



Nederlandse Vereniging voor
Thoraxchirurgie

Handboek Kwaliteitsvisitatie

Versie januari 2020

Kwaliteitsvisitatierapporten aangeleverd na 01 januari 2021 worden geëvalueerd op basis van het handboek kwaliteitsvisitatie – versie januari 2020

Commissie Kwaliteitsvisitaties van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie:

Januari 2020

- A.L.P. Markou (voorzitter)
- E.E.H.I van Aarnhem
- M. Bentala
- A.F.M. van Garsse
- J.M. Hartman
- L. Jekel
- S. Kats
- F.J. ter Woorst
- R.G.H. Speekenbrink
- W. Stoker
- B.M.J.A. Koene
- M.G. Hazekamp (voor congenitale hartchirurgie)

Inhoudsopgave

Visitatiereglement NVT	6
KISZ-lijsten	18
Dossieronderzoek	24
Verwijzersenquête	26
Patiëntenenquête	31
QuickScan	33
Evidence based medicine	51
Professionele ontwikkeling	55
Normenrapport voor de Kwaliteitsvisitaties van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie	57

Kwaliteitsvisitaties van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie

1. Inleiding

Om de kwaliteit van zorg en de zorg om kwaliteit in de cardio-thoracale chirurgie werkende maatschappen en medische staven op een systematische, objectieve en transparante wijze te evalueren en meten, heeft de NVT het advies van de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten¹ opgevolgd en is vanaf 1 oktober 2020 gaan visiteren met het normen- en waarderingsstelsel, die op 15 november 2019 is geaccordeerd door de ALV. Zie het nieuwe normenrapport (als bijlage bijgevoegd) voor een toelichting op deze nieuwe wijze van beoordelen van visiteren.

Het handboek werd in 2016 uitgebreid met een kwaliteitsevaluatie voor de Transcatheter Hartklep Interventies (THI), aangezien de bevoegdheid voor het verrichten en beoordelen van kwaliteitsvisitaties niet bij de THI werkgroep (WTHI) ligt, maar bij de wetenschappelijke verenigingen. Beide verenigingen (NVT en NVVC) hebben de richtlijnen van de WTHI geaccordeerd en kunnen in hun kwaliteitsvisitaties de naleving in de centra evalueren. Het normenrapport met in aanvulling daarop de onderbouwing vanuit de vragenlijsten en instrumenten uit dit handboek vormen de basis voor het kwaliteitsvisitatieprogramma van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie. Tevens is in 2020 een visitatiereglement opgesteld, waardoor een deel van het handboek (versie 2016) is komen te vervallen. De uitvoering van dit kwaliteitsvisitatieprogramma zal enerzijds, en in de éérste plaats, de maatschappen en medische staven verplichten hun kwaliteitsaanpak te evalueren en zichzelf te spiegelen en anderzijds zal het vertrouwen, dat de omgeving in ons stelt, op inzichtelijke wijze kunnen worden onderbouwd.

Noot:

- *Overall waar in de tekst “maatschap” staat wordt bedoeld “maatschap cardiothoracale chirurgie of medische staf van een afdeling cardiothoracale chirurgie”.*
- *De term ‘kwaliteitsaanvraag’ staat voor de stukken die conform onderstaande eisen door de gevisiteerde maatschap moeten worden aangeleverd. De term ‘kwaliteitsvisitatie-eindrapport’ staat voor de definitieve verslaglegging door de commissie kwaliteitsvisitaties na bestudering van de documenten en het verrichten van de visitatie zelf.*

¹ OMS Adviescommissie kwaliteitsvisitaties 2012 – Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties. Een leidraad voor wetenschappelijke verenigingen.

2. Historisch kader

Tijdens de algemene ledenvergadering van 13 november 2015 werd vervolgens het besluit genomen om de volgende aanvullingen aan het handboek kwaliteitsvisitaties toe te voegen.

1. De commissie kwaliteitsvisitaties van de NVT verricht enkel kwaliteitsvisitaties binnen Nederlandse cardiothoracale centra.
2. Voorwaarden om lid te worden van de commissie kwaliteitsvisitatie van de NVT
 - Nederlandse registratie als cardiothoracaal chirurg.
 - Lid zijn van de NVT.
 - Visie en werkwijze zoals beschreven in het handboek kwaliteitsvisitaties NVT onderschrijven.
 - Vaardigheid in de Nederlandse taal zowel voor het voeren van de gesprekken als het schrijven van verslagen.
 - Reeds betrokken geweest zijn bij kwaliteitsvisitaties als toegevoegd lid van een commissie ad hoc.
3. Toegevoegde leden commissie ad hoc
 - Kunnen eventueel niet-NVT leden zijn, deze kunnen als observator aan een commissie ad hoc worden toegevoegd echter enkel na overleg met en goedkeuring van het bestuur van de NVT, de commissie kwaliteitsvisitaties ad hoc en het gevisiteerde centrum.
4. Continuïteit kwaliteitsvisitaties
 - Een centrum is verplicht een nieuwe kwaliteitsvisitatie aan te vragen, conform de afspraken voor het verlopen van de lopende termijn. De NVT zal het centrum hierover ook een herinnering sturen binnen de laatste zes maand van de lopende termijn.
 - Indien de NVT geen nieuwe aanvraag heeft ontvangen voor het verlopen van de termijn zal de NVT hierover een tweede herinnering richten naar de betrokken maatschap/staf en de raad van bestuur van het instituut.
 - Indien de NVT zes maand na dit laatste bericht geen nieuwe aanvraag heeft gehad, zal de NVT opnieuw de betrokken maatschap/staf, de raad van bestuur hierover berichten en dit met een kopie aan IGZ.

Visitatiereglement²

Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT)

2020

Dit document is geaccordeerd door de commissie Kwaliteitsvisitatie
van de NVT op 30 november 2020

² Gebaseerd op 'Model algemeen visitatiereglement 2018 van de
Federatie Medisch Specialisten.

1. Algemene bepalingen

Kwaliteitsvisitatie

Een intercollegiale doorlichting bij de instelling(-en) waar de cardiothoracaal chirurg werkzaam is waarbij de omstandigheden waaronder, en de manier waarop collegae het beroep uitoefenen, worden beoordeeld op basis van door de NVT vastgestelde kwaliteitsnormen en met het meest recente visitatiemodel (kwaliteitsvisitatie wordt in dit reglement verder aangeduid als 'visitatie').

Waarderingsystematiek

Het normenkader waaraan de kwaliteit van zorg dient te voldoen en bijbehorende (vijfschaals)waardering.

Plenaire Visitatiecommissie

De commissie van visiteurs, die door het bestuur van de NVT als zodanig zijn benoemd voor de kwaliteits- visitaties. De plenaire visitatiecommissie is belast met de onderlinge besprekingen van de visitatierapporten teneinde uniformiteit en kwaliteit van de rapporten te bewaken. De commissie kwaliteitsvisitaties van de NVT verricht enkel kwaliteitsvisitaties binnen Nederlandse hartcentra.

Visitatiecommissie ad hoc

Een voor iedere visitatie, uit de plenaire visitatiecommissie, afzonderlijk te formeren commissie van ten minste drie visiteurs en minimaal twee visiteurs die de visitatie verrichten. De visitatiecommissie ad hoc kan worden aangevuld met een externe visiteur.

Externe visiteur

De externe visiteur voldoet aan de voorwaarden die door de Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie daaraan is gesteld. Externe visiteurs kunnen eventueel niet-NVT leden zijn, deze kunnen als observator aan een commissie ad hoc worden toegevoegd echter enkel na overleg met en goedkeuring van het bestuur van de NVT, de commissie kwaliteitsvisitaties ad hoc en het gevisiteerde centrum.

Secretaris ad hoc

De visitatiecommissie ad hoc kan worden aangevuld met een secretaris ad hoc. De secretaris ad hoc zal daartoe worden aangewezen/verzocht door de plenaire visitatiecommissie en maakt geen onderdeel uit van de visitatiecommissie ad hoc.

Visitatierapport

De over de visitatie opgestelde rapportage conform het format van de NVT, opgesteld door de visitatiecommissie ad hoc.

Voortgangsrapportage

Een schriftelijke toelichting, opgesteld door de gevisiteerde vakgroep¹ en gericht aan de plenaire visitatie- commissie op de voortgang op de gestelde voorwaarden en zwaarwegende adviezen gesteld bij de meest recente kwaliteitsvisitatie.

Hervisitatie

Als een visitatiecommissie ad hoc voorwaarden stelt en/of zwaarwegende adviezen geeft aan de gevisiteerde vakgroep en zij constateert onvoldoende verbeteringen in de voortgangsrapportage, kan zij besluiten om tot hervisitatie over te gaan.² Indien een hervisitatie noodzakelijk blijkt te zijn kan deze ook beperkt zijn, namelijk enkel gericht op de betreffende tekortkomingen, maar laat de mogelijkheid voor de visitatiecommissie ad hoc open om ook aan andere aspecten aandacht te besteden.

Functioneringsvraag

Indien er sprake is van (ernstige) problemen in het functioneren van één of meerdere collegae, dan adviseert de plenaire visitatiecommissie van de NVT, nadat deze de leden van de visitatiecommissie ad hoc heeft gehoord, aan de vakgroep om het protocol "Functioneringsvraag" van het ziekenhuis in werking te laten stellen.

Beroeps(belangen)commissie/ vertrouwenscommissie

Het bestuur van de NVT zal -indien nodig- bemiddelen bij conflicten tussen de te visiteren/gevisiteerde vakgroep en de plenaire visitatiecommissie.

-
1. *Waar de term vakgroep staat kan ook maatschap worden gelezen. Daarmee wordt bedoeld "maatschap cardio-thoracale chirurgie of medische staf van een afdeling cardio-thoracale chirurgie"*
 2. *Deze hervisitatie wordt bij voorkeur uitgevoerd door een andere visitatiecommissie ad hoc.*

2. Visitatiecommissie ad hoc

1. De leden van de visitatiecommissie ad hoc worden aangewezen door de voorzitter van de plenaire visitatiecommissie.
2. In de visitatiecommissie ad hoc heeft minimaal één lid van de plenaire visitatiecommissie zitting, die zelf tenminste 5 jaar praktijk uitoefent, dan wel dat tot voor drie jaar geleden heeft gedaan en die ervaring heeft met visiteren.
3. De visitatiecommissie ad hoc kan worden aangevuld met een externe visiteur.
4. In de visitatiecommissie ad hoc kunnen visiteurs zitting hebben die niet werkzaam zijn in dezelfde regio en evenmin op enigerlei wijze betrokken zijn bij de te visiteren collegae.
5. Bij het visiteren van centra waar (ook) congenitale hartchirurgie wordt verricht zijn twee actief praktiserende kinderhartchirurgen lid van de commissie ad hoc. Voor deze kinderhartchirurgen is het geen eis dat zij lid zijn van de plenaire visitatiecommissie van de NVT. Het derde (en eventueel vierde) lid van deze visitatiecommissie ad hoc dient wel lid van de plenaire visitatiecommissie te zijn.
 - De visitatie van een congenitaal hartchirurgisch centrum gebeurt op basis van een door de Commissie Congenitale Cardiothoracale Chirurgie van de NVT aangepaste vragenlijsten en instrumenten.
6. De te visiteren collegae kunnen tegen één of meer visitatoren van de visitatiecommissie ad hoc bezwaar maken bij het secretariaat van de NVT. Indien de plenaire visitatiecommissie het bezwaar gegrond acht wordt (worden) de betreffende visitor(en) vervangen. Indien geen overeenstemming wordt bereikt, beslist het bestuur van de NVT.³
7. Bovenstaande kan mogelijk tot gevolg hebben dat de visitatie op een latere dan de oorspronkelijke datum zal plaatsvinden.
8. Elke visiteur zal tenminste aan twee visitaties per kalenderjaar deelnemen, bij voorkeur bij een visitatie van het eigen specialisme. Is daartoe geen mogelijkheid dan zal worden deelgenomen aan een visitatie van een vakgroep van een ander specialisme.

3. Plenaire visitatiecommissie

1. De plenaire visitatiecommissie bestaat uit ten minste vijf cardiothoracaal chirurgen, die door het bestuur van de NVT voor een periode van drie jaar worden benoemd, met de mogelijkheid voor een tweede termijn van drie jaar. De voorzitter van de plenaire visitatiecommissie wordt door het bestuur van de NVT benoemd uit de leden van de plenaire visitatiecommissie, op voordracht van de leden van de plenaire visitatiecommissie.
2. Een AIOS vanuit de kan deel uitmaken van de plenaire visitatiecommissie als toevoerder met spreekrecht.
3. Bij het bestuur van de NVT kan op verzoek van de plenaire visitatiecommissie na een periode van zes zittingsjaren, eenmaal verlenging voor één of meer leden aangevraagd worden voor nogmaals een periode van drie jaar, om de continuïteit van de commissie te waarborgen.
4. De leden van de plenaire visitatiecommissie:
 - Zijn lid van de NVT,
 - Zijn reeds tenminste vijf jaar geregistreerd als cardiothoracaal chirurg in Nederland,
 - Zijn tijdens de zittingsperiode in het bezit van een registratie,
 - Onderschrijven de visie en werkwijze van de NVT zoals beschreven in het visitatiereglement,
 - Hebben vaardigheid in de Nederlandse taal zowel voor het voeren van de gesprekken als het schrijven van verslagen,
 - Zijn reeds betrokken geweest bij kwaliteitsvisitaties als toegevoegd lid van een commissie ad hoc,
 - Hebben de door de NVT aangeboden visitatietraining doorlopen,
 - Zijn bereid tenminste vier kwaliteitsvisitaties per jaar uit te voeren, én
 - Hebben buiten visitatieverband te allen tijde zwijgplicht over datgeen wat hen in het kader van de visitatie is toevertrouwd. Indien de indruk bestaat dat de vertrouwelijkheid wordt geschonden dient of kan men dit te melden aan het bestuur van de NVT.
5. De leden van de plenaire visitatiecommissie mogen niet:
 - op enigerlei wijze verbonden zijn aan het College Geneeskundige Specialismen (CGS)
 - zitting hebben in de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS)
 - lid zijn van de Commissie van Beroep Medische Specialisten van de NVT;
 - voorzitter zijn van het bestuur van de NVT;
 - lid zijn van het bestuur van één van de Beroepsverenigingen binnen de KNMG;
 - lid zijn van de beroepsbelangencommissie van de NVT.
6. De voorzitter van de plenaire visitatiecommissie legt verantwoording over de werkzaamheden van de commissie af aan het bestuur van de NVT.
7. De NVT evalueert de bezoekers. Zij doet dit op een voor haar passende wijze, bijvoorbeeld middels het verzenden van al dan niet geanonimiseerde enquêteformulieren naar de gevisiteerden. De uitkomsten van de evaluaties worden aan de leden van de NVT ter beschikking gesteld. De uitkomsten van de evaluaties worden gebruikt om het visitatieproces te optimaliseren.

