

**Normendocument kwaliteitsvisitaties**

**Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)**



**Door: mevr. M. Schellart en drs. R.S. Immink**

**Datum: 1 juli 2023**

## Inhoud

Inleiding .....	3
Doelstelling en uitgangspunten van Kwaliteitsvisitatie .....	3
Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitaties .....	4
De normering per kwaliteitsdomein.....	5
Kwaliteitsdomein Evaluatie van zorg.....	5
Kwaliteitsdomein Vakgroepfunctioneren.....	10
Kwaliteitsdomein Patiëntenperspectief .....	15
Kwaliteitsdomein Professionele ontwikkeling .....	18

## Inleiding

Sinds 2015 is de NVSHA begonnen met kwaliteitsvisitatie. Dit om de kwaliteit van SEH-artsen en de vakgroepen inzichtelijk te maken en waar nodig te verbeteren. Om deze visitaties uniform te laten toetsen en zo de adviezen een uniform karakter te geven is er besloten om daarvoor een vast omschreven waarderingssystematiek te gaan hanteren.

Aangezien de federatie van medisch specialisten al sinds 2005 ervaring heeft met een standaard visitatiemodel is er voor gekozen om de waarderingssystematiek te baseren op het document "Waarderingssystematiek voor kwaliteitsvisitaties" (FMS, 2012). Waar nodig is deze systematiek aangepast aan de specifieke omstandigheden van de spoedeisende hulp en de unieke positie die de SEH-arts inneemt in de acute zorg. Daarbij is echter geprobeerd om de opzet van de oorspronkelijk systematiek te bewaren, dit ook om te zorgen dat een visitatierapport voor een breed publiek toegankelijk is en een bekend patroon volgt. Het streven van de NVSHA is om dit een "levend" document te laten zijn dat op basis van veranderingen in het kwaliteitsbeleid van de NVSHA, maar ook op basis van bevindingen van de Commissie Kwaliteitsvisitaties Spoedeisende Geneeskunde, jaarlijks zal worden her beoordeeld.

## 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 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 vakgroepleden 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 RGS 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.

## 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.

**Streefnorm (S):** Excellent, een voorbeeld voor anderen.

**Basisnorm (B):** Goed, de norm.

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

**Zwaarwegend advies (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.

**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.

# De normering per kwaliteitsdomein

## Kwaliteitsdomein Evaluatie van zorg

### 1. Dossiervoering

S: De evaluatie en aanpassingen van de dossiervoering volgens de basisnorm is opgenomen in een pdca cyclus binnen de vakgroep.

B: De vakgroep heeft elektronische dossiers die voldoen aan de vigerende richtlijnen voor dossiervorming en waarin de relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd .

A: De dossiervoering vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid.

ZA: De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid.

V: De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid. Externe partijen hebben hierover klachten.

### 2. Zorgprocessen en/of protocollen

S: Er zijn gestandaardiseerde zorgprocessen (zorgpaden) en protocollen voor de belangrijkste ziektebeelden waar de richtlijnen van de FMS en/of beroepsgroep een onderdeel van vormen. Evaluatie en eventuele aanpassingen vindt via een vast schema plaats.

B: Er zijn gestandaardiseerde zorgprocessen (zorgpaden) en protocollen voor de belangrijke ziektebeelden waar de richtlijnen van de FMS en/of beroepsgroep een onderdeel van vormen.

A: Naar mening van artsen, arts-assistenten en/of ziekenhuismedewerkers kunnen zorgprocessen en protocollen verbeterd worden.

ZA: Er zijn zorgprocessen (zorgpaden) en protocollen maar deze zijn onvoldoende geactualiseerd, en/of deze zijn onvoldoende toegankelijk.

V: Er zijn onvoldoende zorgprocessen en protocollen.

### 3. Kwaliteitsindicatoren

S: De vakgroep voldoet aan de basisnorm en de afdeling heeft dit daarnaast geïmplementeerd in een PDCA cyclus waar de vakgroep onderdeel van uitmaakt.

B: De vakgroep levert gegevens voor de actuele kwaliteitsindicatoren van de IGZ en/of de eigen wetenschappelijke vereniging en gebruikt deze om de uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.

A: De vakgroep levert gegevens voor de actuele kwaliteitsindicatoren van de IGZ en/of de eigen wetenschappelijke vereniging , de uitkomsten worden geanalyseerd, maar leiden niet tot aantoonbare vervolg- en of verbeteracties.

