

Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties NVR 2020

Met de waarderingsystematiek voor kwaliteitsvisitaties NVR volgen we het advies van de Raad Kwaliteit vastgelegd in het document "Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties. Een leidraad voor wetenschappelijke verenigingen" dd 24 mei 2012. Dit document is door de werkgroep Kwaliteitsvisitaties waar nodig aangepast aan de huidige reumatologische praktijkvoering. In 4 kwaliteitsdomeinen zijn de te objectiveren normen benoemd. In dit document hebben we de basisnorm benoemd. Waar vakgroepen willen aangeven dat zij excelleren (streefnorm) kunnen zij hiervoor ter beoordeling onderbouwing aandragen bij de commissie ad hoc.

Wanneer bij een kwaliteitsvisitatie wordt vastgesteld dat niet of niet volledig aan een norm wordt voldaan, komt er een vervolgactie van de commissie (aanbeveling, zwaarwegend advies of voorwaarde).

De normering is als volgt:

S Streefnorm

Benoemen wij niet

B Basisnorm.

Goed, de norm

A Aanbevelingen

Indien de praktijkvoering op 1 of meer onderdelen kan worden verbeterd.

Aanbevelingen dienen *binnen maximaal vijf jaar* te zijn uitgevoerd.

ZA Zwaarwegende adviezen

Indien ten aanzien van 1 of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die op kortere termijn zouden moeten worden verbeterd.

Zwaarwegende adviezen dienen *binnen maximaal twee jaar* te zijn uitgevoerd.

V Voorwaarden

Indien ten aanzien van essentiële onderdelen ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar *maximaal binnen zes maanden*

Overzicht waardering normen visitatie (zet een kruisje in de kolom die van toepassing is; in te vullen door de visitatiecommissie ad hoc)

Kwaliteitsaspecten	Waardering kwaliteitsnormen			
	Basisnorm	Aanbeveling	Zwaarwegend advies	Voorwaarde
1. Dossiervoering				
2a. Kwaliteitsindicatoren (status 2020: n.v.t.)				
2b. Kwaliteitsindicatoren (DQRA)				
3. Complicatieregistratie				
4. Ziekenhuisbrede patiëntenbesprekingen				
5. Melden van incidenten in de patiëntenzorg				
6. Continuïteit patiëntenzorg				
7. Intercollegiaal overleg				
8. Naleven van de richtlijnen (Medical Audits)				
9. Prospectieve risico inventarisatie				
10. Zelfevaluatie vakgroepfunctioneren (Quickscan)				
11. (Meerjaren)beleidsplan en /jaarplan/jaarverslag				
12. Vakgroepvergaderingen.				
13. Belasting/belastbaarheid				
14. Zichtbaarheid binnen de organisatie				
15. Zichtbaarheid buiten de organisatie				
16. Onderlinge afspraken over beleid (bv zorgpaden, diensten, medicatiebeleid)				
17. Openheid over incidenten				
18. Melden aan Stafbestuur en Raad van bestuur				
19. Patiëntenperspectief in kaart (laten)brenge				
20. Klachten en signalen van onvrede.				
21. Klachten en juridische procedures verband houdend met zorgverlening				
22. De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling (Treeknorm)				
23. Kennisdeling				
24. Individueel functioneren (IFMS/ groepsfunctioneren (GFMS)				

Kwaliteitsdomein: Evaluatie van zorg

*1. Dossiervoering**

- De vakgroep heeft een elektronisch patiëntendossier waarin alle relevante informatie voor het geneeskundig handelen overzichtelijk is vastgelegd (bijlage ad 1). (B)
- Het dossier vertoont incidenteel tekortkomingen wat betreft overzicht en/of volledigheid. (A)
- Het dossier vertoont structureel (bij meer dan 50% van de dossiers) tekortkomingen wat betreft overzicht en/of volledigheid. (ZA)
- Het dossier vertoont hiaten wat betreft overzicht en/of volledigheid. Externe partijen hebben hierover klachten. (V)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, onderzoek door de visitatiecommissie ad hoc (er wordt gestreefd naar het beoordelen van 3 dossiers per reumatoloog).