4. Visitatie

1. Visitatie vindt één keer in de vijf jaar plaats. Alleen in zwaarwegende omstandigheden kan van de termijn van vijf jaar worden afgezien. Collegae kunnen te allen tijde zelf een vervroegde visitatie aanvragen bij de secretaris/voorzitter van de plenaire visitatiecommissie. Iedere afwijking van een normale geldigheidstermijn van 5 jaar of niet tijdig aanvragen van een visitatie wordt door de voorzitter van de plenaire visitatiecommissie gemeld aan het bestuur van de NVT. Het bestuur van de NVT beslist in zijn hoedanigheid en in alle wijsheid over de te nemen acties en stelt dan daarvan de plenaire visitatiecommissie op de hoogte.
2. Als de situatie dat vraagt, kan de plenaire visitatiecommissie in afstemming met het bestuur van de NVT besluiten dat hervisitatatie op kortere termijn gewenst is.
3. Een centrum is verplicht een nieuwe kwaliteitsvisitatie aan te vragen bij het secretariaat van de NVT, conform de afspraken voor het verlopen van de lopende termijn. De NVT zal het centrum hierover ook een herinnering sturen binnen de laatste zes maand van de lopende termijn.
4. Indien de NVT geen nieuwe aanvraag heeft ontvangen voor het verlopen van de termijn zal de NVT hierover een tweede herinnering richten naar de betrokken vakgroep en de Raad van Bestuur van het centrum.
5. Indien de NVT zes maanden na dit laatste bericht geen nieuwe aanvraag heeft gehad, zal de NVT opnieuw de betrokken vakgroep, de Raad van Bestuur hierover berichten en dit met een kopie aan IGJ.
6. De ingevulde vragenlijsten, instrumenten en verbeterplannen én het definitieve programma van de visitatie worden uiterlijk zes weken voor de visitatie geretourneerd aan het bureau van de NVT. Alle aan te leveren deeldocumenten moeten als een enkel document worden aangeleverd. Het is essentieel dat alle vaste vakgroepleden betrokken zijn geweest bij de voorbereiding van de visitatie.
7. Het secretariaat van de NVT en de voorzitter van de plenaire visitatiecommissie controleren binnen 8 werkdagen of de aangeleverde documenten procedureel voldoen aan de eisen voor de visitatie. Hierover wordt de te visiteren vakgroep geïnformeerd.
8. De stukken worden, indien het conform de eisen is, aan de leden van de samengestelde ad hoc visitatiecommissie gestuurd. Daarna wordt met het centrum een datum voor de visitatie afgesproken. Daarbij wordt tevens de samenstelling van de visitatiecommissie ad hoc aangegeven, en of een externe visiteur de visitatiecommissie ad hoc zal aanvullen. De te visiteren vakgroep doet daarop een voorstel voor het programma van de visitatie.
9. Deze visitatiecommissie ad hoc zal binnen 21 werkdagen na haar aanstelling schriftelijk laten weten of men op de dag van visitatie nog aanvullend onderzoek wil doen en of nog aanvullende gegevens aangeleverd, dan wel op de visitatiedag

aangeleverd moeten worden. De communicatie hierover loopt in eerste instantie via de voorzitter van de plenaire visitatiecommissie en het secretariaat van de NVT. Het secretariaat van de NVT zal de vakgroep hierover informeren.

10. De visitatiecommissie ad hoc zal in het kader van de visitatie en uitgaande van de vastgestelde waarderingssystematiek van de NVT, alsmede aan de hand van de ingevulde vragenlijsten, instrumenten en verbeterplannen in ieder geval een gesprek hebben met:
 - alle specialisten van het betreffende centrum,
 - een vertegenwoordiger van of namens de Raad van Bestuur,
 - een vertegenwoordiger van de medische staf of van het stafbestuur (niet zijnde iemand van hetzelfde specialisme).
11. Voor zover relevant voor de waardering van de normen en op basis van de overwegingen van de visitatiecommissie ad hoc vindt er ook een gesprek plaats met:
 - een vertegenwoordiger van de cardiologen,
 - cardio-anesthesiologen, intensivisten, longartsen (indien ook longchirurgie wordt uitgevoerd),
 - een vertegenwoordiging van A(N)IOS,
 - een vertegenwoordiging van de verpleegkundigen van de klinische afdeling,
 - een vertegenwoordiger van de perfusionisten,
 - een datamanager/beheerder
12. De normering waaraan de praktijkvoering dient te voldoen is onderverdeeld in vier kwaliteitsdomeinen: evaluatie van zorg, vakgroepfunctioneren, patiëntenperspectief en professionele ontwikkeling en is vervat in de waarderingssystematiek van de NVT.
13. Onder verantwoordelijkheid van de voorzitter van de visitatiecommissie ad hoc wordt het dagprogramma vastgesteld. In geval van een gelijktijdige opleidingsvisitatie wordt het programma in overleg vastgesteld met de voorzitter van de visitatiecommissie ad hoc van het Concilium.
14. Indien er praktijk gevoerd wordt op meerdere locaties, dan dienen de specialisten tevens vragen over deze locatie te beantwoorden en worden medewerkers van de ander locatie(s) betrokken bij de voorbereiding. De visitatie(dag) vindt op de hoofdlocatie plaats. De beoordeling van de andere locatie(s) kan op dezelfde visitatiedag plaatsvinden, in overleg tussen de voorzitter van de visitatiecommissie ad hoc of het secretariaat van de NVT en de te visiteren specialisten.
15. De te visiteren vakgroep is verantwoordelijk voor:
 - het aanwijzen van een aanspreekpunt/contactpersoon voor vragen vooraf, op de dag zelf, en om het visitatierapport naar toe te sturen,
 - het organiseren van een geschikte ruimte voor het voeren van de gesprekken voor de visitatie;
 - het uitnodigen van de gesprekspartners als genoemd in artikel IV.11 en IV.12 voor een afzonderlijk informatief gesprek met de visitatiecommissie;
 - het organiseren van een lunch en een ruimte waar deze genuttigd kan worden.
16. Aan het eind van de visitatiedag bespreekt de voorzitter de voorlopige

conclusies en adviezen met de gevisiteerden.

17. De secretaris ad hoc legt de bevindingen, aanbevelingen en adviezen van de gehouden visitatie binnen zes weken vast in een conceptrapport, dat ter beoordeling wordt voorgelegd aan de andere leden/het andere lid van de visitatiecommissie ad hoc. In onderling overleg wordt het rapport desgewenst aangepast. De andere leden/het andere lid geven of geeft voorstellen tot verbeteren van het conceptrapport door aan de voorzitter onder wiens verantwoordelijkheid de wijzigingen al dan niet worden ingevoerd.
18. Eventuele gespreksverslagen worden binnen 14 werkdagen voorgelegd aan de betreffende gesprekspartners ter beoordeling op feitelijke onjuistheden. Indien binnen twee weken geen commentaar wordt ontvangen, wordt ervan uitgegaan dat het gespreksverslag een goede afspiegeling is van het besprokene.
19. De visitatiecommissie ad hoc zorgt ervoor dat binnen de 21 werkdagen na deze vergadering de betreffende maatschap het concept van het geaccordeerde visitatierapport ontvangt.
20. Het gehele geaccordeerde conceptvisitatierapport wordt door de visitatiecommissie ad hoc binnen 21 werkdagen, met een begeleidend schrijven, naar de contactpersoon van de gevisiteerde specialisten gestuurd met het verzoek deze te beoordelen op feitelijke onjuistheden. Indien binnen 14 werkdagen geen schriftelijk commentaar wordt ontvangen, wordt ervan uitgegaan dat het rapport een goede afspiegeling is van het besprokene en dat de vakgroep geen bezwaar heeft tegen de inhoud van de rapportage.
21. Het eventuele commentaar van de gevisiteerde vakgroep wordt door de voorzitter van de plenaire visitatiecommissie doorgegeven aan de commissie ad hoc en vraagt hen om een reactie binnen twee weken. Indien de voorzitter van de plenaire visitatiecommissie, zelf lid was van de commissie ad hoc, brengt hij een ander lid van de plenaire visitatiecommissie, als zijnde zijn vervanger, van deze reactie op de hoogte.
22. De visitatiecommissie ad hoc beantwoordt het verzoek tot correctie en beslist of er een correctie moet gebeuren. Eventuele correcties betreffen alleen feitelijke onjuistheden. Dit besluit wordt voorgelegd aan de voorzitter van de plenaire visitatiecommissie, of aan zijn hiervoor aangewezen vervanger. Na overleg en een positief besluit wordt het rapport aangepast, waarna het rapport de definitieve status krijgt.
23. Indien de verzochte correcties van meer inhoudelijke aard zijn en wel zo dat de besluiten ingrijpend verandering behoeven, of voorwaarden vervallen, dan moet dit binnen de plenaire visitatiecommissie onmiddellijk besproken worden.
24. In het definitieve visitatierapport wordt naast een algemene indruk ook het volgende opgenomen:
 - Basisnorm: Daar waar de vakgroep voldoet aan de norm.
 - Streefnorm: Daar waar de vakgroep excelleert, een voorbeeld is voor anderen.
 - Aanbevelingen: Indien de praktijkvoering, zoals getoetst aan de hand van de

normering als bedoeld in artikel IV.13, op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.

- Zwaarwegend adviezen: Indien ten aanzien van één of meer onderdelen, zoals getoetst aan de hand van de normering als bedoeld in artikel IV.13, 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: worden gesteld indien ten aanzien van essentiële onderdelen, zoals getoetst aan de hand van de normering als bedoeld in artikel IV.13, bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd, indien de vakgroep suboptimaal functioneert én/of de veiligheid van de patiëntenzorg in het geding is. Voorwaarden waarbij de patiëntveiligheid niet in het geding is dienen binnen maximaal zes maanden na afgifte van het visitatierapport te zijn opgeheven. Indien echter sprake is van een zodanige situatie waarbij de veiligheid van de patiëntenzorg in gevaar is wordt de voorwaarde onmiddellijk, dat wil zeggen uiterlijk aan het eind van de visitatiedag gesteld, en wordt dit ook als zodanig meegedeeld aan de RVB van de desbetreffende instelling. Tevens geeft de visitatiecommissie ad hoc aan binnen welke termijn deze voorwaarde dient te zijn opgeheven.
25. Indien de visitatiecommissie ad hoc constateert dat er sprake is van omstandigheden van zodanige aard die de kwaliteit van de zorg in gevaar kunnen brengen dan kunnen zij daarover in het definitieve rapport als bedoeld in artikel IV.26 ook aanbevelingen, zwaarwegende adviezen of voorwaarden opnemen, ongeacht of deze volgen uit het kader als genoemd in artikel IV.13.
 26. Vervolgens wordt het definitieve visitatierapport, ondertekend door de voorzitter van de plenaire visitatiecommissie van de NVT, gestuurd naar de gevisiteerde specialisten en de Raad van Bestuur, welke in ieder geval de conclusies en aanbevelingen worden toegestuurd. De visitatierapporten zijn niet openbaar. Alle afwijkingen van het hierboven gestelde worden eerst aan het bestuur van de NVT en de gevisiteerde vakgroep voorgelegd.
 27. De visitatiecommissie ad hoc/de plenaire visitatiecommissie kan voor een goede uitvoering van de adviezen desgewenst verwijzen naar beschrijvingen van goede praktijkvoorbeelden.
 28. Indien de gevisiteerde specialisten het niet eens zijn met het definitieve visitatierapport kunnen zij binnen drie weken na ontvangst van het definitieve visitatierapport hun bezwaren schriftelijk en beargumenteerd kenbaar maken aan het bestuur van de NVT via het secretariaat, mede ondertekend door de Raad van Bestuur van het gevisiteerde centrum. Bezwaar maken is alleen mogelijk indien ook reeds bij het conceptrapport de bezwaren door de gevisiteerde vakgroep

schriftelijk kenbaar zijn gemaakt.

29. Een vakgroep die een dergelijk bezwaar aantekent geeft daarmee ook de beroepscommissie, die door het bestuur van de NVT zal worden samengesteld, toestemming tot inzage in alle documenten behorende bij de uitgevoerde visitatie (visitatierapport, gespreksverslagen, etc.). De beroepscommissie zal beoordelen of er een nieuwe visitatie dient plaats (indien zij het bezwaar terecht vindt) of dat de conclusies van de vorige visitatie gehandhaafd worden (indien zij het bezwaar verwerpt). Tegen de beslissing van de beroepscommissie is geen verder bezwaar meer mogelijk.
30. Indien er in het visitatierapport sprake is van zwaarwegende adviezen dan stuurt de vakgroep een voortgangsrapportage binnen maximaal één jaar na dagtekening van het definitieve rapport naar de plenaire visitatiecommissie van de NVT. Alle zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.
31. Indien er in het visitatierapport sprake is van voorwaarden, die niet op basis van artikel IV.26 met onmiddellijke ingang zijn gegeven, dan stuurt de vakgroep een voortgangsrapportage binnen maximaal 6 maanden na dagtekening van het definitieve rapport naar de plenaire visitatiecommissie. Alle voorwaarden dienen dan ook te zijn opgeheven. Indien de voorwaarde op basis van artikel IV.26 wel met onmiddellijke ingang is gegeven geldt dat de voorwaarde binnen een termijn van zes maanden vanaf dat moment dient te zijn opgeheven.
32. De voortgangsrapportage wordt onder verantwoordelijkheid van de voorzitter van de plenaire visitatiecommissie gemeld aan het bestuur van de NVT, die beoordeeld over de te nemen acties en stelt hiervan de plenaire visitatiecommissie op de hoogte.
33. Als blijkt dat een vakgroep in gebreke blijft en de voorwaarden niet binnen de gestelde termijn heeft opgelost, en ook de Raad van Bestuur en het Stafbestuur onvoldoende moeite doen of niet in staat zijn om de adviezen uit te voeren en de patiëntenzorg (nog steeds) in het gedrang is, dan zal, eventueel na (diverse) hervisitatie(s), en eventueel via het bestuur van de NVT een melding worden gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
34. Als het bestuur van de NVT een melding gaat doen bij de Inspectie zal zij eerst zowel de vakgroep als ook de Raad van Bestuur hierover inlichten.

5. Financiën

1. De specialisten die gevisiteerd worden, zijn voor de visitatie kosten verschuldigd aan de NVT conform de door de NVT vastgestelde regeling.
2. De NVT zal de leden van de visitatiecommissie ad hoc, waaronder de externe visiteur, een vaste vergoeding betalen. De hoogte van deze vergoeding zal jaarlijks opnieuw worden vastgesteld door het bestuur van de NVT en worden medegedeeld in de algemene ledenvergadering. Aan de secretaris ad hoc komt eveneens een vergoeding toe.

6. Aansprakelijkheid visitatiecommissie

1. De leden van de visitatiecommissie ad hoc zullen hun taak naar eer en geweten en naar beste kunnen uitvoeren.
2. De visitatie wordt door de visitatiecommissie ad hoc met uiterste zorgvuldigheid afgenomen. Daarbij wordt uitgegaan van volledige medewerking van de vakgroepleden. De visitatiecommissie ad hoc gaat er van uit de vakgroepleden in het kader van het onderzoek volledige en juiste informatie verstrekken. De visitatiecommissie ad hoc is evenwel niet aansprakelijk voor enige schade als gevolg van het door haar uitgevoerde onderzoek en het op grond daarvan opgestelde rapport.

Addendum

Taakverdeling

A. Mogelijke taakverdeling binnen de plenaire visitatiecommissie

Voorzitter

- leidt vergaderingen van de plenaire visitatiecommissie
- vertegenwoordigt de plenaire visitatiecommissie in andere gremia

Vice-voorzitter

- vervangt zo nodig de voorzitter

Secretaris

- bereidt vergaderingen van de plenaire visitatiecommissie voor
- beheert het archief
- stelt de jaarverslagen en -overzichten op
- houdt het stroomschema van de visitaties bij
- beheert de logistiek van het visitatieproces

Leden

- visiteren en bespreken de visitatierapporten in de plenaire visitatiecommissie
- leden die als voorzitter van een visitatiecommissie ad hoc optreden, leiden de visitatie op de locatie en zorgen voor een (telefonische) voorbespreking.

