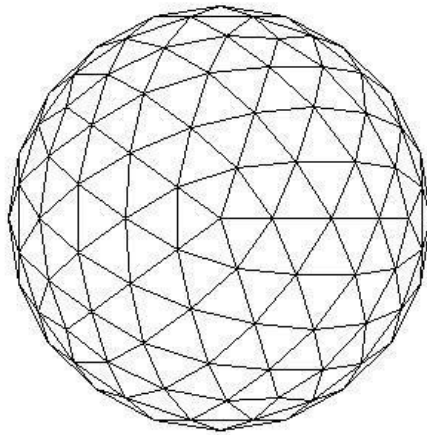


Normendocument kwaliteitsvisitatie

NVvR en NVNG



Utrecht, juni 2021

Commissie kwaliteitsvisitatie NVvR

Visitatiecommissie NVNG

Werkgroep Integratie kwaliteitsvisitatie NVvR & NVNG
(financiering m.b.v. SKMS gelden, project 59106421)

Waardering normen

Waardering van de individuele normen vindt plaats volgens onderstaand model:

Streefnorm (S)	Excellent, voorbeeld voor anderen
Basisnorm (B)	Goed, de norm
Aanbeveling (A)	Praktijk kan op dit onderdeel worden verbeterd (verbetering moet binnen maximaal 5 jaar zijn uitgevoerd)
Zwaarwegend Advies (ZA)	Een tekortkoming welke op dit moment acceptabel is, maar die wel binnen afzienbare termijn moet zijn opgelost (binnen maximaal 2 jaar)
Voorwaarde (V)	Ernstige tekortkoming die op korte termijn moet worden opgelost (binnen maximaal 6 maanden)

Definitielijst

Gekwalificeerde medewerker	Medewerker van de vakgroep die bevoegd en bekwaam is voor benodigde handelingen. Te denken valt aan radioloog, nucleair geneeskundige, klinisch fysicus, ziekenhuisapotheker, MMB'er, physician assistant, analytisch laborant, doktersassistent. Welke gekwalificeerde medewerker dit betreft is afhankelijk van de bijbehorende norm met daarvoor benodigde handelingen.
Verrichtingen	Radiologische of nucleaire onderzoeken gekend door landelijke onderzoekscodes.
Kwaliteitscyclus:	Werkwijze is vastgelegd; er is een systematische evaluatie, een actieplan of actielijst; er zijn verbeterpunten en er is controle van de acties en verbeterpunten.
Belasting	Het geheel van verrichtingen (normtijden en aantallen), MDO-belasting, werkverdeling, overwerk/bestuurlijke neventaken, dienstbelasting en ziekteverzuim.
Belastbaarheid	Draagvlak voor en door werkwaardering, verdieping, nevenactiviteiten (commissies of onderwijsactiviteiten) en/of wetenschap/nieuwe ontwikkelingen.
Vakgroep	Een vakgroep kan bestaan uit radiologen, nucleair geneeskundigen, ziekenhuisapothekers, klinisch fysici of een combinatie hiervan.

Kwaliteitsnormen praktijkvoering afdeling radiologie/ nucleaire geneeskunde

De kwaliteitsnormen voor de praktijkvoering radiologie/ nucleaire geneeskunde worden verdeeld in vier kwaliteitsdomeinen:

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

Daarnaast wordt, waar van toepassing, ook het domein van de klinische fysica (domein 5) en radiofarmacie (domein 6) beoordeeld tijdens de kwaliteitsvisitatie, zie aparte bijlagen.

De geïntegreerde normen- en waarderingssystematiek van de NVvR en de NVNG zal worden onderhouden volgens de leidraad die is opgesteld in het project 'Systematische Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitaties' (STeRK).

Normen voor het Kwaliteitsdomein: 1) Evaluatie van zorg

- 1.1 Beoordeling aanvragen
- 1.2 Uitvoeren van verrichtingen
- 1.3 Verslaglegging
- 1.4 Continuïteit van zorg
- 1.5 Incidenten en complicatieregistratie
- 1.6 Multidisciplinair overleg

Normen voor het Kwaliteitsdomein: 2) Vakgroepfunctioneren

- 2.1 Evaluatie vakgroepfunctioneren
- 2.2 Betrokkenheid vakgroep bij organisatie
- 2.3 Aanspreekcultuur
- 2.4 Belasting en belastbaarheid vakgroep
- 2.5 Interne en externe contacten

