

Normering Heelkundige Praktijkvoering en Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitatie

Commissie Kwaliteitsvisitatie NVvH
Januari 2020

Versie 7.0

Inhoudsopgave

INLEIDING.....	3
NORMEN HEELKUNDIGE PRAKTIJKVOERING.....	4
KWALITEITSDOMEIN: EVALUATIE VAN ZORG	4
KWALITEITSDOMEIN: VAKGROEP FUNCTIONEREN.....	5
KWALITEITSDOMEIN: PATIËNTEN PERSPECTIEF	5
KWALITEITSDOMEIN: PROFESSIONELE ONTWIKKELING	6
WAARDERINGSSYSTEMATIEK VOOR DE KWALITEITSVISITATIE	7
DEFINITIES VAN VOORWAARDE, ZWAARWEGEND ADVIES EN AANBEVELING.....	7
WAARDERINGSSYSTEMATIEK EVALUATIE VAN ZORG.....	8
1. DOSSIERSVOERING	8
2. ZORGPROCESSEN EN/OF PROTOCOLLEN	8
3. NIEUWE (ZORG)PROCESSEN EN/OF PROCEDURES.....	8
4. COMPLICATIE- EN NECROLOGIEBESPREKING.....	8
5. LANDELIJKE AUDITS	9
6. CONTACT MET HUISARTSEN/ EXTERNE VERWIJZERS.....	9
7. OVERDRACHT T.B.V. CONTINUÏTEIT VAN ZORG.....	9
8. SAMENWERKING MET ARTS-ASSISTENTEN	9
9. SAMENWERKING MET VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN EN/OF PHYSICIAN ASSISTANTS (VS/PA) ..	10
10. MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING	10
11. NALEVEN NORMEN NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HEELKUNDE (NVVH).....	10
12. ALGEMENE CHIRURGIE	11
13. ZAALVISITE.....	11
WAARDERINGSSYSTEMATIEK VAKGROEP FUNCTIONEREN.....	12
14. QUICK SCAN	12
15. BELEIDSPAN / JAARVERSLAG	12
16. DIFFERENTIATIEBELEID	12
17. FIT TO PERFORM	12
WAARDERINGSSYSTEMATIEK PATIËNTEN PERSPECTIEF.....	13
18. PATIËNTEN TEVREDENHEID	13
19. KLACHTEN EN INCIDENTEN.....	13
WAARDERINGSSYSTEMATIEK PROFESSIONELE ONTWIKKELING	14
20. INDIVIDUEEL FUNCTIONEREN	14
21. ONDERWIJS EN OPLEIDING.....	14
22. WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK	14
BIJLAGE 1: WAARDERINGSSYSTEMATIEK, 2010-HEDEN	15

Inleiding

In 2011 heeft de commissie Kwaliteitsvisitatie de toen gebruikelijke wijze van visitatie kritisch onder de loep genomen. Er moest een uniforme, meer gestandaardiseerde, systematische evaluatie van kwaliteitsevaluatie ontwikkeld worden. Dit heeft geleid tot de huidige Normering heilkundige praktijkvoering en waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitatie.

Deze systematiek is ontwikkeld door de commissie en is voor het eerst in de praktijk toegepast in 2011. Hierna is deze systematiek overgenomen door de Federatie van Medisch Specialisten en zijn alle wetenschappelijke verenigingen overgestapt op de deze waarderingsystematiek.

De eerste versie is inmiddels meerdere malen aan een revisie onderworpen, kwaliteit is immers niet statisch maar dynamisch. Zo zullen kwaliteitsnormen aangepast moeten worden aan nieuwe inzichten en aan de eisen van de huidige tijd.

De afgelopen jaren zijn diverse normen aangescherpt, geherdefinieerd, en sommige zijn verwijderd omdat deze niet meer actueel of relevant bleken, mede ook in het kader van de vermindering van de registratielast. Jaarlijks wordt hierover door de commissie Kwaliteitsvisitatie nagedacht en gediscussieerd op basis van ervaringen uit het veld.

In bijlage 1 van dit document vindt u een overzicht van de wijzigingen die in de diverse versies zijn doorgevoerd.

