

Nr	Criterium	Waarderingsystematiek vakgroep MKA 2023-2028 Normering - Omschrijving - Toelichting - Onderbouwing	Toekenning waardering door Vakgroep MKA inzake Organisatorische eenheid nr. 1	Toekenning waardering door Vakgroep MKA inzake Organisatorische eenheid nr. 2 (indien van toepassing)	Voorlopige toekenning door PITK-visitatie- commissie tijdens de PITK-visitatie	Toelichting PITK- visitatiecommissie
01.		EVALUATIE VAN ZORG				
01.01	Dossieronderzoek + gebruik Informed consent	Toelichting: Elke kaakchirurg maakt voor iedere door hem/haar behandelde patiënt een Elektronisch Patiënten Dossier aan, en houdt dit bij. Hierin worden in ieder geval op duidelijke wijze de ziektegeschiedenis, de diagnose(s), het behandelplan en de actuele stand van zaken beschreven, zodanig dat een collega de behandeling gemakkelijk kan overnemen. Bij opgenomen patiënten is het hoofdbehandelaarschap genoteerd. De uitgebreidheid en inhoud van de dossiervoering kan afhankelijk zijn van het ziektegeval. De verslaglegging is zodanig vormgegeven dat de actuele, relevante informatie voor het geneeskundig handelen aanwezig is. Bij ingrijpende procedures wordt de toestemming van de patiënt gevraagd (informed consent). Tevens: beoordeling correspondentie aan tandartsen of andere verwijzers.				
		Streefnorm: De dossiervoering bevat alle relevante informatie over het geneeskundig handelen, wordt regelmatig geëvalueerd en waar nodig aangepast door de vakgroep. Bij ingrijpende procedures wordt altijd informed consent verkregen en alle gegevens worden in het EPD vastgelegd.				
		Basisnorm: De dossiervoering bevat alle relevante informatie over het geneeskundig handelen. Bij ingrijpende procedures wordt altijd informed consent verkregen en alle gegevens worden in het EPD vastgelegd.				
		Aanbeveling: De dossiervoering vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid. Informed consent wordt niet altijd en/of niet volledig uitgevoerd voorafgaand en aansluitend aan de verrichting. Incidenteel ontbreken gegevens in het EPD.				
		Zwaarwegend advies: De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid. Informed consent wordt incidenteel verkregen.				
		Voorwaarde: De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid. Informed consent wordt niet verkregen.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
01.02	Zorgprocessen/ Zorgpaden	Toelichting: De vakgroep beschikt over zorgprocessen (zorgpaden), protocollen en/of werkinstructies voor ziektebeelden (zoals: dento-alveolaire chirurgie, implantologie, orthognatische chirurgie, OSA en - indien van toepassing - hoofd-halsoncologie) waar de richtlijnen/leidraden van de NVMKA een onderdeel van vormen. De zorgprocessen (zorgpaden), protocollen en/of werkinstructies zijn opgeslagen in een kwaliteitssysteem van de organisatorische eenheid.				
		Streefnorm: De vakgroep beschikt over actuele zorgprocessen (zorgpaden), protocollen en/of werkinstructies. Evaluatie vindt via een vast schema plaats.				
		Basisnorm: De vakgroep beschikt over actuele zorgprocessen (zorgpaden), protocollen en/of werkinstructies.				
		Aanbeveling: De vakgroep beschikt over zorgprocessen (zorgpaden), protocollen en/of werkinstructies, maar deze zijn niet actueel.				

		Zwaarwegend advies: De vakgroep beschikt over onvoldoende zorgprocessen (zorgpaden), protocollen en/of werkinstructies.				
		Voorwaarde: De vakgroep beschikt niet over zorgprocessen (zorgpaden), protocollen en/of werkinstructies.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
01.03	Kwaliteitsindicatoren	Toelichting: De huidige NVMKA-kwaliteitsindicator Apicale Chirurgie wordt door de vakgroep structureel gebruikt ten behoeve van kwaliteitsverbetering. Dit betekent dat de vakgroep de indicator gebruikt om zorguitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.				
