

Normen & waarderingsystematiek



Nederlandse Vereniging
voor Plastische Chirurgie

HANDCHIRURGIE, RECONSTRUCTIEVE EN ESTHETISCHE CHIRURGIE

Inleiding normenrapport kwaliteitsvisitatie

Tijdens een kwaliteitsvisitatie wordt ter plaatse een onderzoek verricht door een visitatiecommissie van de NVPC naar de omstandigheden waaronder en de manier waarop de te visiteren plastisch chirurgen het beroep uitoefenen. Het doel is een zo objectief mogelijk oordeel te verkrijgen over de kwaliteit van de zorg geleverd door de (groep) plastisch chirurg(en). De kwaliteitsvisitatie vindt één keer in de vijf jaar plaats en participatie is noodzakelijk om te voldoen aan de criteria van de RGS om herregistratie te verkrijgen.

Het visitatiemodel van de NVPC richt zich op vier professionele kwaliteitsdomeinen:

1. Evaluatie van zorg
2. Teamfunctioneren
3. Patiëntenperspectief
4. Professionele ontwikkeling

Binnen de kwaliteitsvisitatie wordt de definitie team gehanteerd. De plastisch chirurg kan werkzaam zijn in verschillende settings, zoals:

- Binnen academie/periferie – het team dat gevisiteerd wordt is de vakgroep van plastisch chirurgen;
- Binnen een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC):
 - als er meerdere plastisch chirurgen werken in de ZBC vormen deze plastisch chirurgen gezamenlijk het team;
 - als er één plastisch chirurg werkt (ook wel solist) dan betreft het team alle zorgprofessionals waar de plastisch chirurg mee samenwerkt in het zorgproces; te denken aan aanpalende specialisten, anesthesist, verpleegkundige, operatieassistent, etc.
- Bij een Solist: alle zorgprofessionals waar de plastisch chirurg mee samen werkt in het zorgproces; te denken aan aanpalende specialisten, anesthesist, verpleegkundige, operatieassistent, etc.

De NVPC heeft een normen- en waarderingsstelsel ontwikkeld om zo te komen tot een systematische, objectieve en transparante wijze van visiteren. De normen zijn afgeleid van de leidraad, richtlijnen, kwaliteitsindicatoren en andere documenten die specifiek de plastisch chirurgische zorg beschrijven. Per norm wordt gemotiveerd waarom deze relevant is. Aan de hand van de vastgestelde normen visiteert de NVPC. Dit is een set van evaluatiepunten met daaraan gekoppelde normering waaraan de praktijkvoering van de plastisch chirurgisch vakgroepen dient te voldoen.

Wanneer bij een kwaliteitsvisitatie wordt vastgesteld dat niet of niet volledig aan een norm wordt voldaan, formuleert de visitatiecommissie een advies dat beschreven wordt in het visitatieverslag. Voor de mate waarin van de norm wordt afgeweken is een omschrijving gemaakt (aanbeveling, zwaarwegend advies of voorwaarden). Daarnaast is een omschrijving gemaakt van de norm. Het resultaat is een waarderingsystematiek volgens de volgende puntenschaal:

Streefnorm	Uitstekend
Basisnorm	Goed, de norm
Aanbeveling	Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd volgt een aanbeveling. Aanbevelingen dienen in principe <u>binnen vijf jaar</u> te zijn uitgevoerd;
Zwaarwegend advies	Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die binnen twee jaar zouden moeten worden verbeterd volgt een zwaarwegend advies. Zwaarwegende adviezen dienen <u>binnen twee jaar</u> te zijn uitgevoerd.
Voorwaarde	Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd volgt een voorwaarde. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar uiterlijk <u>binnen zes maanden</u> .

Tijdens de kwaliteitsvisitatie staat zelfevaluatie door het team binnen deze vier domeinen centraal. De kwaliteitsdomeinen worden getoetst met behulp van de hieronder genoemde instrumenten. Ter voorbereiding op de visitatie worden opgestelde verbeterplannen besproken.

Kwaliteitsdomeinen	Instrumenten
1. Evaluatie van zorg	Algemene vragenlijst groep plastisch chirurgen Dossieronderzoek
2. Team functioneren	Quick Scan of vergelijkbaar instrument
3. Patiënten perspectief	Patiënten enquêtes/onderzoeken*
4. Professionele ontwikkeling	Individuele vragenlijst voor de plastisch chirurg

* Voor het kwaliteitsdomein 'patiënten perspectief' kan gebruik worden gemaakt van de bestaande patiënttevredenheidsonderzoeken (eventueel die van het ziekenhuis).

Na de visitatie wordt het visitatieverslag naar de gevisitatieerde plastisch chirurgen gestuurd. De NVPC stuurt daarnaast de conclusies en aanbevelingen, naar de Raad van Bestuur van de betreffende organisatie.

