



Nederlandse Vereniging voor
Thoraxchirurgie

Handboek Kwaliteitsvisiting Versie januari 2016

Kwaliteitsvisitingrapporten aangeleverd na 01 januari 2016 worden geëvalueerd op basis van het handboek kwaliteitsvisiting – versie januari 2016.

Commissie Kwaliteitsvisitaties van de
Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie:
Januari 2014

- M. Bentala
- A.J.J.C. Bogers
- A.F.M. van Garsse
- I.J. den Hamer
- L. Noyez
- M.I.M. Versteegh
- J. ter Woorst
- D.P.B. Janssen
- B.M.J.A. Koene
- M.G. Hazekamp (voor congenitale hartchirurgie)

Inhoudsopgave

Kwaliteitsvisitaties Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie	4
Afspraken kwaliteitsvisitaties NVT	7
KISZ-lijsten	13
Dossieronderzoek	20
Verwijzersenquête	22
Patiëntenenquête	27
QuickScan	29
Evidence based medicine	45
Professionele ontwikkeling	55

Kwaliteitsvisitaties Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie

1. Inleiding

De cardio-thoracale chirurgie in Nederland staat op een hoog peil. Althans, dat gevoel hebben we als beroepsgroep. Patiënten, verzekeraars, ziekenhuizen en het ministerie willen de geleverde kwaliteit echter steeds meer in maat en getal uitgedrukt zien. Dit Handboek - Kwaliteitsvisitaties Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie is een middel om de kwaliteit van zorg en de zorg om kwaliteit in de cardio-thoracale chirurgie werkende maatschappen en medische staven te evalueren en te meten.

Het handboek werd uitgebreid met een kwaliteitsevaluatie voor de transcatheter klep 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 handboek vormt de basis voor het kwaliteitsvisitatieprogramma van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie. 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 cardio-thoracale chirurgie of medische staf van een afdeling cardio-thoracale chirurgie”.*
- *De term ‘kwaliteitsvisitatie-rapport’ 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.*

2. Historisch kader

Eind jaren negentig heeft de NVT enkele kwaliteitsvisitaties uitgevoerd bij maatschappen thoraxchirurgie in niet-opleidingsklinieken. Door het ontbreken van normen bleek het echter niet mogelijk om conclusies te trekken ten aanzien van de aangetroffen kwaliteit. Daarnaast was er geen wettelijke noodzaak om kwaliteitsvisitaties uit te voeren en is het onderwerp een tijd uit de belangstelling van de vereniging verdwenen.

Sinds 1999 heeft de Orde van Medisch Specialisten zich structureel bezig gehouden met activiteiten op het gebied van kwaliteitsverbetering van de medisch-specialistische zorg. Essentieel is dat patiënten er op moeten kunnen vertrouwen dat zorg veilig is, op tijd wordt geboden en doelmatig wordt uitgevoerd. Het gaat om gerechtvaardigd vertrouwen in die zin dat de zorg moet laten zien waarop dat vertrouwen gebaseerd is. Het gaat om aantoonbare prestaties. Om meer uniformiteit te krijgen binnen de kwaliteitsvisitaties hebben enkele wetenschappelijke verenigingen, ondersteund door het CBO en onder auspiciën van de Orde voor medisch specialisten, in 2005 het instrument, 'Concept Handboek Actualisatie Visitatiekader' uitgebracht. Ook voor de NVT was dit de basis voor het eerste concept Handboek Kwaliteitsvisitatie', uitgebracht in 2006. In dit boek zijn ten opzichte van het boek van het CBO en de Orde specifieke aanpassingen voor de NVT aangebracht door de inmiddels opgerichte Commissie Kwaliteitsvisitaties van de NVT.

Met de publicatie van het kaderbesluit CCMS (Staatscourant 15, december 2004. Artikel D20) is participatie aan kwaliteitsvisitaties sinds januari 2005 verplicht voor alle medisch specialisten, ongeacht de werkplek. Niet meedoen aan het visitatieprogramma van de eigen beroepsvereniging betekent op termijn verlies van (her)registratie in het specialistenregister. Met dit besluit van het Centraal College Medisch Specialisten worden ook opleidingsmaatschappen en -vakgroepen onderworpen aan de kwaliteitsvisitatie.

De methodiek en systematiek van de kwaliteitsvisitaties cardio-thoracale chirurgie zijn op de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie van 7 oktober 2005 geaccordeerd, waarbij tevens duidelijk is gesteld dat, in ieder geval vooralsnog, deze kwaliteitsvisitaties strikt gescheiden blijven van opleidingsvisitaties.

In 2006 werd gestart met de eerste kwaliteitsvisitatie en eind 2012 onderging het laatste van de 16 Nederlandse hartchirurgische centra een eerste kwaliteitsvisitatie. In de loop van die zes jaar is natuurlijk ook heel wat veranderd. Waar in 2006 woorden als transparantie, openbaarheid van cijfers, ketenzorg, procesbewaking, indicatoren, verbeterprocessen, in onze "medische" wereld vreemd en soms angstaanjagend klonken is nu op dit punt heel wat vooruitgang geboekt. Op basis van wetenschappelijke publicaties, bijscholingen en eigen ervaringen onderging het handboek kwaliteitsvisitaties van de NVT eind 2010 een eerste herziening. Tevens werd, onder invloed van de komst van het elektronisch patiëntendossier, de dossieranalyse aangepast en de QuickScan als verplicht onderdeel van de kwaliteitsvisitaties geïncorporeerd.

Eind 2013 is, zeker op basis van de ervaringen opgedaan tijdens de visitaties zelf, maar ook op basis van de diverse reacties op deze visitaties en uiteraard op basis van de literatuur en bijscholing, het handboek opnieuw grondig bewerkt. Dit nieuwe handboek- versie januari 2014, werd op de algemene ledenvergadering van 04 april 2014 besproken en geaccordeerd.

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 cardio-thoracale centra.
2. Voorwaarden om lid te worden van de commissie kwaliteitsvisitation van de NVT
 - a. Nederlandse registratie als cardio-thoracaal chirurg.
 - b. Lid zijn van de NVT.
 - c. Visie en werkwijze zoals beschreven in het handboek kwaliteitsvisitaties NVT onderschrijven.
 - d. Vaardigheid in de Nederlandse taal zowel voor het voeren van de gesprekken als het schrijven van verslagen.
 - e. Reeds betrokken geweest zijn bij kwaliteitsvisitaties als toegevoegd lid van een commissie ad hoc.
3. Toegevoegde leden commissie ad hoc
 - a. Zie punt 2.e.
 - b. 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
 - a. Een centrum is verplicht een nieuwe kwaliteitsvisitation 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.
 - b. 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.
 - c. 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.

Afspraken kwaliteitsvisitatie NVT

1. Werkwijze visitatiecommissie

1.a Wanneer een maatschap wil deelnemen aan het visitatieprogramma dient zij daartoe via het secretariaat van de NVT een verzoeken. De maatschap levert tevens het volledige kwaliteitsvisitatierapport in bij de Commissie Kwaliteitsvisitaties van de NVT. (zie 6 en 7)

Het secretariaat van de NVT en de voorzitter van de Commissie Kwaliteitsvisitaties controleren, binnen de 8 werkdagen, of het aangeleverde kwaliteitsvisitatierapport procedureel voldoet aan de eisen voor kwaliteitsvisitatie. Hierover wordt de te visiteren maatschap geïnformeerd.

1.b Het kwaliteitsvisitatierapport wordt, indien het conform de eisen is, aan de leden van de Commissie Kwaliteitsvisitaties van de NVT bezorgd. Het rapport zal dan besproken worden op de eerst volgende samenkomst van de Commissie Kwaliteitsvisitaties. Tijdens deze vergadering wordt uit de leden van de Commissie Kwaliteitsvisitaties een visitatiecommissie ad hoc samengesteld (zie 4). Daarna wordt met het centrum een datum voor de visitatie afgesproken.

1.c Deze commissie 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 Commissie Kwaliteitsvisitaties en het secretariaat van de NVT. Het secretariaat van de NVT zal de maatschap hierover informeren. Verder zal de Commissie de te visiteren maatschap laten weten met welke mensen, al of niet leden van de te visiteren maatschap, een gesprek gewenst wordt.

1.d Als basis voor de gesprekken op de visitatiedag wordt uitgegaan van een gesprek met:: voorzitter en leden van de maatschap, cardioloog, cardio-anesthesioloog, intensivist, datamanager/beheerder, longarts (indien ook longchirurgie wordt uitgevoerd), lid van de raad van bestuur, AIOS/ANIOS, perfusionist, verpleegkundige van de afdeling . Deze lijst wordt aangepast per visitatie op basis van de overwegingen van de commissie ad hoc.

2. Samenstelling visitatiecommissie ad hoc

De commissie ad hoc zal bestaan uit minstens drie leden van de Commissie Kwaliteitsvisitaties van de NVT. De aanwezigheid van minimaal twee leden van de commissie ad hoc is vereist op de dag en de plaats van de visitatie zelf. In principe gaat men niet visiteren in een centrum waar men is opgeleid en/of men de laatste vijf jaar zelf werkzaam is geweest. Bij het visiteren van centra waar (ook) congenitale hartchirurgie wordt verricht zijn 2 actief praktiserende kinderhartchirurgen lid van de commissie ad hoc. Voor deze kinderhartchirurgen is het geen eis dat zij lid zijn van de Commissie Kwaliteitsvisitaties van de NVT. Het derde (en eventueel vierde) lid van deze commissie ad hoc dient wel lid van de Commissie Kwaliteitsvisitaties te zijn. De samenstelling van de commissie ad hoc gebeurt in overleg met de voorzitter van de Commissie Kwaliteitsvisitaties. De visitatie van een kinderhartchirurgisch centrum gebeurt op basis van een door de Commissie Congenitale Cardio-Thoracale Chirurgie van de NVT aangepast kwaliteitsvisitatiehandboek.

3. Verplichtingen visitatiecommissie

De leden van de Commissie Kwaliteitsvisitaties dienen de vertrouwelijkheid van de kwaliteitsvisitatie voortdurend in het oog te houden. Met andere woorden: zowel de verkregen informatie vanuit het aangeleverde visitatierapport als alle informatie uit gesprekken, besprekingen aangaande is strikt vertrouwelijk. Het hele systeem is op onderling vertrouwen gebaseerd. Indien de indruk bestaat dat de vertrouwelijkheid wordt geschonden dient of kan men dit te melden aan het bestuur van de NVT.

4. Visitatiedocumenten

Op basis van het 'Concept Handboek Actualisatie Visitatiekader' van de Orde worden voor de NVT de volgende instrumenten gehanteerd:

1. KISZ-lijst
2. Dossieronderzoek
3. Verwijzerenquête
4. Patiëntenenquête
5. Quick Scan Maatschapsfunctioneren
6. Evidence based medicine – Dataregistratie – veiligheid
7. Professionele ontwikkeling

Het is voor de kwaliteitsvisitatie essentieel dat alle vaste stafleden betrokken zijn geweest bij de voorbereiding van de kwaliteitsvisitatie.

5. Aanleveren van het kwaliteitsvisitatierapport

Kwaliteitsvisitatierapporten kunnen aangeleverd worden: elektronisch via een PDF-bestand of als hard copy, (in tienvoud). Laat duidelijk zijn dat het ofwel een PDF bestand ofwel een hard copy moet zijn en geen combinatie van beide. Deze rapporten worden uitsluitend aangeleverd aan het secretariaat van de NVT tav de Commissie Kwaliteitsvisitaties.

6. Verslaglegging en beoordeling

6.1 De verslaglegging gebeurt op basis van de evaluatie van het aangeleverde kwaliteitsvisitatierapport en aanvullende informatie uit de gesprekken gevoerd op de visitatiedag zelf. Basisprincipes voor de verslaglegging zijn een positief kritische houding, waarheidsduiding, anonimiteit, zorgvuldigheid en uiteraard een geheimhoudingsplicht. Het gevisiteerde centrum krijgt in eerste instantie een concept van het geaccordeerde kwaliteitsvisitatie-eindrapport aangeboden ter verificatie op **feitelijke** onjuistheden .

6.2 Tijdens de visitatiedag worden door de commissie ad hoc op het einde van ieder gesprek de bevindingen en algemene indrukken met de gesprekspartner kort doorgenomen. Dit om feitelijke onjuistheden of verkeerde interpretaties te vermijden. Tevens doet de commissie ad hoc iedere gesprekspartner, binnen de 10 werkdagen na de kwaliteitsvisitatie, een verslag van het gesprek toekomen, waarna de gesprekspartner 8 werkdagen de tijd heeft om te reageren op eventuele feitelijke onjuistheden.

6.3 De uitkomst van de kwaliteitsvisitatie wordt gepresenteerd in :

1. Voorwaarde

Een voorwaarde wordt gesteld indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn vastgesteld , die leiden tot een bedreiging van de veiligheid en kwaliteit van de patiëntenzorg. Per direct of uiterlijk binnen 6 maanden moeten maatregelen worden genomen. Afhankelijk van de vorderingen kan een traject worden uitgestippeld dat leidt tot hervisitatie. Indien een voorwaarde wordt gesteld wordt ook het bestuur van de NVT geïnformeerd.
– zie 8.

2. Zwaarwegend advies

Een zwaarwegend advies wordt gegeven indien ten aanzien van een of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd, die weliswaar voor het moment acceptabel zijn maar die in de naaste toekomst moeten worden verbeterd. Het verbetertraject moet zo spoedig mogelijk worden ingezet en dienen maximaal binnen 2 jaar te zijn uitgevoerd. Tussentijds, dwz binnen maximaal 1 jaar zal er een tussenrapportage worden gevraagd. Afhankelijk van de vorderingen kan een traject worden uitgesteld dat leidt tot hervisiting. Indien een voorwaarde wordt gesteld wordt ook het bestuur van de NVT geïnformeerd. – zie 8.

3. Aanbeveling

Een aanbeveling wordt gegeven wanneer de praktijkvoering op een of meer onderdelen kan worden verbeterd. De huidige situatie wordt als acceptabel aangemerkt en valt binnen de geldende kwaliteitsnorm. Aanbevelingen dienen binnen 5 jaar te zijn uitgevoerd.

6.4 De commissie ad hoc, stelt een eerste schriftelijk concept kwaliteitsvisitatie-eindrapport op, dat door alle leden van de commissie ad hoc moet geaccordeerd worden en rapporteert vervolgens aan de Commissie Kwaliteitsvisitaties. Deze Commissie zal in de eerstvolgende vergadering dit eerste concept kwaliteitsvisitatie-eindrapport bespreken en een conclusie formuleren, waarna het rapport wordt geaccordeerd.

6.5 De commissie ad hoc zorgt ervoor dat binnen de 21 werkdagen na deze vergadering de betreffende maatschap het geaccordeerde kwaliteitsvisitatie-eindrapport ontvangt. Hierbij krijgt de betreffende maatschap 14 werkdagen de tijd om schriftelijk en gericht aan de voorzitter van de Commissie Kwaliteitsvisitaties van de NVT te reageren op **feitelijke** onjuistheden. (hoor/wederhoor procedure).