		Streefnorm: De vakgroep maakt structureel gebruik van de actuele kwaliteitsindicator(en) van IGJ of NVMKA. Op basis daarvan worden uitkomsten structureel geanalyseerd, verbeteracties vastgesteld en protocolwijzigingen geïmplementeerd. De vakgroep stelt jaarlijks een verslag op met conclusies, aanbevelingen en (uitgevoerde) verbeteracties t.b.v. haar beleidsplan en jaarverslag.				
		Basisnorm: De vakgroep maakt structureel gebruik van de actuele kwaliteitsindicator(en) van IGJ of NVMKA. Op basis daarvan worden uitkomsten structureel geanalyseerd, verbeteracties vastgelegd en protocolwijzigingen geïmplementeerd.				
		Aanbeveling: De vakgroep maakt structureel gebruik van de actuele kwaliteitsindicator(en) van IGJ of NVMKA. Op basis daarvan worden uitkomsten structureel geanalyseerd, maar er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroep levert gegevens voor de actuele kwaliteitsindicator(en) van IGJ of NVMKA, maar de uitkomsten worden niet geanalyseerd en er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.				
		Voorwaarde: De vakgroep levert geen gegevens voor de actuele kwaliteitsindicator(en) van IGJ of NVMKA.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
01.04	Complicatieregistratie	Toelichting: Complicaties worden structureel geregistreerd. De beschrijving van de complicatie dient opgenomen te zijn in het EPD, vergelijkbaar met het gestructureerde complicatieregistratieformulier van NVMKA. Complicaties worden structureel besproken en geadviseerd wordt ten minste eenmaal per jaar een geclusterde complicatiebespreking te houden in aanwezigheid van alle vakgroepsleden en, indien van toepassing, de AIOS(sen). De complicaties worden hierbij gerelateerd aan het totaal aantal verrichtingen, zodat de volledigheid van de registratie kan worden beoordeeld. Eventuele trends worden gesignaleerd en er wordt een verbeterplan gemaakt, waarvan de afhandeling wordt bewaakt.				
		Streefnorm: De vakgroep heeft een complicatieregistratie en complicaties worden structureel geregistreerd. Op basis daarvan worden uitkomsten structureel geanalyseerd, verbeteracties vastgelegd én geëvalueerd, en protocolwijzigingen geïmplementeerd; een PDCA-cyclus.				
		Basisnorm: De vakgroep heeft een complicatieregistratie en complicaties worden structureel geregistreerd. Op basis daarvan worden uitkomsten structureel geanalyseerd, verbeteracties vastgelegd en protocolwijzigingen geïmplementeerd.				
		Aanbeveling: De vakgroep registreert, analyseert, en bespreekt complicaties, maar er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroep registreert complicaties, maar de complicaties worden niet geanalyseerd en er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.				
		Voorwaarde: De vakgroep beschikt niet over een structurele complicatieregistratie.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				

01.05	Melden van incidenten (VIM/MIP/DIM)	Toelichting: Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens de zorgverlening die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden. Het gaat niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor patiënten hebben geleid, maar ook om 'bijna-incidenten'. Wanneer er een incident of calamiteit optreedt, dient dit te worden gemeld aan de patiënt (aard en toedracht) en wordt dit vastgelegd in het patiëntendossier. Incidenten dienen (indien van toepassing) een vast agendapunt te vormen in het vakgroepoverleg. Op deze wijze kunnen incidenten geanalyseerd worden om herhaling te voorkomen en de kwaliteit van zorg te verbeteren.				
		Streefnorm: De vakgroep beschikt over een systeem waarmee het proces en de resultaten van de meldingen van incidenten worden geëvalueerd en gerapporteerd. De uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te analyseren en bespreken, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.				
		Basisnorm: De vakgroep meldt incidenten en heeft een regeling om meldingen te analyseren en bespreken, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.				
		Aanbeveling: De vakgroep meldt, analyseert en bespreekt incidenten, maar er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroep meldt incidenten, maar deze worden niet geanalyseerd en besproken en er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.				