Januari 2020

Commissie Kwaliteitsvisitatie

Normen Heelkundige Praktijkvoering

In de praktijk is het goed werkbaar gebleken een onderverdeling te maken van het totale kwaliteitsveld in de vier kwaliteitsdomeinen *evaluatie van zorg*, *vakgroep functioneren*, *patiënten perspectief* en *professionele ontwikkeling*. Binnen elk van deze kwaliteitsdomeinen zijn voor een aantal activiteiten van een vakgroep normen gesteld waarbij een omschrijving wordt gegeven van de normale, goede klinische praktijk.

Kwaliteitsdomein: Evaluatie van zorg

1. *Dossiervoering*
De vakgroep heeft een elektronisch patiëntendossier waarin de relevante informatie voor het heelkundige handelen is vastgelegd. De richtlijnen (lokaal, NVvH en beroepsstandaard) over statusvoering worden nagekomen.
2. *Zorgprocessen en/of protocollen*
(Zorg)Processen zijn zoveel mogelijk gestandaardiseerd en vastgelegd in procedures, protocollen en werkinstructies. Zowel het vinden als het aanpassen van de protocollen is eenvoudig voor alle zorgverleners. Inhoudelijke en procesmatige evaluatie van de protocollen vindt gedocumenteerd via een vast schema plaats.
3. *Nieuwe (zorg)processen en/of procedures*
Nieuwe (zorg) processen en/of procedures worden na een risicoanalyse vastgelegd in procedures, protocollen en werkinstructies
4. *Complicatie- en necrologiebespreking*
De complicatie- en necrologiebesprekingen worden regelmatig gehouden (minimaal 4 keer per jaar) en zijn schriftelijk gedocumenteerd. De PDCA cyclus wordt uitgevoerd.
5. *Landelijke audits*
De vakgroep neemt deel aan alle toepasselijke landelijke audits en heeft een regeling om eigen uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren
6. *Contact met huisartsen / Externe verwijzers*
De vakgroep heeft gestructureerd contact met de huisartsen en een regeling om de uitkomsten te analyseren en verbeteracties vast te stellen
7. *Overdracht t.b.v. continuïteit van zorg*
De continuïteit van zorg is zodanig verzorgd dat alle disciplines vertegenwoordigd zijn op alle overdrachtmomenten. Terug te vinden is wat de problemen zijn geweest (ochtend)/zijn (middag) voor de dienstploeg. De volgende items worden besproken:
 - Indien er een ok indicatie is besproken tijdens een MDO wordt dit advies dan gevolgd;
 - Indien geen eerder MDO is men het eens met de gestelde operatie indicatie;
 - Is er een absolute contra-indicatie voor de geplande operatie;
 - Zijn er relatieve contra-indicatie en zijn deze voldoende afgewogen.
8. *Samenwerking met arts-assistenten*
De arts-assistenten hebben een inwerkperiode, er zijn duidelijke werkinstructies en protocollen, zij hebben een mentor en er worden functioneringsgesprekken gevoerd. De arbeidstijdregeling wordt nageleefd

9. *Samenwerking met verpleegkundig specialisten en/of physician assistants (VS/PA)*
Er zijn schriftelijke werkafspraken voor taken die door VS/PA worden uitgevoerd binnen het heelkundig vakgebied. Deze schriftelijke werkafspraken omvatten afspraken over voorbehouden handelingen, het voorschrijven van geneesmiddelen, het verwijzbeleid en de (zelfstadi)ge verantwoordelijkheid. Tevens participeren de VS/PA in de kwaliteitsinstrumenten (complicatieregistratie, necrologieregistratie, etc.) die binnen de vakgroep gangbaar zijn.
10. *Multidisciplinaire samenwerking*
De vakgroep neemt binnen de instelling deel aan multidisciplinaire besprekingen, die noodzakelijk zijn voor het leveren van goede dagelijkse patiëntenzorg. Vanuit andere disciplines is hierop geen commentaar. Daarnaast hebben de chirurgen een initiërende voortrekkersrol.
11. *Normen Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)*
De vakgroep voldoet aan alle normen die door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) per benoemd ziektebeeld zijn vastgesteld
12. *Algemene Chirurgie*
Er zijn schriftelijke afspraken over wie er verantwoordelijk is voor de Algemene Chirurgie en wie welke onderdelen van de Algemene Chirurgie uitvoert en voor de indicatiestelling geldt dat deze ruim voor de operatie wordt gecheckt door een chirurg. Deze afspraken worden tweejaarlijks geëvalueerd op werkbaarheid en kwaliteit.
13. *Zaalvisite*
Supervisie door een stafid/gedifferentieerd chirurg wordt minstens 2 keer per week structureel verleend en er is minimaal 1 keer per week een multidisciplinaire “papier” visite in aanwezigheid van een gedifferentieerd chirurg