Periferie/Academie – ZBC – Solist
Geactualiseerde overzicht

Waardering kwaliteitsnormen		Vakgroep	Visitatoren
Evaluatie van zorg			
1	Dossiervoering		
2	Protocollen		
3	Zorgpaden		
4	Complicatieregistratie		
5	Melden van incidenten		
6	Continuïteit van patiëntenzorg		
7	Multidisciplinair overleg		
8	Naleven van de richtlijnen		
9	Regionale afspraken		
Teamfunctioneren			
10	(Meerjaren)beleidsplan		
11	Teamvergaderingen		
12	Team evaluatie		
13	Veilig en open werkklimaat		
14	Belasting / belastbaarheid		
15	Contacten in- en extern		
Patiëntenperspectief			
16	Patiënttevredenheid in kaart (laten) brengen		
17	Formele en informele klachten		
18	Patiënteninformatie en voorlichtingsmateriaal		
Professionele ontwikkeling			
19	Kennisdeling		

3.1 Kwaliteitsdomein 1: Evaluatie van zorg

Het kwaliteitsdomein 'evaluatie van zorg' evalueert de uitkomsten van zorg en welke zorgprocessen hierbij gebruikt worden door de vakgroep/solist.

1. Dossiervoering

De plastisch chirurg heeft papieren en/of elektronische medische dossiers waarin tenminste de in bijlage 1 genoemde relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd.

De behandelaar houdt een medisch dossier bij volgens de binnen de beroepsgroep gangbare en wettelijke regelingen, zoals de eisen van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de richtlijn inzake het omgaan met medische gegevens van de KNMG.

Streefnorm	Het team evalueert regelmatig de dossiervoering en past die indien gewenst aan.
Basisnorm	<i>Het team heeft papieren en/of elektronische dossiers waarin de relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd. (Basisnorm).</i>
Aanbeveling	De dossiervoering vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid. <u>Aanbeveling:</u> Zorg dat de actuele, relevante informatie voor het medisch handelen duidelijk is vastgelegd in het patiëntendossier.
Zwaarwiegend advies	De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid. <u>Zwaarwiegend advies:</u> Zorg dat de actuele, relevante informatie voor het medisch handelen duidelijk is vastgelegd in het patiëntendossier.
Voorwaarde	De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid. Externe partijen hebben hierover klachten. <u>Voorwaarde:</u> Zorg dat de actuele, relevante informatie voor het medisch handelen duidelijk is vastgelegd in het patiëntendossier.

2. Protocollen

Een protocol is een document waarin helder stapsgewijs staat beschreven wie, wat, wanneer moet doen. Als instrument zijn protocollen dus goed bruikbaar om de functionele verantwoordelijkheden en professionele handelingsruimte van verschillende betrokken medewerkers te reguleren en vast te leggen. U gebruikt een protocol om te komen tot een gestructureerde, efficiënte en veilige zorgverlening in uw protocol.

Basisnorm	<i>Er zijn protocollen voor de meest belangrijke ziektebeelden waar de richtlijnen van de NVPC een onderdeel van vormen en deze zijn toegankelijk. Onderhoud vindt periodiek plaats.</i>
Aanbeveling	Er zijn protocollen voor de meest belangrijke ziektebeelden waar de richtlijnen van de NVPC een onderdeel van vormen en deze zijn toegankelijk. Onderhoud vindt op ad hoc basis plaats. <u>Aanbeveling:</u> Onderhoud de protocollen op periodieke basis.
Zwaarwegend advies	Er zijn protocollen voor een aantal ziektebeelden waar de richtlijnen van de NVPC een onderdeel van vormen maar deze zijn in onvoldoende mate toegankelijk en niet up-to-date/geactualiseerd. <u>Zwaarwegend advies:</u> Ontwikkel protocollen voor de meest belangrijke ziektebeelden, verbeter de toegankelijkheid en onderhoud de protocollen op periodieke basis.
Voorwaarde	Er zijn geen protocollen aanwezig. <u>Voorwaarde:</u> Ontwikkel protocollen voor de meest belangrijke ziektebeelden, maak deze toegankelijk en onderhoud deze op periodieke basis.

3. Zorgpaden

De NVPC acht het van belang dat de plastisch chirurg voor de eenduidigheid en continuïteit van zorg belangrijk geachte zorgpaden heeft beschreven voor de eigen praktijkvoering. In een zorgpad wordt het zorgproces voor een specifieke groep patiënten vastgelegd. Het zorgpad volgt de route van de patiënt. Het zorgpad zelf is geen richtlijn, maar bevat in de procesbeschrijving toepassingen van en verwijzingen naar bestaande richtlijnen en instrumenten. Een zorgpad richt zich dus op de logistiek en de afstemming van verantwoordelijkheden en werkzaamheden tussen de verschillende zorgprofessionals/disciplines. Een zorgpad wordt vaak beschreven in een compact document en kan bijdragen aan een sterke verbetering van de doelmatigheid van de zorg.

Basisnorm	<i>Er zijn zorgpaden voor de meest belangrijke ziektebeelden waar de richtlijnen van de NVPC een onderdeel van vormen en deze zijn toegankelijk. Onderhoud vindt periodiek plaats.</i>
Aanbeveling	Er zijn zorgpaden voor de meest belangrijke ziektebeelden waar de richtlijnen van de NVPC een onderdeel van vormen en deze zijn toegankelijk. Onderhoud vindt op ad hoc basis plaats. <u>Aanbeveling:</u> Onderhoud de zorgpaden op periodieke basis.
Zwaarwegend advies	Er zijn zorgpaden voor een aantal ziektebeelden waar de richtlijnen van de NVPC een onderdeel van vormen maar deze zijn in onvoldoende mate toegankelijk en niet up-to-date/geactualiseerd. <u>Zwaarwegend advies:</u> Ontwikkel zorgpaden voor de meest belangrijke ziektebeelden, verbeter de toegankelijkheid en onderhoud de zorgpaden op periodieke basis.
Voorwaarde	Er zijn geen zorgpaden aanwezig. <u>Voorwaarde:</u> Ontwikkel zorgpaden voor de meest belangrijke ziektebeelden, maak deze toegankelijk en onderhoud deze op periodieke basis.