		Voorwaarde: De vakgroep meldt incidenten niet.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
01.06	Continuïteit patiëntenzorg	Toelichting: De vakgroep is 24 uur per dag, zeven dagen per week gedurende het hele jaar bereikbaar voor patiënten en verwijzers. Voor verwijzers en medewerkers van het ziekenhuis of de ziekenhuizen waarvoor dienst wordt gedaan, is bekend hoe de dienstdoende kaakchirurg bereikt kan worden. De continuïteit van de patiëntenzorg wordt gewaarborgd door een duidelijk vastgelegde dienstregeling. In ieder dienstdoend ziekenhuis is een dienstschema aanwezig dat centraal inzichtelijk is. De dienstdoende kaakchirurg is op de hoogte van de logistieke/infrastructurele procedures in de ziekenhuizen die aangesloten zijn bij de waarneemgroep. Overdracht tussen verschillende dienstdoende kaakchirurgen gebeurt digitaal (beveiligd) en/of mondeling. De opvang voor spoedpatiënten dient gewaarborgd te zijn.				
		Streefnorm: De vakgroep beschikt over een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid met een goed gestructureerde overdracht welke ook gebruikt wordt voor onderwijsdoeleinden en beleidsafstemming in het algemeen.				
		Basisnorm: De vakgroep beschikt over een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid met een goed gestructureerde overdracht.				
		Aanbeveling: De vakgroep beschikt over een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid maar er is geen gestructureerde overdracht.				
		Zwaarwegend advies: De dienstregeling en/of goede bereikbaarheid schiet(en) incidenteel tekort.				
		Voorwaarde: Er is geen duidelijke dienstregeling en/of goede bereikbaarheid.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
01.07	Multidisciplinair overleg	Toelichting: De vakgroep voert multidisciplinair overleg/besprekingen met disciplines, die betrokken zijn bij de specialisatie van de vakgroep, zoals inzake patiënten hoofd-hals oncologie, schisis, OSA, orthognatische chirurgie.				
		Streefnorm: Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats én er is een duidelijke verslaglegging. Deze besprekingen leiden tot multidisciplinair vastgestelde zorgpaden en/of beleidsveranderingen.				
		Basisnorm: Besprekingen met andere disciplines vinden regelmatig plaats én er is een duidelijke verslaglegging.				
		Aanbeveling: Besprekingen met andere disciplines vinden regelmatig plaats, maar er is geen duidelijke verslaglegging.				

		Zwaarwegend advies: Besprekingen met andere disciplines vinden incidenteel plaats.				
		Voorwaarde: Besprekingen met andere disciplines vinden niet plaats.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
01.08	Naleven van de NVMKA-richtlijnen/MKA-leidraden	Toelichting: De NVMKA-richtlijnen worden nageleefd door de leden van de vakgroep. De vakgroepleden zijn bekend met de MKA-leidraden. Er is geen Aanbeveling (A) mogelijk. Immers, de status van een richtlijn rechtvaardigt hier geen Aanbeveling.				
		Streefnorm: De NVMKA-richtlijnen/MKA-leidraden worden nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen/leidraden worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd.				
		Basisnorm: De NVMKA-richtlijnen/MKA-leidraden worden wel nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd.				
		Zwaarwegend advies: De NVMKA-richtlijnen/MKA-leidraden worden wél nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken, maar dit wordt niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd.				
		Voorwaarde: De NVMKA-richtlijnen/MKA-leidraden worden niet nagekomen.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
01.09	Prospectieve risico-inventarisatie (PRI)	Toelichting: Een prospectieve risico-Inventarisatie (PRI) vormt een belangrijk onderdeel van het veiligheidsmanagement van MKA-chirurgische voorzieningen. Tijdens de PRI worden onveilige en kritische processen geïdentificeerd en geanalyseerd. Het gaat hier om de vraag: wat kan er misgaan? Daarnaast worden maatregelen genomen om de risico's zo goed mogelijk af te dekken en de kans op een incident zo klein mogelijk te maken. Onderdeel van de PRI is training van alle betrokkenen en het informeren van de gehele keten voor een veilige implementatie. NB Organisatorische veranderingen zijn bijvoorbeeld de toepassing van nieuwe medische technieken, veranderingen in de inrichting van processen, gebruik van nieuwe apparatuur, etc.				
		Streefnorm: De vakgroep initieert de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen. De vakgroep houdt de PRI actueel en controleert deze periodiek.				
		Basisnorm: De vakgroep levert een bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.				
		Aanbeveling: De vakgroep levert onvoldoende bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroep levert geen bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.				
		Voorwaarde: De vakgroep heeft geen kennis genomen van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.				
	Toekenning waardering + onderbouwing vakgroep	Onderbouwing:				
01.10	Radiologie	Toelichting: De wettelijke eisen rond radiologie en stralingsbescherming zijn opgenomen in de richtlijn tandheelkundige radiologie. Het betreft hier registratie (ANSV), vergunning (CBCT), nascholings-eisen team, stralingsdeskundige in KEW- dossier en jaarlijkse controle buizen. Bij de diagnostiek wordt het ALARA-principe gevolgd. Hiervoor is een OPT-, LSP- en tandfilmapparaat beschikbaar en is minstens toegang tot een CBCT aanwezig. Er is een juiste verslaggeving.				

		Streefnorm: Er wordt voldaan aan de wettelijke eisen, de ALARA-principes worden gerespecteerd en de verslaglegging is correct. Het KEW-röntgendossier is opgenomen in een kwaliteitscyclus en is goed geborgd.			
		Basisnorm: Er wordt voldaan aan de wettelijke eisen; de ALARA-principes worden gerespecteerd en de verslaglegging is correct.			
		Aanbeveling: De wettelijke eisen worden niet sluitend opgevolgd en/of de verslaglegging is voor verbetering vatbaar. De ALARA-principes worden wel gerespecteerd.			
		Zwaarwegend advies: De wettelijke eisen worden niet sluitend opgevolgd en/of de verslaglegging is voor verbetering vatbaar. De ALARA-principes worden niet gerespecteerd.			
		Voorwaarde: Er wordt niet voldaan aan de wettelijke eisen en/of ALARA-principes worden niet gerespecteerd. Er is geen OPT-, LSP- en/of tandfilmapparaat aanwezig.			
	Toekenning waardering + onderbouwing vakgroep	Onderbouwing:			
02.		VAKGROEPFUNCTIONEREN			
02.01	Quick Scan	Toelichting: De NVMKA voorziet in de mogelijkheid om een jaarlijkse Quick Scan uit te voeren binnen PE-online. De samenwerking van de vakgroep wordt hier geëvalueerd. De Quick Scan stelt de vakgroep in staat te reflecteren op het vakgroepfunctioneren. Resultaten kunnen gebruikt worden om prioriteiten te stellen en de onderlinge samenwerking te verbeteren. De Quick Scan kan in de Groeps-FMS ingebed worden.			
		Streefnorm: De vakgroep voert de Quick Scan van het vakgroepfunctioneren meer dan eenmaal per vijf jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De vakgroep stelt jaarlijks een verslag op met conclusies, aanbevelingen en (uitgevoerde) verbeteracties t.b.v. haar beleidsplan.			
		Basisnorm: De vakgroep voert de Quick Scan van het vakgroepfunctioneren ten minste iedere vijf jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.			
		Aanbeveling: De vakgroep voert de Quick Scan ten minste iedere vijf jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren en resultaten te bespreken maar er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.			
		Zwaarwegend advies: De vakgroep voert de Quick Scan ten minste iedere vijf jaar uit, maar de resultaten worden niet geanalyseerd en besproken en er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.			
		Voorwaarde: De vakgroep voert de Quick Scan niet uit en evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze.			
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:			
02.02	(Meerjaren)beleidsplan en Jaarverslag	Toelichting: De vakgroep stelt jaarlijks een jaarverslag op volgens NVMKA-format. De vakgroep beschikt over een eigen actueel (meerjaren)beleidsplan.			