Kwaliteitsdomein: Vakgroep functioneren

14. *Quick Scan*
De vakgroep voert de Quick Scan van het groep functioneren tenminste 1 keer tussen 2 visitaties uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen, te implementeren en te evalueren.
15. *Beleidsplan / Jaarverslag*
De vakgroep heeft een actueel beleidsplan en jaarverslag en dit is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling
16. *Differentiatiebeleid*
De vakgroep biedt gedifferentieerde zorg aan die herkenbaar is voor huisartsen en patiënten. De gedifferentieerde zorg wordt 24/7 aangeboden en voldoet aan de eisen die door de (sub)vereniging(en) zijn opgesteld.
17. *Fit to Perform*
De vakgroep heeft een adequate schriftelijke regeling voor compensatie na de dienst.

Kwaliteitsdomein: Patiënten perspectief

18. *Patiënten enquête*
De vakgroep evalueert patiënt tevredenheid 1 keer per 2 jaar. Verbeteracties zijn uitgevoerd en geëvalueerd.

19. *Klachten en incidenten*

De vakgroep werkt mee aan een vlotte afhandeling van de klachten van patiënten, neemt kennis van de klachten en bespreekt de analyses van de klachtenfunctionaris van de instelling. Daarnaast werkt de vakgroep mee aan een vlotte afhandeling van de klachten van patiënten en neemt kennis van de analyses van de klachtenfunctionaris van de instelling. Er is een gedocumenteerde regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren. Er is jaarlijks een evaluatie met de maatschap en de klachtenfunctionaris n.a.v. de jaarrapportage.

Kwaliteitsdomein: Professionele ontwikkeling

20. *Individueel functioneren*

Er is een schema waarbij iedere specialist iedere 2 jaar wordt onderworpen aan IFMS.

21. *Onderwijs en opleiding*

Het leveren van een kwantitatieve en kwalitatieve bijdrage aan opleiding en onderwijs van medisch en paramedisch personeel is aantoonbaar met een rooster van regelmatig terugkerend onderwijs .

22. *Wetenschappelijk Onderzoek*

De chirurgen initiëren en/of nemen deel aan wetenschappelijke activiteiten passend bij het karakter van de kliniek.

Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitatie

Wanneer bij een kwaliteitsvisitatie wordt vastgesteld dat niet of niet volledig aan een norm wordt voldaan moet er een vervolgactie komen van de commissie. Voor iedere norm is daarom een omschrijving gemaakt op basis waarvan de commissie een voorwaarde stelt of een zwaarwegend advies of aanbeveling geeft. Bij een visitatie kan ook een situatie worden aangetroffen, die beter is dan de normsituatie en die dus als “best practice” kan worden omschreven en daarom is voor elke norm ook een best practice omschrijving gemaakt. Aldus is het volgende waarderingsstelsel ontstaan:

Waarderingsstelsel

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. onder de maat, moet zo snel mogelijk worden verbeterd | (voorwaarde) |
| 2. marginaal, moet beter | (zwaarwegend advies) |
| 3. voor verbetering vatbaar | (aanbeveling) |
| 4. goed, de norm | (good clinical practice) |
| 5. een voorbeeld voor anderen | (best practice) |
-

Indien u meent in aanmerking te komen voor een score 4 of hoger, verwacht de Commissie kwaliteitsvisitatie dat u bij het aanleveren van de visitatiestukken schriftelijke documentatie bijvoegt om deze score te onderbouwen in ADAS.

Definities van voorwaarde, zwaarwegend advies en aanbeveling

Conform conceptverslag van de Adviescommissie van de Orde aangaande de Kwaliteitsvisitatie.

Voorwaarde:

Een tekortkoming van medische of organisatorische aard die leidt tot een bedreiging van de veiligheid en kwaliteit van de patiëntenzorg. Per direct of uiterlijk binnen zes maanden moeten maatregelen worden genomen. Afhankelijk van de vorderingen kan een traject worden uitgestippeld dat leidt tot hervisiteatie.

