



Normendocument kwaliteitsvisitatie

Auteurs:	Bestuursleden Commissie Kwaliteit
Vastgesteld op:	8 juni 2022
Datum vorige versie:	21 februari 2019



Inhoudsopgave

Uitleg normen.....	2
Kwaliteitsdomein 1: Vakgroepfunctioneren	3
1.1 QuickScan	3
1.2 Vakgroepvergaderingen	3
1.3 Aanspreekcultuur	3
1.4 Beleidsplan / visiedocument	4
1.5 Interne en externe contacten.....	4
1.6 Belasting / belastbaarheid.....	4
Kwaliteitsdomein 2: Professionele ontwikkeling	5
2.1 Opleiding en onderwijs.....	5
2.2 Persoonlijke professionele ontwikkeling.....	5
Kwaliteitsdomein 3: Evaluatie van de zorg.....	6
3.1 KISZ lijst.....	6
3.2 Continuïteit patiëntenzorg	6
3.3 Patiëntenbespreking	6
3.4 Continuïteit klinische patiëntenzorg (CCU)	6
3.5 Continuïteit klinische patiëntenzorg (verpleegafdeling)	7
3.6 Klinische beoordeling van een patiënt na opname	7
3.7 Complicatieregistratie	7
3.8 Protocollen	7
3.9 Naleven van richtlijnen.....	8
3.10 Melden van incidenten / calamiteiten	8
3.11 Het beoordelen van een ECG dat op verzoek van de huisarts wordt gemaakt.	8
3.12 Volumenor slokdarmechocardiografie (TEE)	9
3.13 Volumenor pacemakerimplantaties.....	9
3.14 Volumenor coronairangiografie (CAG).....	9
3.15 Time - out procedure.....	9
3.16 Deelname aan NHR.....	9
Kwaliteitsdomein 4: Patiëntenperspectief.....	11
4.1 De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling	11
4.2 Patiëntenperspectief	11
4.3 Resultaten calamiteitenonderzoek en incidentmeldingen	11
4.4 Klachten en signalen van onvrede over de zorgverlening.....	11
4.5 De vakgroep past ‘samen beslissen’ toe in de patiëntenzorg.	12



Uitleg normen

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.

Zwaarwegende 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.

Aanbevelingen (A)

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

Basisnorm (B)

Goed, de norm.

Streefnorm (S)

Excellent, een voorbeeld voor anderen.



Kwaliteitsdomein 1: Vakgroepfunctioneren

1.1 QuickScan

- Welke score kent u toe aan de 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 en uitgevoerd (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 en uit te voeren (B).
- De vakgroep voert de QuickScan van het vakgroepfunctioneren jaarlijks uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep (S).

1.2 Vakgroepvergaderingen

- Het is niet aantoonbaar dat vakgroepvergaderingen gehouden worden (V).
- Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur, notulen, actielijst 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 worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord. De vakgroepvergaderingen worden systematisch geëvalueerd, waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren (S).

1.3 Aanspreekcultuur

- De cultuur van de vakgroep laat het niet toe dat men elkaar laagdrempelig aanspreekt op gedrag of medisch handelen. De vakgroep heeft geen werkwijze om de uitkomsten van klachten of juridische procedures die verband houden met de zorgverlening te analyseren en bespreken (V).
- De cultuur van de vakgroep laat het niet toe dat men elkaar laagdrempelig aanspreekt op gedrag of medisch handelen. De vakgroep heeft een werkwijze om de uitkomsten van klachten of juridische procedures die verband houden met de zorgverlening te analyseren en bespreken (ZA).
- De cultuur van de vakgroep zorgt ervoor dat men elkaar laagdrempelig aanspreekt op gedrag of medisch handelen. De vakgroep heeft een werkwijze om de uitkomsten van klachten of juridische procedures die verband houden met de zorgverlening te analyseren en bespreken. Dit is niet geborgd in een kwaliteitscyclus (A).
- De cultuur van de vakgroep zorgt ervoor dat men elkaar laagdrempelig aanspreekt op gedrag en medisch handelen. De vakgroep heeft een werkwijze om de uitkomsten van klachten of



juridische procedures die verband houden met de zorgverlening te analyseren en bespreken. Dit laatste is geborgd in een kwaliteitscyclus (B).

- De cultuur van de vakgroep zorgt ervoor dat men elkaar laagdrempelig aanspreekt op gedrag en medisch handelen. De vakgroep heeft een werkwijze om de uitkomsten van klachten of juridische procedures die verband houden met de zorgverlening te analyseren en bespreken. Beide zijn geborgd in een kwaliteitscyclus (S).

1.4 Beleidsplan / visiedocument

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

1.5 Interne en externe contacten

- De vakgroep staat niet open voor het onderhouden van contacten (V).
- De vakgroep staat open voor het onderhouden van goede contacten met collega's buiten de vakgroep en huisartsen en het participeren in ziekenhuis- en stafcommissies om individuele patiëntenzorg overstijgende zaken te organiseren. Zij geeft hier geen systematische invulling aan (ZA).
- Individuele vakgroepleden staan open voor het onderhouden van goede contacten met collega's buiten de vakgroep en huisartsen en het participeren in ziekenhuis- en stafcommissies om individuele patiëntenzorg overstijgende zaken te organiseren. Op individuele basis wordt hier invulling aangegeven (A).
- De vakgroep onderhoudt goede contacten met collega's buiten de vakgroep en huisartsen en participeert in ziekenhuis- en stafcommissies om individuele patiëntenzorg overstijgende zaken te organiseren (B).
- De vakgroep onderhoudt goede contacten met collega's buiten de vakgroep en huisartsen en participeert in ziekenhuis- en stafcommissies om individuele patiëntenzorg overstijgende zaken te organiseren. Dit is geborgd in een kwaliteitscyclus (S).

1.6 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).



Kwaliteitsdomein 2: Professionele ontwikkeling

2.1 Opleiding en onderwijs

- Er wordt niets gedaan aan opleiding en/of onderwijs (V).
- Opleiding- en onderwijsactiviteiten zijn een zaak van de individuele specialist, er zijn geen expliciete afspraken over de taakverdeling en het beleid met betrekking tot opleiding en/of onderwijs (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 maatschap en is verwerkt in het vakgroepbeleidsplan (S).

2.2 Persoonlijke professionele ontwikkeling

- Er is binnen de vakgroep geen oog voor persoonlijke professionele ontwikkeling van collega's (V).
- Er is binnen de vakgroep oog voor persoonlijke professionele ontwikkeling van collega's zonder dat dit leidt tot verandering (ZA).
- Er is binnen de vakgroep oog voor de persoonlijke professionele ontwikkeling 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 persoonlijke professionele ontwikkeling van collega's en een systeem om dat te analyseren, te bespreken en te verbeteren (B).
- Er is binnen de vakgroep oog voor persoonlijke professionele ontwikkeling 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).



Kwaliteitsdomein 3: Evaluatie van de zorg

3.1 KISZ lijst

- KISZ-lijst is niet ingevuld (V).
- KISZ-lijst is door alle vakgroepsleden ingevuld, maar de resultaten zijn niet in de vakgroep besproken (ZA).
- KISZ-lijst is door alle vakgroepsleden ingevuld, en resultaten zijn in de vakgroep besproken (A).
- KISZ-lijst is door alle vakgroepsleden ingevuld, en resultaten zijn in de vakgroep besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland en worden geëvalueerd (B).
- De KISZ-lijst wordt periodiek gedaan (ook buiten de kwaliteitsvisite om) en geëvalueerd en de resultaten zijn gekoppeld aan het vakgroepbeleidsplan (S).

3.2 Continuïteit patiëntenzorg

- Er is geen goed gestructureerde ochtend-, avond- of weekendoverdracht. (V).
- Er is niet altijd een goed gestructureerde ochtendoverdracht, waarbij de cardioloog die dienst heeft gehad fysiek en/of digitaal aanwezig is. De wijze van overdragen van avond- en weekenddienst is niet vastgelegd (ZA).
- Er is niet altijd een goed gestructureerde ochtendoverdracht, waarbij de cardioloog die dienst heeft gehad fysiek en/of digitaal aanwezig is. De wijze van overdragen van avond- en weekenddienst is vastgelegd (A).
- Er is een goed gestructureerde ochtendoverdracht, waarbij de cardioloog die dienst heeft gehad altijd fysiek en/of digitaal aanwezig is. De wijze van overdragen van avond- en weekenddienst is vastgelegd (B).
- Er is een goed gestructureerde ochtend-, avond- en weekendoverdracht waarbij de cardioloog die dienst heeft (gehad) altijd fysiek en/of digitaal aanwezig is (S).

3.3 Patiëntenbespreking

- De vakgroep heeft geen dagelijkse overdracht en geen plenaire patiëntenbespreking (V).
- De vakgroep heeft naast de dagelijkse overdracht geen plenaire patiëntenbespreking (ZA).
- De vakgroep heeft naast de dagelijkse overdracht incidenteel een plenaire patiëntenbespreking (A).
- De vakgroep heeft naast de dagelijkse overdracht wekelijks een plenaire patiëntenbespreking (B).
- De vakgroep heeft naast de dagelijkse overdracht meerdere keren per week een plenaire patiëntenbespreking (S).

3.4 Continuïteit klinische patiëntenzorg (CCU)

- De cardioloog die de supervisie heeft voor de CCU wisselt gedurende de dag, is niet altijd beschikbaar voor overleg en loopt niet dagelijks zelf visite (V).
- De cardioloog die de supervisie heeft voor de CCU wisselt gedurende de week, is niet altijd beschikbaar voor overleg en loopt niet dagelijks zelf visite (ZA).
- De cardioloog die de supervisie heeft voor de CCU wisselt gedurende de week, is altijd beschikbaar voor overleg, maar loopt niet dagelijks zelf visite (A).



- De cardioloog die de supervisie heeft voor de CCU wisselt gedurende de week, maar is altijd beschikbaar voor overleg en loopt een of meerdere keren per dag visite (B).
- De cardioloog die de supervisie heeft voor de CCU wisselt niet gedurende de week, is altijd beschikbaar voor overleg en loopt een of meerdere keren per dag visite (S).

3.5 Continuïteit klinische patiëntenzorg (verpleegafdeling)

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

3.6 Klinische beoordeling van een patiënt na opname

- Niet iedere opgenomen patiënt wordt klinisch beoordeeld door een cardioloog (V).
- Iedere opgenomen patiënt wordt klinisch beoordeeld door een cardioloog, maar niet < 24 uur (ZA).
- Iedere opgenomen patiënt wordt < 24 uur klinisch beoordeeld door een cardioloog (B).

3.7 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 heeft een complicatie registratie en een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren en participeert in een landelijke complicatieregistratie waardoor de resultaten gebenchmarkt worden (S).

3.8 Protocollen

- Protocollen voor diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende cardiale ziekten zijn niet aanwezig. (V).
- Er zijn protocollen voor diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende cardiale ziekten, maar deze zijn onvoldoende toegankelijk en niet geactualiseerd (ZA).
- Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende cardiale ziekten, maar deze zijn onvoldoende toegankelijk (A).
- Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende cardiale ziekten en deze zijn goed toegankelijk (B).



- Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende cardiale ziekten en deze zijn goed toegankelijk. Evaluatie vindt via een vast schema plaats (S).

3.9 Naleven van richtlijnen

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

3.10 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).