ZA: De vakgroep levert gegevens voor de actuele kwaliteitsindicatoren van de IGZ en/of de eigen wetenschappelijke vereniging , maar de uitkomsten worden niet geanalyseerd.

V: De vakgroep levert geen gegevens voor de actuele kwaliteitsindicatoren van de IGZ en/of de eigen wetenschappelijke vereniging.

### 4. Complicatieregistratie

S: De vakgroep heeft een complicatieregistratie die voldoet aan de basisnorm en dit is opgenomen in een PDCA cyclus.

B: De vakgroep heeft een complicatieregistratie die voldoet aan de richtlijn van de beroepsvereniging en houdt structurele complicatiebesprekingen om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.

A: Complicaties worden geregistreerd volgens de richtlijnen van de beroepsvereniging. Complicatiebesprekingen leiden niet tot aantoonbare beleidsaanpassingen.

ZA: Complicatieregistratie voldoet niet aan de richtlijn van de beroepsvereniging en/of wordt niet structureel besproken.

V: Er is geen structurele complicatieregistratie.

## 5. Necrologiebespreking

S: De vakgroep voldoet aan de basisnorm en neemt daarnaast deel aan een multidisciplinaire necrologiebespreking.

B: De vakgroep heeft een structurele necrologiebespreking voor elke patiënt overleden op de SEH en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.

A: Er is een structurele necrologiebespreking maar er is geen duidelijke structuur welke patiënten hier worden besproken.

ZA: Ziektegeschiedenissen van overleden patiënten worden incidenteel besproken.

V: Ziektegeschiedenissen van overleden van patiënten worden niet besproken.

## 6. Melden van incidenten

S: De vakgroep voldoet aan de basisnorm en deze is in een pdca cyclus gevat. Daarnaast wordt het meldingsproces structureel geëvalueerd.

B: De vakgroep meldt incidenten, analyseert en bespreekt de meldingen en voert verbeteracties uit.

A: De vakgroep meldt incidenten, analyseert en bespreekt de meldingen, maar voert geen verbeteracties uit.

ZA: De vakgroep meldt incidenten, maar analyseert en bespreekt de meldingen niet en voert geen verbeteracties uit.

V: De vakgroep meldt incidenten niet.

## 7. Continuïteit en bezetting medische staf SEH

S: Er is een goed roosteren (volgens criteria veilig roosteren, voorwaarts roterend en rekening houdend met arbeidstijdenbesluit) met 24/7 aanwezigheid van SEH-artsen.

B: Er is een goed rooster met 24/7 aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel (zie kwaliteitskader spoedzorg). Er is een aantoonbaar streven naar 24/7 bezetting door SEH-artsen.

A: Er is een goed rooster met 24/7 aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel (zie kwaliteitskader spoedzorg). Er is geen aantoonbaar streven naar 24/7 bezetting door SEH-artsen.

ZA: Er zijn incidentele tekortkomingen in het rooster met 24/7 aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel (zie kwaliteitskader spoedzorg)

V: Het rooster voorziet niet in 24/7 aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel

### **Norm 7 a Continuïteit patiëntenzorg**

S: Er is een goed gestructureerde overdracht bij elke dienstwissel. Deze overdracht wordt ook gebruikt voor onderwijsdoeleinden.

B: Er is een goed gestructureerde overdracht bij elke dienstwissel.

A: Er is een overdracht bij elke dienstwissel maar deze is niet gestructureerd en/of niet elke patiënt wordt hier besproken.

ZA: Er is een overdracht bij elke dienstwissel gepland maar het lukt niet altijd om deze uit te voeren.

V: Er is geen structurele overdracht.

### **8. Overleg met zorgpartners**

S: De vakgroep voldoet aan de basisnorm. De besprekingen en daar gemaakte afspraken leiden tot (multidisciplinair) vastgestelde zorgpaden en/of beleidsveranderingen.

B: Besprekingen met andere disciplines/aanpalende specialismen vinden structureel plaats (minimaal een keer per jaar) en hebben een duidelijke agenda met notulen en actie/afsprakenlijsten.

A: Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats maar hebben geen duidelijke agenda en/of geen verslaglegging van afspraken.

ZA: Besprekingen met andere disciplines vinden incidenteel plaats.

V: Besprekingen met andere disciplines vinden niet plaats.