B. Mogelijke taken van de secretaris ad hoc

- wordt aan de visitatiecommissie ad hoc toegevoegd vanuit het bureau van de NVT
- bereidt de visitatie voor
- maakt notulen tijdens vergaderingen en werkt deze uit
- gaat mee naar de visitatie
- maakt (concept-) verslagen en (concept-)rapporten van de visitaties
- draagt zorg voor overdracht van de concept- en definitieve stukken aan de secretaris van de plenaire visitatiecommissie

KISZ-Lijst

- De KISZ lijst bestaat uit drie onderdelen. vakinhoudelijke-, horizontale- en verticale samenwerking
- Alle stafleden vullen deze KISZ-lijsten in.
- De resultaten van deze KISZ lijst worden besproken binnen de maatschap en eventuele verbeterpunten worden opgezet
- De – uiteindelijke - KISZ-lijsten worden aangeleverd via het beschikbare format samen met de door de maatschap aangegeven verbeterpunten

Methodiek

De kolommen worden als volgt ingevuld/gescoord:

1. Feitelijke situatie beantwoorden (met ja of nee)

2. Hoe waardeert u dit?

1 = goed

2 = te verbeteren

3 = eigenlijk onvoldoende

3. Oordeel kwaliteitscommissie

1 = goed

2 = te verbeteren

3 = onvoldoende

De KISZ-lijsten

1. Vakinhoudelijke afstemming binnen de maatschap

- Overdracht (rapport),
- Visites
- Eenheid van medisch beleid

Vraag	Feitelijke situatie	Hoe waardeert u dit?	Oordeel visitatie- commissie
1. Is er een ochtendrapport?	Ja / nee		
Zo ja, nemen alle stafleden daaraan deel?	Ja / nee		
Zo ja, nemen alle assistenten daaraan deel?	Ja / nee		
2. Is er een avondoverdracht?	Ja / nee		
Zo ja, nemen alle stafleden daaraan deel?	Ja / nee		
Zo ja, nemen alle assistenten daaraan deel?	Ja / nee		
3. Wordt er dagelijks visite gelopen bij alle patiënten?	Ja / nee		
4. Wordt er door de chirurgen visite gelopen?	Ja / nee		
Zo ja, hoe vaak per week? keer		
5. Is er binnen de maatschap een verdeling van aandachtsgebieden?	Ja / nee		
6. Is er een eenduidig beleid voor patiënten op de afdeling?	Ja / nee		
7. Zijn er protocollen voor voor- en nabehandeling?	Ja / nee		
8. Zijn er protocollen voor operatietechnieken?	Ja / nee		
9. Voeren de chirurgen regelmatig gezamenlijk operaties uit?	Ja / nee		
10. Zorgt iedere chirurg uitsluitend voor de eigen patiënten?	Ja / nee		

2. Verticale samenwerking

- arts-assistenten
- physician-assistants / nurse-practitioners (pa/np's)
- verpleging
- OK-medewerkers, perfusionisten

Vraag	Feitelijke situatie	Hoe waardeert u dit?	Oordeel visitatie-commissie
1. Lopen de arts-assistenten en/of pa/np's dagelijks visite op de afdeling?	Ja / nee		
2. Lopen de arts-assistenten en/of pa/np's ook onder leiding van de chirurg visite?	Ja / nee		
Zo ja, hoe vaak per week?	... keer		
3. Nemen de arts-assistenten en/of pa/np's deel aan de hartteam bespreking?	Ja / nee		
4. Nemen de arts-assistenten en/of pa/np's deel aan de complicatie bespreking?	Ja / nee		
5. Doen de arts-assistenten en/of pa/np's avond- en nachtdiensten?	Ja / nee		
Zo ja, zijn dit aanwezigheidsdiensten?	Ja / nee		
Zo nee, wie verricht dan bedoelde diensten?			
6. Zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de arts-assistenten en/of pa/np's vastgelegd?	Ja / nee		
7. Worden de arts-assistenten en/of pa/np's in staat gesteld om na te scholen?	Ja / nee		
8. Voert een van de chirurgen regelmatig een functioneringsgesprek met de arts-assistenten en/of pa/np's?	Ja / nee		
9. Is er structureel overleg met de verpleging?	Ja / nee		
10. Wordt er door de chirurgen nascholing voor de verpleging verzorgd?	Ja / nee		
11. Is er structureel overleg met de OK-medewerkers?	Ja / nee		
12. Wordt er door de chirurgen nascholing voor de OK-medewerkers verzorgd?	Ja / nee		
13. Is er structureel overleg met de perfusionisten?	Ja / nee		

3. Horizontale samenwerking

- multi-specialistische samenwerking
- consulten

Vraag	Feitelijke situatie	Hoe waardeert u dit?	Oordeel visitatie-commissie
1. Is er een dagelijkse hartteam-bespreking?	Ja / nee		
2. Is er een wekelijkse hartteam-bespreking voor lastige beslissingen?	Ja / nee		
3. Is er een wekelijkse longbespreking?	Ja / nee		
4. Is er een dagelijkse IC-bespreking?	Ja / nee		
5. Is er structureel overleg met de cardiologen?	Ja / nee		
6. Is er structureel overleg met de longartsen?	Ja / nee		
7. Is er structureel overleg met de anesthesiologen?	Ja / nee		
8. Is er structureel overleg met de IC-artsen?	Ja / nee		
9. Leveren de bovenstaande specialismen voldoende ondersteuning?	Ja / nee		
10. Worden consulten van andere specialismen binnen de lokaal afgesproken termijn uitgevoerd?	Ja / nee		
11. Vindt er periodiek overleg plaats met de Raad van Bestuur?	Ja / nee		
12. Is het hoofd van de afdeling cardio-thoracaal chirurg?	Ja / nee		
13. Is er een medisch manager?	Ja / nee		
14. Is de medisch manager lid van de maatschap?	Ja / nee		
15. Is er gestructureerd overleg met het divisie- of clustermanagement?	Ja / nee		

Noten bij vraag:

1. onder hartteam wordt verstaan de interdisciplinaire indicatiestellende bespreking
1. onder longbespreking wordt verstaan de interdisciplinaire indicatiestellende bespreking
- 5 t/m 8 bedoeld worden regelmatig terugkerende besprekingen over organisatorische en beleidsmatige zaken
17. een medisch manager is een medisch specialist., die namens de maatschap in engere zin, de contacten met de ziekenhuisorganisatie onderhoudt.

Indien THI procedures worden verricht in Uw centrum

1. Vakinhoudelijke afstemming

- Volgt U de ESC/EACTS richtlijnen voor TAVI?
- Volgt U de richtlijnen van de Nederlandse Werkgroep THI?
- Volgt U het indicatiedocument van de Nederlandse Werkgroep THI?
- Worden TAVI patiënten besproken tijdens het ochtendrapport?
 - Is er een interventiecardioloog van het TAVI team aanwezig bij het ochtend rapport?
 - Worden TAVI patiënten besproken tijdens het avondrapport?
 - Is er een interventiecardioloog van het TAVI team aanwezig bij het avondrapport?
 - Is er een afzonderlijk TAVI rapport?
 - Zijn de TAVI cardiothoracaal chirurgen aanwezig bij het TAVI rapport?
 - Zijn de TAVI interventiecardiologen aanwezig bij het TAVI rapport?
- Is er een protocol van screening tot follow up van TAVI patiënten?
- Is er een protocol voor de TAVI ingrepen, voor elke TAVI access afzonderlijk?
- Is er een preoperatieve TAVI poli voor alle potentiële TAVI patiënten?
- Wordt het calamiteiten beleid voor elke TAVI patiënt preoperatief besproken en schriftelijk vastgelegd?
- Is er een schriftelijke patiënten-informatie over de TAVI procedures beschikbaar?
- Is er een zelfde elektronisch patiëntendossier voor de afdelingen cardio-thoracale chirurgie en interventiecardiologie?
- Worden TAVI patiëntgegevens geregistreerd in een gezamenlijk dossier voor cardio-thoracale chirurgie en interventiecardiologie?
- Worden TAVI complicaties geregistreerd?
- Neemt U deel aan de landelijke TAVI registratie?
 - Zo niet: verklaar
 - Zo ja: via BHN- of via NCDR registratie

2. Verticale samenwerking

Nemen arst-assistenten en/of pa/np's deel aan het TAVI hartteam?

Nemen arts-assistenten en/of pa/np's deel aan de TAVI ingrepen?

Nemen arts-assistenten en/of pa/np's deel aan de TAVI complicatiebesprekingen?

3. Horizontale samenwerking

- Is er een dedicated TAVI hartteam met minstens 1 TAVI cardio thoracaal chirurg en 1 TAVI interventiecardioloog.
- Worden alle potentiële TAVI patiënten besproken binnen het TAVI hartteam
- Worden alle TAVI procedures gezamenlijk uitgevoerd door een cardiothoracaal chirurg en interventiecardioloog uit het dedicated TAVI hartteam
- Is er een preoperatief assessment van alle TAVI patiënten door de cardio-anesthesist?
- Staat een toestel voor extracorporele circulatie stand by tijdens alle TAVI ingrepen?

- Staat een TEE toestel stand by tijdens alle TAVI ingrepen?
- Is er voorafgaand aan elke TAVI ingreep een Checklist of multidisciplinair overleg?
 - Is de TAVI chirurg hierbij altijd aanwezig?
 - Is de TAVI interventiecardioloog hierbij altijd aanwezig?
 - Is de cardio-anesthesist hierbij altijd aanwezig?
 - Is de echocardio-specialist (cardioloog of cardio-anesthesist) hierbij altijd aanwezig?
 - Is de OK assistente hierbij altijd aanwezig?
 - Is de cathlab technician hierbij altijd aanwezig?
 - Is de perfusionist hierbij altijd aanwezig?
- Worden alle TAVI ingrepen multidisciplinair geëvalueerd?
 - Is de TAVI chirurg hierbij altijd aanwezig?
 - Is de TAVI interventiecardioloog hierbij altijd aanwezig?
 - Is de cardio-anesthesist hierbij altijd aanwezig?
 - Is de echocardio-specialist (cardioloog of cardio-anesthesist) hierbij altijd aanwezig?
 - Is de OK assistente hierbij altijd aanwezig?
 - Is de cathlab technician hierbij altijd aanwezig?
 - Is de perfusionist hierbij altijd aanwezig?
- Wordt er nascholing voorzien door TAVI chirurgen?
- Wordt er nascholing voorzien door TAVI cardiologen?
- Worden TAVI complicaties besproken tijdens een multidisciplinaire complicatiebespreking?
 - Zijn TAVI caridologen aanwezig tijdens deze bespreking?
 - Zijn TAVI chirurgen aanwezig tijdens deze bespreking?
 - Zijn cardio-anesthesisten aanwezig tijdens deze bespreking?

Dossier onderzoek

- Naar aanleiding van het besluit genomen op de vergadering van de commissie kwaliteitsvisitaties op 14 december 2010, zal tijdens de visitaties een aantal statussen van opgenomen patiënten worden gescreend alsook van patiënten die recentelijk zijn ontslagen (dit ivm de ontslagbrieven). Hierbij zal de visitatie commissie ad Hoc zich laten bijstaan door een van de stafleden van de gevisitieerde maatschap. Dit geldt zowel voor hart- en longchirurgische patiënten.
- Basis voor het dossier onderzoek is tabel 1. Dossieronderzoek (zie volgende pagina)
- De maatschap evalueert als voorbereiding op de visitatie een 5-tal dossiers van opgenomen patiënten en 5 dossiers van recentelijk ontslagen patiënten op basis van tabel 1. en stelt op basis van haar bevindingen een aantal verbeter punten op. Deze evaluatie en verbeterpunten worden als resultaat aan de commissie kwaliteitsvisitatie aangeboden.

Methodiek

De kolommen worden als volgt ingevuld/gescoord:

1. aanwezig

1 = altijd

2 = meestal

3 = zelden

4 = niet

3. waardering op kwaliteit

1 = zeer goed

2 = matig tot goed

3 = minimaal, moet zeker beter

4 = onvoldoende

Tabel 1. Dossieronderzoek

	Gegevens Hartteambespreking Gegevens Longbespreking	aanwezig	waardering
1	Verwijsbrief en relevante oude correspondentie		
2	Hoofddiagnose en co-morbiditeit Preoperatieve stadiëring bij longoperatie		
3	Preoperatieve consulten en onderzoeken		
4	Behandelaarvoorstel		
	Gegevens preoperatieve polikliniek		
5	Recent lab en X-thorax		
	Klinisch dossier		
6	Opnamediagnose, lichamelijk onderzoek, medicatie		
7	Notities aangaande informed consent *		
8	Operatieverslag. Indien niet direct beschikbaar korte samenvatting in decursus		
9	Time-out procedure		
9	Intra-operatieve stadiëring en PA-verslag bij longoperaties		
10	Perfusieverslag en anesthesielijst		
11	Samenvatting IC-periode		
12	Dagelijkse decursus en dag(temp)lijsten		
13	Naam en datum bij aantekening		
14	Medicatie bij ontslag		
15	Voorlopige ontslagbrief binnen 3 dagen		
16	Definitieve ontslagbrief binnen 2 weken		

Verwijzers enquête

- Als voorbereiding voor de kwaliteitsvisitatie verstuurt de maatschap bijgevoegde verwijzers enquête naar hun respectievelijke verwijzers. Men geeft aan of de enquête naar de verwijzende maatschap of naar de individuele verwijzers werd gestuurd. Eventueel kan deze enquête lijst door de maatschap met een aantal extra vragen worden aangevuld
- De maatschap geeft een overzicht van de grootste verwijzende centra van de laatste jaren
- De maatschap bespreekt het resultaat van de verwijzers enquête en formuleert op basis hiervan een aantal verbeter initiatieven
- Het resultaat van de verwijzers enquête en de evaluatie van de maatschap worden in het rapport aan de commissie kwaliteitsvisitaties aangeboden.
- De verwijzers enquête dient recent (maximaal 2 jaar geleden) te zijn uitgezet.

Enquêteformulier voor verwijzend cardiologen

Verwijzend ziekenhuis

In onderstaande vragen wordt van u een waarde oordeel gevraagd.
U wordt verzocht uw oordeel in een schaal van 1 tot 3 uit te drukken.

1 = goed
2 = te verbeteren
3 = eigenlijk onvoldoende

Tevens zijn er een aantal Ja/Nee en Altijd/Wel eens/Nooit vragen.

A. Kwaliteit patiëntenzorg

A1. Geef uw mening over de kwaliteit van zorg voor de volgende categorieën

1.	Coronairchirurgie	1	2	3
2.	Klepchirurgie	1	2	3
3.	Gecombineerde klep/coronairchirurgie	1	2	3
4.	Thoracale vaatchirurgie	1	2	3
5.	TAVI (indien van toepassing)	1	2	3

A2. Bent u over het algemeen tevreden over de “verwijs-relatie” met ons centrum?

1 2 3

B. Kwaliteit rondom de verwijzing

B1. Krijgt u bij het aanmelden van een patiënt een bevestiging van de aanmelding?

Ja / Nee

B2. Krijgt u na acceptatie van de patiënt een bericht van de acceptatie en een voorspelling van de termijn waarbinnen de operatie zal plaatsvinden?

Ja / Nee

B3. Krijgt u na het niet-accepteren van de patiënt een bericht met nadere motivatie?

Ja / Nee

B4. Krijgt u een bericht met nadere motivatie indien er wordt afgeweken van het door u voorgestelde behandelplan?

Ja / Nee

B5. Krijgt u bij het ontbreken van gegevens een duidelijke vraag omtrent de onvolledige gegevens?

Ja / Nee

B6. Vindt u dat het acceptatieproces vlot verloopt? 1 2 3

C. Kwaliteit contact tussen verwijzer en cardiothoracaal centrum

C1. Bent u als verwijzer aanwezig op de indicatiestellende bespreking?

Nooit Wel eens Altijd

C2. Kent u de meeste cardio-thoracaal chirurgen persoonlijk? Ja / Nee

C3. Hoe beoordeelt u de telefonische bereikbaarheid van het centrum?

1 2 3

C4. Hoe beoordeelt u de telefonische bereikbaarheid van de chirurgen zelf?

1 2 3

C5. Hoe beoordeelt u de ontslag informatie (brieven):

Op inhoud 1 2 3

Op snelheid van ontvangst 1 2 3

C6. Wordt u persoonlijk geïnformeerd bij overlijden van uw patiënt?

Nooit Wel eens Altijd

D. Aanvullende suggesties om de relatie tussen verwijzer en cardio-thoracaal centrum te verbeteren:

B5. Krijgt u bij het ontbreken van gegevens een duidelijke vraag omtrent de onvolledige gegevens? Ja / Nee

B6. Vindt u dat het acceptatieproces vlot verloopt? Ja / Nee
1 2 3

C. Kwaliteit contact tussen verwijzer en cardio-thoracaal centrum

C1. Bent u als verwijzer aanwezig op de indicatiestellende longbespreking?
Nooit Wel eens Altijd

C2. Kent u de meeste cardio-thoracaal chirurgen persoonlijk? Ja / Nee

C3. Hoe beoordeelt u de telefonische bereikbaarheid van het centrum?
1 2 3

C4. Hoe beoordeelt u de telefonische bereikbaarheid van de chirurgen zelf?
1 2 3

C5. Hoe beoordeelt u de ontslag informatie (brieven):
Op inhoud 1 2 3
Op snelheid van ontvangst 1 2 3

C6. Wordt u persoonlijk geïnformeerd bij overlijden van uw patiënt?
Nooit Wel eens Altijd

D. Aanvullende suggesties om de relatie tussen verwijzer en cardio-thoracaal centrum te verbeteren:

Patiëntenenquête

- De gebruikte patiëntenenquête wordt gepresenteerd.
- Er wordt aangegeven hoeveel patiënten werden gecontacteerd , op welke manier , en het percentage respons.
- Een samenvatting van de resultaten wordt gepresenteerd.
- Aansluitend wordt de door de gevisiteerde maatschap opmerkingen, verbeterplannen en of verbeteracties aangegeven.
- De patiëntenenquête dient recent (maximaal 2 jaar geleden) te zijn uitgezet.

Inleiding

De laatste jaren krijgen klanten en patiënten een meer belangrijke rol toebedeeld in de beoordeling van (zorg)producten en diensten. Patiënten/consumenten worden steeds meer als serieuze partner gezien, ze organiseren zich beter en worden meer zelfbewust. Het verzamelen van meningen en wensen van gebruikers is een belangrijk kenmerk van de recente ontwikkelingen in de maatschappij.

Wat is patiëntenfeedback?

Patiëntenfeedback is de reactie die patiënten hebben op de aan hen geleverde zorg. Feedback komt meestal niet vanzelf; patiënten worden daarvoor actief benaderd.

Wat vinden patiënten belangrijk?

Uit onderzoek van het NIVEL¹ in acht Utrechtse ziekenhuizen blijkt dat patiënten de kwaliteit van hun relatie met de arts en verpleegkundige het belangrijkste vinden. Serviceaspecten komen op de tweede plaats. Het allergrootste belang hechten patiënten aan het vertrouwen in de arts, de kwaliteit van de informatie en de mate van respect waarmee zij worden bejegend.

Diverse thoraxchirurgische centra werken met eigen patiënt-tevredenheidsonderzoeken (PTO). Het voordeel van deze in eigen huis gegenereerde vragenlijsten is, dat de vragen beter aansluiten op de dagelijkse praktijk en ook een betere band arts-patiënt vormen dan een algemene ziekenhuis patiënten enquête.

De Commissie Kwaliteitsvisitaties van de NVT is van mening dat een eigen PTO een hogere waarde heeft dan een ziekenhuisbrede PTO, zeker als dit eigen PTO regelmatig wordt herhaald en dus een bepaalde evolutie kan gevolgd worden. Indien een centrum nog niet beschikt over een eigen PTO beschikt, kunnen natuurlijk de resultaten van een ziekenhuisbreed PTO geselecteerd worden voor de CTC patiënten.

1 Friele, RD, Andela M. Visie patiënten op kwaliteit ziekenhuiszorg. Gaat het patiënten vooral om de capuccino?

Medisch Contact 2000; 55 (129-132)

Het maatschapsfunctioneren

Quick Scan

- **per 2011 is deze Quickscan een verplicht item van de kwaliteitsvisitaties. beslissing commissiekwaliteitsvisitaties 4 oktober 2010)**
- **De uitgewerkte gegevens van de QuickScan worden in het rapport aangeboden aan de commissiekwaliteitsvisitaties.**
- **De commissie kwaliteitsvisitaties zal zich niet mengen in de interne maatschapsafspraken, maar kan wel op basis van het resultaat van deze QuickScan bepaalde punten hieruit ter discussie brengen op de kwaliteitsvisitatie.**

De Quick-scan vormt sinds een aantal jaren een verplicht onderdeel van de procedure van de kwaliteitsvisitatie. De gedachte daarachter is dat voor een optimale onderlinge samenwerking van de staf/maatschap het van belang is, dat men op de hoogte is van elkaars activiteiten, zowel in de directe patiënten zorg als daarbuiten. Alleen door het bespreekbaar maken van de tijds- en energie-investering daaraan, zal er binnen een groep begrip kunnen groeien voor elkaar en voor een eventueel beperkte inzetmogelijkheid van een individu voor allerlei klinische en andere taken.

Vanwege de hiërarchische structuur in een academisch ziekenhuis/universitair medisch centrum heeft de NFU destijds, met een beroep op de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, bezwaar gemaakt tegen o.a. dit onderdeel van de kwaliteitsvisitaties. De verantwoordelijkheden en bevoegdheden van individuele stafleden, afdelingshoofden, etc. zijn in deze wet vastgelegd. In de praktijk is echter gebleken dat de Quick-scan wel een onderdeel is gaan vorm van de meeste kwaliteitsvisitaties in de universitair medisch centra. De ALV van de NVT heeft destijds besloten dat de Quick-scan ook bij de NVT een integraal en verplicht onderdeel is van de kwaliteitsvisitaties, ook van de afdelingen in de universitair medische centra. Ondanks dit besluit kan de NVT het niet verplicht aan de afdelingen in de universitair medisch centra opleggen. Indien een afdeling in een universitair medisch centrum er van afziet om de Quick-scan deel uit te laten maken van de kwaliteitsvisitatie, dient dit bij het aanbieden van het kwaliteitsvisitatierapport duidelijk in een begeleidende brief kenbaar gemaakt te worden. Deze brief moet niet allen ondertekend zijn door het afdelingshoofd van de betreffende afdeling, doch ook door (de voorzitter van) de Raad van Bestuur van het universitair medisch centrum.

1. Inleiding op de Quick Scan

Overall waar in onderstaande tekst "maatschap" staat dient voor hen die werkzaam zijn in loondienst: "medische staf van de afdeling" gelezen te worden.

Een maatschap van goede specialisten, maakt nog geen goede maatschap

Alom wordt erkend dat het leveren van goede kwaliteit van zorg een goede samenwerking vereist¹. Dat geldt ook voor de samenwerking tussen leden van een maatschap. Velen hebben de ervaring en overtuiging dat een goed functionerende maatschap een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de patiëntenzorg. Uit onderzoek blijkt echter dat het maatschapsfunctioneren vaak beter kan en moet: analyse van visitatieaanbevelingen laat zien dat ongeveer een derde van de aanbevelingen betrekking heeft op dit maatschapsfunctioneren². Dit is de reden dat evaluatie van het maatschapsfunctioneren onderdeel is van de kwaliteitsvisite.

Tot op heden is het maatschapsfunctioneren tijdens de visitaties aan bod gekomen in de vorm van feitelijke vragen over met name de organisatie van de praktijk en de manier van werken. De volgende vragen zijn waarschijnlijk herkenbaar: worden periodiek maatschapsvergaderingen gehouden? Worden deze vergaderingen genotuleerd? Heeft de maatschap (een van de leden) zitting in staf- en/of ziekenhuiscommissies? Vaak vormen eigen ervaringen, gebruikelijke, veelvoorkomende structuren en (impliciete) kennis over de organisatie van maatschappen het referentiekader van waaruit de praktijken van collega's worden gevisiteerd en geadviseerd. Dit biedt voordelen in termen van het snel kunnen aanreiken van praktische oplossingen voor herkenbare problemen. Veel maatschappen hebben hier de vruchten van kunnen plukken de afgelopen jaren. Deze praktische benadering schiet echter tekort als het gaat om het systematisch in kaart brengen van alle aspecten van het maatschapsfunctioneren.

Een instrument dat hierin wel voorziet is de zogenaamde Quick Scan voor het maatschapsfunctioneren. De Quick Scan is een nieuw onderdeel van de kwaliteitsvisite. De Quick Scan stelt maatschappen in staat om zelf op een systematische manier te komen tot een diagnose van het maatschapsfunctioneren. De resultaten van de meting kunnen zij gebruiken voor het stellen van prioriteiten voor verbetering van de onderlinge samenwerking.

Bij de Quick Scan gaat het om zelfevaluatie. De keuze hiervoor is zowel principieel als pragmatisch.

Wetenschappelijke verenigingen kunnen en willen geen uitspraak doen over wat 'de beste maatschapsorganisatie is'. Er bestaat geen 'kwaliteitsnorm' voor het functioneren van maatschappen. Velen wegen leiden naar Rome als het gaat om een goede praktijkvoering. Wel hanteren verenigingen nu dus de norm dat beroepsgenoten kritisch hun eigen maatschapsfunctioneren moeten meten en verbeteren.

De eerste Quick Scan is eind negentiger jaren ontwikkeld in het kader van een kwaliteitsproject waarin ook de NVK, NVOG en NVvH participeerden³. Sindsdien is ruim ervaring opgedaan met de toepassing van het instrument. In het kader van de modernisering van het visitatiemodel is de Quick Scan door de participerende specialisten geactualiseerd. Het instrument is eerder beproefd en succesvol bevonden in de visitatiepraktijk.

- 1 Clemmer TP, Spuhler VJ, Berwick DM, Nolan TW. Cooperation: the foundation of improvement. *Ann Intern Med* 1998;128:1004-1009.
- 2 Lombarts MJMH, Klazinga NS. Inside self-regulation: peer review (visitatie) by Dutch medical specialists. *Clinical Governance: an International Journal* 2003;8;4:318-330.
- 3 Damhuis G, Lombarts K. *Het managen van de maatschap*. DamhuisElshoutVerschure, 's-Hertogenbosch, sept 2001.

De 'harde en zachte kanten' van de samenwerking

De samenwerking binnen een maatschap kan verschillende vormen aannemen, van heel los tot zeer hecht. Welke vorm goed en nodig is, wordt bepaald door de eisen die de maatschapsleden zelf stellen aan hun onderlinge samenwerking en ook door de eisen die andere bij de maatschap betrokkenen (patiënten, collega's, medewerkers, ziekenhuisbestuurders, verzekeraars, overheid) stellen aan de samenwerking met de groep.

Een goede samenwerking is niet vanzelfsprekend en geen statisch gegeven. Ontwikkeling en behoud van een goed functionerende maatschap vergt dat bepaalde zaken geregeld worden en dat wordt geïnvesteerd in een positief samenwerkingsklimaat. Voor de evaluatie van het maatschapsfunctioneren maakt de Quick Scan onderscheid tussen 'harde' en 'zachte kanten' van het maatschapsfunctioneren. 'Harde kanten' hebben betrekking op: de wijze van besluitvorming, afspraken over registratie, administratie, het organiseren van vergaderingen etc. Het goed regelen van de harde kanten kan onder andere resulteren in duidelijke plannen en slagvaardig optreden van een maatschap. Daarnaast zijn een goede 'mentale fundering' en een positief samenwerkingsklimaat, de 'zachte kanten', van belang om als maatschap effectief te functioneren.

De Quick Scan is opgebouwd uit een vijftal vragenlijsten met uitspraken die op deze harde en zachte kanten van het functioneren van een maatschap betrekking hebben.

De volgende aspecten van het functioneren worden bevraagd:

1. gedeelde doelen/taakopdracht;
2. maatschapstructuur;
3. besluitvorming en ondersteunende systemen;
4. communicatie en klimaat;
5. resultaten en reputatie.

Het resultaat van de Quick Scan is een prioriteitenlijst van aspecten van het maatschapsfunctioneren waarvan de maatschap vindt dat ze voor verbetering vatbaar zijn.

De bedoeling is dat deze resultaten worden gebruikt bij het opstellen van (een agenda voor) verbeteracties waaraan de maatschap de komende periode wenst te gaan werken.

In de volgende paragrafen wordt de Quick Scan gepresenteerd. Achtereenvolgens worden beschreven:

- het instrument: de vijf vragenlijsten;
- hoe de Quick Scan door de maatschap wordt gebruikt: stapsgewijze beschrijving van de procedure;
- bespreking van de Quick Scan (resultaten) tijdens de visitatie;
- beoordeling van het kwaliteitsdomein 'het maatschapsfunctioneren';
- de meest gestelde vragen over de Quick Scan.

2. De Quick Scan: het instrument

Vijf vragenlijsten ter doorlichting van het maatschapsfunctioneren

De Quick Scan is een zelfevaluatie instrument.

De Quick Scan is opgebouwd uit een vijftal vragenlijsten (zie volgende pagina's) met uitspraken over het functioneren van een maatschap.

Alle maatschapsleden worden geacht de vragenlijsten in te vullen!

De volgende aspecten van het functioneren worden bevraagd:

1. gedeelde doelen/taakopdracht;
2. maatschapstructuur;
3. besluitvorming en ondersteunende systemen;
4. communicatie en klimaat;
5. resultaten en reputatie.

Wilt u per stelling beide kolommen invullen?

Vul per stelling in, in welke mate u de stelling van toepassing vindt op de *huidige situatie* in uw maatschap, en hoe *belangrijk* u het goed verlopen/functioneren van de in de stelling omschreven situatie vindt.

Kies een score op de schaal **1 tot 5** waarbij voor de waardering van

de *huidige situatie* geldt dat:

- 1 = de situatie in zeer geringe mate geldt voor u of uw maatschap.
- 2 = in geringe mate van toepassing is op u of uw maatschap.
- 3 = enigszins van toepassing is op u of uw maatschap.
- 4 = in hoge mate van toepassing is op u of uw maatschap.
- 5 = de situatie in zeer hoge mate van toepassing is op u of uw maatschap.

en voor de waardering van het *belang* van de stelling geldt dat:

- 1 = de stelling zeer onbelangrijk is voor u.
- 2 = niet belangrijk is voor u.
- 3 = enigszins van belang is.
- 4 = belangrijk is voor u.
- 5 = de stelling zeer belangrijk is voor u.