		Streefnorm: De vakgroep heeft een eigen, actueel (meerjaren) beleidsplan/jaarplan en stelt jaarlijks een jaarverslag op. De vakgroep beschikt daarnaast over een systeem, waarmee het beleidsplan/jaarplan en jaarverslag structureel aantoonbaar wordt geëvalueerd en waarover jaarlijks wordt gerapporteerd. Het beleidsplan is afgestemd met de organisatorische eenheid.			
		Basisnorm: De vakgroep heeft een eigen, actueel (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en stelt jaarlijks een jaarverslag op. Het beleidsplan is afgestemd met de organisatorische eenheid.			
		Aanbeveling: De vakgroep heeft een eigen, actueel (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en stelt jaarlijks een jaarverslag op, maar er is onvoldoende afstemming met het beleidsplan van de organisatorische eenheid.			
		Zwaarwegend advies: De vakgroep heeft geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en/of jaarverslag.			
		Voorwaarde: De vakgroep heeft geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en jaarverslag.			

	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
02.03	Vakgroepvergaderingen	Toelichting: Vakgroepsvergaderingen over organisatorische en beleidsmatige zaken dienen structureel plaats te vinden. Vakgroepsvergaderingen moeten worden genotuleerd en de uitvoering van besluiten moet worden geëvalueerd door middel van een actie-/besluitenlijst met probleemeigenaar en tijdsplan. Deze vergaderingen zijn cruciaal voor de coherentie en communicatie binnen de vakgroep.				
		Streefnorm: De vakgroep houdt regelmatig gestructureerde vakgroepsvergaderingen met een agenda, notulen en actie-/besluitenlijst. Alle vakgroepsleden zijn aanwezig. De vakgroep heeft een regeling om de vakgroepsvergaderingen te evalueren en indien nodig wordt de vakgroepsvergadering anders ingericht.				
		Basisnorm: De vakgroep houdt regelmatig gestructureerde vakgroepsvergaderingen met een agenda, notulen en actie-/besluitenlijst. Alle vakgroepsleden zijn aanwezig.				
		Aanbeveling: De vakgroep houdt regelmatig gestructureerde vakgroepsvergaderingen met een agenda en notulen. Er is geen actie-/besluitenlijst en/of de aanwezigheid is beperkt.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroep houdt vakgroepsvergaderingen, maar zonder regelmaat, agenda, notulen en/of actie-/besluitenlijst.				
		Voorwaarde: De vakgroep houdt geen vakgroepvergaderingen.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
02.04	Aanspreken op ongewenst gedrag en zorgdragen voor veilig werkklimaat	Toelichting: Aanspreken op ongewenst gedrag betreft zowel van vakgroepsleden onderling als van ondersteunend personeel. Dit geldt ook voor: zorgdragen voor een veilig werkklimaat en aanspreken op ongewenst declaratiegedrag.				
		Streefnorm: Het aanspreken op ongewenst gedrag, zorgdragen voor een veilig werkklimaat en aanspreken op ongewenst declaratiegedrag is onderdeel van de kwaliteitscyclus van de vakgroep, wordt structureel geanalyseerd en besproken, vervolg- en/of verbeteracties worden uitgevoerd. De vakgroep stelt jaarlijks een verslag op met conclusies, aanbevelingen en (uitgevoerde) verbeteracties t.b.v. haar beleidsplan en jaarverslag.				
		Basisnorm: De vakgroep analyseert en bespreekt structureel ongewenst (declaratie)gedrag, draagt zorg voor een veilig werkklimaat en heeft een regeling om verbeteracties vast te stellen en te implementeren.				
		Aanbeveling: De vakgroep analyseert en bespreekt ongewenst (declaratie)gedrag en draagt zorg voor een veilig werkklimaat, maar er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroep benoemt ongewenst (declaratie)gedrag en veilig werkklimaat binnen de vakgroep, maar ongewenst gedrag wordt niet structureel geanalyseerd en besproken en er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.				
