd maar de resultaten worden niet besproken (ZA).
- De Quickscan wordt niet uitgevoerd, de vakgroep evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze (V).

(MEERJAREN)BELEIDSPLAN/JAARVERSLAG

- Er is een systeem waarmee het beleidsplan/jaarplan en jaarverslag aantoonbaar wordt geëvalueerd en waarover jaarlijks wordt gerapporteerd (S).
- De vakgroep heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en een jaarverslag⁷. Dit is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling (B).
- Er is een (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en een jaarverslag maar er is onvoldoende afstemming met de beleidsplannen van de instelling (A).
- Er is geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en/of geen jaarverslag (ZA).
- Er is geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en/of geen jaarverslag ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie (V).

VAKGROEPVERGADERINGEN

- Er is een systeem waarmee de vakgroepvergaderingen worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren (S).
- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord (B).
- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord (A).



- Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur, notulen en verslaglegging (ZA).
- Er worden geen vakgroepvergaderingen gehouden (V).

AANSPREKEN OP ONGEWENST GEDRAG

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

BELASTING/BELASTBAARHEID

- 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 (S).
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat te analyseren, te bespreken en te verbeteren (B).
- 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 zonder dat dit leidt tot verandering (ZA).
- Er is binnen de vakgroep geen oog voor collega's die te veel belast worden (V).

CONTACTEN IN- EN EXTERN (RELATIE MET COLLEGA'S, DEELNAME IN STAFCOMMISSIES, CONTACTEN MET DE HUISARTSEN)

- 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 (S).
- 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 (B).
- De vakgroep staat open voor zowel in- als externe contacten en bespreekt dit zonder te komen tot verbeteracties (A).
- De vakgroepleden individueel staan open voor zowel in- als externe contacten maar bespreken dit verder niet (ZA).
- De vakgroep werkt als een gesloten systeem zonder open te staan voor externe contacten (V).

MEDISCH BELEID

- 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 (S).
- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren (B).



- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid, maar er is geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren (A).
- Er zijn afspraken over het medisch beleid, maar de vakgroepleden houden zich daar niet (helemaal) aan (ZA).
- Er zijn geen afspraken over het medisch beleid (V).

OPENHEID OVER INCIDENTEN

- 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 (S).
- 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 (B).
- 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 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 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).

MELDEN AAN STAFBESTUUR EN RAAD VAN BESTUUR

- 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 (S).
- 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 (B).
- 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 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 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).



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 (Treeknorm⁸)
5. Veiligheid

PATIËNTENPERSPECTIEF IN KAART (LATEN) BRENGEN (MIDDELS ENQUÊTES, SPIEGELGESPREKKEN, WACHTKAMERINTERVIEWS ETC.)

- De vakgroep brengt jaarlijks het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren (S).
- De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren (B).
- 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, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren (ZA).
- De vakgroep⁹ brengt het patiëntenperspectief niet in kaart (V).

KLACHTEN EN JURIDISCHE PROCEDURES VERBANDHOUDEND MET ZORGVERLENING

- 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 (S).
- 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 (B).
- 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, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (ZA).
- De vakgroep/organisatie heeft geen 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).

⁸ Voor Treeknormen, zie bijlage 3

⁹ 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 vakgroepe niveau.



KLACHTEN EN SIGNALLEN VAN ONVREDE

- 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 (S).
- De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (B).
- 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 maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (ZA).
- 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 TOEGANGSTIJD EN WACHTTIJD DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING (TREEKNORM¹⁰)

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

VEILIGHEID

- De vakgroep initieert het communiceren over de risico's voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen (S).
- De vakgroep communiceert op eigen initiatief over de risico's voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen (B).
- 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 niet over de risico's voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen¹¹ (ZA).
- De vakgroep heeft geen kennis genomen van de risico's voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen (V).

¹⁰ Voor Treeknormen, zie bijlage 3

¹¹ 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 Medisch Specialisten (IFMS)

KENNISDELING (T.A.V. VAKINHOUDELIJKE KENNIS EN VAARDIGHEDEN, WETENSCHAP EN INNOVATIE EN OPLEIDING EN ONDERWIJS)

- 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 (S).
- 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 (B).
- 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).
- 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).
- Individuele kennis en kwaliteiten zijn niet op elkaar afgestemd en leidt tot een wisselend beleid binnen de vakgroep (V).

INDIVIDUEEL FUNCTIONEREN (IFMS)

- 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 (S).
- 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 (B).
- 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).
- 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 geen systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren (V).

