

KWALITEITSNORMERING
voor de kwaliteitsvisitatie



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 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" (OMS, 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 herbeoordeeld.

Verklaring van de normen:

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

Inhoud

KWALITEITSNORMERING	1
Kwaliteitsdomein Evaluatie van zorg	4
Kwaliteitsdomein Vakgroepfunctioneren	8
Kwaliteitsdomein Patiëntenperspectief.....	12
Kwaliteitsdomein Professionele ontwikkeling	15

De normering per kwaliteitsdomein

Kwaliteitsdomein Evaluatie van zorg

1. Dossiervoering

S: De vakgroep evalueert regelmatig de dossiervoering en past die indien gewenst aan. B: De vakgroep heeft papieren en/of elektronische dossiers 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) voor de belangrijkste ziektebeelden waar de richtlijnen van de beroepsgroep een onderdeel van vormen. Evaluatie vindt via een vast schema plaats.

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

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

ZA: Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling, maar er is geen standaardisatie en werkinstructies ontbreken en/of zijn onvoldoende toegankelijk.

V: De richtlijnen zijn niet voldoende uitgewerkt in geactualiseerde protocollen en of zorgpaden. Werkinstructies ontbreken

3. Kwaliteitsindicatoren

S: De vakgroep heeft een regeling om op basis van de basisset kwaliteitsindicatoren van IGZ of eigen wetenschappelijke vereniging uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren. De vakgroep levert daarnaast een bijdrage in de ontwikkeling van landelijke kwaliteitsindicatoren.

B: De vakgroep heeft een regeling om op basis van de actuele kwaliteitsindicatoren van de IGZ of de eigen wetenschappelijke vereniging uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.

A: De vakgroep levert gegevens voor de prestatie-/kwaliteitsindicatoren, de uitkomsten worden geanalyseerd, maar leiden niet tot aantoonbare vervolg- en of verbeteracties.

ZA: De vakgroep levert gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, maar de uitkomsten worden niet geanalyseerd.

V: De vakgroep levert geen gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie.

4. Complicatieregistratie

S: De vakgroep heeft een complicatieregistratie en houdt tenminste twee keer per jaar een complicatiebespreking om uitkomsten te analyseren verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren. Dit is opgenomen in een PDCA cyclus en wordt zo structureel geëvalueerd.

B: De vakgroep heeft een complicatieregistratie en houdt tenminste twee keer per jaar een complicatiebespreking om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.

A: Complicaties worden geregistreerd en besproken, maar leiden niet tot aantoonbare beleidsaanpassingen.

ZA: Complicaties worden geregistreerd, maar niet systematisch besproken. Er is geen structurele complicatieregistratie.

V: Er is geen structurele complicatieregistratie.

5. Necrologiebespreking

S: De vakgroep heeft een multidisciplinaire necrologiebespreking en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.

B: De vakgroep neemt deel aan een (multidisciplinaire) necrologiebespreking en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.

A: Er is een multidisciplinaire 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 ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie.

6. Melden van incidenten

S: Er is een systeem waarmee het proces en de resultaten van de meldingen van incidenten wordt geëvalueerd en gerapporteerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.

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 patiëntenzorg

S: Er is een goede dienstregeling met 24/7 aanwezigheid van SEH-artsen. Tevens is er een goed gestructureerde overdracht, welke ook gebruikt wordt voor onderwijsdoeleinden en beleidsafstemming in het algemeen.

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

A: Er is een goede dienstregeling zonder 24/7 aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel (zie kwaliteitskader spoedzorg), wel is er een goed gestructureerde overdracht.

ZA: De dienstregeling schiet incidenteel te kort.

V: Er is geen duidelijke dienstregeling.

8. Overleg met zorgpartners.

S: Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats (minimaal een keer per jaar) en hebben een duidelijke agenda met notulen en actielijsten en leiden tot multidisciplinair vastgestelde zorgpaden en/of beleidsveranderingen.

B: Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats (minimaal een keer per jaar) en hebben een duidelijke agenda met notulen en actielijsten.

A: Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats maar hebben geen duidelijke agenda.

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 richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden nagekomen, dan wel beargumenteerd van afgeweken, en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd.

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

ZA: De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden wel nagekomen, dan wel beargumenteerd van afgeweken maar het wordt niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd.

V: De richtlijnen van de 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 veranderingen².

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 vergelijkbaar instrument van het vakgroepfunctioneren jaarlijks uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep.

B: De vakgroep voert de Quickscan of vergelijkbaar instrument van het vakgroepfunctioneren ten 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 vergelijkbaar instrument wordt ten minste iedere vijf jaar uitgevoerd, de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd

ZA: De Quickscan of vergelijkbaar instrument wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, maar de resultaten worden niet besproken.

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

12. (Meerjaren)beleidsplan/jaarverslag

S: Er is een systeem waarmee het beleidsplan/jaarplan en jaarverslag aantoonbaar wordt geëvalueerd en waarover jaarlijks wordt gerapporteerd.

B: De vakgroep 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: Er is geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en/of geen jaarverslag.

V: Er is geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en/of geen jaarverslag ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie.

13. Vakgroepvergaderingen

S: Er worden minimaal zes keer per jaar gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden, waarvan de afspraken worden genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord. Er is een systeem waarmee de vakgroepvergaderingen worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren.

B: Er worden minimaal zes keer per jaar gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden, waarvan de afspraken worden genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord.

A: Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord.

ZA: Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur, notulen en verslaglegging.

V: Er worden geen vakgroepvergaderingen gehouden.

14. Aanspreken op ongewenst gedrag

S: Het voorkomen van ongewenst gedrag van vakgroepleden 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 van vakgroepleden wordt structureel besproken (minimaal een keer per jaar) en er worden verbeteracties benoemd en geïmplementeerd.

A: Ongewenst gedrag van vakgroepleden wordt als onwenselijk benoemd, wordt structureel besproken, maar er worden geen verbeteracties geïmplementeerd.

ZA: Ongewenst gedrag van vakgroepleden wordt als onwenselijk benoemd maar niet structureel besproken.

V: Ongewenst gedrag van vakgroepleden 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.

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.

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

A: De vakgroep staat open voor zowel in- als externe contacten en bespreekt dit zonder te komen tot verbeteracties.

ZA: De vakgroepleden individueel staan open voor zowel in- als externe contacten maar bespreken dit verder niet.

V: De vakgroep werkt als een gesloten systeem 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 gebruikt (bespreking van) dergelijke incidenten structureel 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 meteen 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. In geval van een calamiteit wordt het lokaal geldend protocol gevolgd.

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

19. Melden aan stafbestuur en Raad van Bestuur

S: De vakgroep meldt meteen aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur indien een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening tegen (één van) hen is aangespannen, bewandelt gezamenlijk het juridische traject en komt daarbij 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 meldt een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband- houdend met de zorgverlening die tegen (één van) hen is aangespannen niet aan het stafbestuur en/of aan de raad van bestuur.

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 brengt jaarlijks het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren.

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

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

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

V: De vakgroep brengt het patiëntenperspectief niet in kaart.

21. Klachten en juridische procedures verband houdend met zorgverlening

S: De vakgroep/organisatie heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.

B: De vakgroep/organisatie heeft een regeling om de uitkomsten van klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

A: De vakgroep/organisatie heeft een regeling om de uitkomsten van klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren en te bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.

ZA: De vakgroep/organisatie heeft een regeling om de uitkomsten van klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

V: De vakgroep/organisatie heeft geen regeling om de uitkomsten van klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

22. Klachten en signalen van onvrede

S: De vakgroep heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten en signalen van onvrede over de geleverde zorg en het proces op de SEH wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.

B: De vakgroep 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 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 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 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.

23. De wachttijd diagnostiek en behandeling en doorlooptijd

S: De wachttijd, tijd tot triage, tijd tot de arts bij de patiënt is en de totale doorlooptijd worden gemonitord. De streeftijden conform de geldende kwaliteitsindicatoren voor triage worden gehaald. Zo nodig worden er aanpassingen in het beleid gemaakt om dit te bewerkstelligen en wordt dit periodiek gecontroleerd.

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

24.1 Informed consent

S: De vakgroep draagt zorg voor het verkrijgen van informed consent voor procedures 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 bij patiënten die door een SEH-arts gezien worden. De informed consent wordt gedocumenteerd in het patiëntendossier.

A: Informed consent wordt verkregen voor procedures bij patiënten die gezien worden door 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.

24.2 Ontslaginstructies

S: De vakgroep initieert het communiceren over de risico's van een behandeling of aandoening voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en -voorzieningen aan patiënten en externe partijen.

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 heeft in haar beleidsplan systematisch aandacht voor de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep en evalueert dit volgens een vast patroon (minimaal een keer per jaar).

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 en alle patiënten van de vakgroep en evalueert het systeem.

A: Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep. De vakgroepleden werken mee aan het delen van kennis en kwaliteiten maar gebruiken het niet om verbeteracties te implementeren.

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

V: Individuele kennis en kwaliteiten zijn niet op elkaar afgestemd en leidt tot een wisselend beleid binnen de vakgroep.

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 en één of meer van hen hebben daarin een actieve rol, bijvoorbeeld als gespreksleider. Daarnaast 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 (meeste) 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.