		Voorwaarde: De vakgroep accepteert ongewenst (declaratie)gedrag en het werkklimaat binnen de vakgroep als zijnde een individueel probleem.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
02.05	Belasting / belastbaarheid	Toelichting: Belasting/belastbaarheid wordt besproken zowel binnen de vakgroep als ook met personeel binnen de afdeling. De vakgroep onderneemt actie als problemen worden ervaren met de belasting/belastbaarheid. Rekening moet worden gehouden met externe factoren (inzet FTE MKA-chirurgie, aantal FTE ondersteunend personeel, chronisch zieken of problematiek buiten de directe werksfeer). Daarbij is ook een rol weggelegd voor de Raad van Bestuur /Raad van Toezicht van de organisatorische eenheid. Het gaat erom: wie onderkent belasting/belastbaarheid, met wie wordt het besproken, en wie onderneemt actie.				

		Streefnorm: Binnen de vakgroep is oog voor de belasting van collega's en een beleid om dat evenwicht regelmatig te evalueren en rapporteren. De uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te analyseren en bespreken, verbeteracties vast te stellen en te implementeren.				
		Basisnorm: Binnen de vakgroep is oog voor de belasting van collega's en een beleid om dat te analyseren en bespreken, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.				
		Aanbeveling: Binnen de vakgroep is oog voor de belasting van collega's en een beleid om dat te analyseren en bespreken, maar er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.				
		Zwaarwegend advies: Binnen de vakgroep is oog voor de belasting van collega's, maar dit wordt niet geanalyseerd en besproken, en er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.				
		Voorwaarde: Binnen de vakgroep is geen oog voor de belasting van collega's.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
02.06	Contacten in- en extern	Toelichting: Ter bevordering van de kwaliteit van zorg is contact met de interne en externe partners van belang. Contacten intern: werkrelatie binnen de organisatorische eenheid (bijv. met Raad van Bestuur/Raad van Toezicht, Bestuur Medische Staf/collega-specialisten). Contacten extern: verwijzend tandartsen, huisartsen, orthodontisten.				
		Streefnorm: 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.				
		Basisnorm: De vakgroep beschikt over goede contacten, zowel in- als extern en de vakgroep gebruikt deze contacten om haar eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen.				
		Aanbeveling: De vakgroep staat open voor zowel in- als externe contacten en bespreekt dit zonder te komen tot verbeteracties.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroepleden individueel staan open voor zowel in- als externe contacten maar bespreken dit verder niet.				
		Voorwaarde: De vakgroep werkt als een gesloten systeem zonder open te staan voor externe contacten.				
	Toekenning waardering + onderbouwing vakgroep	Onderbouwing:				
02.07	Gedragscode / Taakdelegatie MKA-chirurgie	Toelichting: De vakgroepleden houden zich aan de Gedragscode en Taakdelegatie van de NVMKA.				
		Basisnorm: De vakgroepleden houden zich aan de actuele Gedragscode voor de specialist voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de NVMKA en het addendum Taakdelegatie.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroepleden onderschrijven <u>niet</u> de actuele Gedragscode voor de specialist voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de NVMKA en het addendum Taakdelegatie.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
03.		Professionele ontwikkeling				

03.01	Kennisdeling (t.a.v. vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, wetenschap en innovatie, en opleiding en onderwijs)	Toelichting: De vakgroep dient systematisch aandacht te besteden aan de professionele ontwikkeling van de vakgroepsleden. Hiermee wordt bedoeld: het onderhouden en vergroten van vakinhoudelijke kennis en vaardigheden en, indien van toepassing, de innovatie op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, opleiding en onderwijs. Verworven kennis dient ten goede te komen aan de vakgroep. Kennisdeling kan tot stand komen door het agenderen van terugrapportage na cursus/congresbezoek, bespreken van belangrijke artikelen en richtlijnen/leidraden en het periodiek analyseren van de resultaten van het medisch handelen in de patiëntbespreking of vakgroepvergadering. Indien van toepassing, heeft de vakgroep afspraken gemaakt over de kennisverdeling van specifieke aandachtsgebieden.				
		Streefnorm: De vakgroep heeft in haar beleidsplan systematisch aandacht voor de professionele ontwikkeling van haar vakgroepsleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepsleden en alle patiënten van de vakgroep en evalueert dit volgens een vast patroon.				