Normen voor het Kwaliteitsdomein: 3) Patiëntenperspectief

- 3.1 Voorlichting
- 3.2 Servicegerichtheid patiënt
- 3.3 Patiëntveiligheid

Normen voor het Kwaliteitsdomein: 4) Professionele ontwikkeling

- 4.1 Professionele ontwikkeling personeel
- 4.2 Kennisdeling
- 4.3 Borging kennis en zorg door gekwalificeerde medewerkers

MODULE ALGEMEEN

Kwaliteitsdomein: Evaluatie van zorg

Norm 1.1 Beoordeling aanvragen

Domein 1 Evaluatie van zorg	
1.1 Beoordeling aanvragen	
Alle verrichtingen worden vooraf op indicatie getoetst en voorzien van een protocol.	
1. Streefnorm (S)	Alle verrichtingen worden systematisch van tevoren beoordeeld door een gekwalificeerde medewerker of voorzien van indicatieprotocol. Deze werkwijze is vastgelegd. Daarnaast wordt uniform omgegaan met protocollen. Dit is vastgelegd in een kwaliteitscyclus.
2. Basisnorm (B)	Alle verrichtingen worden systematisch van tevoren beoordeeld door een gekwalificeerde medewerker of voorzien van indicatieprotocol. Deze werkwijze is vastgelegd. Daarnaast wordt uniform omgegaan met protocollen.
3. Aanbeveling (A)	Alle verrichtingen worden systematisch van tevoren beoordeeld door een gekwalificeerde medewerker of voorzien van indicatieprotocol. Daarnaast wordt uniform omgegaan met protocollen.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	Alle verrichtingen worden systematisch van tevoren beoordeeld door een gekwalificeerde medewerker of voorzien van indicatieprotocol.
5. Voorwaarde (V)	Niet alle verrichtingen worden systematisch van tevoren beoordeeld door een gekwalificeerde medewerker of voorzien van indicatieprotocol.

* De nucleair geneeskundige of radioloog is wettelijk verantwoordelijk voor de uitgevoerde verrichting. Indien deze verantwoordelijkheid niet wordt genomen is automatisch sprake van een voorwaarde en wordt direct melding gedaan aan de Raad van Bestuur van het betreffende ziekenhuis.

Norm 1.2 Uitvoeren van verrichtingen

Domein 1 Evaluatie van zorg	
1.2 Uitvoeren van verrichtingen	
De afdeling heeft procedures vastgesteld om een optimale kwaliteit van de verrichtingen te waarborgen.	
1. Streefnorm (S)	De afdeling heeft procedures vastgesteld voor alle modaliteiten om de kwaliteit van verrichtingen te evalueren. Daarbij worden protocollen voor de kwaliteit en uitvoering van verrichtingen systematisch verbeterd. Er is duidelijk wie de verrichtingen uitvoert en kwaliteit bepaalt. Een en ander is vastgelegd in een kwaliteitscyclus.
2. Basisnorm (B)	De afdeling heeft procedures vastgesteld voor alle modaliteiten om de kwaliteit van verrichtingen te evalueren. Daarbij worden alle protocollen voor de kwaliteit en uitvoering van verrichtingen systematisch verbeterd. Er is duidelijk wie de verrichtingen uitvoert en kwaliteit bepaalt.
3. Aanbeveling (A)	De afdeling heeft procedures vastgesteld voor een deel van de modaliteiten om de kwaliteit van verrichtingen te evalueren. Daarbij worden protocollen voor de kwaliteit en uitvoering van verrichtingen systematisch verbeterd. Er is duidelijk wie de verrichtingen uitvoert en kwaliteit bepaalt.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	De afdeling heeft geen procedures vastgesteld om de kwaliteit van verrichtingen te evalueren. Daarbij zijn er voldoende protocollen voor de kwaliteit en uitvoering van verrichtingen. Er is duidelijk wie de verrichtingen uitvoert en kwaliteit bepaalt.
5. Voorwaarde (V)	De afdeling heeft geen procedures vastgesteld om de kwaliteit van verrichtingen te evalueren. Daarbij zijn er onvoldoende protocollen voor de kwaliteit en uitvoering van verrichtingen of er is niet duidelijk wie de verrichtingen uitvoert en kwaliteit bepaalt.

Norm 1.3 Verslaglegging

Domein 1 Evaluatie van zorg	
1.3 Verslaglegging	
Deze norm betreft zowel het proces van verslaglegging als de inhoud ervan.	
1. Streefnorm (S)	Het proces en de inhoud van verslaglegging voldoen aan ten minste 10 van de onderstaande stellingen. Bovendien is het proces en inhoud van de verslaglegging onderdeel van een kwaliteitscyclus.
2. Basisnorm (B)	Het proces en de inhoud van verslaglegging voldoen aan ten minste 9 van de onderstaande stellingen.
3. Aanbeveling (A)	Het proces en de inhoud van verslaglegging voldoen aan ten minste 8 van de onderstaande stellingen.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	Het proces en de inhoud van verslaglegging voldoen aan ten minste 6 van de onderstaande stellingen.
5. Voorwaarde (V)	Het proces en de inhoud van verslaglegging voldoen aan minder dan 6 van de onderstaande stellingen.

1.	De aanvragers zijn tevreden over de snelheid van verslaglegging.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
2.	Alle klinische en SEH-verrichtingen worden 7 dagen per week binnen 24 uur verslagen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
3.	Alle traumaverrichtingen worden 7 dagen in de week besproken of er is een goed functionerend systeem, waardoor wordt voorkomen dat belangrijke bevindingen worden gemist. Afspraken hierover zijn vastgelegd.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.*
4.	In verslagen komen tekstuele tekortkomingen die mogelijk klinische consequenties tot gevolg hebben niet of slechts sporadisch voor.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
5.	De vakgroep evalueert jaarlijks de kwaliteit van verslaglegging en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. De wensen van aanvragers en de inhoud van de verslagen worden periodiek getoetst bij de aanvragers.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
6.	Thuiswerken verloopt naar behoren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.*
7.	Er zijn afspraken met de aanvragers vastgelegd over de wijze waarop onverwachte bevindingen worden teruggekoppeld en deze functioneren in de praktijk goed.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
8.	Er vindt t.a.v. de hybride beeldvorming geïntegreerde verslaglegging plaats, resulterend in één verslag.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.*
9.	Er zijn afspraken vastgelegd over het opstellen van een addendum of rectificatie, inclusief de te nemen acties naar de aanvrager en de auteur van het oorspronkelijke verslag.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
10.	De inhoud van de verslagen is duidelijk en compleet.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
11.	Relevante classificaties worden gebruikt bij die verrichtingen waarbij dit in lokale of (inter)nationale richtlijnen is afgesproken.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
12.	Verslaglegging vindt op gestandaardiseerde wijze plaats, bij voorkeur van alle verrichtingen en ten minste van verrichtingen waarvoor landelijk dan wel lokaal vastgestelde richtlijnen voor verslaglegging worden gehanteerd.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
totaal:				

*n.v.t. dient alleen te worden aangevinkt bij het ontbreken van de faciliteiten of mogelijkheden. Indien n.v.t. is aangevinkt, wordt deze als 'ja' gescoord t.b.v. beantwoording van de norm. Het is niet de bedoeling n.v.t. aan te vinken indien het antwoord niet bekend is.

Norm 1.4 Continuïteit van zorg

Domein 1 Evaluatie van zorg	
1.4 Continuïteit van zorg	
De continuïteit van zorg vereisende functies van gekwalificeerde medewerkers is geborgd.	
1. Streefnorm (S)	Voor continuïteit van zorg vereisende functies is de beschikbaarheid gewaarborgd en vastgelegd. Daarnaast is er altijd een radioloog of nucleair geneeskundige bereikbaar en beschikbaar. Deze werkwijze is vastgelegd in een kwaliteitscyclus.
2. Basisnorm (B)	Voor continuïteit van zorg vereisende functies is de beschikbaarheid gewaarborgd en vastgelegd. Daarnaast is er altijd een radioloog of nucleair geneeskundige bereikbaar en beschikbaar.
3. Aanbeveling (A)	Voor continuïteit van zorg vereisende functies is de beschikbaarheid gewaarborgd maar niet vastgelegd. Daarnaast is er altijd een radioloog of nucleair geneeskundige bereikbaar of beschikbaar.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	Voor continuïteit van zorg vereisende functies is de beschikbaarheid gewaarborgd. Er is niet altijd een radioloog of nucleair geneeskundige bereikbaar en beschikbaar.
5. Voorwaarde (V)	Voor continuïteit van zorg vereisende functies is de beschikbaarheid niet gewaarborgd.

Norm 1.5 Incidenten en complicatieregistratie

Domein 1 Evaluatie van zorg	
1.5 Incidenten en complicatieregistratie	
Deze norm betreft de wijze waarop de vakgroep omgaat met het melden en registreren van discrepanties, incidenten en complicaties.	
1. Streefnorm (S)	De vakgroep stimuleert het melden van discrepanties, incidenten en complicaties, houdt een complicatieregister bij, analyseert deze op systematische wijze en stelt naar aanleiding daarvan verbeterplannen op die periodiek getoetst worden op effectiviteit.
2. Basisnorm (B)	De vakgroep meldt discrepanties, incidenten en complicaties, houdt een complicatieregister bij, analyseert deze op systematische wijze en stelt naar aanleiding daarvan verbeterplannen op.
3. Aanbeveling (A)	De vakgroep meldt incidenten en complicaties, houdt een complicatieregister bij en analyseert incidenten en complicaties.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	De vakgroep meldt incidenten en complicaties en houdt een complicatieregister bij.
5. Voorwaarde (V)	De vakgroep meldt geen of sporadisch incidenten of heeft geen complicatieregistratie.

Norm 1.6 Multidisciplinair overleg

Domein 1 Evaluatie van zorg	
1.6 Multidisciplinair overleg	
De vakgroep participeert optimaal in multidisciplinaire patiëntbesprekingen. Er zijn afspraken ten aanzien van de vertegenwoordiging van radiologen en/of nucleair geneeskundigen op de betreffende besprekingen.	
1. Streefnorm (S)	De vakgroep participeert structureel in multidisciplinaire patiëntbesprekingen. De multidisciplinaire patiëntbesprekingen worden voorbereid door een ter zake kundige radioloog/nucleair geneeskundige. Periodiek wordt de rol van de deelnemers van de besprekingen geëvalueerd. Tevens wordt de aanvragerstevredenheid periodiek in kaart gebracht.
2. Basisnorm (B)	De vakgroep participeert structureel in multidisciplinaire patiëntbesprekingen. De multidisciplinaire patiëntbesprekingen worden voorbereid door een ter zake kundige radioloog/nucleair geneeskundige. Periodiek wordt de rol van de deelnemers van de besprekingen geëvalueerd.
3. Aanbeveling (A)	De vakgroep participeert structureel in multidisciplinaire patiëntbesprekingen. De multidisciplinaire patiëntbesprekingen worden voorbereid door een ter zake kundige radioloog/nucleair geneeskundige.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	De vakgroep participeert structureel in multidisciplinaire patiëntbesprekingen. Deze besprekingen worden niet altijd adequaat voorbereid.
5. Voorwaarde (V)	De vakgroep participeert onvoldoende in multidisciplinaire patiëntbesprekingen.

Kwaliteitsdomein 2: Vakgroepfunctioneren

Norm 2.1 Evaluatie vakgroepfunctioneren

Domein 2 Vakgroepfunctioneren	
2.1 Evaluatie vakgroepfunctioneren	
Deze norm betreft de wijze waarop de vakgroep haar eigen functioneren analyseert en verbetert.	
1. Streefnorm (S)	De vakgroep evalueert het eigen functioneren jaarlijks, bijvoorbeeld door middel van de QuickScan* en heeft hiervoor een kwaliteitscyclus.
2. Basisnorm (B)	De vakgroep evalueert het eigen functioneren tenminste twee keer per vijf jaar bijvoorbeeld door middel van de QuickScan* en heeft hiervoor een kwaliteitscyclus.
3. Aanbeveling (A)	Het functioneren van de vakgroep wordt ten minste iedere vijf jaar geëvalueerd bijvoorbeeld door middel van de QuickScan*, de uitkomsten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld of uitgevoerd.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	Het functioneren van de vakgroep wordt ten minste iedere vijf jaar geëvalueerd bijvoorbeeld door middel van de QuickScan*. De uitkomsten worden niet besproken.
5. Voorwaarde (V)	Het functioneren van de vakgroep wordt niet geëvalueerd.

*De QuickScan die tijdens de visitatie gebruikt wordt om inzicht te verkrijgen in de sterke kanten en verbetermogelijkheden van het functioneren van de vakgroep mag hier een onderdeel van zijn.