4. Complicatieregistratie

In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) staat beschreven dat een complicatie een onbedoelde en ongewenste uitkomst is tijdens of volgend op het (niet) medisch-specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade. We spreken van een complicatie als het handelen van de zorgprofessional goed is verlopen, maar de patiënt heeft wel schade opgelopen. Deze schade is een onbedoeld of ongewenst gevolg van de zorg. Bij een complicatie is geen sprake van verwijtbaar handelen.

Registratie van elke onbedoelde en ongewenste uitkomst binnen de zorg die voor de patiënt leidt tot een toename van de zorgbehoefte. Registratie van complicaties en terugkoppeling daarvan is belangrijk voor interne verbetering van de patiëntenzorg en externe verantwoording.

Streefnorm	Het team heeft een complicatieregistratie, bespreekt (zo nodig multidisciplinair) en analyseert de uitkomsten, voert de verbeteracties uit en evalueert deze en past waar nodig aan.
Basisnorm	<i>Het team heeft een complicatieregistratie, bespreekt (zo nodig multidisciplinair) en analyseert de uitkomsten en voert de verbeteracties uit.</i>
Aanbeveling	Het team heeft een complicatieregistratie en bespreekt (zo nodig multidisciplinair) deze. Verbeteracties worden niet vastgesteld. <u>Aanbeveling:</u> Bespreek en analyseer de uitkomsten van de complicatieregistratie, stel verbeteracties vast en implementeer deze.
Zwaarwegend advies	Het team heeft een complicatieregistratie, maar bespreekt deze niet structureel. <u>Zwaarwegend advies:</u> Bespreek en analyseer de uitkomsten van de complicatieregistratie, stel verbeteracties vast en implementeer deze.
Voorwaarde	Er is geen complicatieregistratie. <u>Voorwaarde:</u> Voer een complicatieregistratie in. Bespreek en analyseer de uitkomsten van de complicatieregistratie, stel verbeteracties vast en implementeer deze.

5. Melden van incidenten

In de Wkkgz staat beschreven dat in het geval van een incident er in het handelen van de zorgprofessional iets niet goed is gegaan, waarbij een patiënt schade heeft opgelopen, had kunnen oplopen of kan oplopen. Deze schade is een onbedoelde en/of onverwachte uitkomst van zorg.

Het melden van incidenten wordt ingezet om van te leren en de zorg in de toekomst te verbeteren.

Indien een incident tot de dood of tot ernstige gevolgen heeft geleid bij de patiënt dient de zorgaanbieder dit te melden aan IGJ.

Streefnorm	Er is een systeem waarmee het proces en de resultaten van de meldingen van incidenten worden geëvalueerd en gerapporteerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.
Basisnorm	<i>Het team meldt incidenten, analyseert en bespreekt de meldingen en voert verbeteracties uit.</i>
Aanbeveling	Het team <i>meldt</i> incidenten, analyseert en bespreekt de meldingen, maar voert geen verbeteracties uit. <u>Aanbeveling:</u> Voer verbeteracties uit.
Zwaarwiegend advies	<i>Het team</i> meldt incidenten, maar analyseert en bespreekt de meldingen niet en voert geen verbeteracties uit. <u>Zwaarwiegend advies:</u> Analyseer en bespreek de meldingen en voer verbeteracties uit.
Voorwaarde	<i>Het team</i> meldt incidenten niet. <u>Voorwaarde:</u> Meldt incidenten, bespreek en analyseer deze en gebruik de uitkomsten om processen en resultaten te verbeteren.

6. Continuïteit van patiëntenzorg

De continuïteit van zorg dient door een goede dienstregeling (inclusief aanrijtijd) en goede bereikbaarheid 24/7 te zijn gewaarborgd. Overdracht en beschikbaarheid van essentiële informatie is een noodzakelijke voorwaarde.

Basisnorm	<i>Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid en tijdens de diensten is het patiëntendossier laagdrempelig toegankelijk.</i>
Aanbeveling	Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid, maar tijdens de diensten is het patiëntendossier niet toegankelijk. <u>Aanbeveling:</u> Zorg dat tijdens de diensten het patiëntendossier laagdrempelig toegankelijk is voor de dienstdoende.
Zwaarwegend advies	De dienstregeling en/of goede bereikbaarheid schiet incidenteel te kort. <u>Zwaarwegend advies:</u> Zorg voor adequate schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid en dat het patiëntendossier tijdens de diensten laagdrempelig toegankelijk is voor de dienstdoende.
Voorwaarde	Er is geen duidelijke dienstregeling en/of goede bereikbaarheid. <u>Voorwaarde:</u> Zorg voor adequate schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid en dat het patiëntendossier tijdens de diensten laagdrempelig toegankelijk is.

7. Multidisciplinair overleg

Het multidisciplinair overleg is het overleg van de plastisch chirurg met de ander betrokken professionals over de behandeling van de patiënt. Het multidisciplinair overleg heeft tot doel dat:

- Informatie wordt uitgewisseld over de patiënt;
- Het medisch beleid en de behandeldoelen worden vastgesteld met de betrokken professionals;
- De behandeldoelen en bijbehorende acties periodiek wordt getoetst en indien nodig bijgesteld.