6.6 Indien er binnen de afgesproken termijn geen verzoek om correctie wordt ontvangen door de Commissie Kwaliteitsvisitaties krijgt het geaccordeerde kwaliteitsvisitatie-eindrapport de definitieve status en wordt ondertekend door de voorzitter van de Commissie Kwaliteitsvisitaties van de NVT. Dit rapport wordt dan naar het hoofd of de vertegenwoordiger van de maatschap gestuurd. De raad van bestuur van het gevisitatie centrum krijgt een kopie van de besluiten uit het rapport toegestuurd.

6.7 Indien er binnen de afgesproken termijn wel een verzoek tot correctie ontvangen wordt op basis van feitelijke onjuistheden, stelt de voorzitter van de Commissie Kwaliteitsvisitaties hiervan de leden van de commissie ad hoc op de hoogte en vraagt hen om een reactie binnen twee weken.

Indien de voorzitter van de Commissie Kwaliteitsvisitaties, zelf lid was van de commissie ad hoc, brengt hij een ander lid van de Commissie Kwaliteitsvisitaties, als zijnde zijn vervanger, van deze reactie op de hoogte.

6.8 De commissie ad hoc beantwoordt het verzoek tot correctie en beslist of er een correctie moet gebeuren. Nogmaals moet worden benadrukt: eventuele correcties gaan alleen over feitelijke onjuistheden. Dit besluit wordt voorgelegd aan de voorzitter van de Commissie Kwaliteitsvisitaties, of aan zijn hiervoor aangewezen vervanger. Na overleg en een positief besluit wordt het rapport aangepast, waarna het rapport dan alsnog de definitieve status krijgt als bovenbeschreven verder wordt behandeld.

6.9 Indien de verzochte correcties van meer inhoudelijke aard zijn en wel zo dat de besluiten ingrijpend verandering behoeven, of voorwaarden vervallen, dan moet binnen de Commissie Kwaliteitsvisitaties onmiddellijk besproken worden. Eventueel moet dit rapport opnieuw besproken worden binnen de Commissie Kwaliteitsvisitaties, die hiervoor, afhankelijk van de casus, een afzonderlijke samenkomst kan inlassen.

6.10 Indien de gevisiteerde maatschap van mening is dat de conclusies uit het kwaliteitsvisitatie-eindrapport de kwaliteit van de zorg en de zorg voor kwaliteit door de maatschap fundamenteel onjuist beoordelen en zich daardoor benadeeld acht is het mogelijk, in uitzonderingsgevallen, bezwaar aan te tekenen tegen het eindrapport. De maatschap moet dan schriftelijk en beargumenteerd bezwaar maken tegen het kwaliteitsvisitatie-eindrapport bij het bestuur van de NVT. Dit bezwaarschrift moet schriftelijk, binnen de drie weken na het verzenden van dit eindrapport en mede ondertekend door de raad van bestuur van het gevisiteerde centrum, aangeleverd zijn op het secretariaat van de NVT. Een maatschap 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.

7. looptijd

7.1 In principe is de geldigheid van een kwaliteitsvisitatie 5 jaar en moet de maatschap tegen het verstrijken van deze termijn een nieuwe kwaliteitsvisitatie aanvragen. Iedere afwijking hiervan wordt door de Commissie Kwaliteitsvisitaties gerapporteerd aan het bestuur van de NVT (zie 8-relatie met bestuur van NVT)

8. Relatie met bestuur NVT.

Iedere afwijking van een normale geldigheidstermijn van 5 jaar of niet tijdig aanvragen van een kwaliteitsvisitatie wordt door de voorzitter van de Commissie Kwaliteitsvisitaties 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 Commissie Kwaliteitsvisitaties op de hoogte .

In geval van afwijkingen ten gevolge van de THI procedures wordt door de voorzitter van de Commissie Kwaliteit van de NVT ook uitsluitend met het bestuur van NVT gecommuniceerd, die na haar eigen beoordeling van feiten het bestuur van NVVC kan informeren. Het bestuur van de WTHI wordt geïnformeerd.

9. Openbaarheid visitatierapporten.

De rapporten van een kwaliteitsvisitaties zijn niet openbaar en worden dus alleen verstuurd aan de gevisiteerde maatschap. De conclusies worden tevens verzonden naar de raad van bestuur van de gevisiteerde instelling en in geval het een opleidingscentrum betreft ook naar het concilium. Alle afwijkingen van het hierboven gestelde worden eerst aan het bestuur van de NVT en de gevisiteerde maatschap voorgelegd.

Wel openbaar is de lijst van de Nederlandse hartchirurgische centra en de datum van de laatste kwaliteitsvisitatie en het jaar wanneer de volgende kwaliteitsvisitatie moet plaatsvinden – deze lijst is inzichtelijk via www.nvtnet.nl.