### **9. Naleven van de richtlijnen (medical audits)**

S: De vakgroep voldoet aan de basisnorm. De richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd.

B: De richtlijnen van de NVSHA en indien niet beschikbaar, de relevante wetenschappelijke vereniging worden nagekomen, dan wel beargumenteerd van afgeweken, en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd.

A: De richtlijnen van de NVSHA / de relevante wetenschappelijke vereniging worden nagekomen. Indien beargumenteerd wordt afgeweken dan wordt dit niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd.



ZA: De richtlijnen van de relevante wetenschappelijke vereniging worden nagekomen. Indien beargumenteerd wordt afgeweken dan wordt dit niet in het patiëntendossier vastgelegd.

V: De richtlijnen van de relevante wetenschappelijke vereniging worden niet nagekomen.

## **10. Prospectieve risico-inventarisatie**

S: De vakgroep initieert de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.

B: De vakgroep levert een bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.

A: De vakgroep levert onvoldoende bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.

ZA: De vakgroep levert geen bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.

V: De vakgroep heeft geen kennis genomen van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.

## Kwaliteitsdomein Vakgroepfunctioneren

### 11. Quickscan

S: De vakgroep voert de Quickscan of een vergelijkbaar instrument voor het evalueren van het functioneren van de vakgroep 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.

B: De vakgroep voert de Quickscan of een vergelijkbaar instrument voor het evalueren van het functioneren van de vakgroepen minste iedere 5 jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

A: De Quickscan of een vergelijkbaar instrument voor het evalueren van het functioneren van de vakgroep wordt ten minste iedere vijf jaar uitgevoerd, de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd

ZA: De Quickscan of een vergelijkbaar instrument voor het evalueren van het functioneren van de vakgroep wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, maar de resultaten worden niet besproken.

V: De Quickscan of een vergelijkbaar instrument voor het evalueren van het functioneren van de vakgroep wordt niet uitgevoerd, de vakgroep evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze.

### 12. (Meerjaren)beleidsplan/jaarverslag

S: Er wordt voldaan aan de basisnorm. De vakgroep heeft daarnaast een eigen (meerjaren) beleidsplan/jaarplan/jaarverslag.

B: De afdeling heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en een jaarverslag. Dit is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling.

A: Er is een (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en een jaarverslag, maar er is onvoldoende afstemming met de beleidsplannen van de instelling.

ZA: voor afdeling ontbreekt een (meerjaren)beleidsplan/jaarplan of jaarverslag.

V: Er is voor de afdeling geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan/jaarverslag.

### **13. Vakgroepvergaderingen**

S: De vakgroep voldoet aan de basisnorm. Daarnaast worden de vakgroepvergaderingen structureel geëvalueerd (frequentie, voorbereiding, efficiëntie ed.) waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren.

B: Er worden minimaal zes keer per jaar vakgroepvergaderingen gehouden met agenda en notulen/besluitenlijst, en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord.

A: Er worden vakgroepvergaderingen gehouden met agenda en notulen/besluitenlijst, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord.

ZA: Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke agenda, notulen en/of besluitenlijst.

V: Er worden geen vakgroepvergaderingen gehouden.

### **14. Aanspreken op ongewenst gedrag**

S: Het voorkomen van ongewenst gedrag binnen de vakgroep is onderdeel van de kwaliteitscyclus van de vakgroep, wordt structureel besproken (minimaal een keer per jaar) en maakt onderdeel uit van het (meerjaren) beleidsplan. Er wordt gebruik gemaakt van intervisie.

B: Ongewenst gedrag binnen de vakgroep wordt structureel besproken (minimaal een keer per jaar) en er worden verbeteracties benoemd, geïmplementeerd en geëvalueerd.

A: Ongewenst gedrag binnen de vakgroep wordt als onwenselijk benoemd, wordt structureel besproken, maar er worden geen verbeteracties geïmplementeerd.

ZA: Ongewenst gedrag binnen de vakgroep wordt als onwenselijk benoemd maar niet structureel besproken.

V: Ongewenst gedrag binnen de vakgroep wordt geaccepteerd als zijnde een individueel probleem.

### **15. Belasting/belastbaarheid**

S: Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting en belastbaarheid van collega's en een systeem om dat evenwicht regelmatig te evalueren en te verbeteren; de resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep.

B: Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting en belastbaarheid van collega's en een systeem om dat te analyseren, te bespreken en te verbeteren.