Streefnorm	Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats met notulen/actielijsten en leiden tot multidisciplinair vastgestelde zorgpaden en/of beleidsveranderingen.
Basisnorm	<i>Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats met notulen/actielijsten.</i>
Aanbeveling	Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats, maar hebben geen notulen/actielijsten. <u>Aanbeveling:</u> Maak bij de besprekingen gebruik van notulen/actielijsten.
Zwaarwegend advies	Besprekingen met andere disciplines vinden incidenteel plaats. <u>Zwaarwegend advies:</u> Plan besprekingen met andere disciplines structureel in. Maak hierbij gebruik van notulen/actielijsten.
Voorwaarde	Besprekingen met andere disciplines vinden niet plaats. <u>Voorwaarde:</u> Voer structurele besprekingen met andere disciplines in. Maak hierbij gebruik van notulen/actielijsten.
N.V.T.	Onderbouwing verplicht

8. Naleven van de richtlijnen

Richtlijnen vormen een belangrijk onderdeel de beroepsstandaard binnen de NVPC en geven een basis voor een goede klinische besluitvorming in samenspraak met de patiënt en een optimale behandeling. Medische-specialistische richtlijnen zijn vakinhoudelijke aanbevelingen voor goede diagnostiek en behandeling. Een plastisch chirurg mag van een richtlijn afwijken en in sommige omstandigheden wordt dit zelfs verwacht. In alle gevallen moet de plastisch chirurg dit duidelijk motiveren in het dossier van de patiënt. Naast richtlijnen beschikt de NVPC over standpunten, leidraden en gedragscodes. In bijlage 2 is een overzicht beschreven van de definities van deze documenten conform Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten. Het is belangrijk dat de plastisch chirurg op de hoogte is van de inhoud van deze documenten en conform hetgeen overeengekomen is handelt. Als de plastisch chirurg afwijkt dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden in het patiëntendossier en bij het structureel afwijken dient dit protocollair beschreven te staan.

Streefnorm	De richtlijnen van de NVPC worden nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden structureel in het team besproken en geëvalueerd.
Basisnorm	<i>De richtlijnen van de NVPC worden nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd.</i>
Aanbeveling	De richtlijnen van de NVPC worden nagekomen, dan wel beargumenteerd van afgeweken, maar het wordt niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd. <u>Aanbeveling:</u> Noteer afwijkende situaties altijd in het patiëntendossier.
Zwaarwegend advies	De richtlijnen van de NVPC worden nagekomen, maar niet beargumenteerd van afgeweken en vastgelegd in het patiëntendossier. <u>Zwaarwegend advies:</u> Beargumenteer waarom wordt afgeweken van de richtlijn en leg dit vast in het patiëntendossier.
Voorwaarde	De richtlijnen van de NVPC worden niet nagekomen. <u>Voorwaarde:</u> Implementeer de richtlijnen van de NVPC en leef deze na. Beargumenteer waarom wordt afgeweken van de richtlijn en leg dit vast in het patiëntendossier.

9. Regionale afspraken

Een goede afstemming tussen alle betrokken professionals en referentiecentra is een voorwaarde om te komen tot een efficiënte werkwijze waarbij ieders deskundigheid optimaal kan worden benut ten behoeve van de juiste zorg op de juiste plek van de patiënt. Het is belangrijk dat de regionale afspraken schriftelijk zijn vastgelegd.

Streefnorm	Er zijn schriftelijke regionale afspraken (max 5 jaar oud) met één of meer referentiecentra voor overleg en/of verwijzing. De effectiviteit van de afspraken wordt periodiek getoetst.
Basisnorm	<i>Er zijn schriftelijke regionale afspraken met één of meer referentiecentra voor overleg en/of verwijzing.</i>
Aanbeveling	Er zijn informele regionale afspraken met één of meer referentiecentra voor overleg en/of verwijzing maar het team past deze afspraken eenduidig toe. Aanbeveling: Maak schriftelijke afspraken met één of meer referentiecentra voor overleg en/of verwijzing.
Zwaarwegend advies	Er zijn informele regionale afspraken met één of meer referentiecentra voor overleg en/of verwijzing en deze worden door het team wisselend toegepast. <u>Zwaarwegend advies</u> : Maak schriftelijke afspraken met één of meer referentiecentra voor overleg en/of verwijzing en pas deze eenduidig toe.
Voorwaarde	Er zijn geen regionale afspraken met één of meer referentiecentra voor overleg en/of verwijzing. <u>Voorwaarde</u> : Maak schriftelijke afspraken met één of meer referentiecentra voor overleg en/of verwijzing en pas deze eenduidig toe.

3.2 Kwaliteitsdomein 2: Teamfunctioneren

Dit kwaliteitsdomein evalueert het functioneren van het team waarvan (de) plastisch chirurg(en) onderdeel uitmaken. De feitelijke kant van samenwerken komt aan bod maar ook de 'zachte kanten' worden geëvalueerd.

- Binnen academie/periferie wordt onder het team verstaan: de vakgroep van plastisch chirurgen
- Binnen ZBC wordt onder het team verstaan:
 - Als er meerdere plastisch chirurgen werken in de ZBC vormen deze plastisch chirurgen gezamenlijk het team.
 - Als er één plastisch chirurg werkt (ook wel solist) dan betreft het team alle zorgprofessionals waar de plastisch chirurg mee samenwerkt in het zorgproces; te denken aan aanpalende specialisten, anesthesist, verpleegkundige, operatieassistent, etc.
- Bij Solist wordt onder het team verstaan: alle zorgprofessionals waar de plastisch chirurg mee samenwerkt in het zorgproces; te denken aan aanpalende specialisten, anesthesist, verpleegkundige, operatieassistent, etc.

10. (Meerjaren)beleidsplan

Een team definieert in haar beleid haar bestaansgrond, waarden en identiteit, een blik op de toekomst op korte en lange termijn. Een beleidsplan bevat minimaal de volgende onderdelen: inleiding, termijn, missie, visie, strategie, randvoorwaarden (bijlage 2).

Streefnorm	Beleidsplan/jaarplan wordt aantoonbaar geëvalueerd en hierover wordt jaarlijks gerapporteerd.
Basisnorm	<i>Het team heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan dat voldoet aan de eisen die hieraan gesteld wordt door de NVPC.</i>
Aanbeveling	Er is een (meerjaren)beleidsplan, maar deze voldoet niet aan de eisen die hieraan gesteld wordt door de NVPC. <u>Aanbeveling:</u> Stel een (meerjaren)beleidsplan op dat voldoet aan de eisen die hieraan gesteld wordt door de NVPC
Zwaarwegend advies	Er is geen (meerjaren)beleidsplan. <u>Zwaarwegend advies:</u> Stel een (meerjaren)beleidsplan op dat voldoet aan de eisen die hieraan gesteld wordt door de NVPC.
Voorwaarde	Er is geen (meerjaren)beleidsplan ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie. <u>Voorwaarde:</u> Stel een (meerjaren)beleidsplan op dat voldoet aan de eisen die hieraan gesteld wordt door de NVPC.

11. Teamvergaderingen

Voor het optimaliseren van de interne communicatie voert het team op regelmatige basis overleg met elkaar om informatie uit te wisselen en afspraken te maken over de harde kanten en zachte kanten van het team functioneren. Men maakt hierbij gebruik van een agenda en notulen en past een duidelijke taakverdeling toe.

Streefnorm	Er worden gestructureerde teamvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten worden gemonitord. Jaarlijks worden de teamvergadering geëvalueerd en de uitkomsten hiervan worden gebruikt om de teamvergaderingen te verbeteren.
Basisnorm	<i>Er worden gestructureerde teamvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord.</i>
Aanbeveling	Er worden gestructureerde teamvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord. <u>Aanbeveling:</u> Monitor de uitvoering van de besluiten van de teamvergaderingen.
Zwaarwegend advies	Er worden teamvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur, notulen en verslaglegging. <u>Zwaarwegend advies:</u> Structureer de vergaderingen en notuleer deze. Monitor de uitvoering van de besluiten.
Voorwaarde	Er worden geen teamvergaderingen gehouden. <u>Voorwaarde:</u> Houd gestructureerde teamvergaderingen met notulen en monitor de uitvoering van de besluiten.

12. Team evaluatie

Voor het evalueren van het team functioneren wordt gebruik gemaakt van de Quickscan of een vergelijkbaar instrument/gestructureerde methodiek. Samenwerking is een belangrijke basis voor kwaliteitsverbetering. In de evaluatie dient aandacht te worden besteed aan de 'harde' kanten van het functioneren (te denken aan: taakverdeling, verdeling verantwoordelijkheden, besluitvorming, administratie & archivering, afdelingsdoelen, vergaderingen organisatie) en de 'zachte' kanten van het functioneren (te denken aan: omgangsvormen, openheid, inspraak, cultuur en attitude).

Streefnorm	Het team voert een team evaluatie aan de hand van een instrument/gestructureerde methodiek (bijvoorbeeld de Quickscan) jaarlijks uit en bespreekt en analyseert de uitkomsten, stelt verbeteracties vast en voert deze uit en evalueert de bevindingen.
Basisnorm	<i>Het team voert een team evaluatie aan de hand van een instrument/gestructureerde methodiek (bijvoorbeeld de Quickscan) iedere vijf jaar uit en bespreekt en analyseert de uitkomsten, stelt verbeteracties vast en voert deze uit en evalueert de bevindingen.</i>
Aanbeveling	Het team voert een team evaluatie aan de hand van een instrument/gestructureerde methodiek (bijvoorbeeld de Quickscan) tenminste iedere vijf jaar uit en bespreekt en analyseert de uitkomsten maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. <u>Aanbeveling:</u> Stel verbeteracties vast en voer deze uit.
Zwaarwegend advies	Het team voert een team evaluatie aan de hand van een instrument/gestructureerde methodiek (bijvoorbeeld de Quickscan) tenminste iedere vijf jaar uit maar bespreekt en analyseert de uitkomsten niet. <u>Zwaarwegend advies:</u> Bespreek de resultaten, stel verbeteracties vast en voer deze uit.
Voorwaarde	Het team voert geen team evaluatie uit <u>Voorwaarde:</u> Voer tenminste iedere vijf jaar een team evaluatie a.d.h.v. een instrument/gestructureerde werkwijze uit. Analyseer de uitkomsten, bespreek deze, stel verbeteracties vast en voer deze uit.

