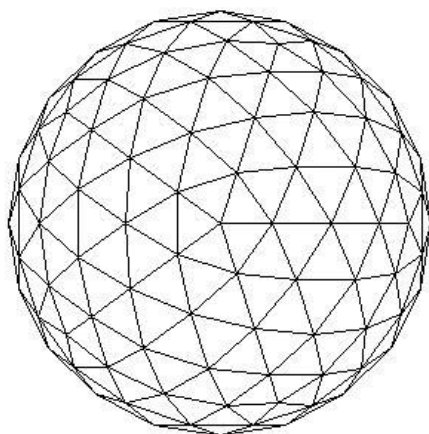


Normendocument NVvR

Van spiegelen naar normeren en visiteren



Commissie Kwaliteitsvisiting NVvR

documentversie: 15 april 2015

Kwaliteitsnormen praktijkvoering Radiologie

De kwaliteitsnormen voor de praktijkvoering Radiologie worden verdeeld in vier kwaliteitsdomeinen.

- A. Evaluatie van zorg
- B. Vakgroepfunctioneren
- C. Patiëntenperspectief
- D. Professionele ontwikkeling

A. Normen voor het Kwaliteitsdomein Evaluatie van zorg

1. Verslaglegging
2. Protocollen radiologische onderzoeken
3. Patiëntveiligheid
4. Incidenten en complicatieregistratie
5. Overleg en communicatie
6. Zorg door laboranten

B. Normen voor het Kwaliteitsdomein Vakgroepfunctioneren

7. Zelfevaluatie vakgroepfunctioneren
8. Beleidscyclus
9. Organisatie vakgroep
10. Aanspreekcultuur
11. Werkbelasting en belastbaarheid
12. Interne en externe contacten

C. Normen voor het Kwaliteitsdomein Patiëntenperspectief

13. Voorlichting
14. Patiënttevredenheid
15. Afhandelen van klachten en juridische procedures
16. Maken van afspraken voor onderzoeken op de afdeling Radiologie
17. Toegangstijden

D. Normen voor het Kwaliteitsdomein Professionele ontwikkeling

18. Kennisdeling en vaardigheden vakgroep
19. Individueel functioneren
20. Professionele ontwikkeling personeel

Waardering van de individuele normen vindt plaats volgens onderstaand model:

Streefnorm (S)	Excellent, voorbeeld voor anderen
Basisnorm (B)	Goed, de norm
Aanbeveling (A)	Praktijk kan op dit onderdeel worden verbeterd (verbetering moet binnen maximaal 5 jaar zijn uitgevoerd)
Zwaarwegend Advies (ZA)	Een tekortkoming welke op dit moment acceptabel is maar die wel binnen afzienbare termijn moet zijn opgelost (binnen maximaal 2 jaar)
Voorwaarde (V)	Ernstige tekortkoming die op korte termijn moet worden opgelost (binnen maximaal 6 maanden)

A. Normen voor het Kwaliteitsdomein Evaluatie van zorg

Norm 1: Verslaglegging

Toelichting

Deze norm betreft zowel het proces van verslaglegging als de inhoud ervan.

Normering

- S** Het proces en de inhoud van verslaglegging voldoen aan ten minste 10 van de onderstaande stellingen. De vakgroep evalueert jaarlijks de kwaliteit van verslaglegging en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. Daarnaast worden ook periodiek de wensen van aanvragers met betrekking tot verslaglegging geëvalueerd.
- B** Het proces en de inhoud van verslaglegging voldoen aan ten minste 10 van de onderstaande stellingen.
- A** Het proces en de inhoud van verslaglegging voldoen aan ten minste 8 van de onderstaande stellingen.
- ZA** Het proces en de inhoud van verslaglegging voldoen aan ten minste 6 van de onderstaande stellingen.
- V** Het proces en de inhoud van verslaglegging voldoen aan minder dan 6 van de onderstaande stellingen.