A: Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting en belastbaarheid van collega's en een systeem om dat te analyseren en te bespreken. Daar vloeien echter geen verbeteracties uit voort.

ZA: Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's zonder dat dit leidt tot verandering.

V: Er is binnen de vakgroep geen oog voor de belasting van collega's.

### **15A Duurzame inzetbaarheid**

S: Het dienstrooster en rooster van niet patiëntgebonden taken voor de SEH-artsen voldoet volledig aan de vigerende Richtlijn Workforce van de NVSHA.

B: Er is duidelijk beleid/afspraken mbt dienstrooster, AGI-tijd en generatiebeleid. Het beleid streeft aantoonbaar naar het voldoen aan de vigerende richtlijn Workforce SEH van de NVSHA, is gestoeld op principes van gezond roosteren en geldende richtlijnen/regelgeving en wordt structureel geëvalueerd en waar nodig aangepast maar voldoet niet aan de Richtlijn Workforce. Er zijn vacatures gesteld om aan de Workforce richtlijn te kunnen voldoen.

A: Er zijn afspraken mbt dienstrooster en AGI-tijd. Duurzame inzetbaarheid van personeel is regelmatig onderwerp van vergaderingen met vakgroep/afdeling/rvb maar leidt nog niet tot duidelijk omschreven beleid

V: Er is oog voor afspraken rondom rooster, AGI-tijd en duurzame inzetbaarheid maar er zijn geen duidelijke afspraken of beleid hiervoor bepaald.

ZA: Er is geen oog voor duurzame inzetbaarheid personeel of afspraken rondom roostering en AGI-tijd.

### **16. Contacten in- en extern (relatie met collega's, deelname in stafcommissies, contacten met huisartsen)**

S: 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 (PDCA).

B: De vakgroep heeft goede contacten, zowel in- als extern en de vakgroep gebruikt deze contacten om hun eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen.

A: De vakgroep heeft contacten met zowel in- als externe relaties en bespreekt dit zonder te komen tot verbeteracties.

ZA: De vakgroepleden hebben individueel contacten met zowel in- als externe contacten maar bespreken dit verder niet.

V: De vakgroep werkt op zich zelf zonder open te staan voor externe contacten.

## **17. Medisch beleid**

S: 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.

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

A: De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid, maar er is geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren.

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

V: Er zijn geen afspraken over het medisch beleid.

## **18. Openheid over incidenten**

S: De vakgroep informeert de patiënt meteen over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen, legt dit vast in het medisch dossier van die patiënt en bespreekt dergelijke incidenten structureel binnen de vakgroep/afdeling om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren. In geval van een calamiteit wordt het lokaal geldend protocol gevolgd.

B: De vakgroep informeert de patiënt zo spoedig mogelijk 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. In geval van calamiteit wordt het lokaal geldend protocol gevolgd.

A: 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. In geval van een calamiteit wordt het lokaal geldend protocol gevolgd.

ZA: 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.

V: De vakgroep informeert de patiënt niet over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit ook niet vast in het medisch dossier van die patiënt.

## **19. Melden aan stafbestuur en Raad van Bestuur**

S: De vakgroep voldoet aan de basisnorm. Daarnaast worden de uitkomsten van de procedure gebruikt om te komen tot (breed gedragen) verbetervoorstellen.

B: De vakgroep meldt meteen aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur indien een civiel- rechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening tegen (één van) hen is aangespannen en bewandelt gezamenlijk het juridische traject.

A: De vakgroep meldt een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband- houdend 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.

ZA: De vakgroep melden aan elkaar dat een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband- houdend met de zorgverlening tegen (één van) hen is aangespannen. De melding van de procedure wordt niet aan het stafbestuur en/of aan de raad van bestuur gemeld.

V: De vakgroepleden melden een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening die tegen (één van) hen is aangespannen niet aan elkaar, noch aan het stafbestuur of aan de raad van bestuur.

## Kwaliteitsdomein Patiëntenperspectief

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

S: De vakgroep voldoet aan de basisnorm. Daarnaast beoordeeld de vakgroep/afdeling structureel of de methode van het in kaart brengen van het patiëntenperspectief nog voldoet aan de huidige wensen/eisen en past deze zo nodig aan.

B: De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en evalueert deze in een PDCA cyclus.

A: De vakgroep/afdeling brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten, maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren.

ZA: De vakgroep/afdeling brengt het patiëntenperspectief in kaart, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren.