		Basisnorm: De vakgroep besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepsleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepsleden en alle patiënten van de vakgroep en evalueert het systeem regelmatig.				
		Aanbeveling: De vakgroep besteedt incidenteel aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepsleden. Hierdoor kan niet gegarandeerd worden dat alle individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepsleden en alle patiënten van de vakgroep. Er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroep heeft geen afspraken gemaakt die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede kunnen komen aan alle vakgroepsleden en alle patiënten van de vakgroep.				
		Voorwaarde: Individuele kennis en kwaliteiten zijn niet op elkaar afgestemd, hetgeen leidt tot een wisselend beleid binnen de vakgroep.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
03.02	Individueel c.q. Groepsfunctioneren Medisch Specialist (IFMS/GFMS) of Appraisal & Assessment	Toelichting: De vakgroepsleden nemen deel aan het IFMS/GFMS-systeem of Appraisal & Assessment dat door de organisatorische eenheid aangeboden wordt of zelf wordt geïnitieerd.				
		Streefnorm: Alle vakgroepsleden nemen deel aan een systeem om periodiek het individueel of groepsfunctioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren en een of meer van hen heeft/hebben daarin een actieve rol, bijvoorbeeld als gespreksleider.				
		Basisnorm: Alle vakgroepsleden nemen deel aan een systeem om periodiek het individueel of groepsfunctioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren.				
		Aanbeveling: De meeste vakgroepsleden nemen deel aan een systeem om periodiek het individueel of groepsfunctioneren te evalueren, maar er zijn geen aantoonbare vervolg- en/of verbeteracties.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroepsleden doen (nog) niet mee in een systeem om periodiek het individueel of groepsfunctioneren te evalueren.				
		Voorwaarde: Binnen de organisatorische eenheid is geen systeem om periodiek het individueel of groepsfunctioneren te evalueren.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
04.	Patiëntenperspectief					

04.01	Patiëntenperspectief in kaart (laten) brengen	Toelichting: Het patiëntenperspectief wordt in kaart gebracht door (bij voorkeur) jaarlijks een patiënten-enquête (spiegelgesprekken, wachtkamerinterviews) te houden, hetzij vanuit de organisatorische eenheid hetzij op initiatief van de vakgroep.				
		Streefnorm: De vakgroep brengt jaarlijks het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten ervan en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren.				
		Basisnorm: De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten ervan en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren.				
		Aanbeveling: De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten ervan, maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren.				
		Voorwaarde: De vakgroep brengt het patiëntenperspectief niet in kaart.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
04.02	Klachten, juridische procedures en/of calamiteiten verband houdend met zorgverlening	Toelichting: Klachten, juridische procedures en/of calamiteiten van patiënten die verband houden met de geleverde zorg, worden in de vakgroep tijdig en op constructieve wijze besproken, waarbij mogelijke verbeteracties worden vastgesteld en geïmplementeerd. Vervolgstappen worden bewaakt. De organisatorische eenheid dient te beschikken over een adequate logistiek rondom melding, bemiddeling en terugkoppeling van klachten conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De vakgroep ontvangt en bespreekt minimaal jaarlijks het overzicht van ingediende klachten, inclusief de afhandeling. Indien van toepassing, neemt de vakgroep structurele maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten.				
		Streefnorm: De vakgroep heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten, juridische procedures en/of calamiteiten wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.				
		Basisnorm: De vakgroep heeft een regeling om klachten, juridische procedures en/of calamiteiten te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.				
		Aanbeveling: De vakgroep heeft een regeling om klachten, juridische procedures en/of calamiteiten te analyseren en te bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroep heeft een regeling om klachten, juridische procedures en/of calamiteiten te analyseren maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.				
		Voorwaarde: De vakgroep heeft geen afspraken om klachten, juridische procedures en/of calamiteiten te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
04.03	Toegangstijd voor diagnostiek en wachttijd voor behandeling	Toelichting: Patiënten dienen op een termijn die recht doet aan de zorgvraag gezien te worden. Het gaat erom dat de vakgroep de tijden kritisch analyseert en waar nodig verbeteringen doorvoert.				