1. Gedeelde doelen/taakopdracht

	Huidige situatie?	Belang?
1.1 We hebben als maatschap duidelijk voor ogen wat we over 5 jaar bereikt willen hebben?		
1.2 We weten wat onze prioriteiten zijn		
1.3 We treden als eenheid naar buiten		
1.4 Iedereen voelt zich medeverantwoordelijk voor de resultaten die de maatschap(sleden) bereiken		
1.5 De leden van onze maatschap zijn goed op de hoogte van relevante ontwikkelingen in het ziekenhuis, de regio en in het land		
1.6 Mijn collega's kennen mijn ambities, kwaliteiten en zwakke punten		
1.7 Ik ken de ambities, kwaliteiten en zwakke punten van mijn collega's		
1.8 We maken gebruik van elkaars sterke kanten		
1.9 We weten op welke punten van het maatschapsfunctioneren we sterker en zwakker zijn dan onze collega-maatschappen in de Nederland		
1.10 In onze maatschap is uitgesproken wat een ieder verwacht van het lidmaatschap van de maatschap.		
1.11 We hebben onze opvattingen over diagnostiek, behandeling en nazorg op elkaar afgestemd.		

2. Maatschapstructuur

	Huidige situatie?	Belang?
2.1 We hebben duidelijke afspraken over de verdeling van organisatorische taken		
2.2 Het is duidelijk wie van ons aanspreekpunt is voor de verpleging, de staf (van andere afdelingen), de directie (RvB) en extern		
2.3 De manier waarop wij georganiseerd zijn, past goed bij mij (mijn persoonlijkheid)		
2.4 We weten waar we elkaar op kunnen aanspreken		
2.5 Onze organisatievorm is effectief en doelmatig		
2.6 De organisatorische taken die ik heb, kan ik goed aan		
2.7 We hebben duidelijke afspraken, die ik onderschrijf, over de vakinhoudelijke werkverdeling		
2.8 We nemen adequaat het werk van elkaar over		
2.9 Onze werkbelasting levert geen structurele problemen op		
2.10 Patiëntenoverdrachten zijn goed geregeld en worden adequaat bezocht		
2.11 Ik ben tevreden over de verdeling van het werk over de verschillende locaties (indien van toepassing)		

3. Besluitvorming en ondersteunende systemen

	Huidige situatie?	Belang?
3.1 De planning van de werk- en dienstroosters is goed verzorgd		
3.2 De werk- en dienstroosters worden goed nageleefd		
3.3 Maatschapsvergaderingen zijn zelden overbodig en/of inefficiënt		
3.4 Agendering en voorzitterschap zijn goed verzorgd		
3.5 Onze vergaderingen gaan altijd door		
3.6 Ik beschik tijdig en over voldoende informatie voor een maatschapsvergadering		
3.7 We bereiden de vergaderingen goed voor		
3.8 De besluitvorming verloopt helder en efficiënt		
3.9 Besluiten worden in samenspraak genomen		
3.10 Afspraken worden nagekomen		
3.11 Detailzaken worden snel afgehandeld of gedelegeerd		
3.12 Van een besluit wordt de afhandeling bewaakt		
3.13 De aanwezigheid op vergaderingen is goed		
3.14 Onze praktijkondersteuning is goed georganiseerd		
3.15 We zijn in staat om taken te delegeren		

4. Communicatie en klimaat

	Huidige situatie?	Belang?
4.1 Ieder krijgt voldoende ruimte om een inbreng te leveren in de maatschap		
4.2 Er wordt goed naar elkaar geluisterd		
4.3 Er heerst een open en veilige sfeer		
4.4 De communicatie met de staf van andere afdelingen / specialismen verloopt goed		
4.5 De communicatie met de verpleegafdeling verloopt goed		
4.6 Het overleg met het secretariaat verloopt goed		
4.7 Er heerst een productief, taakgericht klimaat		
4.8 Fouten zijn goed bespreekbaar en we durven ze te bespreken en corrigeren		
4.9 We zijn op de hoogte van elkaars vakgerelateerde externe activiteiten (bijvoorbeeld deelname aan trials / werkgroepen / besturen)		
4.10 Iedereen houdt zich aan het afgesproken medisch beleid		
4.11 Niemand loopt er de kantjes af		
4.12 We signaleren conflicthaarden tijdig en reageren alert		
4.13 Waardering voor elkaar (elkaars werk) wordt getoond		
4.14 We spreken elkaar rechtstreeks aan op ongewenst gedrag		
4.15 Over eventuele klachten en/of tuchtzaken wordt in de maatschap openlijk gesproken		
4.16 Ik ben met plezier lid van deze maatschap		
4.17 We ondernemen regelmatig gezamenlijk sociale activiteiten		

4.18 Ik ben tevreden over de inzet van alle maatschapsleden		
---	--	--

5. Resultaten en reputatie

	Huidige situatie?	Belang?
5.1 Ten aanzien van onze primaire taken (zorg en evt. onderwijs en onderzoek) leveren we goede kwaliteit		
5.2 We leveren een goede bijdrage aan de organisatie van de medische staf als geheel en het ziekenhuis		
5.3 Onze reputatie bij de verwijzers is goed		
5.4 Onze reputatie op de arbeidsmarkt (binnen de beroepsgroep) is goed		
5.5 Onze reputatie bij patiënten /in ons adherentiegebied is goed		
5.6 We hebben een duidelijke invloed op het ziekenhuisbeleid (voor zover dit mogelijk is)		
5.7 Collega-specialisten werken graag met ons samen		
5.8 De maatschap is tevreden over mijn bijdrage aan de productie (zorg, en evt. onderwijs en onderzoek)		
5.9 Ik ben tevreden over mijn beloning vanuit de maatschap/het ziekenhuis		
5.10 We hebben goed inzicht in onze eigen uitkomsten van zorg		
5.11 Wij rapporteren over onze klachten en MIP-meldingen		
5.12 De RvB en medewerkers op de afdelingen zien ons als goede specialisten		
5.13 We rapporteren periodiek over onze uitkomsten van zorg		

3. Het gebruik van de Quick Scan door de maatschap

Beschrijving van de procedure

De Quick Scan aanpak in vogelvlucht:

1. Laat alle maatschapsleden de Quick Scan individueel invullen.
2. Verwerk de individuele scores tot een maatschapscore.
3. Bespreek de bevindingen in de maatschap en formuleer conclusies en verbeteracties.
4. Maak een plan van aanpak voor het uitvoeren van de verbeteracties.
5. Stuur de resultaten naar de visitatiecommissie.

Volg voor het gebruik van de Quick Scan de volgende procedure:

Stap 1

Vraag ieder lid van de maatschap om de Quick Scan in te vullen volgens de beschrijving in voorgaande paragraaf. Dit kan op twee manieren:

1. per persoon de gegevens direct invoeren in de beschikbare (Excel) spreadsheet
2. handmatig.

Ad 1.

- De gegevens kunnen snel en eenvoudig worden verwerkt door middel van de beschikbare Excel spreadsheet, via onderstaande link.
- <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/kwaliteitsvisitaties>
- Quick Scan (bronbestand)
- Quick Scan Gebruikershandleiding 1.0
- Quick Scan Beheerdershandleiding 1.0

Ad 2.

Maak van de Quick Scan (zie bijlage 1) net zoveel kopieën als er maatschapsleden zijn. Vul per persoon de Quick Scan in.

Stap 2

Maak een maatschapslid verantwoordelijk voor de verwerking van de gegevens. Deze persoon kan de gegevens ook weer op twee manieren verwerken:

1. met behulp van beschikbare software (Excel spreadsheet).
2. handmatig.

Ad 1.

Indien alle specialisten hun eigen scores hebben ingevoerd in de spreadsheet, kunnen de maatschapsresultaten van de Quick Scan als een overzichtelijk histogram worden uitgeprint. Ga hiermee door naar stap 3.

Ad 2.

Indien u liever de gegevens handmatig verwerkt, dan volgt hieronder de berekeningswijze. Het uitgangspunt voor de berekening is dat de gewenste situatie de score 5 krijgt. De kloof tussen de gewenste (5 punten) en de huidige situatie (uw score) vermenigvuldigt met het belang dat is toegekend aan de stelling (kolom 2) bepaalt de prioriteit. Aan de hand van een voorbeeld lichten we toe hoe de prioriteit per stelling wordt bepaald. Stel dat u de huidige situatie (eerste kolom) en het belang (tweede kolom) van vragen 3.1, 3.2 en 3.3 heeft gewaardeerd zoals in het voorbeeld. De prioriteit berekent u dan volgens de formule: De maximaal haalbare score (= 5) minus uw score in kolom 1 maal uw score in kolom 2 = prioriteit.

Kortweg: $5 - \text{(kolom 1)} \times \text{(kolom 2)} = \text{(kolom 3)}$

Stelling	Kolom1 Huidige situatie	Kolom2 Belang	Kolom 3
3.1 De planning van de werk- en dienstroosters is goed verzorgd	4	5	5 (5-4) x 5
3.2 Vergaderingen zijn zelden overbodig en/of inefficiënt	3	5	10 (5-3) x 5
3.3 Agendering en voorzitterschap zijn goed verzorgd	2	3	9 (5-2) x 3

Het aspect met de hoogste uitkomst heeft de hoogste prioriteit. In dit voorbeeld dus het verbeteren van de planning en efficiëntie van vergaderingen.

Bereken eerst de prioriteit per stelling per maatschaplid. Tel daarna deze prioriteiten van alle specialisten op. Dit is de maatschapsscore van prioriteiten.

Stap 3

Beleg een maatschapvergadering ter bespreking van de uitkomsten. Resultaat van deze bespreking is een prioriteitenlijst met die aspecten van het maatschapsfunctioneren die u (als eerste) wilt gaan aanpakken.

In totaal bestaat de Quick Scan uit 68 stellingen, verdeeld over vijf maatschapaspecten. U kunt de resultaten op verschillende manieren rangschikken en prioriteren. U bent vrij daarin een keuze te maken. Laat u leiden door wat het meest zinvol is voor uw maatschap.

Voorbeelden van het opstellen van uw prioriteitenprogramma:

- Prioriteit wordt gegeven aan de 10 hoogste scores van het totaal van alle stellingen.
- Prioriteit wordt gegeven aan de 2 hoogste scores van elk maatschapaspect.

De Quick Scan is niet bedoeld om uitspraken te doen over 'goede' en 'slechte' maatschappen. Het is een hulpmiddel in het blootleggen van die samenwerkingsaspecten die, *volgens de leden van de*

maatschap, effectiever, doelmatiger of met meer plezier kunnen worden uitgevoerd. De Quick Scan identificeert van welke bottlenecks een maatschap de meeste hinder ondervindt (die met de hoogste prioriteit).

Belangrijk is dat de maatschap zelf, op basis van de onderlinge bespreking, bepaalt wat het definitieve prioriteitenprogramma is. Het gaat erom dat de maatschapsleden gezamenlijk beslissen welke samenwerkingsaspecten ze de komende periode willen gaan versterken. De suggestie van de Quick Scan is eenvoudig: indien een maatschap wil verbeteren, begin dan met die zaken die de grootste verbetering met zich meebrengen.

Stap 4

Maak met elkaar een realistisch plan van aanpak voor de verbetering van die maatschapsaspecten die u gezamenlijk in stap 3 hebt geïdentificeerd.

Tip:

Denk bij het formuleren van een verbeterplan aan de volgende zaken:

- Formuleer uw doel duidelijk en in meetbare termen (SMART);
- Formuleer de verbeteracties (dus welke stappen dienen gezet te worden en door wie);
- Stel een verantwoordelijke aan die het verbeterproces bewaakt;
- Spreek af wanneer en hoe u gaat evalueren.

Stap 5

Stuur de uitkomsten van de Quick Scan en het plan van aanpak tijdig aan de visitatiecommissie. De 'uitkomsten' bestaan tenminste uit de maatschapscore, bij voorkeur een uitdraai van het histogram, en de (geanonimiseerde) individuele scores.

4. Bespreking van de Quick Scan tijdens de visitatie

Totdat de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie anders heeft besloten, zal de Quick Scan geen onderdeel zijn van de kwaliteitsvisitatie.

De visitatiecommissie zal hooguit naar de mening van de maatschap of medische staf over de Quick Scan als instrument vragen en informeren of men er iets mee gedaan heeft.

Indien een maatschap wel een Quick Scan heeft uitgevoerd en aan de visitatiecommissie heeft aangeboden, zal de uitkomst uiteraard wel tijdens de visitatie worden besproken. In dat geval gelden de hierna volgende opmerkingen:

Tijdens de visitatie worden de resultaten van de Quick Scan en de opgestelde verbeterplannen besproken met de visitatiecommissie.

Tijdens dit gesprek zal de commissie zicht proberen te krijgen op de wijze waarop de maatschap haar samenwerking evalueert en zo nodig verbetert, en met welk succes.

Veronderstelling is dat een goede onderlinge samenwerking voorwaarde is voor het continu leveren van verantwoorde zorg. De vragen die de visitatiecommissie stelt zullen veelal gaan over (enkele van de) volgende onderwerpen:

- de door de maatschap gevolgde procedure bij het uitvoeren van de Quick Scan (zie stap 1 tot en met 5 in de vorige sectie van dit hoofdstuk);
- de inhoudelijke bevindingen van de Quick Scan, namelijk de scores en/of de geformuleerde verbeteracties;
- het plan van aanpak voor de implementatie van de voornemens van de maatschap.

Wetenschappelijke verenigingen hebben geen objectieve ‘kwaliteitsnorm’ voor het functioneren van maatschappen geformuleerd. Op basis van de Quick Scan kan en zal de commissie geen uitspraak (kunnen) doen over de kwaliteit van het functioneren van een maatschap.

5. De score van de Quick Scan in het professioneel kwaliteitsprofiel

Totdat de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie anders heeft besloten, zal de Quick Scan geen onderdeel zijn van de kwaliteitsvisiteatie.

In het kwaliteitsprofiel zal de Quick Scan niet tot uitdrukking komen wanneer de Scan niet is gedaan. Indien een maatschap wel besluit om een Quick Scan uit te voeren, telt het resultaat uiteraard wel mee. In dat geval gelden de hierna volgende opmerkingen:

In het professioneel kwaliteitsprofiel is als een van de vier kwaliteitsdomeinen ‘het maatschapsfunctioneren’ opgenomen. In het huidige model is voor de (zelf)evaluatie van dit kwaliteitsdomein de Quick Scan beschikbaar.

Net als de meeste andere evaluatie-instrumenten van het kwaliteitsvisiteatiemodel, is de Quick Scan een hulpmiddel voor zelfevaluatie. De Quick Scan beoogt bij te dragen aan het goed functioneren van maatschappen. De resultaten van de Quick Scan zeggen niets over de kwaliteit van een maatschap noch over de kwaliteit van de patiëntenzorg. De visitatiecommissie spreekt wel een oordeel uit over de zorg voor kwaliteit. De vraag die de commissie moet beantwoorden bij het beoordelen van het kwaliteitsdomein ‘het maatschapsfunctioneren’ luidt: *in welke mate besteedt de maatschap serieus aandacht aan het goed laten functioneren van de onderlinge samenwerking.*

De commissie beantwoordt deze vraag zowel kwantitatief als kwalitatief.