V: De vakgroep/afdeling brengt het patiëntenperspectief niet in kaart.

### 21. Klachten en signalen van onvrede

S: De vakgroep/afdeling voldoet aan de basisnorm en heeft de procedure gevat in een PDCA cyclus. Daarnaast wordt deze meldingsprocedure zelf structureel geëvalueerd.

B: De vakgroep/afdeling heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede over de geleverde zorg en het proces op de SEH te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

A: De vakgroep/afdeling heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede over de geleverde zorg en het proces op de SEH te analyseren en te bespreken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.

ZA: De vakgroep/afdeling heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede over de geleverde zorg en het proces op de SEH te analyseren, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

V: De vakgroep/afdeling heeft geen afspraken om klachten en signalen van onvrede over de geleverde zorg en het proces op de SEH te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

## **22. De wachttijd diagnostiek en behandeling en doorlooptijd**

S: Er wordt voldaan aan de basisnorm en de streeftijden volgens de geldende kwaliteitsindicatoren worden gehaald.

B: De wachttijd, tijd tot triage, tijd tot de arts bij de patiënt is en de totale doorlooptijd worden gemonitord. Dit wordt periodiek geëvalueerd en dit leidt zo nodig tot verbetering door aanpassing van beleid.

A: De wachttijd, tijd tot triage, tijd tot de arts bij de patiënt is en de totale doorlooptijd worden gemonitord maar dit leidt niet tot verbetering door aanpassing van beleid.

ZA: De wachttijd, tijd tot triage, tijd tot de arts bij de patiënt is en de totale doorlooptijd worden onvoldoende gemonitord om beleidsaanpassingen te rechtvaardigen.

V: De wachttijd, tijd tot triage, tijd tot de arts bij de patiënt is en de totale doorlooptijd worden niet gemonitord.

## **23 Informed consent**

S: De vakgroep draagt zorg voor het verkrijgen van informed consent voor procedures die op de SEH plaats vinden en/of controleert of dit gebeurt, ongeacht wie de behandelaar van de patiënt is. De informed consent wordt gedocumenteerd in het patiëntendossier.

B: De vakgroep draagt zorg voor het verkrijgen van informed consent voor procedures die door of onder supervisie van een SEH-arts verricht worden. Dit informed consent wordt gedocumenteerd in het patiëntendossier.

A: Informed consent wordt verkregen voor procedures bij patiënten die verricht worden door of onder supervisie van de SEH-arts, maar dit wordt niet standaard gedocumenteerd in het patiëntendossier.

ZA: Informed consent wordt niet altijd verkregen er is geen documentatie in het patiëntendossier.

V: Er wordt geen informed consent verkregen.



## 24. Onslaginstructies

S: De vakgroep voldoet aan de basisnorm en geeft gegeven onslaginstructies schriftelijk / digitaal mee aan de patiënt en/of zorgpartners (afdeling/huisarts)

B: De vakgroep communiceert op eigen initiatief over de risico's van een behandeling of aandoening voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen.

A: De vakgroep communiceert op verzoek over de risico's van een behandeling of aandoening voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen.

ZA: De vakgroep communiceert niet over de risico's van een behandeling of aandoening voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen.

V: De vakgroep heeft geen kennis genomen van de risico's van een behandeling of aandoening voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen

## Kwaliteitsdomein Professionele ontwikkeling

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

S: De vakgroep voldoet aan de basisnorm. Dit is opgenomen in het beleidsplan en wordt jaarlijks geëvalueerd.

B: 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.

A: Er zijn afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden maar dit leidt niet of onvoldoende tot aanpassen van medisch beleid.

ZA: Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede kunnen komen aan alle vakgroepleden

V: Individuele kennis en kwaliteiten verschillen per vakgroepslid waardoor wisselend beleid binnen de vakgroep bestaat.

### 26. Individueel functioneren (IFMS)

S: 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. Daarnaast heeft één of meer van hen daarin een actieve rol, bijvoorbeeld als gespreksleider en/of neemt de vakgroep deel aan 'groeps IFMS'.

B: 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.

A: In het ziekenhuis is een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren de vakgroepleden doen daaraan mee, maar het wordt niet gebruikt om verbeteracties te implementeren.

ZA: In het ziekenhuis is een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren maar de vakgroepleden doen daar (nog) niet aan mee.

V: In het ziekenhuis is geen systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren.