



Normendocument kwaliteitsvisitatie

Auteurs	Leden van het bestuur van de commissie kwaliteit		
Beheer	kwaliteitsmedewerker kwaliteit NVVC-bureau		
Vastgesteld op	21 februari 2019	Datum vorige versie	Mei 2018



Normen Kwaliteitsvisitatie

Inhoudsopgave-

Uitleg diverse normen	2
1. Voorwaarden (V).....	2
2. Zwaarwegend adviezen (ZA).....	2
3. Aanbevelingen (A).....	2
4. Basisnorm (B).....	2
5. Streefnorm (S).....	2
Kwaliteitsdomein 1: Vakgroep of maatschappfunctioneren.	3
1.1 Quicksan.....	3
1.2 Vakgroepvergaderingen.....	3
1.3 (Meerjaren)beleidsplan/visiedocument	3
1.4 Belasting/belastbaarheid	4
1.5 Medisch beleid.....	4
Kwaliteitsdomein 2: Professionele ontwikkeling.....	4
2.1 Vakinhoudelijke kennis en vaardigheden	4
2.2 Individueel functioneren (IFMS) en Groepsfunctioneren (GIFMS).....	4
2.3 Opleiding en onderwijs	5
Kwaliteitsdomein 3: Evaluatie van de zorg	5
3.1 KISZ lijst	5
3.2 Continuïteit patiëntenzorg.....	5
3.3 Complicatieregistratie.....	6
3.4. Protocollen.....	6
3.5 Naleven van richtlijnen (steekproef op basis van EBMA evaluatie)	6
3.6 Kwaliteitsindicatoren	7
3.7 Continuïteit klinische patiëntenzorg.....	7
3.8 Melden van incidenten/ calamiteiten.....	7
3.9 Autoriseren van echocardiografieën	7
3.10 Het beoordelen van een ECG dat op verzoek van de huisarts wordt gemaakt.....	8
3.11 Aanwezigheid arts bij ergometrieën	8
3.11 Volumenorm slokdarmechocardiografieën.....	8
3.12 Volumenorm high dose (dobutamine) stress echocardiografieën (SE) voor ischemie detectie ..	8
3.13 Volumenorm pacemakerimplantaties	9
3.14 Volumenorm hartcatheterisaties (CAG)	9
3.15 Deelname aan NHR.....	9
Kwaliteitsdomein 4: Patiëntenperspectief	9
4.1 De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling (Treenorm)	9
4.2 Patiëntenperspectief in kaart (laten) brengen (middels enquêtes, spiegelgesprekken, wachtkamerinterviews etc.)	9
4.3 Resultaten calamiteitenonderzoek en juridische procedures verbandhoudend met zorgverlening	10
4.4 Klachten en signalen van onvrede	10

Normen kwaliteitsvisitaties – vastgesteld door de Commissie Kwaliteit en bestuur NVVC



Uitleg diverse normen

1. Voorwaarden (V)

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

2. Zwaarwegend adviezen (ZA)

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

3. Aanbevelingen (A)

Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.

4. Basisnorm (B)

Goed, de norm.

5. Streefnorm (S)

Excellent, een voorbeeld voor anderen.



Kwaliteitsdomein 1: Vakgroepfunctioneren.

1.1 Quickscan

- De Quickscan wordt niet uitgevoerd, de vakgroep evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze (V).
- De Quickscan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd maar de resultaten worden niet besproken (ZA).
- De Quickscan wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld, uitgevoerd en geëvalueerd (A).
- De vakgroep voert de Quickscan van het vakgroepfunctioneren tenminste iedere vijf jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen, uit te voeren en te evalueren (B).
- De vakgroep voert de Quickscan van het vakgroepfunctioneren jaarlijks uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen, uit te voeren en te evalueren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep (S).

1.2 Vakgroepvergaderingen

- Het is niet aantoonbaar dat er vakgroepvergaderingen gehouden worden (V).
- Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur, notulen en verslaglegging (ZA).
- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord (A).
- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord (B).
- Er is een systeem waarmee de vakgroepvergaderingen worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren (S).

1.3 (Meerjaren)beleidsplan/visiedocument

- Er is geen (meerjaren)beleidsplan/visiedocument ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie (ZA).
- Er is geen (meerjaren)beleidsplan/visiedocument (A).
- Er is een (meerjaren)beleidsplan/visiedocument maar er is onvoldoende afstemming met de beleidsplannen van de instelling (B).
- De vakgroep heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan/visiedocument. Dit is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling (S).



1.4 Belasting/belastbaarheid

- Er is binnen de vakgroep geen oog voor collega's die te veel belast worden (V).
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's zonder dat dit leidt tot verandering (ZA).
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat te analyseren en te bespreken. Daar vloeien echter geen verbeteracties uit voort (A).
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat te analyseren, te bespreken en te verbeteren (B).
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat evenwicht regelmatig te evalueren en te verbeteren en de resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep (S).

1.5 Medisch beleid

- Er zijn geen afspraken over het medisch beleid (V).
- Er zijn afspraken over het medisch beleid, maar de vakgroepleden houden zich daar niet (helemaal) aan (ZA).
- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid, maar er is geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren (A).
- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren (B).
- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep (S).

Kwaliteitsdomein 2: Professionele ontwikkeling

2.1 Vakinhoudelijke kennis en vaardigheden

- De vakgroep heeft expliciete afspraken over de ontwikkeling van specialistische vakinhoudelijke kennis ten behoeve van de praktijk, deze zijn vastgelegd (A).
- De vakgroepsafspraken met betrekking tot de ontwikkeling van kennis en vaardigheden worden aantoonbaar opgevolgd en geëvalueerd (B).
- De evaluatie en (zo nodig) verbetering van de vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, zijn vast onderdeel van het beleid van de vakgroep en zijn verwerkt in het vakgroepsbeleidsplan en -jaarverslag (S).

2.2 Individueel functioneren (IFMS) en Groepsfunctioneren (GIFMS)

- In het ziekenhuis is geen systeem om periodiek het individueel en/of groepsfunctioneren te evalueren (V).



- In het ziekenhuis is een systeem om periodiek het individueel en/of groepsfunctioneren te evalueren maar de vakgroepleden doen daar (nog) niet aan mee (ZA).
- In het ziekenhuis is een systeem om periodiek het individueel en/of groepsfunctioneren te evalueren (de (meeste) vakgroepleden doen daaraan mee) maar het wordt niet gebruikt om verbeteracties te implementeren (A).
- De leden van de vakgroep doen mee aan een systeem om periodiek het individueel en/of groepsfunctioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren (B).

2.3 Opleiding en onderwijs

- Er wordt niets gedaan aan opleiding en/of onderwijs (V).
- Opleiding- en onderwijsactiviteiten zijn een zaak van de individuele specialist (ZA).
- De vakgroep heeft expliciete afspraken over de taakverdeling en het beleid met betrekking tot opleiding en/of onderwijs (A).
- Bespreking van ontwikkeling, voortgang en resultaten van opleiding en/of onderwijs wordt regelmatig geagendeerd op de vakgroepvergadering (B).
- Ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van opleiding en/of onderwijs is een vast onderdeel van het beleid van de vakgroep en is verwerkt in het vakgroepbeleidsplan en –jaarverslag (S).

Kwaliteitsdomein 3: Evaluatie van de zorg

3.1 KISZ lijst.

- KISZ-lijst is niet ingevuld (V).
- KISZ-lijst is door alle vakgroepleden ingevuld, maar de resultaten zijn niet in de vakgroep besproken (ZA).
- KISZ-lijst is door alle vakgroepleden ingevuld, en resultaten zijn in de vakgroep besproken (A).
- Resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland en worden geëvalueerd (B).
- KISZ-lijst wordt periodiek gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het vakgroepbeleidsplan en -jaarverslag. De score drukt uit of een vakgroep (voldoende) aandacht heeft voor de evaluatie van het management van zorgprocessen (S).

3.2 Continuïteit patiëntenzorg.

- Er is geen duidelijke dienstregeling en/of goede bereikbaarheid (V).
- De dienstregeling en/of goede bereikbaarheid schiet incidenteel te kort (ZA).
- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid maar er is geen gestructureerde overdracht (A).
- Er is een goede dienstregeling met goede bereikbaarheid met een goed gestructureerde overdracht waarbij die cardioloog die dienst heeft gehad meestal aanwezig is (B).



3.3 Complicatieregistratie

- Er is geen structurele complicatieregistratie (V).
- Complicaties worden geregistreerd, maar niet systematisch besproken (ZA).
- Complicaties worden geregistreerd en besproken maar leiden niet tot aantoonbare beleidsaanpassingen (A).
- De vakgroep heeft een complicatie registratie en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren (B).
- De vakgroep participeert in een landelijke complicatieregistratie waardoor de resultaten gebenchmarkt worden (S).