Een deel van het antwoord van de commissie wordt uitgedrukt in een score, volgens onderstaand schema:

- 1 Wordt niet gescoord
- 2 = Quick Scan is door alle maatschapsleden ingevuld, en resultaten zijn in de maatschap besproken.
- 3 = resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/ verbeteracties zijn

gepland.

4 = de geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd.

5 = Quick Scan wordt jaarlijks gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het maatschapbeleidsplan en -jaarverslag.

De score drukt uit of een maatschap (voldoende) aandacht heeft voor de evaluatie van haar onderlinge samenwerking.

De commissie baseert haar oordeel over het maatschapsfunctioneren op meerdere bronnen. Het gebruik van de Quick Scan door de maatschap zelf, en het gesprek hierover met de commissie, vormt er slechts één van. Andere bronnen waar de commissie uit put, zijn onder meer:

- Gesprekken met medewerkers, (evt.) arts-assistenten, verwijzers, vertegenwoordigers van de medische staf en/of de Raad van Bestuur;
- Maatschapdocumenten, bijvoorbeeld protocollen, een beleidsplan of jaarverslag.

Naast de score die de commissie geeft voor 'het maatschapsfunctioneren', geeft het visitatierapport voldoende gelegenheid aan de visistatiecommissie om specifieke en genuanceerde bevindingen en opmerkingen te noteren.

6. De meest gestelde vragen over de Quick Scan

1. Kan de Quick Scan ook anoniem worden ingevuld?

Ja, dat kan. Het eenvoudigste is om de Quick Scan vragenlijst voor elk maatschaplid te kopiëren en deze anoniem in te vullen. De geanonimiseerde vragenlijsten kunnen dan ingevuld geretourneerd worden bij bijvoorbeeld de maatschapsecretaresse. Zij kan vervolgens de scores overnemen in de Quick Scan Excel spreadsheet en de maatschapcores uitdraaien. Als aan elke specialist een code wordt toegekend kunnen, zonder verlies van anonimiteit, toch de onderlinge verschillen zichtbaar gemaakt worden.

2. Hoe bereken ik de scores van de Quick Scan?

De beschikbare Excel spreadsheet rekt voor u de scores in de derde kolom (de prioriteiten) automatisch uit. U hoeft daarvoor alleen de eerste 2 kolommen in te vullen: uw score voor de 'huidige situatie' van het betreffende maatschapaspect en uw score voor 'het belang' dat u hecht aan het in de stelling beschreven aspect.

U kunt de scores ook handmatig berekenen. De formule die hiervoor wordt gebruikt stelt dat 1. hoe beter de maatschap het naar uw mening doet op een bepaald aspect (kolom 1), des te lager de prioriteit voor verbetering zal zijn, en 2. hoe belangrijker u dit aspect vindt (kolom 2), hoe hoger de prioriteit voor verbetering moet zijn.

Dit leidt tot de volgende formule:

Verbeterprioriteit = De maximale score van kolom 1 (= 5) minus uw score in kolom 1

x

uw score in kolom 2

Kortweg: $[5 - (\text{kolom 1})] \times (\text{kolom 2}) = (\text{kolom 3})$

3. Hoe moeten de scores worden geïnterpreteerd?

De Quick Scan is niet bedoeld om uitspraken te doen over 'goede' en 'slechte' maatschappen. Het is een hulpmiddel in het blootleggen van die samenwerkingsaspecten die, *volgens de leden van de maatschap*, effectiever, doelmatiger of met meer plezier kunnen worden uitgevoerd. De hoogste scores (langste staafdiagrammen) geven aan dat dit de aspecten van het maatschapsfunctioneren zijn die *volgens u* (de individuele scores) en/of *uw maatschap* (de maatschapsscores) het meest dringend verbetering behoeven. Het zijn die punten die u belangrijk vindt en onvoldoende functioneren binnen uw maatschap.

'Onvoldoende' is een relatieve en subjectieve waardering. Het gaat om de waardering, beter nog, uw waardering, van de verschillende aspecten van het maatschapsfunctioneren. De lage scores betreffen die aspecten die u erg goed vindt functioneren binnen uw maatschap en/of die aspecten die u niet belangrijk vindt. Het totaal aan scores kan zo beschouwd worden als een sterkte-/zwakteanalyse van het maatschapsfunctioneren. Let wel, de Quick Scan is een instrument voor zelfevaluatie; wat u sterke en zwakte punten vindt, hoeft niet overeen te komen met wat uw omgeving (patiënten, collega's, verwijzers) van uw functioneren vindt.

4. Hoe kunnen we de resultaten het beste bespreken?

Verschillende wegen leiden naar Rome. Er is niet een beste manier om de resultaten te bespreken. Dat ze besproken worden met de gehele maatschap en dat iedereen hierin zijn of haar inbreng kan hebben is wel belangrijk. De leidraad voor de bespreking zou een van, of een combinatie van, de volgende uitgangspunten kunnen zijn:

- Bespreking van de 10 stellingen met de hoogste scores van de Quick Scan;
- Bespreking van de 2 hoogste scores per aspect van het maatschapsfunctioneren (de vijf deelgebieden);
- Bespreking van hoogste scores van de maatschap en van de 2 hoogste scores per persoon;
- Bespreking van de stellingen met de grootste variatie tussen de individuele specialisten, anders gezegd, die stellingen waarover het minste consensus bestaat binnen de maatschap.

5. Hoe selecteren we de punten voor verbetering?

Het gaat erom dat uw maatschap beslist welke aspecten van het maatschapsfunctioneren de komende periode (bijv. een jaar) worden versterkt. De suggestie van de Quick Scan is eenvoudig: begin met die zaken die de grootste verbetering met zich meebrengen. Het is echter te simpel om te stellen dat dit dus altijd de 5 punten met de hoogste score moeten zijn. Denk ook aan de volgende criteria:

- Is iedereen het erover eens?
- Zijn we ertoe in staat?
- Moeten er eerst andere zaken worden gedaan voordat we dit punt kunnen verbeteren?
- Is het financieel en organisatorisch haalbaar?

6. Kunnen we beroep doen op ondersteuning bij de uitvoering van de verbeteracties?

Voor het verbeteren van uw praktijk of maatschapsfunctioneren bieden de wetenschappelijke verenigingen geen begeleiding. U kunt wel contact opnemen met uw vereniging voor verwijzing naar relevante literatuur, naar (externe) adviseurs of wellicht naar collega's die bereid zijn hun ervaringen met het invoeren van verbeteracties te delen. De kans is ook groot dat u binnen uw ziekenhuis terecht kunt bij een interne adviseur of kwaliteitsfunctionaris.

7. Is de Quick Scan ook geschikt voor hele grote of kleine maatschappen?

Zelfs een maatschap van twee specialisten kan de Quick Scan gebruiken. De berekening van de maatschapscore biedt dan echter weinig toegevoegde waarde. De individueel ingevulde lijsten kunnen in een collegiaal gesprek over de onderlinge samenwerking worden vergeleken en besproken. Voor zover ons bekend is er nog geen ervaring met de Quick Scan opgedaan door zeer grote maatschappen van 15 of meer leden. Principiële belemmeringen zijn er niet. Het is verstandig ter voorbereiding van de discussie in ieder geval aandacht te besteden aan de variatie tussen de individuele scores vanwege het nivellerende effect van de grote getallen. De discussie over de resultaten zal strak geleid moeten worden, maar dat geldt voor alle besprekingen met een grote groep.

8. Hoe beoordeelt de visitatiecommissie de resultaten van de Quick Scan?

De wetenschappelijke verenigingen hebben geen kwaliteitsnorm voor het beoordelen van het functioneren van uw maatschap. De vereniging verwacht wel dat u de Quick Scan heeft uitgevoerd met elkaar. De visitatiecommissie zal hiernaar vragen en met u van gedachten wisselen over de resultaten en de hieruit volgende verbeterinitiatieven.

Uiteindelijk zal de commissie uw maatschap volgens onderstaand schema een score toekennen:

- 1 Wordt niet gescoord
- 2 = Quick Scan is door alle maatschapleden ingevuld, en resultaten zijn in de maatschap besproken.
- 3 = resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/ verbeteracties zijn gepland.
- 4 = de geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd.
- 5 = Quick Scan wordt jaarlijks gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het maatschapbeleidsplan en -jaarverslag.

Deze score zegt niets over hoe goed of slecht uw maatschap functioneert. Het drukt uit of u (voldoende) aandacht heeft voor de evaluatie van het functioneren van uw maatschap. Voor de visitatie geldt in het algemeen dat geen uitspraak wordt gedaan (kan worden gedaan) over de kwaliteit van zorg, maar gekeken wordt naar de zorg voor kwaliteit.

9. Kan de Quick Scan gebruikt worden voor vergelijking met andere maatschappen?

Nee. De Quick Scan heeft alleen waarde voor uw eigen maatschap. Vergelijking met andere maatschappen heeft geen zin omdat de Quick Scan per definitie subjectief is en niet is gebaseerd op een harde, meetbare kwaliteitsnorm die voor externe vergelijking vereist is.

10. Hoe vaak moeten we de Quick Scan doen?

Indien de Quick Scan ooit wordt geaccepteerd als onderdeel van de visitatie wordt van u verwacht dat u de Quick Scan eens per vijf jaar uitvoert. Daarmee voldoet u dan aan de visitatieverplichting. Men kan de Quick Scan ook tussentijds uit te voeren. Bijvoorbeeld eens per jaar ter evaluatie van het voorbije jaar en/of ter voorbereiding op het maken van het jaarplan voor de maatschap.

Evidence based medicine

Onder de hoofding Evidence based medicine worden de dataregistratie- mortaliteitsregistratie, complicatieregistratie- veiligheid –samengebracht.

De vragenlijst bestaat uit een aantal algemene basale vragen en tevens uit een aantal specifieke vragen over data van het gevisiteerde centra. Deze laatste vragen zijn gebaseerd op de NHR- registratie en vragen dus geen extra dataregistratie . Ook de definities zijn de definities zoals beschreven in het NHR handboek – tenzij anders aangegeven.

Inleiding

Uit het Concept Handboek Actualisatie Visitatiekader april 2005:

“In het nieuwe visitatiemodel is tegemoetgekomen aan de behoefte tot verdieping en is besloten om ‘medical audit’ in het model te integreren. Medical audit is een methode waarbij op een systematische en kritische wijze het medisch handelen van de zorgverlener wordt geanalyseerd. Hoewel er meerdere definities worden gehanteerd, is de volgende het meest gangbaar: *“Een systematische, kritische analyse van de kwaliteit van zorg, inclusief de procedures gebruikt voor diagnose en behandeling, het gebruik van middelen, en de daaropvolgende uitkomst en kwaliteit van leven voor de patiënt”*. Het primaire doel van medical audit is het op een systematische wijze verbeteren van zorguitkomsten voor patiënten door middel van het verbeteren van het professioneel handelen van zorgverleners en kwaliteit van zorg in het algemeen. Naast het primaire doel worden bij medical audit ook een aantal secundaire doelen nagestreefd. Getracht wordt te komen tot een toename van de vakkundigheid en scholing, van het eigen handelen en die van collega’s inzichtelijk te maken, een bijdrage te leveren aan persoonlijke en professionele ontwikkeling, specialisten te enthousiasmeren en te stimuleren om aan kwaliteitsverbetering te werken en als laatste een bijdrage te leveren aan een bevredigende en efficiënte werkwijze in de dagelijkse praktijk. Op basis van de resultaten die voortkomen uit medical audit kunnen vervolgens ‘gerichte’ verbeteringen in het zorgproces worden aangebracht. Deze methode biedt zorgverleners een instrument om de kwaliteit van het eigen handelen, maar ook dat van collega’s, met betrekking tot een gekozen zorgtraject te beoordelen en te verbeteren. De positieve effecten van medical audit berusten op het mechanisme van toenemende bewustwording van mogelijke discrepanties die bestaan tussen wat men denkt te doen of zou willen doen, en hoe het daadwerkelijk in de praktijk wordt uitgevoerd. Het is een actieve vorm van het geven van feedback. Naast het identificeren c.q. transparant maken van tekortkomingen in het zorgproces worden de resultaten vergezeld van een interpretatie en kwaliteitsbeoordeling, en van educatieve informatie waarbij informatie over ‘best practices’ een grote rol speelt.”

Cruciaal voor het ontwikkelen van evidence based medicine-vragen is het hebben van evidence-based richtlijnen. De door de NVT geaccordeerde richtlijnen zijn te vinden op www.nvt.net.nl

Complicatie- en mortaliteitsregistratie Hartchirurgie

Elk hartcentrum dat een kwaliteitsvisitatie moet ondergaan kan bij de NHR het benodigde registratie data overzicht aanvragen. Dit is volgens een vast format opgesteld en kan worden ingevoegd in de aan te leveren documenten voor de kwaliteitsvisitatie.

De data voor de longchirurgie (indien van toepassing) zal het centrum nog wel separaat moeten aanleveren (zie hieronder).

Indien het centrum deelneemt aan de DLCA-S/ DICA registratie is een overzicht van de daar geregistreerde data over de afgelopen 2 kalender jaren ook een goed overzicht voor de kwaliteitsvisitatie.

Longchirurgie

- **Beschikt U in de maatschap over twee geregistreerde Cardiothoracaal chirurgen die zich specifiek toeleggen op de longchirurgie? Zo ja Wie?**
- **Beschikt U over een specifieke dataregistratie voor de geopereerde longpatiënten**

Maakt u gebruik van de DLCA-S /DICA registratie?

Indien u deze registratie niet gebruikt, op welke andere manier is uw dataregistratie opgebouwd?

Welke ,hoe en door wie worden complicaties, mortaliteit geregistreerd?

Is deze dataregistratie gezamenlijk met longartsen of een afzonderlijke database?

Indien deze dataregistratie samen met longartsen is, welk is dan het aandeel van de chirurg en op welke manier participeert deze in deze registratie?

Hoe gebeurt de verslaglegging van het long Multi Disciplinair Overleg?

- **Geef een overzicht, naar type, van de uitgevoerde longchirurgie van de laatste twee kalender jaren**
- **Geef een overzicht van de registreerde complicatie items**

Veiligheid

- Bestaat er binnen het ziekenhuis een time-outprocedure, of gelijke, voor patiënten die geopereerd worden?
- Hoe neemt de afdeling deel in deze time-out procedure?
- Als de afdeling niet deelneemt aan deze time-out procedure, verklaar
- Op welke manier worden de wachttijden voor operatie gemonitord?
- Heeft de afdeling een norm vastgesteld voor de wachttijd voor operaties?
- Heeft de afdeling een norm op welke termijn de ontslagbrief van patiënten definitief moet afgewerkt zijn?
- Op welke manier controleert de afdeling of iedere ontslagen patiënt een ontslagbrief heeft?
- Op welke manier monitort de afdeling de norm voor ontslagbrieven?
- Worden ontslagbrieven geschreven door assistenten/ PA's nog gecorrigeerd door stafleden?
- Heeft de afdeling een norm op welke termijn de operatieverslagen van patiënten definitief moet afgewerkt zijn?
- Op welke manier controleert de afdeling of iedere geopereerde patiënt een operatieverslag heeft?
- Op welke manier monitort de afdeling de norm voor operatieverslagen?
- Worden operatieverslagen geschreven door assistenten/ PA's nog gecorrigeerd door stafleden?

Professionele ontwikkeling

Binnen de KISZ lijsten komen heel wat aspecten ivm professionele ontwikkeling en hoe men hiermee omgaat binnen de maatschap ter sprake. Vandaar dat hier nog enkel om een aantal vaste data wordt gevraagd.