Zwaarwegend advies:

Een situatie die niet in overeenstemming is met de binnen de beroepsgroep geldende kwaliteitsnormen of buiten de criteria valt die ter zake deskundige organen (KNMG, RGS, Werkgroep Infectie Preventie etc.) gesteld hebben. Een verbetertraject moet zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen twee jaar, ingezet worden. Tussentijds, d.w.z. binnen maximaal één jaar, zal een voortgangsrapportage worden gevraagd. Afhankelijk van de vorderingen kan een traject worden uitgestippeld dat leidt tot hervisiteatie.

Aanbeveling:

Suggestie tot verbetering van de efficiency of kwaliteit van zorg, waarbij de huidige situatie nog wel als acceptabel kan worden aangemerkt binnen de geldende kwaliteitsnorm.

Waarderingsystematiek evaluatie van zorg

1. Dossiervoering

1. De statusvoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid. Externe partijen hebben hierover klachten
2. De statusvoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid
3. De statusvoering vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid
4. De vakgroep heeft een elektronisch patiëntendossier waarin de relevante informatie voor het heelkundige handelen is vastgelegd. De richtlijnen (lokaal, NVvH en beroepsstandaard) over statusvoering worden nagekomen.
5. Als 4 en binnen de vakgroep heerst een klimaat waarin men elkaar kan aan spreken op het nakomen van de gemaakte afspraken aangaande een adequate statusvoering. De afspraken over statusvoering worden nagekomen, waarbij aantoonbaar en jaarlijks de volledigheid wordt geëvalueerd en gedocumenteerd.

2. Zorgprocessen en/of protocollen

1. Protocollen zijn niet geactualiseerd voor diagnostiek en/of behandeling
2. Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en/of behandeling, maar werkinstructies ontbreken en/of toegankelijkheid is onvoldoende
3. Specialisten, arts-assistenten en/of ziekenhuismedewerkers ondervinden tekortkomingen in aanwezigheid en actualiteit van protocollen
4. (Zorg)Processen zijn zoveel mogelijk gestandaardiseerd en vastgelegd in procedures, protocollen en werkinstructies. Zowel het vinden als het aanpassen van de protocollen is eenvoudig voor alle zorgverleners. Inhoudelijke en procesmatige evaluatie van de protocollen vindt gedocumenteerd via een vast schema plaats.
5. Als 4 en met aantoonbare verbeterpunten en evaluatie hiervan.

3. Nieuwe (zorg)processen en/of procedures

1. Nieuwe zorgprocessen worden ingevoerd op basis van een actie van een of enkele vakgroepleden.
2. Nieuwe zorgprocessen worden ingevoerd na overleg binnen de vakgroep maar zonder dat de kaders (indicaties, protocollen) formeel zijn vastgelegd.
3. Nieuwe zorgprocessen worden ingevoerd in overleg met de vakgroep en andere betrokken partijen; protocollen en/of instructies en/of afspraken rondom de introductie zijn desondanks niet voldoende duidelijk.
4. Nieuwe (zorg)processen en/of procedures worden na een risicoanalyse vastgelegd in procedures, protocollen en werkinstructies
5. Voorafgaand aan het invoeren van een verandering van een zorgproces of technische procedure worden de risico's voor de veiligheid altijd systematisch beoordeeld en zo nodig gecorrigeerd. Er is schriftelijke documentatie van meer dan 1 zorgproces, op meerdere aandachtsgebieden, mits relevant, beschikbaar.

4. Complicatie- en necrologiebespreking

1. Er is geen gestructureerde complicatie- en/of necrologiebespreking
2. Complicaties en necrologie worden incidenteel geregistreerd en besproken
3. Complicaties en necrologie worden geregistreerd en besproken, maar leiden niet tot aantoonbare beleidsaanpassingen
4. De complicatie- en necrologiebesprekingen worden regelmatig gehouden (minimaal 4 keer per jaar) en zijn schriftelijk gedocumenteerd. De PDCA cyclus wordt uitgevoerd.

5. Als 4 en verbeteracties worden aantoonbaar uitgevoerd.

5. Landelijke Audits

1. De vakgroep neemt niet deel aan de landelijke audits
2. De vakgroep neemt deel aan landelijk audits maar voert geen analyse uit van de eigen uitkomsten
3. Aan de analyse van de eigen uitkomsten van landelijk audits wordt geen vervolg- en/of verbeteracties gekoppeld
4. De vakgroep neemt deel aan alle toepasselijke landelijke audits en heeft een regeling om eigen uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren
5. Als 4 en de vakgroep levert een bijdrage in de ontwikkeling van landelijke audits en publiceert hierover.