KISZ-Lijst

- De KISZ lijst bestaat uit drie onderdelen. vakinhoudelijke-, horizontale- en verticale samenwerking
- Alle vast stafleden vullen deze KISZ-lijsten in.
- Eventueel wordt aangegeven hoeveel stafleden deze KISZ lijsten niet hebben ingevuld en waarom niet.
- De resultaten van deze KISZ lijst worden besproken binnen de maatschap en eventuele verbeter punten worden opgezet
- De – uiteindelijke - KISZ-lijsten wordt 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. Werkt u volgens de ACC/AHA Practice Guidelines CABG?	Ja / nee		
10. Werkt u volgens de ACC/AHA Practice Guidelines Kleplijden?	Ja / nee		
11. Werkt u volgens de CBO Richtlijn Niet-kleincellig Bronchuscarcinoom?	Ja / nee		
12. Worden richtlijnen en protocollen goed nageleefd?	Ja / nee		
13. Voeren de chirurgen regelmatig gezamenlijk operaties uit?	Ja / nee		
14. Zorgt iedere chirurg uitsluitend voor de eigen patiënten?	Ja / nee		
15. Worden complicaties geregistreerd?	Ja / nee		
16. Vindt er structureel een complicatiebespreking plaats?	Ja / nee		
Zo ja, worden de bevindingen geregistreerd?	Ja / nee		

Vraag	Feitelijke situatie	Hoe waardeert u dit?	Oordeel visitatie-commissie
17. Leiden complicaties die vaker optreden dan verwacht tot actie?	Ja / nee		
18. Vindt er structureel een necrologiebespreking plaats?	Ja / nee		
Zo ja, worden de bevindingen geregistreerd?	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. Is er gestructureerd onderwijs aan arts-assistenten en/of pa/np's?	Ja / nee		
9. Voert een van de chirurgen regelmatig een functioneringsgesprek met de arts-assistenten en/of pa/np's?	Ja / nee		
10. Is er structureel overleg met de verpleging?	Ja / nee		
11. Wordt er door de chirurgen nascholing voor de verpleging verzorgd?	Ja / nee		
12. Is er structureel overleg met de OK-medewerkers?	Ja / nee		
13. Wordt er door de chirurgen nascholing voor de OK-medewerkers verzorgd?	Ja / nee		
14. 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. Is er een multi-specialistische complicatiebespreking?	Ja / nee		
12. Is er een multi-specialistische necrologiebespreking?	Ja / nee		
13. Ontvangen de huisarts en verwijzend cardioloog een voorlopige ontslagbrief?	Ja / nee		
14. Ontvangen de huisarts en verwijzend cardioloog in de regel binnen 2 weken de definitieve ontslagbrief?	Ja / nee		
15. Vindt er periodiek overleg plaats met de Raad van Bestuur?	Ja / nee		
16. Is het hoofd van de afdeling cardio-thoracaal chirurg?	Ja / nee		
17. Is er een medisch manager?	Ja / nee		
18. Is de medisch manager lid van de maatschap?	Ja / nee		
19. 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 cardologen 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 gevisiteerde 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 aantal (25-tal) dossier op basis van tabel1. 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	Behandelveorstel		
	Gegevens preoperatieve polikliniek		
5	Recent lab en X-thorax		
	Klinisch dossier		
6	Opname diagnose, lichamelijk onderzoek, medicatie		
7	Notities aangaande informed consent *		
8	Operatieverslag. Indien niet direct beschikbaar korte samenvatting in decursus		
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	Leesbaarheid en naam en datum bij aantekening		
14	Medicatie bij ontslag		
15	Voorlopige ontslagbrief binnen 1 week		
16	Definitieve ontslagbrief binnen 4 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.**

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 cardio-thoracaal 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:

Enquêteformulier voor verwijzend longartsen – enkel indien in het centrum longchirurgie door de afdeling CTC wordt uitgevoerd.

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. maligne longaandoeningen 1 2 3

2. benigne longaandoeningen 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 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:

De patiëntenenquête

- **De gebruikte patiënten enquête 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.**

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 ziekenhuisbrede PTO, geslecteerd worden voor de CTC patiënten.

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

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 kwaliteitsvisitatie.

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 kwaliteitsvisitatie. 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, te verkrijgen via de website van de Orde van Medisch Specialisten. www.orde.artsennet.nl > kwaliteit > visitatie. Enkele wetenschappelijke verenigingen hebben de Quick Scan ook op de eigen website staan. U kunt dat voor uw eigen vereniging nakijken. U hoeft nu alleen de data in te voeren.

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 maatschapresultaten 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 maatschapsaspecten. 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 maatschapsaspect.

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 kwaliteitsvisitatie.

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 kwaliteitsvisitiemodel, 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 maatschapslid 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 rekent 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 maatschapcores) 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 zwakke 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 maatschapsscore 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 maatschaplleden 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 BHN-registratie en vragen dus geen extra dataregistratie . Ook de definites zijn de definities zoals beschreven in het BHN handboek – tenzij uiterlijk 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

1. Complicatie-/Mortaliteits registratie/bespreking/rapportage

1.1 Vragen over de registratie van mortaliteit en complicaties:

1.a Algemeen:

1. Levert U data aan voor de landelijke mortaliteitsregistratie hartchirurgie (datacommissie) van de NVT? Worden kwartaaldata tijdig aangeleverd aan de BHN? Zo niet waarom?
2. Levert U data aan voor de landelijke complicatieregistratie hartchirurgie bij volwassenen van de NVT? Worden kwartaaldata tijdig aangeleverd aan de BHN? Zo niet waarom?
3. Levert U data aan voor de EACTS congenitale database? (indien van toepassing)
4. Levert U data aan voor de landelijke registratie thorax-longchirurgie (indien van toepassing)
5. Levert U data aan andere dataregistraties, STS, Europese volw hartchirurgie ea? Zo ja geef aan.