13. Veilig en open werkklimaat

Het creëren van een veilig en open werkklimaat is van belang om kwalitatief goede zorg te leveren. De plastisch chirurgen dienen zich voldoende veilig te voelen om open te kijken naar de manier waarop ze hun behandeling vormgeven, zodat ze deze continu kunnen verbeteren. Een veilig en open werkklimaat is positief gerelateerd aan prestaties en betrokkenheid van medewerkers. De gedragsregels voor artsen opgesteld door de KNMG maken hier onlosmakelijk deel van uit.

Streefnorm	Het creëren van een veilig en open werkklimaat wordt structureel besproken en er worden verbeteracties benoemd en geïmplementeerd. Het creëren van een veilig en open werkklimaat maakt onderdeel uit van het kwaliteitsbeleid van het team en staat als zodanig beschreven in het (meerjaren)beleidsplan.
Basisnorm	<i>Het creëren van een veilig en open werkklimaat wordt structureel besproken en er worden verbeteracties benoemd en geïmplementeerd.</i>
Aanbeveling	Een veilig en open werkklimaat wordt als wenselijk benoemd, wordt structureel besproken, maar verbeteracties worden niet benoemd en geïmplementeerd. <u>Aanbeveling:</u> Benoem verbeteracties en implementeer deze.
Zwaarwegend advies	Een veilig en open werkklimaat wordt als wenselijk benoemd maar niet structureel besproken. <u>Zwaarwegend advies:</u> Bespreek een veilig en open werk klimaat structureel, benoem en implementeer verbeteracties.
Voorwaarde	Een onveilig en gesloten werkklimaat wordt geaccepteerd. <u>Voorwaarde:</u> Bespreek een veilig en open werk klimaat structureel, benoem en implementeer verbeteracties.

14. Belasting/belastbaarheid

Deze norm betreft werkbelasting, werkverdeling en belastbaarheid van de plastisch chirurgen en medewerkers van de afdeling plastische chirurgie. Een goede balans tussen belasting en belastbaarheid om optimaal te functioneren.

Basisnorm	<i>Er is binnen het team oog voor de belasting van collega's en een cultuur om dat te analyseren, te bespreken en te verbeteren.</i>
Zwaarwegend advies	Er is binnen het team oog voor de belasting van collega's zonder dat dit leidt tot verandering. <u>Zwaarwegend advies:</u> Analyseer de belasting van collega's, bespreek dit, stel verbeteracties vast en voer deze uit.
Voorwaarde	Er is binnen het team geen oog voor collega's die te veel belast worden. <u>Voorwaarde:</u> Analyseer de belasting van collega's, bespreek dit, stel verbeteracties vast en voer deze uit.

15. Contacten in- en extern

Het team heeft een samenwerkingsrelatie met collega's buiten het team, participeert in instellingscommissies en heeft contact met huisartsen en andere betrokken professionals.

Streefnorm	Het team 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.
Basisnorm	<i>Er zijn goede contacten, zowel in- als extern en het team gebruikt deze contacten om hun eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen.</i>
Aanbeveling	<i>Het team staat open voor zowel in- als externe contacten en bespreekt dit zonder te komen tot verbeteracties.</i> <u>Aanbeveling:</u> Onderhoudt in- en externe contacten proactief en gebruik deze contacten om het eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen.
Zwaarwegend advies	De plastisch chirurgen individueel staan open voor zowel in- als externe contacten maar bespreken dit verder niet. <u>Zwaarwegend advies:</u> Onderhoud als team in- en externe contacten proactief, bespreek dit en gebruik deze contacten om het eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen.
Voorwaarde	Het team werkt als een gesloten systeem zonder open te staan voor externe contacten. <u>Voorwaarde:</u> Onderhoud als team in- en externe contacten proactief, bespreek dit en gebruik deze contacten om het eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen.

3.3. Kwaliteitsdomein 3: Patiëntenperspectief

Het kwaliteitsdomein Patiëntenperspectief evalueert in welke mate het team meningen van patiënten inventariseert en gebruikt voor het inzetten van verbeteringen.

16. Patiënttevredenheid in kaart (laten) brengen (middels enquêtes, spiegelgesprekken, wachtkamerinterviews etc.)

Er zijn verschillende manieren om het patiënten perspectief – in het bijzonder de ervaringen van patiënten - in kaart te (laten) brengen. Tot op heden zijn (nog) geen gevalideerde instrumenten beschikbaar die als benchmark kunnen fungeren. Mogelijke instrumenten die beschikbaar zijn: de CQ-index van het ziekenhuis (gespecificeerd naar de plastisch chirurg), het gebruik van het instrument van de kwaliteitsvisitaties, ziekenhuisenquêtes, spiegelgesprekken, wachtkamerinterviews, clinical microsystem thinking en feedbackradar.

Streefnorm	Het team brengt jaarlijks de patiënttevredenheid in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren.
Basisnorm	<i>Het team brengt de patiënttevredenheid in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren.</i>
Aanbeveling	Het team brengt de patiënttevredenheid in kaart, bespreekt de uitkomsten, maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren. <u>Aanbeveling:</u> Gebruik de uitkomsten van het patiënttevredenheidsonderzoek om verbeteracties uit te voeren en evalueer deze.
Zwaarwegend advies	Het team brengt de patiënttevredenheid in kaart, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren. <u>Zwaarwegend advies:</u> Bespreek de uitkomsten van het patiënttevredenheidsonderzoek en gebruik deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren.
Voorwaarde	Het team brengt de patiënttevredenheid niet in kaart. <u>Voorwaarde:</u> Breng jaarlijks de patiënttevredenheid in kaart, bespreek de uitkomsten en gebruik deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren.