6. Contact met Huisartsen/ Externe Verwijzers

1. De huisartsen hebben ernstige klachten met betrekking tot de samenwerking op het gebied van intercollegiaal overleg, bejegening of verslaggeving
2. De huisartsen hebben klachten met betrekking tot de samenwerking op het gebied van intercollegiaal overleg, bejegening of verslaggeving
3. De huisartsen zijn tevreden over de samenwerking, maar er is geen structureel overleg ingepland.
4. De vakgroep heeft gestructureerd contact met de huisartsen en een regeling om de uitkomsten te analyseren en verbeteracties vast te stellen
5. -

7. Overdracht t.b.v. continuïteit van zorg

1. De continuïteit van zorg is in het geding omdat er onvoldoende overdrachtmomenten zijn (ochtend-middag overdracht)
2. De continuïteit van zorg is in het geding omdat de overdrachtmomenten niet worden bezocht door de eerste aanspreekbare chirurg van de dienstploeg. Belangrijke punten voor de dienst worden slechts mondeling aan de dienstdoende arts-assistenten overgedragen.
3. De continuïteit van zorg kan verder worden verbeterd omdat niet iedere discipline is vertegenwoordigd tijdens de overdracht (3 hoofddisciplines: trauma, vaat, GE-Onco). Belangrijke punten voor de dienst worden niet schriftelijk vastgelegd en zijn dus niet terug te vinden voor de rest van de dienstploeg.
4. De continuïteit van zorg is zodanig verzorgd dat alle disciplines vertegenwoordigd zijn op alle overdrachtmomenten. Terug te vinden is wat de problemen zijn geweest (ochtend)/zijn (middag) voor de dienstploeg. De volgende items worden besproken:
 - Indien er een ok indicatie is besproken tijdens een MDO wordt dit advies dan gevolgd;
 - Indien geen eerder MDO is men het eens met de gestelde operatie indicatie;
 - Is er een absolute contra-indicatie voor de geplande operatie;
 - Zijn er relatieve contra-indicatie en zijn deze voldoende afgewogen.
5. Als 4 en de problemen van de eerste hulp worden besproken door een arts van de SEH, van de IC door een arts van de IC; problemen van specifieke chirurgie worden ook toegelicht door een in deze vorm van chirurgie gespecialiseerde chirurg. De ochtendoverdracht is schriftelijk vastgelegd.

8. Samenwerking met arts-assistenten

1. Er zijn geen schriftelijk vastgelegde werkinstructies en er is onvoldoende begeleiding van arts-assistenten

2. Er zijn werkinstructies, maar op meerdere punten wordt niet voldoende begeleiding gegeven aan arts-assistenten
3. Op onderdelen kan de begeleiding van arts-assistenten verbeteren, zoals: inwerkperiode, werkinstructies, protocollen of functioneringsgesprekken
4. De arts-assistenten hebben een inwerkperiode, er zijn duidelijke werkinstructies en protocollen, zij hebben een mentor en er worden functioneringsgesprekken gevoerd. De arbeidstijdregeling wordt nageleefd
5. -

9. Samenwerking met Verpleegkundig Specialist(en) en/of Physician Assistants (VS/PA)

1. Er zijn geen schriftelijke werkafspraken voor taken die door VS/PA worden uitgevoerd binnen het heelkundig vakgebied.
2. Er zijn mondelinge werkafspraken voor taken die door VS/PA worden uitgevoerd binnen het heelkundig vakgebied.
3. Er zijn schriftelijke werkafspraken voor taken die door VS/PA worden uitgevoerd binnen het heelkundig vakgebied. Deze schriftelijke werkafspraken omvatten afspraken over voorbehouden handelingen, het voorschrijven van geneesmiddelen, het verwijfsbeleid en de (zelfstandige) verantwoordelijkheid.
4. Er zijn schriftelijke werkafspraken voor taken die door VS/PA worden uitgevoerd binnen het heelkundig vakgebied. Deze schriftelijke werkafspraken omvatten afspraken over voorbehouden handelingen, het voorschrijven van geneesmiddelen, het verwijfsbeleid en de (zelfstandige) verantwoordelijkheid. Tevens participeren de VS/PA in de kwaliteitsinstrumenten (complicatieregistratie, necrologieregistratie, etc.) die binnen de vakgroep gangbaar zijn.
5. Als 4 en de schriftelijke werkafspraken met VS/PA worden jaarlijks geëvalueerd binnen de vakgroep.