3.11 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 door een cardioloog (i.o.) beoordeeld (V).
- 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 (ZA).
- 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, maar er is een protocol waarin beschreven staat op welke voorwaarden de patiënt de (poli)kliniek mag verlaten (A).
- Ieder ECG van een patiënt dat op verzoek van een huisarts wordt gemaakt in de (poli)kliniek wordt altijd beoordeeld door een cardioloog (i.o.) voordat de patiënt de (poli)kliniek verlaat (B).



3.12 Volumenorm slokdarmechocardiografie (TEE)

- Totaal aantal TEE's per centrum minder dan 50 per jaar en per cardioloog minder dan 25 per jaar (V).
- Totaal aantal TEE's per centrum meer dan 50, maar per cardioloog minder dan 25 per jaar (ZA).
- Totaal aantal TEE's per centrum minder dan 50, maar per cardioloog meer dan 25 per jaar (A).
- 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).

3.13 Volumenorm pacemakerimplantaties

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

3.14 Volumenorm coronairangiografie (CAG)

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

3.15 Time - out procedure

- Een geprotocolleerde time out procedure (TOP) voor interventies en daarvoor in aanmerking komende procedures wordt niet uitgevoerd (V).
- Een geprotocolleerde time out procedure (TOP) wordt niet voor alle interventies en daarvoor afgesproken procedures uitgevoerd (ZA).
- Een geprotocolleerde time out procedure (TOP) wordt uitgevoerd voor alle interventies en alle andere daarvoor afgesproken procedures, maar niet altijd vastgelegd (A).
- Een geprotocolleerde time out procedure (TOP) wordt uitgevoerd en vastgelegd voor alle interventies en alle andere daarvoor afgesproken procedures (B).

3.16 Deelname aan NHR

- Geen deelname aan NHR *kwaliteitsregistratie* (V).
- Deelname aan NHR *kwaliteitsregistratie*, maar aangeleverde data *verplichte variabelen* niet compleet (ZA).
- Deelname aan NHR *kwaliteitsregistratie* en aangeleverde data *verplichte variabelen* compleet (A).



- Deelname aan NHR registratie, aangeleverde data *verplichte variabelen* compleet en periodieke evaluatie eigen data (B).
- Deelname aan NHR registratie, alle aangeleverde data compleet en periodieke evaluatie eigen data volgens PDCA-cyclus (S).



Kwaliteitsdomein 4: Patiëntenperspectief

4.1 De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling

- 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

- 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 jaarlijks het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren (S).

4.3 Resultaten calamiteitenonderzoek en incidentmeldingen

- De vakgroep/organisatie heeft geen regeling om de uitkomsten van resultaten van calamiteitenonderzoek en incidentmeldingen te analyseren, te bespreken of verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (V).
- De vakgroep/organisatie heeft een regeling om de uitkomsten van resultaten van calamiteitenonderzoek en incidentmeldingen 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 van calamiteitenonderzoek en incidentmeldingen 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 van calamiteitenonderzoek en incidentmeldingen te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (B).
- De vakgroep/organisatie heeft een regeling om de uitkomsten van resultaten van calamiteitenonderzoek en incidentmeldingen te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen, uit te voeren en te evalueren. (S).

4.4 Klachten en signalen van onvrede over de zorgverlening

- De vakgroep heeft geen afspraken om klachten en signalen van onvrede over de zorgverlening 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 over 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 heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede over de zorgverlening 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 over de zorgverlening te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (B).
- De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede over de zorgverlening te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen, uit te voeren en te evalueren (S).

4.5 De vakgroep past 'samen beslissen' toe in de patiëntenzorg.

- De vakgroep past 'samen beslissen' niet toe (V).
- De vakgroep past 'samen beslissen' niet of nauwelijks toe, maar is zich wel bewust van de noodzaak en werkt aan implementatie (ZA).
- De vakgroep past 'samen beslissen' deels toe, maar heeft een vast omschreven plan voor implementatie (A).
- De vakgroep past 'samen beslissen' toe, maar er is nog geen kwaliteitscyclus (B).
- De vakgroep past 'samen beslissen' toe en er is een kwaliteitscyclus (S).