3.4. Protocollen

- Geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende cardiale ziekten zijn niet aanwezig. Werkinstructies ontbreken (V).
- Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende cardiale ziekten, maar werkinstructies ontbreken en/of zijn onvoldoende toegankelijk (ZA).
- Naar mening van (arts) assistenten en/of ziekenhuismedewerkers kunnen protocollen of werkinstructies verbeterd worden (A).
- Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende cardiale ziekten, duidelijke werkinstructies en ze zijn goed toegankelijk (B).
- Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende cardiale ziekten, duidelijke werkinstructies en ze zijn goed toegankelijk. Evaluatie vindt via een vast schema plaats (S).

3.5 Naleven van richtlijnen (steekproef op basis van EBMA evaluatie)

- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden niet nagekomen (V).
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden wel nagekomen, dan wel beargumenteerd van afgeweken, maar het wordt niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd (ZA).
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden wel nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd (B).
- De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd (S).



3.6 Kwaliteitsindicatoren

- De vakgroep levert geen gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie (V).
- De vakgroep levert gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, maar de uitkomsten worden niet geanalyseerd (ZA).
- De vakgroep levert gegevens voor de prestatie/kwaliteitsindicatoren, de uitkomsten worden geanalyseerd, maar leiden niet tot aantoonbare vervolg- en of verbeteracties (A).
- De vakgroep heeft een regeling om op basis van de actuele kwaliteitsindicatoren van IGJ of de eigen WV uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren (B).
- De vakgroep heeft een regeling om op basis van de basisset kwaliteitsindicatoren van IGJ of eigen WV uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen implementeren. De vakgroep levert daarnaast een bijdrage in de ontwikkeling van landelijke kwaliteitsindicatoren (S).

3.7 Continuïteit klinische patiëntenzorg

- De cardioloog die de supervisie heeft voor klinische patiënten wisselt meerdere malen gedurende de week en is niet altijd beschikbaar voor overleg (V).
- De cardioloog die de supervisie heeft voor klinische patiënten wisselt meerdere malen gedurende de week maar is altijd beschikbaar voor overleg (ZA) .
- De cardioloog die de supervisie heeft voor klinische patiënten wisselt soms gedurende de week maar is altijd beschikbaar voor overleg (A).
- Er is gedurende de week een vaste supervisor die altijd beschikbaar is voor overleg (B).
- Er is gedurende de week een vaste supervisor die altijd beschikbaar is voor overleg en dagelijks op de afdeling langs komt (S).

3.8 Melden van incidenten/ calamiteiten

- De vakgroep meldt incidenten/ calamiteiten niet (V).
- De vakgroep meldt incidenten/ calamiteiten maar analyseert en bespreekt de meldingen niet en voert geen verbeteracties uit (ZA).
- De vakgroep meldt incidenten/ calamiteiten, analyseert en bespreekt de meldingen maar voert geen verbeteracties uit (A).
- De vakgroep meldt incidenten/ calamiteiten, analyseert en bespreekt de meldingen en voert verbeteracties uit (B).
- Er is een systeem waarmee het proces en de resultaten van de meldingen van incidenten/ calamiteiten worden geëvalueerd en gerapporteerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren (S).

3.9 Autoriseren van echocardiografieën

- De echocardiografieën worden nooit geautoriseerd (V).



- De echocardiografieën worden op verzoek van de laborant geautoriseerd maar dit is niet terug te zien op het verslag (ZA).
- Alle echocardiografieën worden geautoriseerd door de cardioloog maar dit is niet terug te zien op het verslag (A).
- Alle echocardiografieën worden geautoriseerd door de cardioloog en dit is terug te zien op het verslag (B).
- Alle echocardiografieën worden geautoriseerd door de cardioloog, dit is terug te zien op het verslag en worden teruggekoppeld aan en geëvalueerd met de laboranten (S).

3.10 Het beoordelen van een ECG dat op verzoek van de huisarts wordt gemaakt.

- Het ECG van een patiënt dat op verzoek van een huisarts wordt gemaakt in de (poli)kliniek wordt niet standaard door een cardioloog (i.o.) beoordeeld voordat de patiënt de (poli)kliniek verlaat (V).
- Ieder ECG van een patiënt dat op verzoek van een huisarts wordt gemaakt in de (poli)kliniek wordt beoordeeld door een cardioloog (i.o.) voordat de patiënt de (poli)kliniek verlaat (B).