10. Multidisciplinaire samenwerking

1. Er is een structureel probleem in de samenwerking met (1 of) meerdere andere vakgroepen. Met als gevolg dat dit een negatieve invloed op de patiëntenzorg of op de aanwezigheid bij en/of de kwaliteit van MDO's heeft.
2. Er is geen structureel probleem in de samenwerking met andere vakgroepen maar de andere disciplines zijn niet tevreden met de inbreng van de chirurgen bij multidisciplinaire besprekingen.
3. De vakgroep neemt binnen de instelling deel aan multidisciplinaire besprekingen, die noodzakelijk zijn voor het leveren van goede dagelijkse patiëntenzorg. Vanuit andere disciplines is hierop geen commentaar.
4. Als 3 en de chirurgen hebben een initiërende voortrekkersrol.
5. Als 4 en de kwaliteit van de betreffende MDO's en samenwerkingsverbanden wordt jaarlijks door alle deelnemende partijen geëvalueerd en er is een PDCA cyclus

11. Naleven Normen Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)

1. Een van de vigerende normen wordt niet nagekomen en er is ook geen gedocumenteerd en gepland verbetertraject ingezet.
2. Een van de vigerende normen wordt niet nagekomen maar er is een gedocumenteerd en gepland verbetertraject ingezet dat binnen 6 maanden gestalte krijgt.
3. -
4. De vakgroep voldoet aan alle vigerende normen die door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) per benoemd ziektebeeld zijn vastgesteld
5. Als 4 en er is een regionaal overleg en daarbinnen zijn afspraken gemaakt voor een regionale taakverdeling. Vigerende normen worden binnen de zorginstelling nagekomen en regelmatig geëvalueerd. De vakgroep heelkunde speelt hierbij een initiërende rol

12. Algemene Chirurgie

1. Er zijn geen lokale afspraken over wie er verantwoordelijk is voor de Algemene Chirurgie en wie welke onderdelen van de Algemene Chirurgie uitvoert.
2. Er zijn mondelinge afspraken over wie er verantwoordelijk is voor de Algemene Chirurgie en wie welke onderdelen van de Algemene Chirurgie uitvoert, Voor de indicatiestelling voor operatie geldt echter geen check door een andere chirurg.
3. Er zijn schriftelijke afspraken over wie er verantwoordelijk is voor de Algemene Chirurgie en wie welke onderdelen van de Algemene Chirurgie uitvoert en voor de indicatiestelling geldt dat er een check wordt uitgevoerd. Er is geen evaluatie van deze afspraken op regelmatige basis (tweejaarlijks)
4. Er zijn schriftelijke afspraken over wie er verantwoordelijk is voor de Algemene Chirurgie en wie welke onderdelen van de Algemene Chirurgie uitvoert en voor de indicatiestelling geldt dat deze ruim voor de operatie wordt gecheckt door een chirurg. Deze afspraken worden tweejaarlijks geëvalueerd op werkbaarheid en kwaliteit.
5. -

13. Zaalvisite

1. De zaalvisite vindt niet dagelijks plaats of verloopt ongestructureerd en wordt niet gesuperviseerd.
2. Supervisie vindt slechts plaats op verzoek van AIOS/ANIOS en/of PAVS en is niet gestructureerd.
3. Supervisie vindt gestructureerd minder dan 2 keer per week plaats. De multidisciplinaire visite, in aanwezigheid van 1 gedifferentieerd chirurg, vindt in de praktijk niet wekelijks plaats .
4. Supervisie door een staflid/gedifferentieerd chirurg wordt ten minste 2 keer per week structureel verleend en er is minimaal 1 keer per week een multidisciplinaire “papieren” visite in aanwezigheid van een gedifferentieerde chirurg.
5. Als 4 en tijdens de multidisciplinaire visite is er meer dan 1 chirurg aanwezig van de betreffende differentiatie en er wordt meer dan 2 keer structureel visite meegelopen op de afdeling.