Norm 2.2 Betrokkenheid vakgroep bij organisatie

Domein 2 Vakgroepfunctioneren	
2.2 Betrokkenheid vakgroep bij organisatie	
Deze norm betreft de rol van de vakgroep bij de totstandkoming van het beleid van de afdeling.	
1. Streefnorm (S)	De vakgroep draagt actief/constructief bij aan de organisatie van de afdeling en houdt zich aan het afgesproken beleid. De vakgroep heeft een duidelijk omschreven visie, welke terugkomt in de beleidscyclus van de afdeling. Het voorgenomen beleid wordt aantoonbaar geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Het beleid is schriftelijk vastgelegd en is afgestemd op het beleidsplan van de instelling.
2. Basisnorm (B)	De vakgroep draagt actief/constructief bij en houdt zich aan het beleid. De vakgroep heeft een duidelijk omschreven visie, welke terugkomt in de beleidscyclus van de afdeling. Het beleid is afgestemd op het beleidsplan van de instelling.
3. Aanbeveling (A)	De vakgroep is betrokken en houdt zich aan het afgesproken beleid. De beleidscyclus is niet volledig aanwezig of is onvoldoende afgestemd met beleidsplan van de instelling.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	Er zijn afspraken maar de vakgroep houdt zich er niet aan en/ of de beleidscyclus is onvolledig en niet afgestemd op het beleidsplan van de instelling.
5. Voorwaarde (V)	Er is geen beleidscyclus.

Norm 2.3 Aanspreekcultuur

Domein 2 Vakgroepfunctioneren	
2.3 Aanspreekcultuur	
Deze norm betreft de aanspreekcultuur in de vakgroep.	
1. Streefnorm (S)	<p>De cultuur van de vakgroep zorgt ervoor dat men elkaar laagdrempelig aanspreekt op gedrag en medisch handelen. De preventie van ongewenst gedrag en het omgaan met incidenten, complicaties en discrepanties of gemiste diagnoses worden besproken. Dit is geborgd in een kwaliteitscyclus.</p> <p>De vakgroep heeft een werkwijze om de uitkomsten van klachten of juridische procedures die verband houden met de zorgverlening te analyseren en bespreken. Er is hiervoor een kwaliteitscyclus.</p>
2. Basisnorm (B)	<p>De cultuur van de vakgroep zorgt ervoor dat men elkaar laagdrempelig aanspreekt op gedrag en medisch handelen. De preventie van ongewenst gedrag en het omgaan met incidenten, complicaties en discrepanties of gemiste diagnoses worden besproken.</p> <p>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 geborgd in een kwaliteitscyclus.</p>
3. Aanbeveling (A)	<p>De cultuur van de vakgroep zorgt ervoor dat men elkaar laagdrempelig aanspreekt op gedrag of medisch handelen. De preventie van ongewenst gedrag en het omgaan met incidenten, complicaties en discrepanties of gemiste diagnoses worden besproken.</p> <p>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.</p>
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	<p>De cultuur van de vakgroep laat het niet toe dat men elkaar laagdrempelig aanspreekt op gedrag of medisch handelen of de preventie van ongewenst gedrag en het omgaan met incidenten, complicaties en discrepanties of gemiste diagnoses wordt niet besproken.</p> <p>De vakgroep heeft een werkwijze om de uitkomsten van klachten of juridische procedures die verband houden met de zorgverlening te analyseren en bespreken.</p>
5. Voorwaarde (V)	<p>De cultuur van de vakgroep laat het niet toe dat men elkaar laagdrempelig aanspreekt op gedrag of medisch handelen en de preventie van ongewenst gedrag en het omgaan met incidenten, complicaties en discrepanties of gemiste diagnoses wordt niet besproken.</p> <p>En/of de vakgroep heeft geen werkwijze om de uitkomsten van klachten of juridische procedures die verband houden met de zorgverlening te analyseren en bespreken.</p>

Norm 2.4 Belasting/ belastbaarheid

Domein 2 Vakgroepfunctioneren	
2.4 Belasting/ belastbaarheid	
Ter bevordering van de kwaliteit van de patiëntenzorg is het van belang aandacht te hebben voor belasting en belastbaarheid van de vakgroep.	
1. Streefnorm (S)	Er is binnen de vakgroep aantoonbaar aandacht voor de belasting en de belastbaarheid van collega's. Dit is geborgd in een kwaliteitscyclus.
2. Basisnorm (B)	Er is binnen de vakgroep aantoonbaar aandacht voor de belasting en de belastbaarheid van collega's. Dit wordt besproken en geeft, indien nodig, structurele verbeteringen.
3. Aanbeveling (A)	Er is binnen de vakgroep aantoonbaar aandacht voor de belasting en de belastbaarheid van collega's. Waar nodig wordt dit besproken.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	Er is binnen de vakgroep aandacht voor de belasting en de belastbaarheid van collega's. Dit wordt niet besproken.
5. Voorwaarde (V)	Er is binnen de vakgroep geen aandacht voor de verdeling van taken en de belastbaarheid van collega's.