Stellingen m.b.t. proces van verslaglegging

1.	Minimaal 90% van alle radiologische verslagen is binnen 24 uur voor de aanvragers beschikbaar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
2.	De uitslagen van alle traumaonderzoeken zijn binnen 24 uur beschikbaar, 7 dagen in de week	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
3.	Alle traumaonderzoeken worden 7 dagen in de week besproken of er is een goed functionerend (digitaal) systeem, dat door alle betrokkenen schriftelijk is vastgelegd, waardoor wordt voorkomen dat belangrijke bevindingen worden gemist.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
4.	Alle verslagen worden gecontroleerd en gecorrigeerd, zodat tekstuele tekortkomingen slechts sporadisch voorkomen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
5.	Er zijn afspraken met de staf vastgelegd over de wijze waarop onverwachte of acute bevindingen worden teruggekoppeld en deze functioneren in de praktijk goed	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
6.	Er vindt een gezamenlijke verslaglegging van PET-CT plaats (indien van toepassing)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
7.	Het is niet mogelijk in een eenmaal geautoriseerd verslag wijzigingen aan te brengen, behalve door het aanbrengen van een addendum of rectificatie, waarbij de tekst van het oorspronkelijke verslag altijd voor iedereen beschikbaar blijft*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
8.	Er zijn afspraken vastgelegd voor het opstellen van een addendum of rectificatie, inclusief de te nemen acties richting de aanvrager en de auteur van het oorspronkelijke verslag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

* Indien niet aan deze norm wordt voldaan dan is per definitie sprake van een Zwaarwegend Advies.

Stellingen m.b.t. inhoud van verslaglegging

9.	Alle verslagen van enige lengte zijn voorzien van een conclusie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
10.	Relevante classificaties worden gebruikt bij die onderzoeken waarbij dit in nationale of internationale richtlijnen is afgesproken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
11.	In de verslagen van diagnostiek ten behoeve van oncologische therapie-evaluatie worden indien relevant de RECIST of andere relevante responscriteria gehanteerd	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
12.	Er vindt verslaglegging op gestandaardiseerde wijze plaats bij alle onderzoeken waarvoor tenminste door de NVvR en lokaal in het ziekenhuis vastgestelde richtlijnen voor verslaglegging bestaan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	totaal:		

Norm 2: Protocollen radiologische onderzoeken

Toelichting

In deze norm wordt met protocol bedoeld de beschrijving van de uitvoering van een radiologisch onderzoek.

Normering

- S** De vakgroep gaat op uniforme wijze om met protocollen. De vakgroep evalueert elke 2 jaar de inhoud van de protocollen en het gebruik ervan. Daarnaast is er regelmatig overleg met aanvragers over de voor hen relevante protocollen. Alle CT, MRI en interventie onderzoeken worden tevoren door een radioloog van een bij de vraagstelling passend protocol voorzien.
- B** De vakgroep gaat op uniforme wijze om met protocollen. De vakgroep evalueert elke 2 jaar de inhoud van de protocollen en het gebruik ervan. Alle CT, MRI en interventie onderzoeken worden tevoren door een radioloog van een bij de vraagstelling passend protocol voorzien.
- A** De vakgroep gaat op uniforme wijze om met protocollen. Alle CT, MRI en interventie onderzoeken worden tevoren door een radioloog van een bij de vraagstelling passend protocol voorzien.
- ZA** De vakgroep gaat op uniforme wijze om met protocollen.
- V** De vakgroep gaat niet uniform om met protocollen, dan wel niet voor alle onderzoeken zijn protocollen vastgelegd.

Norm 3: Patiëntveiligheid

Toelichting

Deze norm betreft de wijze waarop de patiëntveiligheid door de vakgroep wordt gewaarborgd.

Normering

- S** De vakgroep voldoet m.b.t. patiëntveiligheid aan ten minste 15 onderstaande stellingen, evalueert deze tenminste elke 2 jaar en stuurt zo nodig bij.
- B** De vakgroep voldoet m.b.t. patiëntveiligheid aan ten minste 14 onderstaande stellingen.
- A** De vakgroep voldoet m.b.t. patiëntveiligheid aan ten minste 12 van de onderstaande stellingen.
- ZA** De vakgroep voldoet m.b.t. patiëntveiligheid aan ten minste 9 van onderstaande stellingen.
- V** De vakgroep voldoet m.b.t. patiëntveiligheid aan minder dan 9 van de onderstaande stellingen.

Stellingen m.b.t. patiëntveiligheid

1.	De radioloog die de vasculaire interventies uitvoert, handelt volgens en voldoet aan de normen die de NVIR stelt aan een interventieradioloog*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
2.	De time out procedure (TOP) wordt uitgevoerd en vastgelegd voor alle vasculaire interventies en er wordt vastgelegd door welke personen deze is uitgevoerd*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
3.	Er wordt een TOP voor alle niet vasculaire interventies uitgevoerd en er wordt vastgelegd of en door welke personen deze is doorgenomen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
4.	Jaarlijks wordt geëvalueerd of de TOP op de juiste wijze wordt nageleefd en indien nodig worden verbeterplannen geïnitieerd	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
5.	Er wordt bij alle invasieve onderzoeken gehandeld volgens het in het ziekenhuis geldende stollingsprotocol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
6.	Er is een voor alle betrokkenen inzichtelijke overdracht van patiënten na een interventie en dit vindt plaats volgens een vast format	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
7.	De uitvoerend radioloog controleert of de patiënt geïnformeerd is over de aard van de interventie, de eventuele risico's en de mogelijke alternatieven (informed consent)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
8.	De uitvoerend radioloog controleert of het informed consent (bij relevante risico's) is vastgelegd	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Er zijn voor onderstaande onderwerpen protocollen en de uitvoering ervan is in de organisatie geborgd:

9.	Voorkoming Contrast Geïnduceerde Nefropathie (CIN)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
10.	Profylaxe contrastmiddelenreactie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
11.	Handelswijze bij contrastmiddelenreactie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
12.	Handelswijze bij contrastextravasatie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
13.	Bewaking van bedpatiënten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
14.	Patiëntentransport	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
15.	Patiëntidentificatie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
16.	Er wordt bij sedatie / analgesie op de afdeling radiologie gewerkt volgens de kaders zoals aangegeven door de inspectie gezondheidszorg (<i>indien er geen interventies of sedatie wordt toegepast kunt u 'ja' invullen</i>)*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	totaal:		

* Indien niet aan deze norm wordt voldaan dan is per definitie sprake van een Voorwaarde.

Norm 4: Incidenten en complicatieregistratie

Toelichting

Deze norm betreft de wijze waarop de vakgroep omgaat met het melden van incidenten en het registreren van complicaties.

Normering

- S** De vakgroep stimuleert het melden van incidenten en complicaties, houdt een (digitaal) complicatieregister bij volgens de geldende richtlijnen, analyseert incidenten en complicaties op systematische wijze en stelt naar aanleiding daarvan verbeterplannen op, die periodiek getoetst worden op effectiviteit.
- B** De vakgroep meldt incidenten en complicaties, houdt een (digitaal) complicatieregister bij volgens de geldende richtlijnen, analyseert incidenten en complicaties op systematische wijze en stelt naar aanleiding daarvan verbeterplannen op.
- A** De vakgroep meldt incidenten en complicaties, houdt een complicatieregister bij, analyseert incidenten en complicaties.
- ZA** De vakgroep meldt incidenten en complicaties, houdt een complicatieregister bij.
- V** De vakgroep meldt geen of sporadisch incidenten en/of heeft geen complicatieregistratie.

Norm 5: Overleg en communicatie

Toelichting

Deze norm betreft klinische besprekingen, indicatieprotocollen en bereikbaarheid van de vakgroepleden.

Normering

- S** De vakgroep participeert structureel in alle relevante besprekingen. De besprekingen worden adequaat voorbereid door een ter zake deskundig radioloog. Zowel overdag als tijdens diensturen zijn de radiologen altijd goed bereikbaar en bereid tot overleg. Verwijzers worden ondersteund met indicatieprotocollen die periodiek worden geëvalueerd en zo nodig aangepast.
- B** De vakgroep participeert structureel in alle relevante besprekingen. De besprekingen worden adequaat voorbereid door een radioloog. Zowel overdag als tijdens diensturen zijn de radiologen goed bereikbaar en bereid tot overleg.
- A** De vakgroep participeert niet in alle relevante besprekingen of de besprekingen worden niet altijd adequaat voorbereid door een radioloog. Zowel overdag als tijdens diensturen zijn de radiologen bereikbaar en bereid tot overleg.
- ZA** De vakgroep participeert niet in alle relevante besprekingen of de besprekingen worden niet altijd adequaat voorbereid door een radioloog. Zowel overdag als tijdens diensturen zijn de radiologen regelmatig slecht bereikbaar of onvoldoende bereid tot overleg.
- V** De vakgroep participeert onvoldoende in relevante besprekingen, is slecht bereikbaar of onvoldoende bereid tot overleg.

Norm 6: Zorg door laboranten

Toelichting

Deze norm betreft het verrichten van (gedelegeerde) zorg door laboranten en de manier waarop dit geregeld en geborgd is.

Normering

- S** De vakgroep voldoet aan alle 8 van de onderstaande stellingen en evalueert deze punten tenminste eenmaal per jaar in samenspraak met het personeel / management en voert zo nodig verbeteracties uit.
- B** De vakgroep voldoet aan ten minste 7 van de onderstaande stellingen en evalueert deze punten tenminste eenmaal per jaar in samenspraak met het personeel / management.
- A** De vakgroep voldoet aan ten minste 6 van de onderstaande stellingen.
- ZA** De vakgroep voldoet aan ten minste 5 van de onderstaande stellingen.
- V** De vakgroep voldoet aan minder dan 5 van de onderstaande stellingen.

Stellingen m.b.t. zorg door laboranten

1.	Er is een complete inventarisatie van voorbehouden handelingen die door laboranten worden verricht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
2.	Er is een regeling voor het verkrijgen van een bekwaamheidsverklaring voor laboranten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
3.	Er is een regeling voor het onderhouden van een bekwaamheidsverklaring voor laboranten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
4.	De bekwaamheidsverklaring is digitaal vastgelegd en inzichtelijk voor alle betrokkenen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
5.	Er zijn stafbrede afspraken vastgelegd over het toedienen van intraveneus contrast door de laboranten bij afwezigheid van een radioloog en deze afspraken worden nagekomen*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
6.	Er is protocollair vastgelegd welke onderzoeken zelfstandig door laboranten worden weggekeken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
7.	Er worden periodiek functioneringsgesprekken met medewerkers gehouden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
8.	De radiologen hebben structureel inbreng bij de functioneringsgesprekken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	totaal:		

* Indien niet aan deze norm wordt voldaan dan is per definitie sprake van een Voorwaarde.

Normen voor het Kwaliteitsdomein Vakgroepfunctioneren

Norm 7: Zelfevaluatie vakgroepfunctioneren

Toelichting

Deze norm betreft de wijze waarop de vakgroep haar eigen functioneren beoordeelt en hiermee omgaat d.m.v. Quicksan of een equivalent hiervan.

Normering

- S** De vakgroep voert de Quicksan elke 2 jaar 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 Quicksan tenminste iedere vijf jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.
- A** De Quicksan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.
- ZA** De Quicksan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd maar de resultaten worden niet besproken.
- V** De Quicksan wordt niet uitgevoerd en de vakgroep evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze.

Norm 8: Beleidscyclus

Toelichting

Deze norm betreft de aanwezige onderdelen van de beleidscyclus.

Normering

- S** Er is een actueel meerjarenbeleidsplan, meerjaren investeringsplan, jaarplan en jaarverslag welke afgestemd zijn op het beleidsplan van de instelling. In het jaarverslag wordt het voorgenomen beleid aantoonbaar geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
- B** De vakgroep heeft een actueel meerjarenbeleidsplan, meerjaren investeringsplan, jaarplan en jaarverslag. Dit is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling.
- A** Bovengenoemde beleidscyclus is niet volledig aanwezig **of** er is onvoldoende afstemming met de relevante beleidsplannen van de instelling.
- ZA** Bovengenoemde beleidscyclus is niet volledig aanwezig **en** er is onvoldoende afstemming met de relevante beleidsplannen van de instelling.
- V** Geen enkele van de bovengenoemde onderdelen van de beleidscyclus is aanwezig.

Norm 9: Betrokkenheid vakgroep bij organisatie

Toelichting

Deze norm betreft de rol van de vakgroep binnen de organisatie van de afdeling en de betrokkenheid van de vakgroep bij de totstandkoming van het beleid.

Normering

- S** De vakgroep draagt constructief bij aan de organisatie van de afdeling en houdt zich aan het afgesproken beleid. Er bestaat een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. De verbeterpunten worden verwerkt in het beleidsplan en het jaarverslag van de vakgroep.
- B** De vakgroep draagt constructief bij aan de organisatie van de afdeling en houdt zich aan het afgesproken beleid. Er bestaat een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren.
- A** De vakgroep is betrokken bij de organisatie van de afdeling en houden zich aan het afgesproken beleid. Er is geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren.
- ZA** Er zijn afspraken over het beleid maar de vakgroepleden houden zich daar niet aan.
- V** Er zijn geen afspraken over organisatie en beleid.

Norm 10: Aanspreekcultuur

Toelichting

Deze norm betreft de aanspreekcultuur op de afdeling.

Normering

- S** De cultuur binnen de vakgroep zorgt er voor dat men elkaar laagdrempelig aanspreekt op gedrag en medisch handelen. Het voorkómen van ongewenst gedrag en het omgaan met incidenten, complicaties en gemiste diagnoses worden **structureel** besproken en geëvalueerd.
- B** De cultuur binnen de vakgroep zorgt er voor dat men elkaar laagdrempelig aanspreekt op gedrag en medisch handelen. Het voorkómen van ongewenst gedrag en het omgaan met incidenten, complicaties en gemiste diagnoses worden besproken.
- A** De cultuur binnen de vakgroep maakt het mogelijk om elkaar aan te spreken op gedrag en medisch handelen.
- ZA** Binnen de vakgroep spreekt men elkaar niet aan op ongewenst gedrag en medisch handelen.
- V** Binnen de vakgroep heerst een onveilige cultuur waardoor ongewenst gedrag en medisch handelen niet kunnen worden besproken.

Norm 11: Werkbelasting en belastbaarheid

Toelichting

Deze norm betreft werkbelasting, werkverdeling en belastbaarheid van de radiologen en medewerkers van de afdeling radiologie.

Normering

- S** De vakgroep zorgt voor evenwicht tussen de werkbelasting en belastbaarheid van collega radiologen en overige medewerkers. Er is een systeem om dat evenwicht regelmatig te evalueren en te verbeteren. De verbeteracties worden verwerkt in de beleidscyclus.
- B** De vakgroep zorgt voor evenwicht tussen de werkbelasting en belastbaarheid van collega radiologen en overige medewerkers. Er is een systeem om dat evenwicht regelmatig te evalueren en te verbeteren.
- A** De vakgroep heeft oog voor het evenwicht tussen de werkbelasting en belastbaarheid van collega radiologen en overige medewerkers. Er worden ad-hoc-oplossingen gezocht.
- ZA** De vakgroep heeft geen oog voor het evenwicht tussen de werkbelasting en belastbaarheid van collega radiologen of overige medewerkers.
- V** De vakgroep heeft geen oog voor het evenwicht tussen de werkbelasting en belastbaarheid van collega radiologen of overige medewerkers. Dit leidt tot overbelasting en verzuim.

Norm 12: Interne en externe contacten

Toelichting

Deze norm heeft betrekking op de relatie met collega's buiten de vakgroep, participatie in ziekenhuis- en stafcommissies en contacten met de huisartsen.

Normering

- S** De vakgroep voert een proactief beleid om zowel interne als externe contacten te onderhouden en gebruikt deze contacten om het eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen en heeft dit geborgd in de kwaliteitscyclus.
- B** De vakgroep heeft zowel interne als extern goede contacten en gebruikt deze contacten om het eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen.
- A** De vakgroep als geheel staat open voor zowel interne als externe contacten.
- ZA** De vakgroepleden staan individueel open voor zowel interne als externe contacten.
- V** De vakgroep werkt als een gesloten systeem.

Normen voor Kwaliteitsdomein Patiëntenperspectief

Norm 13: Voorlichting

Toelichting

Deze norm betreft voorlichting aan patiënten over radiologische onderzoeken.

Normering

- S** De vakgroep is proactief in het voorlichten van alle patiënten over radiologische onderzoeken, evalueert dit periodiek en past de informatie zo nodig aan. De vakgroep controleert bij de patiënten of de informatie is gegeven, gelezen en begrepen.
- B** De vakgroep verstrekt voorlichting aan alle patiënten, evalueert de inhoud regelmatig en past de informatie zo nodig aan.
- A** Van alle radiologische onderzoeken is voorlichtingsmateriaal aanwezig, maar het wordt niet periodiek geëvalueerd.
- ZA** Er is niet van alle radiologische onderzoeken voorlichtingsmateriaal beschikbaar.
- V** Er is geen voorlichtingsmateriaal beschikbaar.

Norm 14: Patiënttevredenheid

Toelichting

Deze norm betreft de wijze waarop de vakgroep patiënttevredenheid meet en de uitkomsten gebruikt om de dienstverlening te verbeteren.

Normering

- S** De vakgroep brengt minimaal 1x per 2 jaar de patiënttevredenheid in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren.
- B** De vakgroep brengt de patiënttevredenheid in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren.
- A** De vakgroep brengt de patiënttevredenheid in kaart, bespreekt de uitkomsten, maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren.
- ZA** De vakgroep brengt de patiënttevredenheid in kaart, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren.
- V** De vakgroep brengt de patiënttevredenheid niet in kaart.

Norm 15: Afhandelen van klachten en juridische procedures

Toelichting

Deze norm betreft de wijze waarop de vakgroep omgaat met klachten en juridische procedures, klachten of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening.

Normering

- S** De vakgroep heeft een systeem waarmee de uitkomsten van klachten en juridische procedures die verband houden met de zorgverlening worden geëvalueerd, teneinde het proces en de resultaten te verbeteren en waarbij wordt nagegaan of verbeteracties resultaat hebben gehad.
- B** De vakgroep heeft een regeling om de uitkomsten van klachten of juridische procedures die verband houden met de zorgverlening te analyseren en bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.
- A** De vakgroep heeft een regeling om de uitkomsten van klachten of juridische procedures die verband houden met de zorgverlening te analyseren en te bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.
- ZA** De vakgroep heeft een regeling om de uitkomsten van klachten of juridische procedures die verband houden 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 heeft geen regeling om de uitkomsten van klachten of juridische procedures die verband houden met de zorgverlening te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

Norm 16: Maken van afspraken voor onderzoeken op de afdeling Radiologie

Toelichting

Deze norm betreft de voorzieningen om het aanvragen van radiologische onderzoeken voor patiënten en aanvragers zo gemakkelijk mogelijk te maken.

Normering

- S** Patiënten en aanvragers worden optimale mogelijkheden geboden om afspraken te maken, waarbij de patiënt centraal staat, rekening houdend met de wensen en eventuele beperkingen in mobiliteit. Tevens bestaat de mogelijkheid voor het maken van decentrale afspraken door aanvragers en online afspraken door de patiënten zelf en door huisartsen.
- B** De afdeling houdt bij het maken van afspraken rekening met de wensen en beperkingen van patiënten en stemt deze af met afspraken op andere afdelingen in het ziekenhuis. Er zijn mogelijkheden tot het maken van decentrale afspraken.
- A** De afdeling houdt bij het maken van afspraken rekening met de wensen en beperkingen van patiënten en houdt rekening met eventuele afspraken op andere afdelingen.
- ZA** De afdeling houdt bij het maken van afspraken rekening met de wensen en beperkingen van patiënten, maar niet met afspraken op andere afdelingen van het ziekenhuis.
- V** De afdeling houdt bij het maken van afspraken geen rekening met de wensen en beperkingen van patiënten.