Personalia stafleden

Naam	Geboorte datum	Arts examen datum	Promotie datum *	Inschrijving CTC datum	Laatste registratie datum CTC	Accreditatie punten sinds laatste herregistratie**

* indien van toepassing

** per jaar na het jaar van de herregistratie

Onderzoek en publicaties

Geef een overzicht van de PUBMED geregistreerde artikelen van de laatste vijf jaar.

Geef aan van welke van deze artikelen de afdeling CTC (een van de leden) de ' corresponding author' is.

Opmerkingen:

Adresgegevens maatschap of medische staf van de afdeling:

Contactpersoon:

E-mail:

Doorkiesnummer:



Nederlandse Vereniging voor
Thoraxchirurgie



Normenrapport voor de Kwaliteitsvisitaties van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie

Datum: 7 november 2019

Datum akkoord ALV: 15 november 2019

Inleiding

De kwaliteitsvisitatie zoals georganiseerd in Nederland is een uniek instrument. Het is een intercollegiale toetsing van vakgroepen³ op locatie en heeft zowel een kwaliteitsbevorderend als een toetsend karakter. In de laatste jaren zijn verschillende adviezen uitgebracht over kwaliteitsvisitaties door de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten. Een recente aanbeveling was het overgaan op een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming.⁴ Het doel van deze aanbeveling was het verminderen van subjectiviteit bij de kwaliteitsvisitaties en het kenbaar en voorspelbaar maken van de oordeelsvorming.

De Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie heeft kennisgenomen van deze leidraad en heeft een eigen normen- en waarderingsstelsel ontwikkeld om zo te komen tot een systematische, objectieve en transparante wijze van visiteren. De oordeelsvorming is rechtstreeks te herleiden tot heldere normen. De normen zijn afgeleid van de leidraad, richtlijnen, kwaliteitsindicatoren en andere documenten die specifiek de cardiothoracaal chirurgische zorg beschrijven. Per norm wordt gemotiveerd waarom deze relevant is. De normen zijn verdeeld in vier kwaliteitsdomeinen: kwaliteit van zorg, functioneren van de organisatorische eenheid, patiënten- en aanvragersperspectief en professionele ontwikkeling. Binnen deze domeinen worden scores toegekend op verschillende kwaliteitsaspecten. Wanneer sprake is van een potentiële voorbeeldfunctie voor vakgenoten wordt de score uitstekend toegekend. Wanneer goede zorg wordt geleverd, dus wat de patiënt en aanvrager mogen verwachten, voldoet men aan de norm. Wanneer niet voldaan wordt aan een norm zijn consequenties gedefinieerd in voorwaarden, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen met bijbehorende rapportagermijnen en acties. De waarderingsystematiek ziet er daardoor als volgt uit:

Uitstekend	Excellent, een voorbeeld voor anderen.
Goed	Goed, de norm.
Matig	Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.
Onvoldoende	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.
Zwaar onvoldoende	Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

Dit normenrapport is gemaakt voor de kwaliteitsvisitaties van vakgroepen bestaande uit cardiothoracaal chirurgen. Vanwege de ontwikkeling van nieuwe inzichten in het vakgebied en veranderlijke eisen vanuit de samenleving en de politiek heeft dit document een dynamisch karakter. Daarom wordt dit document iedere vijf jaar geëvalueerd en gereviseerd waar nodig, op initiatief van de Commissie Kwaliteit.

³Waar de term vakgroep staat kan ook maatschap worden gelezen.

⁴OMS Adviescommissie kwaliteitsvisitaties 2012 – Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties. Een leidraad voor wetenschappelijke verenigingen.

Normen en waardering

Kwaliteitsdomein - Evaluatie van zorg

Kwaliteitsaspecten

- 1.1 Dossiervoering
- 1.2 Kwaliteitsregistratie en -bespreking
- 1.3 Multidisciplinair overleg
- 1.4 Dataregistratie
- 1.5 Time-out procedure
- 1.6 Evidence-based werken
- 1.7 Continuïteit van zorg
- 1.8 Innovatie

Domein 1	Evaluatie van zorg										
1.1	<p>Dossiervoering</p> <p>Een goede dossiervoering is van belang voor het borgen van een veilige patiëntenzorg. In het kader van de kwaliteitsvisite worden statussen bekeken van opgenomen en van recentelijk ontslagen patiënten en wordt geëvalueerd in hoeverre de vakgroep voldoet aan onderstaande norm. In bijlage 2 staat beschreven waar een dossier minimaal aan moet voldoen.</p> <table border="1"> <tr> <td>Goed</td> <td>De vakgroep heeft papieren en/of elektronische dossiers waarin dagelijks de actuele-, relevante informatie voor het medisch handelen compleet is vastgelegd. De vakgroep evalueert jaarlijks deze dossiervoering en neemt verbetermaatregelen indien noodzakelijk.</td> </tr> <tr> <td>Matig</td> <td>De vakgroep heeft papieren en/of elektronische dossiers waarin dagelijks de actuele, relevante informatie voor het medisch handelen compleet is vastgelegd. De vakgroep evalueert dit niet.</td> </tr> <tr> <td>Onvoldoende</td> <td>De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid.</td> </tr> <tr> <td>Zwaar onvoldoende</td> <td>De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid, waardoor de patiëntveiligheid in het geding is.</td> </tr> </table>	Goed	De vakgroep heeft papieren en/of elektronische dossiers waarin dagelijks de actuele-, relevante informatie voor het medisch handelen compleet is vastgelegd. De vakgroep evalueert jaarlijks deze dossiervoering en neemt verbetermaatregelen indien noodzakelijk.	Matig	De vakgroep heeft papieren en/of elektronische dossiers waarin dagelijks de actuele, relevante informatie voor het medisch handelen compleet is vastgelegd. De vakgroep evalueert dit niet.	Onvoldoende	De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid.	Zwaar onvoldoende	De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid, waardoor de patiëntveiligheid in het geding is.		
Goed	De vakgroep heeft papieren en/of elektronische dossiers waarin dagelijks de actuele-, relevante informatie voor het medisch handelen compleet is vastgelegd. De vakgroep evalueert jaarlijks deze dossiervoering en neemt verbetermaatregelen indien noodzakelijk.										
Matig	De vakgroep heeft papieren en/of elektronische dossiers waarin dagelijks de actuele, relevante informatie voor het medisch handelen compleet is vastgelegd. De vakgroep evalueert dit niet.										
Onvoldoende	De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid.										
Zwaar onvoldoende	De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid, waardoor de patiëntveiligheid in het geding is.										
1.2	<p>Kwaliteitsregistratie en -bespreking</p> <p>Elk centrum levert verplicht data aan de Netherlands Heart Registry aan. Een goede kwaliteitsregistratie is hiervoor een vereiste. Zo kunnen de uitkomsten van het eigen centrum vergeleken worden met de andere hartcentra in Nederland. Echter, een kwaliteitsregistratie zonder een kwaliteitsbespreking is van beperkte waarde. Een kwaliteitsbespreking dient eens per maand plaats te vinden en bestaat uit het bespreken van complicaties, calamiteiten en incidenten.</p> <table border="1"> <tr> <td>Uitstekend</td> <td>De vakgroep heeft een 'live' dashboard met kwaliteitsparameters en een wekelijkse bespreking, waarbij resultaten gebruikt worden om verbeteringen door te voeren en/of de kwaliteitsbespreking is multidisciplinair waarbij meerdere ketenpartners betrokken zijn.</td> </tr> <tr> <td>Goed</td> <td>De vakgroep heeft een goede kwaliteitsregistratie en een maandelijkse kwaliteitsbespreking waarbij resultaten gebruikt worden om verbeteringen door te voeren.</td> </tr> <tr> <td>Matig</td> <td>De vakgroep heeft een goede kwaliteitsregistratie en een structurele kwaliteitsbespreking, maar de resultaten worden niet gebruikt om verbeteringen door te voeren.</td> </tr> <tr> <td>Onvoldoende</td> <td>De vakgroep heeft geen kwaliteitsregistratie of geen kwaliteitsbespreking.</td> </tr> <tr> <td>Zwaar onvoldoende</td> <td>De vakgroep heeft geen kwaliteitsregistratie en geen kwaliteitsbespreking.</td> </tr> </table>	Uitstekend	De vakgroep heeft een 'live' dashboard met kwaliteitsparameters en een wekelijkse bespreking, waarbij resultaten gebruikt worden om verbeteringen door te voeren en/of de kwaliteitsbespreking is multidisciplinair waarbij meerdere ketenpartners betrokken zijn.	Goed	De vakgroep heeft een goede kwaliteitsregistratie en een maandelijkse kwaliteitsbespreking waarbij resultaten gebruikt worden om verbeteringen door te voeren.	Matig	De vakgroep heeft een goede kwaliteitsregistratie en een structurele kwaliteitsbespreking, maar de resultaten worden niet gebruikt om verbeteringen door te voeren.	Onvoldoende	De vakgroep heeft geen kwaliteitsregistratie of geen kwaliteitsbespreking.	Zwaar onvoldoende	De vakgroep heeft geen kwaliteitsregistratie en geen kwaliteitsbespreking.
Uitstekend	De vakgroep heeft een 'live' dashboard met kwaliteitsparameters en een wekelijkse bespreking, waarbij resultaten gebruikt worden om verbeteringen door te voeren en/of de kwaliteitsbespreking is multidisciplinair waarbij meerdere ketenpartners betrokken zijn.										
Goed	De vakgroep heeft een goede kwaliteitsregistratie en een maandelijkse kwaliteitsbespreking waarbij resultaten gebruikt worden om verbeteringen door te voeren.										
Matig	De vakgroep heeft een goede kwaliteitsregistratie en een structurele kwaliteitsbespreking, maar de resultaten worden niet gebruikt om verbeteringen door te voeren.										
Onvoldoende	De vakgroep heeft geen kwaliteitsregistratie of geen kwaliteitsbespreking.										
Zwaar onvoldoende	De vakgroep heeft geen kwaliteitsregistratie en geen kwaliteitsbespreking.										
1.3	<p>Multidisciplinair overleg</p> <p>Binnen de cardiothoracale chirurgie zijn verschillende multidisciplinaire overleggen relevant, bijvoorbeeld: het hartteam, longteam, congenitaal team en het transplantatieteam. De frequentie is afhankelijk van de setting en wordt door de hartcentra zelf bepaald.</p>										

Uitstekend	Multidisciplinaire overleggen vinden structureel plaats en leiden tot vastgestelde zorgpaden en/of beleidsveranderingen. De terugkoppeling van het advies naar de (externe) verwijzer vindt structureel plaats.
Goed	Multidisciplinaire overleggen vinden structureel plaats, de resultaten worden schriftelijk vastgelegd en deze zijn voor de relevante betrokkenen inzichtelijk. De terugkoppeling van het advies naar de (externe) verwijzer vindt structureel plaats.
Matig	Multidisciplinaire overleggen vinden structureel plaats, maar de resultaten worden niet schriftelijk vastgelegd.
Onvoldoende	Multidisciplinaire overleggen vinden incidenteel plaats.
Zwaar onvoldoende	Er vinden geen multidisciplinaire overleggen plaats.

1.4 Dataregistratie

De NVT loopt als wetenschappelijke vereniging voorop in dataregistratie en heeft hiervoor een registratiecommissie Cardiochirurgie van de NHR. De landelijke data/data per centrum worden geanalyseerd waarbij wordt gekeken naar 'outliers' en mogelijke redenen en oplossingen hiervoor. Bovendien worden best practices gedeeld.

Uitstekend	De vakgroep neemt deel aan de NHR, levert volledige data aan, analyseert deze op kortcyclische basis en gebruikt ze om resultaten te verbeteren.
Goed	De vakgroep neemt deel aan de NHR, levert volledige data aan, analyseert deze en gebruikt ze om de resultaten te verbeteren.
Matig	De vakgroep neemt deel aan de NHR, levert volledige data aan, maar analyseert deze niet en gebruikt ze niet om de resultaten te verbeteren.
Onvoldoende	De vakgroep neemt deel aan de NHR, levert geen volledige data aan en/of analyseert deze niet.
Zwaar onvoldoende	De vakgroep levert geen data aan, of levert wel data aan maar behoort tot de 'outliers' en analyseert niet waardoor dit wordt veroorzaakt.

1.5 Time-out procedure

De time-out procedure is een verplichting vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Daarnaast is er een richtlijn 'het peroperatieve traject' vanuit de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). In het dossieronderzoek wordt bekeken of aan de time-out criteria is voldaan.

De time out kan een onderdeel zijn van een meer uitgebreide preoperatieve briefing.

Uitstekend	De time-out procedure wordt altijd en <u>volledig</u> uitgevoerd voorafgaand en aansluitend aan een verrichting. Tevens wordt gebruik gemaakt van een preoperatieve briefing.
Goed	De time-out procedure wordt altijd en <u>volledig</u> uitgevoerd voorafgaand en aansluitend aan een verrichting.
Matig	De time-out procedures worden niet altijd en/of niet volledig uitgevoerd voorafgaand en aansluitend aan de verrichting.
Onvoldoende	Er vinden incidenteel time-out procedures plaats.
Zwaar onvoldoende	Er vinden geen time-out procedures plaats.

1.6 Evidence-based werken

Binnen de cardiothoracale chirurgie wordt met name gebruik gemaakt van nationale- en internationale richtlijnen, zoals die van de European Society of Cardiology (ESC) en de European Association of Cardiothoracic Surgery (EACTS). Om als vakgroep evidence-based te werken, worden deze richtlijnen vertaald in lokale protocollen.

Uitstekend	De vakgroep volgt de nationale- en internationale richtlijnen. Vertaalt deze naar lokale protocollen en gebruikt deze protocollen en richtlijnen als onderwerp voor refereeravonden en onderwijsmomenten.
Goed	De vakgroep volgt de nationale- en internationale richtlijnen en vertaalt deze naar lokale protocollen.
Matig	De vakgroep volgt de nationale- en internationale richtlijnen, maar de protocollen zijn niet up-to-date.

Onvoldoende	De vakgroep volgt de nationale- en internationale richtlijnen niet en heeft geen lokale protocollen.
-------------	--

1.7 Continuïteit van zorg

Onder continuïteit van zorg wordt verstaan dat op alle momenten de juiste zorg geboden kan worden. De overdracht is een belangrijk moment om de continuïteit van zorg te waarborgen. De overdracht kan fysiek plaatsvinden, maar ook via video conferencing of bijvoorbeeld via een beveiligde app.

Uitstekend	De continuïteit van patiëntenzorg wordt gewaarborgd door een gestructureerde overdracht bij het wisselen van de dienst en er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid. Indien van toepassing is voor subspecialisaties een ander vakgroeplid beschikbaar.
Goed	De continuïteit van patiëntenzorg wordt gewaarborgd door een gestructureerde overdracht bij het wisselen van de dienst en er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid.
Zwaar onvoldoende	Er zijn structurele problemen met de overdracht, dienstregeling en/of bereikbaarheid, waardoor de continuïteit van patiëntenzorg niet wordt gewaarborgd.

1.8 Innovatie

De invoer van een nieuwe techniek of apparatuur dient te worden voorafgegaan door een prospectieve risico-inventarisatie. Onderdeel van de prospectieve risico-inventarisatie is training van alle betrokkenen en het informeren van de gehele keten voor een veilige implementatie.