Waarderingsystematiek Vakgroep functioneren

14. Quick Scan

1. De Quick Scan is niet ingevuld
2. De Quick Scan is door alle chirurgen ingevuld en de resultaten zijn in de groep besproken
3. De resultaten zijn besproken, prioriteiten gesteld en vervolg- en/of verbeteracties zijn gepland
4. De vakgroep voert de Quick Scan van het groep functioneren tenminste 1 keer tussen 2 visitaties uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen, te implementeren en te evalueren
5. De vakgroep voert de Quick Scan van het groep functioneren minimaal elke 2 jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep met aantoonbare verbeteringen

15. Beleidsplan / Jaarverslag

1. Er is geen beleidsplan of jaarverslag
2. Er is geen actueel beleidsplan of jaarverslag
3. Er is een actueel beleidsplan of jaarverslag maar er is hierover geen afstemming met de instelling.
4. De vakgroep heeft een actueel beleidsplan en jaarverslag en dit is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling
5. Het beleidsplan wordt geëvalueerd in het jaarverslag er zijn aantoonbare doelen gerealiseerd.

16. Differentiatiebeleid

1. Er zijn geen schriftelijke of aantoonbare afspraken inzake de differentiatie
2. Er zijn mondelinge afspraken over verdeling van aandachtsgebieden.
3. Er zijn heldere schriftelijke afspraken over verdeling van aandachtsgebieden. De praktische uitvoering is echter niet conform de schriftelijke afspraken of er zijn hiaten in de afspraken zodat niet 24/7 gedifferentieerde zorg wordt aangeboden.
4. De vakgroep biedt gedifferentieerde zorg aan, die herkenbaar is voor huisartsen en patiënten. De gedifferentieerde zorg wordt 24/7 aangeboden en voldoet aan de eisen die door de (sub)vereniging(en) zijn opgesteld.
5. -

17. Fit to Perform

1. -
2. De vakgroep heeft geen regeling voor compensatie na de dienst.
3. De vakgroep heeft een mondelinge regeling voor compensatie na de dienst.
4. De vakgroep heeft een adequate schriftelijke regeling voor compensatie na de dienst.
5. Als 4 en er is een regelmatige (jaarlijkse) evaluatie van de werkbaarheid van de regeling voor compensatie na de dienst.

Waarderingsystematiek Patiënten perspectief

18. Patiënten tevredenheid

1. Er is geen patiënt tevredenheidsonderzoek uitgevoerd
2. Er is wel patiënt tevredenheidsonderzoek uitgevoerd, maar dit is niet vakgroep breed besproken.
3. Als 2 en er zijn aandachtspunten vastgesteld en er zijn verbeteracties gepland.
4. De vakgroep evalueert patiënt tevredenheid 1 keer per 2 jaar. Verbeteracties zijn uitgevoerd en geëvalueerd.
5. De vakgroep evalueert patiënt tevredenheid jaarlijks volgens een vast schema waarbij de uitkomsten en vervolgacties zowel intern als extern inzichtelijk zijn en tot op de individu herleidbaar zijn. (volledige PDCA cyclus)

19. Klachten en incidenten

1. Tenminste 1 chirurg werkt onvoldoende mee aan adequate afhandeling van een klacht, naar de mening van de klachtencommissie, klachtenfunctionaris of anderen die daartoe een gefundeerde mening kunnen hebben
2. Elke klacht wordt adequaat behandeld, maar er is geen vakgroepbrede bespreking
3. De vakgroep werkt mee aan een vlotte afhandeling van de klachten van patiënten, neemt kennis van de klachten en bespreekt de analyses van de klachtenfunctionaris van de instelling
4. Als 3 en de vakgroep werkt mee aan een vlotte afhandeling van de klachten van patiënten en neemt kennis van de analyses van de klachtenfunctionaris van de instelling. Er is een gedocumenteerde regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren. Er is jaarlijks een evaluatie met de maatschap en de klachtenfunctionaris n.a.v. de jaarrapportage.
5. Er is een systeem van vroege signalering bij ontevredenheid waarbij actief contact met de patiënt gezocht wordt om klachten te voorkomen.