*de visitatiecommissie hanteert op de dag zelf een eigen scoringslijst: zie website NVR

*2. Kwaliteitsindicatoren**

- De vakgroep is op de hoogte van actuele kwaliteitsindicatoren en zorgprocessen van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie en toetst hieraan eigen uitkomsten. Verbeteracties worden uitgevoerd. (B)
- De vakgroep is op de hoogte van de actuele kwaliteitsindicatoren en zorgprocessen, maar toetsing leidt niet tot verbeteracties. (A)
- De vakgroep is niet op de hoogte van de actuele kwaliteitsindicatoren en zorgprocessen of past deze niet toe. (ZA)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep

*de NVR kent geen kwaliteitsindicatoren (update maart 2020).

3. Complicatieregistratie

- De vakgroep heeft een complicatieregistratie en bespreekt structureel en regelmatig de uitkomsten en past beleid hierop aan. (B)
- Complicaties worden geregistreerd en besproken, maar leiden niet tot aantoonbare beleidsaanpassing. (A)
- Complicaties worden geregistreerd, maar niet systematisch besproken. (ZA)
- Er is geen structurele complicatieregistratie. (V)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, onderzoek door de visitatiecommissie

4. Ziekenhuisbrede patiëntenbesprekingen

- De vakgroep neemt deel aan voor hen relevante ziekenhuisbrede patiëntenbesprekingen. (B)
- De vakgroep neemt niet deel aan voor hen relevante ziekenhuisbrede patiëntenbesprekingen. (A)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, medische staf

5. Melden van incidenten in de patiëntenzorg

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

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, medische staf, management/RvB

6. Continuïteit patiëntenzorg

- Er is een adequate dienstregeling met goede bereikbaarheid en een goed gestructureerde overdracht. (B)
- Er is een adequate dienstregeling met goede bereikbaarheid maar er is geen structurele overdracht. (A)
- De dienstregeling en/of goede bereikbaarheid schiet incidenteel tekort. (ZA)
- Er is geen dienstregeling of goede bereikbaarheid. (V)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, medische staf, management/RvB

7. Intercollegiaal overleg

- Er zijn gestructureerde besprekingen met andere disciplines of health professionals en er worden notities in het EPD opgenomen. (B)
- Er zijn ad hoc besprekingen, waarvan notities in het EPD worden opgenomen. (A)
- Er zijn ad hoc besprekingen, waarvan geen notities in het EPD worden opgenomen. (ZA)
- Besprekingen met andere disciplines vinden niet plaats. (V)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, medische staf, health professionals

8. Naleven van de richtlijnen (Medical Audits)

- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden nagekomen en er wordt slechts beargumenteerd van afgeweken. Evaluatie vindt structureel plaats. (B)
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden nagekomen en er wordt slechts beargumenteerd van afgeweken. Evaluatie vindt niet structureel plaats. (A)
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden onvoldoende nagekomen of er wordt niet beargumenteerd van afgeweken. Evaluatie vindt niet structureel plaats. (ZA)
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden niet nagekomen. (V)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, onderzoek door de visitatiecommissie

9. Prospectieve risico inventarisatie

- Bij introductie van nieuwe behandelingen (bijvoorbeeld: de introductie van biologicals) kijkt de vakgroep van tevoren naar, procedurele, personele en organisatorische veranderingen en bijkomende kosten. Men analyseert en bespreekt de bevindingen en voert verbeteracties uit. (B)

- Bij introductie van nieuwe behandelingen (bijvoorbeeld: de introductie van biologicals) kijkt de vakgroep van tevoren naar, procedurele, personele en organisatorische veranderingen en bijkomende kosten. Men analyseert de bevindingen, maar voert geen verbeteracties uit. (A)
- Bij introductie van nieuwe behandelingen (bijvoorbeeld: de introductie van biologicals) kijkt de vakgroep van tevoren naar, procedurele, personele en organisatorische veranderingen en bijkomende kosten. Men analyseert en bespreekt de bevindingen niet. (ZA)
- Bij introductie van nieuwe behandelingen (bijvoorbeeld: de introductie van biologicals) kijkt de vakgroep van tevoren niet/ onvoldoende naar procedurele, personele en organisatorische veranderingen en bijkomende kosten. (V)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, management/RvB

Kwaliteitsdomein: Vakgroepfunctioneren

10. Zelfevaluatie vakgroepfunctioneren

- De vakgroep voert de Quickscan van het vakgroepfunctioneren tenminste iedere vijf jaar uit en analyseert de uitkomsten, stelt verbeterplannen op en voert die uit. (B)
- De Quickscan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. (A)
- De Quickscan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, maar de resultaten worden niet besproken. (ZA)
- De Quickscan wordt niet uitgevoerd en de vakgroep evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze. (V)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep

11. (Meerjaren)beleidsplan en jaarplan/jaarverslag

- De vakgroep heeft een eigen geprioriteerd volgens de PDCA cyclus en SMART geformuleerd en actueel (meerjaren) beleidsplan. Tevens is er een jaarplan/jaarverslag dat voldoet aan de normen van de NVR (bijlage ad 11). Deze documenten zijn afgestemd met de instelling. (B)
- De vakgroep heeft een eigen, geprioriteerd volgens de PDCA cyclus en SMART geformuleerd en actueel (meerjaren) beleidsplan. Tevens is er een jaarplan/jaarverslag dat voldoet aan de normen van de NVR (bijlage ad 11). Deze documenten zijn alleen niet afgestemd met de instelling. (A)
- De vakgroep heeft een eigen (meerjaren)beleidsplan en jaarplan/jaarverslag, maar voldoet niet aan de normen van de NVR en/of is niet geprioriteerd volgens de PDCA cyclus en SMART geformuleerd en actueel. (ZA)
- De vakgroep heeft geen (kwalitatief) (meerjaren)beleidsplan of jaarplan/jaarverslag. (V)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep

12. Vakgroepvergaderingen.

- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord. (B)

- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord. (A)
- Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur, notulen en verslaglegging. (ZA)
- Er worden geen vakgroepvergaderingen gehouden. (V)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep

13. Belasting/belastbaarheid

- De verdeling van de individuele belasting/werklast komt aan de orde in de vakgroep en leidt tot aanpassing/verandering. (B)
- De verdeling van de individuele belasting/werklast komt aan de orde in de vakgroep maar leidt niet tot aanpassing/verandering. (A)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep

14. Zichtbaarheid binnen de organisatie

- De vakgroep onderhoudt contacten met collega's in het ziekenhuis en neemt deel aan stafcommissies. (B)
- De vakgroep onderhoudt weinig contacten met collega's in het ziekenhuis of neemt geen deel aan stafcommissies. (A)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, medische staf

15. Zichtbaarheid buiten de organisatie

- De vakgroep onderhoudt contacten met huisartsen. (B)
- De vakgroep onderhoudt weinig of geen contacten met huisartsen. (A)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, huisartsen

16. Onderlinge afspraken over beleid (bv zorgpaden, diensten, medicatiebeleid)

- De vakgroepleden houden zich aan het onderling afgesproken beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. (B)
- De vakgroepleden houden zich aan het onderling afgesproken beleid maar hebben geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren of houden zich niet aan het onderling afgesproken beleid. (A)
- Er zijn geen onderlinge afspraken over beleid. (ZA)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep

17. Openheid over incidenten

- De patiënt wordt geïnformeerd over de aard en toedracht van incidenten met gevolgen voor de patiënt, dit wordt vastgelegd in het medisch dossier van de patiënt. (B)
- De patiënt wordt geïnformeerd over de aard en toedracht van incidenten met gevolgen voor de patiënt maar dit wordt onvoldoende vastgelegd in het medisch dossier van de patiënt. (A)
- De patiënt wordt beperkt geïnformeerd over de aard en toedracht van incidenten met gevolgen voor de patiënt en dit wordt onvoldoende vastgelegd in het medisch dossier van de patiënt. (ZA)

- De patiënt wordt niet geïnformeerd over de aard en toedracht van incidenten met gevolgen voor de patiënt en dit wordt niet vastgelegd in het medisch dossier van de patiënt. (V)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, medische staf, management/RvB

18. Melden aan Stafbestuur en Raad van bestuur

- De vakgroep meldt meteen aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur indien een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening tegen (een van) hen is aangespannen en bewandelt gezamenlijk het juridische traject. (B)
- De vakgroep meldt aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur indien een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening tegen (een van) hen is aangespannen, maar maakt geen gebruik van de juridische afdeling van het ziekenhuis. (A)
- De vakgroep meldt niet aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur indien een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening tegen (een van) hen is aangespannen. (ZA)
- De vakgroepen melden niet aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur noch aan elkaar indien een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening tegen (een van) hen is aangespannen. (V)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, medische staf, management/RvB

Kwaliteitsdomein: Patiëntenperspectief.

19. Patiëntenperspectief in kaart (laten)brengen

- De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren. (B)
- De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren. (A)
- De vakgroep brengt het patiëntenperspectief niet in kaart of doet dit wel, maar bespreekt de uitkomsten niet om verbeteracties uit te voeren. (ZA)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, patiëntenfeedback

20. Klachten en signalen van onvrede.

- De vakgroep registreert klachten van patiënten en verzamelt suggesties voor verbetering, bespreekt deze en stelt verbeteracties op. (B)
- De vakgroep registreert klachten van patiënten en verzamelt suggesties voor verbetering, maar bespreekt deze niet of stelt geen verbeteracties op. (A)
- De vakgroep registreert geen klachten van patiënten en verzamelt geen suggesties voor verbetering. (ZA)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, patiëntenenquête

21. Klachten en juridische procedures verband houdend met zorgverlening

- De vakgroep maakt gebruik van regelingen die zijn ingebed in de organisatie om de uitkomsten van klachten en of civiel-, straf- of tuchtrechterlijke procedures verband houdend met de zorgverlening en professionaliteit te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (B)

- De vakgroep maakt gebruik van regelingen die zijn ingebed in de organisatie om de uitkomsten van klachten en of civiel-, straf- of tuchtrechterlijke procedures verband houdend met de zorgverlening en professionaliteit te analyseren en te bespreken, maar gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (A)
- De vakgroep maakt gebruik van regelingen die zijn ingebed in de organisatie om de uitkomsten van klachten en of civiel-, straf- of tuchtrechterlijke procedures verband houdend met de zorgverlening en professionaliteit te analyseren, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (ZA)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, management/RvB

22. De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling (Treeknorm)

- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt doorlopend gemonitord en leidt tot verbetering door aanpassing van beleid. (B)
- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt doorlopend gemonitord maar leidt niet tot verbetering door aanpassing van beleid. (A)
- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt onvoldoende gemonitord om beleidsaanpassingen te kunnen rechtvaardigen. (ZA)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, management/RvB

Kwaliteitsdomein: Professionele ontwikkeling

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

- De vakgroep besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep en evalueert het systeem regelmatig. (B)
- Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep of er zijn wel afspraken maar evaluatie vindt niet regelmatig plaats. (A)
- Individuele kennis en kwaliteiten zijn niet op elkaar afgestemd en leidt tot een wisselend beleid binnen de vakgroep. (ZA)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep

24. Individueel functioneren (IFMS/ groepsfunctioneren (GFMS))

- De leden van de vakgroep doen mee aan een systeem van IFMS of GFMS om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren. (B)
- In het ziekenhuis is een systeem van IFMS/ GFMS om periodiek het individueel functioneren te evalueren maar de vakgroepleden doen daar (nog) niet aan mee. (ZA)

Informatie voor dit item komt van: de vakgroep, medische staf

Bijlagen:

Ad 1

Minimale onderdelen dossier:

- Diagnose en/of reden van komst (diagnostiek, behandeling etc)
- In iedere geval 1 keer anamnese en lichamelijk onderzoek
- Gegevens over beloop
- Relevante ziekteactiviteitmeting
- Actuele medicatie
- Overzicht: diagnose en gevoerde beleid (overzicht DMARDs, operaties en voorgeschiedenis)
- Brief + jaarlijks herhalingsbrief met daarin tenminste conclusie en/of diagnose, actuele behandeling en bijwerkingen van medicatie
- Het moet duidelijk zijn wie aantekeningen maakt
- Mededelingen/informatie aan patiënt (WGBO)

Ad 11

Minimale onderdelen jaarverslag:

- Kwantitatieve gegevens
- Kwalitatieve gegevens zoals resultaten van periodieke toetsing dmv kwaliteitsinstrumenten
- Personele en organisatorische aspecten
- Patiëntgebonden ontwikkelingen binnen de afdeling
- Participatie in ziekenhuis- en stafactiviteiten
- Onderwijs en nascholing
- Complicatieregistratie
- Realisatie van jaarplan
- Klachten en VIM meldingen