Norm 17: Toegangstijden

Toelichting

Deze norm betreft de mate waarin de vakgroep voldoet aan de normen ten aanzien van toegangstijden (bijv. Treeknorm, of normen over toegangstijden in richtlijnen).

Normering

- S** De toegangstijden voor radiologische onderzoeken voldoen aan de relevante normen; toegangstijden worden gemeten en dit leidt tot verbetering door aanpassing van beleid. Dit proces wordt periodiek herhaald.
- B** De toegangstijden voor radiologische onderzoeken voldoen aan de relevante normen; toegangstijden worden gemeten en dit leidt tot verbetering door aanpassing van beleid.
- A** De toegangstijden voor radiologische onderzoeken worden gemeten, maar dit leidt niet tot verbetering door aanpassing van beleid. De normen worden niet altijd gehaald.
- ZA** De toegangstijden voor radiologische onderzoeken worden niet structureel gemeten.
- V** De toegangstijden voor radiologische onderzoeken worden niet gemeten, ondanks klachten van patiënten of verwijzers.

D. Normen voor het Kwaliteitsdomein Professionele ontwikkeling

Norm 18: Kennisdeling vakgroep

Toelichting

Deze norm betreft de wijze waarop de vakgroep omgaat met de professionele ontwikkeling van haar leden en oog heeft voor het delen van vakinhoudelijke kennis en vaardigheden.

Normering

- S** De vakgroep heeft in haar beleidscyclus 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 en evalueert dit volgens een vast patroon.
- B** De vakgroep besteedt 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 en evalueert dit.
- A** Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten. De vakgroepleden gebruiken hun kennis en vaardigheden maar gebruiken deze 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.
- V** Individuele kennis en kwaliteiten zijn niet op elkaar afgestemd en dit leidt tot een wisselend beleid binnen de vakgroep. Dit kan leiden tot negatieve effecten op de patiëntenzorg.

Norm 19: Individueel functioneren

Toelichting

Deze norm betreft de wijze van toetsen van het individueel functioneren van de vakgroepleden.

Normering

- 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.
- B** Alle 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 bestaat een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren. De meeste vakgroepleden doen daar aan mee, maar het wordt niet gebruikt om verbeteracties te implementeren.
- ZA** In het ziekenhuis bestaat een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren maar de vakgroepleden doen daar (nog) niet aan mee.
- V** In het ziekenhuis bestaat geen systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren.

Norm 20: Professionele ontwikkeling personeel

Toelichting

Deze norm betreft de wijze waarop de afdeling radiologie zorg draagt voor een goede professionele kennisontwikkeling van alle medewerkers.

Normering

- S** De afdeling radiologie besteedt in haar meerjarenbeleidsplan en in het jaarlijks opleidingsplan aandacht aan de bij- en nascholing van de medewerkers, evalueert dit jaarlijks met betrekking tot de gestelde doelen en neemt zo nodig verbetermaatregelen. De gevolgde opleidingen worden centraal geregistreerd.
- B** De afdeling radiologie besteedt aandacht aan de bij- en nascholing van de medewerkers in een opleidingsplan en evalueert dit regelmatig. De gevolgde opleidingen worden centraal geregistreerd.
- A** Bij- en nascholing van de medewerkers vindt plaats volgens een opleidingsplan, maar dit wordt niet geëvalueerd. De gevolgde opleidingen worden geregistreerd.
- ZA** Bij- en nascholing van de medewerkers vindt plaats, echter zonder evaluatie en zonder opleidingsplan of registratie.
- V** Mogelijkheden tot bij- en nascholing van de medewerkers worden niet geboden. Er is geen opleidingsplan.