3.11 Aanwezigheid arts bij ergometrieën

- Er is geen arts aanwezig bij de ergometrieën en deze is ook slecht bereikbaar en/of niet direct aanwezig (V)
- Er is geen een arts aanwezig bij de ergometrieën maar deze is goed bereikbaar en direct aanwezig als aanwezigheid gewenst (B).
- Er is altijd een arts aanwezig bij de ergometrieën (S).

3.11 Volumennorm slokdarmechocardiografieën

- Totaal aantal TEE's minder dan 50 per jaar en per cardioloog minder dan 25 per jaar (V).
- Totaal aantal TEE's minder dan 50, maar per cardioloog meer dan 25 per jaar (ZA).
- Totaal aantal TEE's meer dan 50, maar per cardioloog minder dan 25 per jaar (ZA).
- Totaal aantal TEE's is 50 tot 75 per jaar en iedere cardioloog doet er meer dan 25 per jaar (B).
- Totaal aantal TEE's is meer dan 75 per jaar en iedere cardioloog doet er meer dan 25 per jaar (S).

3.12 Volumennorm high dose (dobutamine) stress echocardiografieën (SE) voor ischemie detectie

- Totaal aantal SE minder dan 50 per jaar (V).
- Totaal aantal SE is net voldoende (A).
- Totaal aantal SE s is ruim meer dan 50 per jaar (S).



3.13 Volumenormpacemakerimplantaties

- Totaal aantal pacemakerimplantaties minder dan 50 per jaar en per cardioloog minder dan 25 per jaar (V).
- Totaal aantal pacemakerimplantaties minder dan 50, maar per cardioloog meer dan 25 per jaar (ZA).
- Totaal aantal pacemakerimplantaties meer dan 50, maar per cardioloog minder dan 25 per jaar (ZA).
- Totaal aantal pacemakerimplantaties is 50 tot 75 per jaar en iedere cardioloog doet er meer dan 25 per jaar (B).
- Totaal aantal pacemakerimplantaties is meer dan 75 per jaar en iedere cardioloog doet er meer dan 25 per jaar (S).

3.14 Volumenormpacemakerimplantaties (CAG)

- Aantal hartcatheterisaties (CAG) per cardioloog is minder dan 75 per jaar (ZA)
- Aantal hartcatheterisaties (CAG) per cardioloog is meer dan 75 per jaar (B).
- Aantal hartcatheterisaties (CAG) per cardioloog meer dan 100 per jaar (S).

3.15 Deelname aan NHR

- Geen deelname aan NHR dataregistratie (V).
- Wel deelname aan NHR maar incompleet en niet tijdig (ZA).
- Wel deelname aan NHR en compleet, maar niet tijdig (A).
- Wel deelname aan NHR en compleet en tijdig (B).

Kwaliteitsdomein 4: Patiëntenperspectief

4.1 De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling (Treeknorm)

- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt niet gemonitord (V).
- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt onvoldoende gemonitord om beleidsaanpassingen te rechtvaardigen (ZA).
- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt gemonitord, maar leidt niet tot verbetering door aanpassing van beleid (A).
- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt gemonitord, en leidt tot verbetering door aanpassing van beleid (B).
- De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt gemonitord, en leidt tot verbetering door aanpassing van beleid, en dit wordt periodiek gecontroleerd (S).

4.2 Patiëntenperspectief in kaart (laten) brengen (middels enquêtes, spiegelgesprekken, wachtkamerinterviews etc.)

- De vakgroep brengt het patiëntenperspectief niet in kaart (V).



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

4.3 Resultaten calamiteitenonderzoek en juridische procedures verbandhoudend met zorgverlening

- De vakgroep/organisatie heeft geen regeling om de uitkomsten van resultaten calamiteitenonderzoek of civiel-, straf of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (V).
- De vakgroep/organisatie heeft een regeling om de uitkomsten van resultaten calamiteitenonderzoek of civiel-, straf of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (ZA).
- De vakgroep/organisatie heeft een regeling om de uitkomsten van resultaten calamiteitenonderzoek of civiel-, straf of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren en te bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (A).
- De vakgroep/organisatie heeft een regeling om de uitkomsten van resultaten calamiteitenonderzoek of civiel-, straf of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (B).
- De vakgroep/organisatie heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van resultaten calamiteitenonderzoek of civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren (S).

4.4 Klachten en signalen van onvrede

- De vakgroep heeft geen afspraken om klachten en signalen van onvrede te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (V).
- De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (ZA).
- De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (A).



- De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (B).
- De vakgroep heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten en signalen van onvrede wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren (S).