1.b Procesbeschrijving van de registratie-

1. Is er een procesbeschrijving of standard operating procedure? zo ja voeg toe als bijlage, zo niet beschrijf het proces van de registratie.
2. Is er een logboek van de geregistreerde data? (waar kunnen de data gevonden worden, wanneer welke brondocumenten gebruikt men etc) Zo ja voeg toe als bijlage
3. Wie is eindverantwoordelijke?
4. Heeft de eindverantwoordelijke de taken gedelegeerd? Zo ja aan wie en hoe?
5. Hoe is de lokale databank(en) geconstrueerd? (ACCESS, AXCEL. Andere?) en hoe is de relatie met de centrale ziekenhuissystemen.
6. Wat zijn de inclusie en exclusiecriteria die uw centrum hanteert voor het aanleveren van patienten aan de landelijke databanken? Hoe wordt dit beslist?
7. Wanneer worden de respectievelijke data verzameld?
8. Wie verzamelt de respectievelijke data ?
9. Wie voert de data in de lokale database in ?
10. Wie en hoe wordt de invoer gecontroleerd ?

1.c Risicostratificatie systemen- benchmarking

1. Maakt u gebruik van een risicoclassificatiesystemen? Zo ja welke en op hoe zijn deze systemen in de registratie verwerkt?
2. Is er intercollegiale toetsing? Zo ja, beschrijf uw systeem voor intercollegiale toetsing
3. Is er sprake van "benchmarking" met de STS-database of andere bronnen ?

1.d Privacy

1. Wie heeft toegang tot de lokale databank, specificeer de bevoegdheden van de personen die toegang hebben
2. In welke mate en op welke manier worden assistenten (enkel voor assistenten in opleiding) actief betrokken bij deze dataregistratie
3. Wie genereert specifieke sets , bv BHN set, ea. Beschrijf dit proces.

4. Indien deze databank wordt gebruikt voor onderzoeksdoeleinden, op welke manier is patiënten-privacy gewaarborgd? Zijn er specifieke afspraken over gebruik, borging en eventueel vernietigen van data aangeleverd voor onderzoek?

1.e Controles – Volledigheid- follow-up- rapportage

1. Door wie en hoe worden de volledigheid en de juistheid (eenduidigheid) van de gegevens gecontroleerd?
2. Wordt ziekenhuismortaliteit gecontroleerd tov de centraal geregistreerde mortaliteit en hoe?
3. Wordt er een actieve follow-up uitgevoerd ? zo ja, beschrijf?
4. Is er een regelmatige rapportage van.....? Specificeer deze
5. worden de resultaten van de registratie teruggekoppeld binnen de groep chirurgen en in de groep besproken waarbij mogelijke verbeterpunten worden bediscussieerd bijvoorbeeld? Zo ja, hoe?
6. Wordt er specifiek gerapporteerd aan cardiologen, cardioanesthesisten, intensivisten
7. Is er een registratie van de geïmplanteerde kleppen – serienummer – hoe is deze georganiseerd?

Eventuele opmerkingen ten aanzien van de complicatieregistratie:

1.2. Algemene vragen over de bespreking van mortaliteit en complicaties

Een aantal van deze vragen zijn reeds in de KISS-lijst aan bod gekomen. Hierbij kan dan verwezen worden naar de KISS-lijst.

1.2.1 is er een complicatie/ mortaliteits-bespreking binnen de maatschap

- a. frequentie: dagelijks, wekelijks, maandelijks
- b. bestaat hiervan een verslaglegging
- c. zijn assistenten betrokken bij deze besprekingen
- d. worden trends en overzichten bij gehouden
- e. zijn er eventueel voorbeelden te noem waarbij deze complicatiebesprekingen resulteren in verbeteracties?
- f. Hoe worden deze verbeteracties geëvalueerd? In kaart gebracht?

1.2.2 Bestaat er multidisciplinaire complicatie/mortaliteitsbesprekingen?

- a. Wie participeert in deze besprekingen?
- b. Wat is de frequentie van deze besprekingen?
- c. zijn er eventueel voorbeelden te noem waarbij deze complicatiebesprekingen resulteren in verbeteracties?
- d. Hoe worden deze verbeteracties geëvalueerd? In kaart gebracht?