Norm 2.5 Interne en externe contacten

Domein 2 Vakgroepfunctioneren	
2.5 Interne en externe contacten	
Toelichting	
Deze norm heeft betrekking op de relatie met collega's buiten de vakgroep, participatie in ziekenhuis- en stafcommissies en eventueel contacten met de huisartsen.	
1. Streefnorm (S)	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.
2. Basisnorm (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.
3. Aanbeveling (A)	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.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	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.
5. Voorwaarde (V)	De vakgroep staat niet open voor het onderhouden van contacten.

Kwaliteitsdomein: Patiëntenperspectief

Norm 3.1 Voorlichting

Domein 3. Patiëntenperspectief	
3.1 Voorlichting	
Patiënten worden optimaal voorgelicht over de verrichtingen.	
1. Streefnorm (S)	De afdeling is proactief in het voorlichten van alle patiënten over radiologische en nucleair geneeskundige verrichtingen en behandelingenverrichtingen, evalueert dit periodiek en past de informatie zo nodig aan. Onderling en met de aanvragers is een procedure afgesproken over wie welk deel van de vereiste voorlichting verzorgt inclusief afspraken met betrekking tot informed consent. De afdeling controleert bij de patiënten of de informatie die is gegeven, is begrepen door de patiënt.
2. Basisnorm (B)	De afdeling beschikt over patiënten informatiemateriaal voor alle verrichtingen en behandelingen, evalueert dit periodiek en past de informatie zo nodig aan. Onderling en met de aanvragers is een procedure afgesproken over wie welk deel van de vereiste voorlichting verzorgt. De afdeling controleert bij de patiënten of de informatie die is gegeven, is begrepen door de patiënt.
3. Aanbeveling (A)	Van alle verrichtingen en behandelingen is voorlichtingsmateriaal aanwezig, maar dit wordt niet periodiek geëvalueerd. Er is geen procedure afgesproken over wie welk deel van de vereiste voorlichting verzorgt. De afdeling controleert bij de patiënten of de informatie die is gegeven, is begrepen door de patiënt.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	Er is niet van alle radiologische verrichtingen voorlichtingsmateriaal beschikbaar. Er is geen procedure afgesproken over wie welk deel van de vereiste voorlichting verzorgt.
5. Voorwaarde (V)	Er is geen voorlichtingsmateriaal beschikbaar.

Norm 3.2 Servicegerichtheid patiënt

Domein 3. Patiënten perspectief	
3.2 Servicegerichtheid patiënt	
Er wordt optimaal rekening gehouden met de wensen van patiënten.	
De afdeling streeft naar zo kort mogelijke toegangstijden en doorlooptijden verslaglegging van radiologische en nucleair geneeskundig onderzoek tenminste conform de lokale afspraken. Er is periodiek inzicht in de toegangstijden en doorlooptijden en op grond van het verkregen inzicht worden initiatieven gestart tot verbetering van het beleid.	
1. Streefnorm (S)	Patiënten en aanvragers wordt de mogelijkheid geboden om afspraken te maken al dan niet door verrichtingen op inloop. Hierbij staat de patiënt centraal en wordt rekening gehouden met de diens wensen. De toegangstijden en doorlooptijden worden systematisch gemonitord ook samen met de aanvragers en dit leidt tot een gewenste workflow. Er is tenminste een maal per twee jaar een patiënt tevredenheidsonderzoek. Op grond van de verkregen inzichten worden er initiatieven gestart tot aanpassen van beleid. Dit is vastgelegd in een kwaliteitscyclus.
2. Basisnorm (B)	Patiënten en aanvragers wordt de mogelijkheid geboden om afspraken te maken al dan niet door verrichtingen op inloop. Hierbij staat de patiënt centraal en wordt rekening gehouden met de diens wensen. De toegangstijden en doorlooptijden worden systematisch gemonitord ook samen met de aanvragers en dit leidt tot een gewenste workflow. Er is tenminste een maal per twee jaar een patiënt tevredenheidsonderzoek.
3. Aanbeveling (A)	Patiënten en aanvragers wordt de mogelijkheid geboden om afspraken te maken al dan niet door verrichtingen op inloop. Hierbij staat de patiënt centraal en wordt rekening gehouden met diens wensen. De toegangstijden en doorlooptijden worden systematisch gemonitord ook samen met de aanvragers en dit leidt tot een gewenste workflow.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	Patiënten en aanvragers wordt onvoldoende mogelijkheid geboden om zelf afspraken te maken al dan niet door verrichtingen op inloop. De toegangstijden en doorlooptijden worden systematisch gemonitord.
5. Voorwaarde (V)	Patiënten en aanvragers wordt onvoldoende mogelijkheid geboden om afspraken te maken al dan niet door verrichtingen op inloop. De toegangstijden en doorlooptijden worden niet systematisch gemonitord.