Uitstekend	De vakgroep neemt zelf initiatief voor het uitvoeren van een prospectieve risico-inventarisatie bij de introductie van nieuwe technieken of apparatuur, voert deze uit en zorgt voor training en informatie voor de keten.
Goed	De vakgroep levert een bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij de introductie van nieuwe technieken of apparatuur en zorgt voor training en informatie voor de keten indien nodig.
Matig	De vakgroep levert een beperkte bijdrage aan prospectieve risico-inventarisaties en/of zorgt beperkt voor training en informatie voor de keten indien nodig.
Zwaar onvoldoende	De vakgroep levert geen bijdrage aan prospectieve risico-inventarisaties en zorgt niet voor training en informatie voor de keten indien nodig.

Vakgroepfunctioneren

- 2.1 Teamklimaat
- 2.2 (Meerjaren)beleidsplan
- 2.3 Vakgroepvergaderingen
- 2.4 Aanspreken op ongewenst gedrag en evaluatie werkbelasting
- 2.5 Contacten in- en extern

Domein 2	Vakgroepfunctioneren	
2.1	Teamklimaat	
		Voor het leveren van goede zorg is een goede samenwerking een vereiste. De samenwerking binnen de vakgroep kan geëvalueerd worden door gebruik te maken van de Quickscan, welke sinds 2011 een verplicht onderdeel is van de kwaliteitsvisitaties van de NVT. De Quickscan stelt vakgroepen in staat te reflecteren op het vakgroepfunctioneren. De resultaten van de meting kunnen gebruikt worden voor het stellen van prioriteiten en indien nodig voor verbetering van de onderlinge samenwerking.
	Goed	De vakgroep heeft een goede samenwerking en voert de Quickscan van het vakgroepfunctioneren tenminste iedere twee jaar uit, waarna uitkomsten worden geanalyseerd, verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.
	Matig	De vakgroep heeft een goede samenwerking en voert de Quicscan iedere vijf jaar uit, waarna uitkomsten worden geanalyseerd, verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.
	Onvoldoende	De vakgroep heeft geen problemen in de samenwerking, maar evalueert deze niet structureel.
	Zwaar onvoldoende	De samenwerking in de vakgroep is onder de maat en de vakgroep neemt geen acties om deze te verbeteren.
2.2	(Meerjaren)beleidsplan	
	Goed	De vakgroep heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan. Deze zijn afgestemd op de beleidsplannen van de instelling.
	Matig	De vakgroep heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan, maar er is onvoldoende afstemming binnen de instelling.
	Onvoldoende	De vakgroep heeft geen (meerjaren)beleidsplan.
2.3	Vakgroepvergaderingen	
		Vakgroepvergaderingen zijn van cruciaal belang voor de coherentie en communicatie binnen een vakgroep. Gemaakte afspraken moeten worden genotuleerd en worden opgevolgd.
	Goed	Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord.
	Matig	Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van besluiten wordt niet gemonitord.
	Onvoldoende	Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur en/of de aanwezigheid is beperkt.
	Zwaar onvoldoende	Er worden geen vakgroepvergaderingen gehouden.
2.4	Aanspreken op ongewenst gedrag en evaluatie werkbelasting	
		In het Kwaliteitskader "Medische zorg" is in het kader van "bevorderen van kwaliteit" vastgelegd dat een arts zijn vakgroepleden aanspreekt op ongewenst gedrag en verantwoordelijkheid neemt voor leden van de vakgroep die geen goede zorg verlenen. Daarnaast is aandacht voor de verdeling van taken en de werkdruk binnen de vakgroep gewenst.
		Referentie: KNMG Kwaliteitskader medische zorg 'Staan voor kwaliteit', 2012
	Uitstekend	Gedrag en functioneren van de individuele specialist/vakgroeplid en de belasting/belastbaarheid van de vakgroepleden zijn een structureel onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de vakgroep.
	Goed	Gedrag en functioneren van de individuele specialist/vakgroeplid en de belasting/belastbaarheid van de vakgroepleden worden

	besproken binnen de vakgroep en indien nodig worden er verbeteracties uitgevoerd.
Matig	Gedrag en functioneren van de individuele specialist/vakgroeplid en de belasting/belastbaarheid van de vakgroepleden worden besproken binnen de vakgroep, maar er worden geen verbeteracties uitgevoerd.
Onvoldoende	Gedrag en functioneren van de individuele specialist/vakgroeplid en/of de belasting/belastbaarheid worden niet besproken binnen de vakgroep.
Zwaar onvoldoende	Gedrag en functioneren van de individuele specialist/vakgroeplid en/of de belasting/belastbaarheid worden binnen de vakgroep geaccepteerd als zijnde een individueel probleem.

2.5

Contacten in- en extern

Ter bevordering van de kwaliteit van de patiëntenzorg is contact met in- en externe partners van belang. Onder contacten kan worden verstaan: collega's binnen en buiten de eigen instelling, huisartsen, ketenpartners, andere specialisten. Hieronder wordt ook verstaan: deelname aan ziekenhuisactiviteiten.

Goed	De vakgroep heeft goede en constructieve relaties met andere vakgroepen en disciplines binnen en buiten de organisatie, o.a. blijkt uit de verwijzersenquête en bespreekt en analyseert dit. De vakgroep is actief betrokken bij beleidsmatige processen in de organisatie.
Onvoldoende	De vakgroep heeft relaties met andere vakgroepen en disciplines binnen en buiten de organisatie waarbij structurele problemen zijn.

Patiënten- en aanvragersperspectief

- 3.1 Klachten en signalen van onvrede
- 3.2 Patiënteninformatie/voorlichting

Domein 3	Patiënten- en aanvragersperspectief
----------	-------------------------------------

3.1	Klachten en signalen van onvrede
-----	----------------------------------

Iedere vakgroep heeft te maken met klachten van patiënten. Hier moeten afspraken over zijn gemaakt binnen de vakgroep en klachten dienen onderling besproken te worden en geanalyseerd.

Goed	De vakgroep analyseert klachten, signalen van onvrede en civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening, bespreekt deze en voert verbeteracties uit.
Matig	De vakgroep analyseert klachten, signalen van onvrede en civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening, bespreekt deze maar voert geen verbeteracties uit.
Onvoldoende	De vakgroep analyseert klachten, signalen van onvrede en civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening, maar bespreekt deze niet.
Zwaar onvoldoende	De vakgroep analyseert klachten en signalen van onvrede niet.

3.2	Patiënteninformatie/voorlichting
-----	----------------------------------

De patiënt moet een goed beeld hebben van zijn gezondheidstoestand, zodat hij daarover verantwoorde beslissingen kan nemen. De NVT vindt het daarom belangrijk dat de patiënt aantoonbaar goed geïnformeerd wordt, zodat gezamenlijk het best passende medisch beleid kan worden gekozen.

Goed	De vakgroep beschikt over informatie specifiek voor patiënten, zoals informatiebrieven, folders en websites van de eigen vakgroep. De vakgroep draagt zorg dat de informatie up-to-date is, wordt geëvalueerd en waar nodig herzien.
Matig	Informatie specifiek voor patiënten, zoals informatiebrieven, folders en websites van de eigen vakgroep of de NVT, is aanwezig, maar is niet up-to-date.
Zwaar onvoldoende	De vakgroep beschikt niet over informatie voor patiënten, zoals informatiebrieven, folders en websites van de eigen vakgroep of de NVT.

Professionele ontwikkeling

- 4.1 Onderwijs en opleiding
- 4.2 Kennisdeling
- 4.3 Wetenschap

Domein 4	Professionele ontwikkeling										
4.1	<p>Onderwijs en opleiding</p> <p>In een zich altijd ontwikkelende organisatie is het belangrijk dat er door de vakgroepleden wordt geparticipeerd in onderwijs binnen de keten. Denk hierbij naast actieve onderwijsparticipatie in de opleiding tot cardiothoracaal chirurg en/of physician assistant/verpleegkundig specialist ook aan lesgeven aan verpleegkundigen binnen de keten (IC, afdeling, etc.).</p> <table border="1"> <tr> <td>Goed</td> <td>Alle vakgroepleden zijn betrokken bij de opleiding van AIOS en/of physician assistant/verpleegkundig specialist en het structureel geven van onderwijs.</td> </tr> <tr> <td>Matig</td> <td>Slechts een deel van de vakgroep is betrokken bij de opleiding van AIOS en/of physician assistant/verpleegkundig specialist en het structureel geven van onderwijs</td> </tr> <tr> <td>Onvoldoende</td> <td>Slechts een deel van de vakgroep is betrokken bij de opleiding van AIOS en/of physician assistant/verpleegkundig specialist. Het onderwijs wordt niet structureel georganiseerd, maar vindt incidenteel plaats.</td> </tr> <tr> <td>Zwaar onvoldoende</td> <td>De vakgroep heeft onvoldoende aandacht voor de opleiding van AIOS en/of physician assistant/verpleegkundig specialist en het geven van onderwijs.</td> </tr> </table>	Goed	Alle vakgroepleden zijn betrokken bij de opleiding van AIOS en/of physician assistant/verpleegkundig specialist en het structureel geven van onderwijs.	Matig	Slechts een deel van de vakgroep is betrokken bij de opleiding van AIOS en/of physician assistant/verpleegkundig specialist en het structureel geven van onderwijs	Onvoldoende	Slechts een deel van de vakgroep is betrokken bij de opleiding van AIOS en/of physician assistant/verpleegkundig specialist. Het onderwijs wordt niet structureel georganiseerd, maar vindt incidenteel plaats.	Zwaar onvoldoende	De vakgroep heeft onvoldoende aandacht voor de opleiding van AIOS en/of physician assistant/verpleegkundig specialist en het geven van onderwijs.		
Goed	Alle vakgroepleden zijn betrokken bij de opleiding van AIOS en/of physician assistant/verpleegkundig specialist en het structureel geven van onderwijs.										
Matig	Slechts een deel van de vakgroep is betrokken bij de opleiding van AIOS en/of physician assistant/verpleegkundig specialist en het structureel geven van onderwijs										
Onvoldoende	Slechts een deel van de vakgroep is betrokken bij de opleiding van AIOS en/of physician assistant/verpleegkundig specialist. Het onderwijs wordt niet structureel georganiseerd, maar vindt incidenteel plaats.										
Zwaar onvoldoende	De vakgroep heeft onvoldoende aandacht voor de opleiding van AIOS en/of physician assistant/verpleegkundig specialist en het geven van onderwijs.										
4.2	<p>Kennisdeling</p> <p>Het delen van kennis binnen en buiten de keten wordt gezien als een middel om de kwaliteit van de eigen kennis op peil te houden. Hiervoor kunnen het organiseren en/of deelnemen aan refereeravonden, nationale en internationale congressen gebruikt worden. Er wordt gestimuleerd om deel te nemen aan vakoverstijgende nascholing.</p> <table border="1"> <tr> <td>Uitstekend</td> <td>De vakgroep heeft een langetermijnplan voor de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden.</td> </tr> <tr> <td>Goed</td> <td>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.</td> </tr> <tr> <td>Matig</td> <td>De vakgroep besteedt onvoldoende aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden.</td> </tr> <tr> <td>Onvoldoende</td> <td>De vakgroep besteedt geen aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden.</td> </tr> </table>	Uitstekend	De vakgroep heeft een langetermijnplan voor de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden.	Goed	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.	Matig	De vakgroep besteedt onvoldoende aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden.	Onvoldoende	De vakgroep besteedt geen aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden.		
Uitstekend	De vakgroep heeft een langetermijnplan voor de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden.										
Goed	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.										
Matig	De vakgroep besteedt onvoldoende aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden.										
Onvoldoende	De vakgroep besteedt geen aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden.										
4.3	<p>Wetenschap</p> <table border="1"> <tr> <td>Uitstekend</td> <td>De vakgroep initieert wetenschappelijk onderzoek.</td> </tr> <tr> <td>Goed</td> <td>De vakgroep neemt structureel deel aan wetenschappelijk onderzoek.</td> </tr> <tr> <td>Matig</td> <td>De vakgroep neemt incidenteel deel aan wetenschappelijk onderzoek.</td> </tr> <tr> <td>Onvoldoende</td> <td>De vakgroep neemt niet deel aan wetenschappelijk onderzoek.</td> </tr> <tr> <td>Zwaar onvoldoende</td> <td>Niet van toepassing.</td> </tr> </table>	Uitstekend	De vakgroep initieert wetenschappelijk onderzoek.	Goed	De vakgroep neemt structureel deel aan wetenschappelijk onderzoek.	Matig	De vakgroep neemt incidenteel deel aan wetenschappelijk onderzoek.	Onvoldoende	De vakgroep neemt niet deel aan wetenschappelijk onderzoek.	Zwaar onvoldoende	Niet van toepassing.
Uitstekend	De vakgroep initieert wetenschappelijk onderzoek.										
Goed	De vakgroep neemt structureel deel aan wetenschappelijk onderzoek.										
Matig	De vakgroep neemt incidenteel deel aan wetenschappelijk onderzoek.										
Onvoldoende	De vakgroep neemt niet deel aan wetenschappelijk onderzoek.										
Zwaar onvoldoende	Niet van toepassing.										

Bijlage 1 – Ontwikkelproces normenrapport

Het normenrapport van de NVT is ontwikkeld in het project 'Systematische Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitaties' (STeRK). In dit project heeft de NVT samengewerkt met dertien andere wetenschappelijke verenigingen om een normenrapport op te stellen en een systeem te ontwikkelen voor terugkoppeling van de resultaten van kwaliteitsvisitaties naar het beleid van de NVT.

De werkgroep van de NVT bestond uit Suzanne Kats, Guido van Aarnhem en Thanasie Markou. In twee werkgroepvergaderingen zijn de kwaliteitsaspecten en bijbehorende normen beschreven op basis van de leidraad waarderingsystematiek van de Federatie Medisch Specialisten, normenrapport van andere wetenschappelijke verenigingen en de vaakst gegeven adviezen bij eerdere kwaliteitsvisitaties. Vervolgens zijn de overige graderingen gedefinieerd en de inleidingen geschreven.

Het concept normenrapport is besproken in het bestuur van de NVT. Daarnaast is het concept normenrapport toegestuurd aan de commissie kwaliteitsvisitaties in een commentaaronde. De voorgestelde wijzigingen zijn besproken binnen de werkgroep en verwerkt in het normenrapport waar relevant. Hierna is het definitieve rapport informeel gepresenteerd in de algemene ledenvergadering van 15 november 2019.

Bijlage 2 – Relevante informatie voor dossiervoering

Gegevens harteambespreking / longbespreking

1. Verwijsbrief en relevante oude correspondentie
2. Hoofdiagnose en co-morbiditeit
Preoperatieve stadiëring bij longoperatie
3. Preoperatieve consulten en onderzoeken
4. Behandelvoorstel

Gegevens preoperatieve polikliniek

5. Recent lab en X-thorax

Klinisch dossier

6. Opnamediagnose, lichamelijk onderzoek, medicatie
7. Notities aangaande informed consent
8. Operatieverslag. Indien niet direct beschikbaar, korte samenvatting in decursus
9. Time-out procedure
10. Intra-operatieve stadiëring en PA-verslag bij longoperaties
11. Perfusieverslag en anesthesielijst
12. Samenvatting IC-periode
13. Dagelijkse decursus en dag(temp)lijsten
14. Naam en datum bij aantekening
15. Medicatie bij ontslag
16. Voorlopige ontslagbrief binnen 3 dagen
17. Definitieve ontslagbrief binnen 2 weken