17. Formele en informele klachten

De wijze waarop het team omgaat met formele en informele klachten verband houdend met de zorgverlening. De Wkkgz regelt op welke manier zorgaanbieders hun klachtenregeling moeten vormgeven. Het analyseren van klachten wordt ingezet om van te leren en de zorg in de toekomst te verbeteren.

Streefnorm	Het team heeft een systeem waarbij formele en informele klachten in een verbetercyclus worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.
Basisnorm	<i>Het team heeft een regeling om formele en informele klachten te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.</i>
Aanbeveling	Het team heeft een regeling om formele en informele klachten te analyseren en te bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. <u>Aanbeveling:</u> Gebruik de uitkomsten om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.
Zwaarwegend advies	Het team heeft een regeling om klachten te analyseren, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. <u>Zwaarwegend advies:</u> Analyseer en bespreek formele en informele klachten, voer verbeteracties uit en evalueer deze.
Voorwaarde	Het team heeft geen afspraken om klachten te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. <u>Voorwaarde:</u> Stel een regeling in om formele en informele klachten te analyseren en te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

18. Patiënteninformatie en voorlichtingsmateriaal

Onder voorlichting wordt bewuste en doelgerichte communicatie verstaan waardoor een patiënt informatie verkrijgt, verwerkt en kan toepassen. Er zijn verschillende vormen van voorlichting: informeren is uitleg geven; adviseren is aanraden en instrueren is een gedragslijn voorschrijven. Bij het informeren en voorlichten van patiënten kan voorlichtingsmateriaal worden ingezet. De NVPC heeft bijsluiters ontwikkeld die de plastisch chirurg kan inzetten bij de voorlichting van patiënten. In de bijsluiter is de informatie opgenomen die een patiënt in staat stelt om een weloverwogen besluit te nemen of het wel of niet laten uitvoeren van een voorgenomen behandeling.

Basisnorm	<i>Het team heeft voorlichtingsmateriaal over de meest toegepaste behandelingen en dit wordt altijd gebruikt bij het informeren en het nemen van gezamenlijke beslissingen over de behandeling van de patiënt. De informatie over behandelingen geschiedt conform de WGBO. Het team onderhoudt het voorlichtingsmateriaal periodiek.</i>
Aanbeveling	<p>Het team heeft voorlichtingsmateriaal over de meest toegepaste behandelingen, maar dit wordt niet altijd gebruikt bij het informeren en het nemen van gezamenlijke beslissingen over de behandeling van de patiënt. De informatie over behandelingen geschiedt conform de WGBO. Het team onderhoudt het voorlichtingsmateriaal op ad hoc basis.</p> <p><u>Aanbeveling:</u> Maak bij de meest toegepaste behandelingen altijd gebruik van voorlichtingsmateriaal bij het informeren en het nemen van beslissingen over de behandeling van de patiënt en onderhoudt het voorlichtingsmateriaal periodiek.</p>
Zwaarwegend advies	<p>Het team maakt geen gebruik van voorlichtingsmateriaal bij het informeren en het nemen van gezamenlijke beslissingen over de behandeling van de patiënt. De informatie rondom de behandeling wordt (alleen) mondeling gegeven. Niet alle aspecten van de behandeling worden besproken conform de WGBO.</p> <p><u>Zwaarwegend advies:</u> Maak bij de meest toegepaste behandelingen altijd gebruik van voorlichtingsmateriaal bij het informeren en het nemen van beslissingen over de behandeling van de patiënt en onderhoudt het voorlichtingsmateriaal periodiek.</p>
Voorwaarde	<p>Het team maakt geen gebruik van voorlichtingsmateriaal bij het nemen van gezamenlijke beslissingen over de behandeling van de patiënt. Niet alle aspecten van de behandeling worden besproken conform de WGBO.</p> <p><u>Voorwaarde:</u> Maak bij de meest toegepaste behandelingen altijd gebruik van voorlichtingsmateriaal bij het informeren en het nemen van beslissingen over de behandeling van de patiënt en onderhoudt het voorlichtingsmateriaal periodiek.</p>

3.4 Kwaliteitsdomein 4: Professionele ontwikkeling

Dit kwaliteitsdomein evalueert de aandacht voor professionele ontwikkeling van de individuele plastisch chirurg.

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

Een individuele plastisch chirurg zorgt voor voldoende en gevarieerde nascholing. Binnen het team worden de (opgedane) kennis en vaardigheden gedeeld, zodat dit ten goede komt aan alle leden van het team. Dit kan leiden tot aanpassing van het (medisch)beleid en verbetering van de kwaliteit van zorg.

Basisnorm	<i>Het team besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle teamleden en patiënten.</i>
Aanbeveling	Het team besteedt aandacht aan de professionele ontwikkeling, echter niet op systematische wijze. Er zijn afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede kunnen komen aan alle teamleden en patiënten. <u>Aanbeveling:</u> Besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van alle teamleden en zorg dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle teamleden en patiënten.
Zwaarwegend advies	Het team besteedt aandacht aan de professionele ontwikkeling, echter niet op systematische wijze. Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede kunnen komen aan alle teamleden en patiënten. <u>Zwaarwegend advies:</u> Besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van alle teamleden en zorg dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle teamleden en patiënten.
Voorwaarde	Het team besteedt geen systematische aandacht aan de professionele ontwikkeling. <u>Voorwaarde:</u> Besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van alle teamleden en zorg dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle teamleden en patiënten.