Norm 3.3 Patiëntveiligheid

Domein 3. Patiënten perspectief	
3.3 Patiëntveiligheid	
Deze norm betreft de wijze waarop de patiëntveiligheid door de vakgroep wordt gewaarborgd.	
1. Streefnorm (S)	De vakgroep voldoet m.b.t. patiëntveiligheid aan ten minste 12 onderstaande stellingen, evalueert deze ten minste elke 2 jaar en stuurt zo nodig bij.
2. Basisnorm (B)	De vakgroep voldoet m.b.t. patiëntveiligheid aan ten minste 11 onderstaande stellingen.
3. Aanbeveling (A)	De vakgroep voldoet m.b.t. patiëntveiligheid aan ten minste 10 van de onderstaande stellingen.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	De vakgroep voldoet m.b.t. patiëntveiligheid aan ten minste 9 van onderstaande stellingen.
5. Voorwaarde (V)	De vakgroep voldoet m.b.t. patiëntveiligheid aan minder dan 9 van de onderstaande stellingen.

Stellingen m.b.t. patiëntveiligheid

(*) Indien er geen interventies of sedatie wordt toegepast kunt u 'ja' invullen.

1.	De time out procedure (TOP) wordt uitgevoerd en vastgelegd voor alle interventies en alle andere daarvoor afgesproken procedures. *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
2.	Jaarlijks wordt geëvalueerd of de TOP op de juiste wijze wordt nageleefd en indien nodig worden verbeterplannen geïnitieerd. *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
3.	In het kader van de TOP controleert de uitvoerend specialist of de patiënt geïnformeerd is over de aard van de interventie, de eventuele risico's en de mogelijke alternatieven (informed consent).		
4.	Er wordt bij alle invasieve verrichtingen gehandeld volgens het in het ziekenhuis geldende stollingsprotocol.**	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
5.	Er is een voor alle betrokkenen inzichtelijke overdracht van patiënten na een interventie en dit vindt plaats volgens een vast format.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.*
6.	De afdeling voldoet aan High Risk Medicatie ten aanzien van het klaarmaken en toedienen van parenteralia (inclusief contrastvloeistoffen en radiofarmaca). Protocollen hiervoor zijn beschikbaar en worden beheerd in een documentbeheersysteem. **	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.*

Voor onderstaande onderwerpen zijn protocollen beschikbaar. Deze worden in een documentbeheersysteem met versiebeheer, regelmatige controle en actualisatie opgenomen, zijn gemakkelijk vindbaar en de uitvoering van de protocollen is in de organisatie geborgd.

7.	Voorkoming Contrast Geïnduceerde Nefropathie (CIN)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
8.	Profylaxe contrastmiddelenreactie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
9.	Handelswijze bij contrastmiddelenreactie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
10.	Handelswijze bij contrastextravasatie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
11.	Bewaking van bedpatiënten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
12.	Patiënttransport	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
13.	Patiëntidentificatie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
totaal:			

*n.v.t. dient alleen te worden aangevinkt bij het ontbreken van de faciliteiten of mogelijkheden. Indien n.v.t. is aangevinkt, wordt deze als 'ja' gescoord t.b.v. beantwoording van de norm. Het is niet te bedoeling n.v.t. aan te vinken indien het antwoord niet bekend is.

**Indien niet aan deze norm wordt voldaan dan is per definitie sprake van een Voorwaarde.

Kwaliteitsdomein: Professionele ontwikkeling

Norm 4.1 Professionele ontwikkeling personeel

Domein 4 Professionele ontwikkeling	
4.1 Professionele ontwikkeling personeel	
Deze norm betreft de wijze waarop de afdeling radiologie zorgdraagt voor een goede professionele kennisontwikkeling van alle gekwalificeerde medewerkers.	
1. Streefnorm (S)	De vakgroep heeft zicht en invloed op het kennisniveau en de ontwikkeling van de overige gekwalificeerde medewerkers op de afdeling. De vakgroep draagt hier actief aan bij. Dit is vastgelegd in een kwaliteitscyclus.
2. Basisnorm (B)	De vakgroep heeft zicht en invloed op het kennisniveau en de ontwikkeling van de overige gekwalificeerde medewerkers op de afdeling. De vakgroep draagt hier actief aan bij.
3. Aanbeveling (A)	De vakgroep heeft zicht en invloed op het kennisniveau en de ontwikkeling van de overige gekwalificeerde medewerkers op de afdeling.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	De vakgroep heeft zicht op het kennisniveau en de ontwikkeling van het overige personeel op de afdeling. De vakgroep heeft hier geen invloed op.
5. Voorwaarde (V)	De vakgroep heeft geen zicht en invloed op het kennisniveau en de ontwikkeling van de overige gekwalificeerde medewerkers op de afdeling.

Norm 4.2 Kennisdeling

Domein 4 Professionele ontwikkeling	
4.2 Kennisdeling	
Deze norm betreft de wijze waarop de vakgroep relevante vakinhoudelijke kennis en vaardigheden met elkaar deelt. Ook zal er zorg moeten zijn voor de aanwezige subspecialisaties.	
1. Streefnorm (S)	De vakgroep heeft in haar beleidscyclus systematisch aandacht voor de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten en dit is geborgd in een kwaliteitscyclus.
2. Basisnorm (B)	De vakgroep besteedt aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten en evalueert dit.
3. Aanbeveling (A)	Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten. De vakgroepleden gebruiken hun kennis en vaardigheden, maar gebruiken deze niet om verbeteracties te implementeren.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede kunnen komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten.
5. Voorwaarde (V)	Individuele kennis en kwaliteiten zijn niet op elkaar afgestemd en dit leidt tot een wisselend beleid binnen de vakgroep. Dit kan leiden tot negatieve effecten op de patiëntenzorg.

Norm 4.3 Borging kennis en zorg door gekwalificeerde medewerkers

Domein 4 Professionele ontwikkeling	
4.3 Borging kennis en zorg door specialisten en laboranten	
Deze norm betreft de wijze waarop de afdeling radiologie zorgdraagt voor een goede professionele kennisontwikkeling en zorg door alle gekwalificeerde medewerkers.	
1. Streefnorm (S)	De vakgroep voldoet m.b.t. borging kennis en zorg door alle gekwalificeerde medewerkers aan ten minste 10 onderstaande stellingen, evalueert deze ten minste elke 2 jaar en stuurt zo nodig bij.
2. Basisnorm (B)	De vakgroep voldoet m.b.t. borging kennis en zorg door alle gekwalificeerde medewerkers aan ten minste 9 onderstaande stellingen.
3. Aanbeveling (A)	De vakgroep voldoet m.b.t. borging kennis en zorg door alle gekwalificeerde medewerkers aan ten minste 8 van de onderstaande stellingen.
4. Zwaarwegend Advies (ZA)	De vakgroep voldoet m.b.t. borging kennis en zorg door alle gekwalificeerde medewerkers aan ten minste 7 van onderstaande stellingen.
5. Voorwaarde (V)	De vakgroep voldoet m.b.t. borging kennis en zorg door alle gekwalificeerde medewerkers aan minder dan 6 van de onderstaande stellingen.*

1.	Het Convenant Medische Technologie wordt gebruikt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
2.	Bekwaamheidsverklaringen worden verkregen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
3.	Bekwaamheidsverklaringen worden onderhouden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
4.	Bekwaamheidsverklaringen zijn inzichtelijk en geregistreerd.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
5.	Er zijn werkbare afspraken over toedienen van medicatie zoals IV contrast en radiofarmaca.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
6.	Er is vastgelegd welke onderzoeken door wie worden weggekeken en verslagen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
7.	Er is periodiek een medewerkers tevredenheids- / belevingsonderzoek.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
8.	Er zijn verbeterpunten na aanleiding van het medewerkers tevredenheids- / belevingsonderzoek.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
9.	Er is in de afgelopen 5 jaar een NVMBR-visitatie geweest.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
10.	De vakgroep is op de hoogte van de inhoud van het NVMBR-visitatieverslag en er zijn actiepunten in gang gezet n.a.v. NVMBR-visitatie.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
11.	Er is een recente accreditatie van ziekenhuis inclusief de afdeling radiologie geweest.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	totaal:		

* Indien specialisten niet voldoen aan de eisen van de RGS of beroepsvereniging dan is direct sprake van een Voorwaarde.