Waarderingsystematiek Professionele ontwikkeling

20. Individueel Functioneren

1. Niet alle chirurgen hebben deelgenomen aan het door het ziekenhuis geïmplementeerde programma van het individueel functioneren van medisch specialisten (bijvoorbeeld IFMS/multisource feedback, appraisal and assessment of jaargesprekken)
2. -
3. De cyclus van 2 jaar wordt wel gevolgd, maar in de praktijk niet goed uitgevoerd
4. Er is een schema waarbij iedere specialist iedere 2 jaar wordt onderworpen aan IFMS
5. Als 4 en één of meer van de chirurgen hebben een actieve rol, bijvoorbeeld als auditor, in het cyclische programma van individueel functioneren.

21. Onderwijs en Opleiding

1. De chirurgen leveren geen bijdrage aan opleiding en onderwijs van medisch en paramedisch personeel binnen de zorginstelling waar zij werkzaam zijn
2. De chirurgen leveren een minimale bijdrage aan opleiding en onderwijs van medisch en paramedisch personeel binnen de zorginstelling waar zij werkzaam zijn
3. De chirurgen leveren een kwantitatieve en kwalitatieve bijdrage aan opleiding en onderwijs van medisch en paramedisch personeel binnen de zorginstelling waar zij werkzaam zijn. Binnen deze groepen leven echter nog wel wensen op dit gebied
4. Het leveren van een kwantitatieve en kwalitatieve bijdrage aan opleiding en onderwijs van medisch en paramedisch personeel is aantoonbaar met een rooster van regelmatig terugkerend onderwijs .
5. Als 4 en er zijn aantoonbare onderwijsmomenten ondernomen n.a.v. geconstateerde tekortkomingen bij medisch en paramedisch personeel.

22. Wetenschappelijk Onderzoek

(wordt enkel uitgevraagd bij niet-opleidingsklinieken/ZBC)

1. -
2. -
3. Geen van de chirurgen neemt deel aan een vorm van wetenschappelijke activiteiten zoals bijvoorbeeld eigen onderzoek dat uitvoerbaar zou zijn voor de kliniek
4. De chirurgen initiëren en/of nemen deel aan wetenschappelijke activiteiten passend bij het karakter van de kliniek
5. Als 4 en de chirurgen nemen actief deel aan wetenschappelijk activiteiten en nemen initiatieven op dit gebied. Dit leidt tot publicaties met 1^e of laatste auteurschappen vanuit de groep.

Bijlage 1: Waarderingsystematiek, 2010-heden

Norm	versies						
	1.0 (2010)	2.0 (2011)	3.0 (2012)	4.0 (2014)	5.0 (2016)	6.0 (2018)	7.0 (2020)
<i>Evaluatie van zorg</i>							
Dossiervoering	X	X	X	X	X	X	X
Zorgprocessen en/of Protocollen	X	X	X	X	X	X	X
Nieuwe (zorg)processen en/of procedures	X	X	X	X	X	X	X
Kwaliteitsindicatoren	X	X	X	X			
Complicatieregistratie- en necrologiebespreking	X	X	X	X	X	X	X
Necrologiebespreking	X	X	X	X	X		
Landelijke Audits	X	X	X	X	X	X	X
Contact met huisartsen/externe verwijzers	X	X	X	X	X	X	X
Continuïteit van patiëntenzorg-Overdracht t.b.v. continuïteit van zorg	X	X	X	X	X	X	X
Samenwerking met arts-assistenten	X	X	X	X	X	X	X
Samenwerking met VS/PA					X	X	X
Multidisciplinaire samenwerking	X	X	X	X	X	X	X
Naleven normen NVvH	X	X	X	X	X	X	X
Algemene Chirurgie						X	X
Zaalvisite				X	X	X	X
<i>Vakgroepfunctioneren</i>							
Quick scan	X	X	X	X	X	X	X
Beleidsplan / Jaarplan	X	X	X	X	X	X	X
Differentiatiebeleid	X	X	X	X	X	X	X
Fit to perform						X	X
<i>Patiëntenperspectief</i>							

Patiënten enquête tevredenheid	X	X	X	X	X	X	X
Klachtenafhandeling	X	X	X	X	X	X	X
Wachttijden/ doorlooptijden	X	X	X	X	X		
<i>Professionele ontwikkeling</i>							
Bij- en nascholing	X	X	X	X	X		
Individueel functioneren	X	X	X	X	X	X	X
Onderwijs en opleiding	X	X	X	X	X	X	X
Wetenschappelijk Onderzoek	X	X	X	X	X	X	X
Management participatie				X	X	X	

X = wijziging aangebracht in de norm