Bijlage 1. Criteria voor dossiervoering NVPC

De volgende criteria zijn in het kwaliteitsdocument van de NVPC opgenomen:

- Reden van verwijzing;
- (Speciële) anamnese;
- (Specieel) lichamelijk onderzoek;
- Differentiaaldiagnose of de diagnose;
- Behandelvoorstel en therapie;
- Informed consent;
- Medicatie;
- OK-verslag, indien van toepassing;
- (Ontslag)brief - brief aan de huisarts.

Naast de zelfevaluatie uitgevoerd door het team is het mogelijk dat tijdens de kwaliteitsvisitatie de visitatiecommissie ad hoc een steekproef aan patiëntendossiers trekt en deze beoordeelt op de aanwezigheid van essentiële onderdelen in het patiëntendossier.

Bijlage 2. Definities

Uniforme terminologie van kennisdocumenten op het gebied van kwaliteit
Versie 1.0 juli 2017 - vastgesteld in de Raad Kwaliteit FMS

KWALITEITSSTANDAARD

In de wet gehanteerde term. Overkoepelende term (soort familienaam) van landelijke kwaliteitsdocumenten. Beschrijving van goede zorg voor een specifiek gezondheidsthema, gericht op verbetering en borging van de kwaliteit van zorg en van leven, bestemd voor zorgverleners en/of zorggebruikers en opgebouwd uit inhoudelijke en organisatorische modules en aandacht voor het perspectief van de zorggebruiker. Richtlijnen, leidraden en standpunten vallen daaronder.

RICHTLIJN

Document met aanbevelingen, ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.

STANDPUNT

Een document dat ingaat op een actuele (zorg)vraag en tijdelijk richting geeft aan zorgverleners en zorggebruikers wanneer een richtlijn ontbreekt of niet meer up to date is. Een dergelijk document wordt dan ad hoc en versneld opgesteld door een wetenschappelijke vereniging en kan worden gebruikt als voorloper van een (nieuwe of herziene) richtlijn of module van een richtlijn.

LEIDRAAD

Document met aanbevelingen over vaak organisatorische en/of uitvoerende zaken, ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg; het betreft met name procesgeoriënteerde afspraken of adviezen. Veelal niet primair betrekking hebbende op de medische inhoud van de zorg dan wel indicatiestelling van diagnostiek of behandelingsinterventies.

KWALITEITSNORM

Afspraak waaraan zorg moet voldoen voor behoud en bevordering van kwaliteit, eenduidigheid van zorg en inzichtelijkheid, waarop beleid en uitvoeringspraktijk kan worden getoetst. Dit kan een losstaand document zijn of onderdeel zijn van een richtlijn, leidraad of standpunt.

PROTOCOL

Een lokaal opgestelde instructie, ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, zo mogelijk (indien aanwezig) afgeleid van een landelijke kwaliteitsstandaard (richtlijn, standpunt of leidraad), die aangeeft hoe in de dagelijkse praktijk te handelen met inachtneming van de plaatselijke mogelijkheden en beperkingen. Producten van landelijke organisaties kunnen dus geen protocol worden genoemd, maar hoogstens als blauwdruk daarvoor dienen.

Noten

Bij het opstellen van alle kwaliteitsdocumenten moet worden bezien of er evidence is, die gebruikt kan worden voor het formuleren van het advies dat in het document wordt gegeven. Kortom er wordt altijd gewerkt via en gestructureerde (evidence-based) procedure.

Bijlage 3. Criteria voor beleidsplan

Een team definieert in haar beleid haar bestaansgrond, waarden en identiteit, een blik op de toekomst op korte en lange termijn.

Samengevat biedt het werken met een beleidsplan de volgende kansen:

- Toename van motivatie en voldoening van het hele team door de terugblik op de geleverde prestaties in het afgelopen jaar.
- Samen leren van de goede maar ook de minder goede resultaten.
- Versterking van het verantwoordelijkheidsgevoel van iedere medewerker voor het zorgaanbod als geheel en het eigen aandeel daarin.
- Inzichtelijk maken van de belasting en belastbaarheid van de praktijk.
- Zicht verkrijgen op de wenselijkheid en haalbaarheid van nieuwe plannen en kwaliteitsverbeteringen.

Een beleidsplan bevat minimaal de volgende onderdelen:

- Inleiding: beschrijving van de huidige situatie;
- Termijn: korte (vaak één jaar) en lange termijn (vaak drie tot vijf jaar);
- Missie: in de missie beschrijft u feitelijk waar de organisatie voor staat. Waar wil zij voor gaan, hoe wil zij zich onderscheiden en hoe wil zij handelen. Welk doel wil de organisatie bereiken;
- Visie: Om de missie te realiseren formuleert u als organisatie een visie/doelstellingen. Hoe gaat u concreet proberen uw missie te bereiken;
- Strategie: In de strategie gaat u de doelstelling verder uitwerken. Hoe gaat u deze precies bereiken. Welke activiteiten gaat uw organisatie voor wie, op welke tijdstippen en welke plaatsen ondernemen?
- Randvoorwaarden: middelen die nodig zijn voor het bereiken van de gestelde doelen.