		Streefnorm: De toegangstijd voor diagnostiek en wachttijd voor behandeling worden structureel gemonitord en leiden structureel tot verbetering door aanpassing van beleid; dit wordt structureel gecontroleerd.				
		Basisnorm: De toegangstijd voor diagnostiek en wachttijd voor behandeling worden structureel gemonitord en leiden structureel tot verbetering door aanpassing van beleid.				
		Aanbeveling: De toegangstijd voor diagnostiek en wachttijd voor behandeling worden structureel gemonitord maar leiden niet tot verbetering door aanpassing van beleid.				

		Zwaarwegend advies: De toegangstijd voor diagnostiek en wachttijd voor behandeling worden onvoldoende gemonitord om beleidsaanpassingen te rechtvaardigen.				
		Voorwaarde: De toegangstijd voor diagnostiek en wachttijd voor behandeling worden niet gemonitord.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
04.04	Veiligheid: time-out- en sign-outprocedure	Toelichting: De kaakchirurg informeert de patiënt over de te verlenen zorg. Een gestructureerde time-out- en sign-outprocedure wordt gevolgd. Alle gegevens worden in het EPD vastgelegd.				
		Streefnorm: De vakgroep voert de time-out- en sign-outprocedure altijd en volledig uit, voorafgaand en aansluitend aan een verrichting. Tevens wordt gebruik gemaakt van een preoperatieve briefing . Alle gegevens worden in het EPD vastgelegd.				
		Basisnorm: De vakgroep voert de time-out- en sign-outprocedure altijd en volledig uit, voorafgaand en aansluitend aan een verrichting. Alle gegevens worden in het EPD vastgelegd.				
		Aanbeveling: De vakgroep voert de time-out- en sign-outprocedure niet altijd en/of volledig uit, voorafgaand en aansluitend aan de verrichting.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroep voert de time-out- en sign-outprocedure incidenteel uit.				
		Voorwaarde: De vakgroep voert de time-out- en sign-outprocedure niet uit.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				
04.05	Klachten en signalen van onvrede van patiënten	Toelichting: Klachten en signalen van onvrede van patiënten.				
		Streefnorm: De vakgroep heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten en signalen van onvrede van patiënten wordt geevalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.				
		Basisnorm: De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede van patiënten te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.				
		Aanbeveling: De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede van patiënten te analyseren en te bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.				
		Zwaarwegend advies: De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede van patiënten te analyseren maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.				
		Voorwaarde: De vakgroep heeft geen afspraken om klachten en signalen van onvrede van patiënten te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				

04.06	Personele ondersteuning, ruimtelijke en materiële voorzieningen	Toelichting: Bepalen van de waardering van dit criterium inzake personele ondersteuning, ruimtelijke en materiële voorzieningen kan a.d.h.v. invulling van de lijst in de tool Praktijkdeel. Het behalen van een Streefnorm is niet mogelijk.				
		Basisnorm: De organisatorische eenheid biedt alle benodigde voorzieningen en faciliteert de vakgroep op adequate wijze om goede zorgverlening mogelijk te maken.				
		Aanbeveling: De organisatorische eenheid faciliteert de vakgroep op adequate wijze om goede zorgverlening mogelijk te maken, maar een aantal voorzieningen wordt niet geboden. De vakgroep heeft dit kenbaar gemaakt maar er is geen verdere actie ondernomen.				
		Zwaarwegend advies: De organisatorische eenheid faciliteert de vakgroep op adequate wijze om goede zorgverlening mogelijk te maken, maar een aantal voorzieningen wordt niet geboden. De vakgroep heeft dit onvoldoende kenbaar gemaakt. De organisatorische eenheid is hiervan niet of onvoldoende op de hoogte.				
		Voorwaarde: De organisatorische eenheid biedt onvoldoende voorzieningen en faciliteert de vakgroep onvoldoende, waardoor de patientenzorg en/of de veiligheid niet gewaarborgd zijn.				
	Toekenning waardering + onderbouwing door vakgroep	Onderbouwing:				