2. Specifieke vragen over mortaliteit en complicaties- Hartchirurgie

2.1. definities (zie ook definities Landelijke complicatie registratie hartchirurgie bij volwassenen)

1. Ziekenhuismortaliteit

Overlijden, onafhankelijk van de oorzaak, tijdens de ziekenhuisopname, onafhankelijk van de termijn, in het hartchirurgisch centrum. Dit wil zeggen ieder overlijden tussen de datum van de ingreep en het ontslag na deze ingreep. Een patiënt, die ontslagen is maar naderhand heropgenomen wordt en daarna overlijdt, wordt dus niet als ziekenhuismortaliteit geregistreerd. Dit geldt ook voor een patiënt die wordt overgeplaatst naar een ander ziekenhuis en daar overlijdt.

2. Dertig dagen mortaliteit

Overlijden, onafhankelijk van de oorzaak, onafhankelijk van de locatie, maar binnen de dertig dagen na de operatiedatum .

3. Resternotomie/ rethoracotomie

Iedere rethoracotomie na het initieel sluiten van het sternum. Dit geldt voor alle oorzaken, uitgezonderd het openen van het sternum in verband met mediastinitis of refixatie van het sternum.

4. Sternumwondproblemen

Oppervlakkige wondproblemen: omvat enkel huid en subcutis.

Herfixatie sternum: ten gevolge van een mechanische oorzaak (bijvoorbeeld een hoestbui), zonder tekenen van infectie. Indien dit wel het geval is, dan registreren onder 'Diepe sternumwondproblemen mediastinitis'.

Diepe sternumwondproblemen mediastinitis: omvat spier, sternum, mediastinum en is positief als er sprake is van een of meer van de onderstaande criteria:

- ❖ chirurgische drainage/refixatie
- ❖ positieve wondkweken
- ❖ AB-therapie vanwege de sternumwond

5. Centrale neurologische uitval bij ontslag

Gevraagd wordt naar uitval met duidelijke restverschijnselen bij ontslag op basis van intracerebrale complicaties. Hierbij zal het meestal gaan om een bloedig of onbloedig CVA. TIA's en RIND's zijn lastig te scoren en geven geen blijvende uitval.

Letsels van perifere zenuwen en plexusschade worden niet bevraagd.

6. Nierfalen

- a. Dialyse die preoperatief niet aanwezig was en/of
- b. Hoogste postoperatieve creatinewaarde > 177 µmol/L & verdubbeling van de preoperatieve waarde (= de waarde die ook meetelt in de EuroSCORE)

2.2. Mortaliteit in eigen kliniek

2.2.1 Ongecorrigeerde ziekenhuissterfte en ongecorrigeerde verwachte sterfte (log EuroSCORE) per zorggroep van de laatste vijf jaar

Zorggroep	Aantal	Ziekenhuis mort (%)	Log EuroSCORE *
Alle open hartchirurgie			
Geïsoleerde CABG (zorggroep 1)			
Geïsoleerde AVR (zorggroep 2)			
AVR+CABG (zorggroep 3)			
Overige hartchirurgie (=alle open hartchirurgie – zorggroep 1+2+3)			

- gemiddelde waarde van de log EuroSCORE, voor operaties vanaf 2012, bij voorkeur zowel de log EuroSCORE en EuroSCORE II, voor operaties per 1 januari 2014 EuroSCORE II.

2.2.2 geef voor Zorggroep 1,2,3 , analoge informatie (aantal, ziekenhuismort, log euroSCORE van de laatste drie afzonderlijke jaren (inclusief jaar van de visitatie) en begeleidende CUSUM analyses op basis van de log EuroSCORE *

2.2.3 geef een algemeen overzicht van de groep overige hartchirurgie in het eigen centrum met aantal, mort, log EuroSCORE *

2.2.4 geef voor zorggroep 1,2,3 van de laatste twee jaar voorafgaande aan de visitatie aan hoeveel patiënten een geregistreerde 30 dagen follow-up hebben en hoeveel patiënten, een dertigdagen mortaliteit hebben naast de ziekenhuis mortaliteit, idem voor 1 jaar follow-up

2.3. Complicaties

Geef in analogie met 2.2.1 voor de verschillende groepen een overzicht per jaar van de aantallen en percentages van de hierna aangegeven complicaties.

Zorggroep – jaar	Aantal	%
1. Resternotomie		
2. Sternumwondproblemen diepe sternumwondproblemen-mediastinitis		
3. Respiratoire insufficiëntie waarvoor reïntubatie of langer dan 24uur of 1dag kunstmatige beademing		
4. Centrale neurologische uitval bij ontslag		
5. Nierfalen		

3. Benchmarking tov STS norm

Quality measurement Society of Thoracic Surgeons benchmarking ([Ann Thorac Surg 2007;83:S13-26](#), [Ann Thorac Surg 2012;94:2166-2171](#))

3.1 Evaluatie van de afzonderlijke items voor de geïsoleerde coronairchirurgie

geef de periode aan bv 1jan 2012-1jan 2013 en het aantal patiënten en percentage

Variabele en definitie	Opmerking	STS Mediaan(IQR)	N= (%)
Perioperatieve proces	Overleden patiënten worden niet meegeteld bij de registratie van de ontslagmedicatie		
<ul style="list-style-type: none"> • Preoperatieve beta-blocker. 		72.8%(64.7%-79.2%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Beta-bocker bij ontslagmedicatie 		85.0%(77.3%-90.3%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Antilipiden bij ontslagmedicatie 		79.6%(67.5%-88.5%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Plaatjes aggregatieremmer bij ontslagmedicatie 		94.7%(91.1%-97.1%)	
Operatief proces			
<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik van minimal 1 art. mammaaria graft , 	Patiënten die een coronaire heringreep ondergaan worden niet meegenomen	93.6%(89.9%-96.0%)	
Risicogewogen mortaliteit*			
<ul style="list-style-type: none"> • Mortaliteit in ziekenhuis onafhankelijk van de postoperatieve tijd in het ziekenhuis en Mortaliteit <30 dagen postoperatief tenzij de dood absoluut geen relatie heeft met de ingreep. 		2.3%(1.9%-2.9%)	
Postoperatieve morbiditeit (
<ul style="list-style-type: none"> • Verlengde beademingsduur <ul style="list-style-type: none"> ○ >24uur ○ Reïntubatie voor respiratoire insufficiëntie 		8.6%(6.0%-11.9%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Diepe sternumwondinfectie en/of mediastinitis 		0.5%(0.3%-0.7%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Heringreep voor welke reden ook 		5.2%(3.9%-6.8%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Stroke met deficit bij ontslag, 	Patiënten met een voorgeschiedenis van stroke worden niet meegenomen	1.2%(1.1%-1.4%)	
<ul style="list-style-type: none"> • Nierinsufficiëntie <ul style="list-style-type: none"> ○ dialyse bij pat, met preop 		3.3%(2.3%-4.8%)	

geen dialyse o nierfunctie stoornissen waarbij kreatinine waarde > 177 µmol/L en met verdubbeling van preop kreatinine waarde.			
---	--	--	--

* geef hier ziekenhuismortaliteit

3.2. Benchmarking 'composite' postoperatieve morbiditeit geïsoleerde CABG en geïsoleerde AVR, met benchmarking tov de STS Quality measurements (Ann Thorac Surg 2007;83:S13-26 en Ann Thorac Surg 2012;94:2166-2171) – verplicht voor data per 01 januari 2014

Definitie composite Postoperative morbidity: Diepe sternumwondinfectie en/of mediastinitis , Heringreep voor welke reden ook, Verlengde beademingsduur, Stroke met deficit bij ontslag, Nierinsufficiëntie
 Morbiditeit wordt geregistreerd als "any-or-none"

Zorggroep en periode	STS mediaan [IQR]	Aantal (%)
Geïsoleerde CABG	13.4 [10.7-16.6]	
Geïsoleerde AVR	17.8 [14.5-21.6]	

4. Hartklep operaties

- Mitralisklepchirurgie: Aantal klepplastieken / aantal klepvervangingen
 Aortaklepchirurgie:
 Aantal biokleppen versus totaal aortakleprothesen bij pat < 65 jaar
 Aantal mechano prothesen versus totaal aortakleprothesen bij pat > 75 jaar

5. Specifieke vragen longchirurgie (enkel voor centra waar longchirurgie wordt uitgevoerd)

5.1 Beschikt U in de maatschap over twee geregistreerde Cardiothoracaal chirurgen die zich specifiek toeleggen op de longchirurgie? Zo ja Wie?

5.2 Beschikt U over een specifieke dataregistratie voor de geopereerde longpatiënten

Op welke manier is deze 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 en de bespreking

5.3 Geef een overzicht, naar type, van de uitgevoerde longchirurgie van de laatste twee kalender jaren

5.4 Geef een overzicht van de registreerde complicatie items

Opmerkingen

6. Veiligheid

6.1 Bestaat er binnen het ziekenhuis een time-outprocedure ,of gelijke, voor patiënten die geopereerd worden?

6.2 Hoe neemt de afdeling deel in deze time-out procedure

6.3 Als de afdeling niet deelneemt aan deze time-out procedure, verklaar

6.4 Op welke manier worden de wachttijden voor operatie gemonitord?

6.5 Heeft de afdeling een norm vastgesteld voor de wachttijd voor operaties?

6.6* Heeft de afdeling een norm op welke termijn de ontslagbrief van patiënten definitief moet afgewerkt zijn?

6.7* Op welke manier controleert de afdeling of iedere ontslagen patiënt een ontslagbrief heeft?

6.8* Op welke manier monitort de afdeling de norm voor ontslagbrieven

6.9* worden ontslagbrieven geschreven door assistenten/ pa nog gecorrigeerd door stafleden

6.10* Heeft de afdeling een norm op welke termijn de operatieverslagen van patiënten definitief moet afgewerkt zijn?

6.11* Op welke manier controleert de afdeling of iedere geopereerde patiënt een operatieverslag heeft?

6.12* Op welke manier monitort de afdeling de norm voor operatieverslagen

6.13* worden operatieverslagen geschreven door assistenten/ pa nog gecorrigeerd door stafleden

* Ontslagbrieven, operatieverslagen zijn belangrijke middelen voor informatie overdracht tussen medici en paramedici waarbij patiënten informatie wordt gecommuniceerd. Het is in verband met patiënt veiligheid uiterst belangrijk dat de gegevens, juist, snel en voor iedere patiënt gebeurt.

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: