

AVC

ALGEMENE VISITATIECOMMISSIE

MEDISCHE MICROBIOLOGIE

CONCEPT, ……..2017

VISITATIERAPPORT

van de

MEDISCHE MICROBIOLOGIE

Gevisiteerde specialisten:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam** (titel, voorletter, achternaam) | **Aandachtsgebied** | **fte** |
| *Voorbeeld: Prof. dr. A. Microbioloog* |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Naam hoofdvestiging :

Adres :

Postcode en plaats :

Contactpersoon :

telefoon :

fax :

e-mail :

(Andere) ziekenhuizen behorend

tot het verzorgingsgebied:

Datum vorige visitatie :

Namen van de leden van de

Visitatiecommissie ad hoc : ………., voorzitter

………..

………..

………., ambtelijk secretaris

Datum visitatie: …………

Bekrachtigd te Utrecht, ........ 2017

……..

Voorzitter Visitatiecommissie ad hoc

SAMENVATTING

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kwaliteitsaspecten** | | **Waardering kwaliteitsnormen** | | **Advies** |
| **Vakgroep** | **Visitatie commissie** |
| **1. Evaluatie van zorg** | |  |  |  |
| 1.1 | Kwaliteitskeurmerk |  |  |  |
| 1.2 | Consultfunctie |  |  |  |
| 1.3 | Consultregistratie |  |  |  |
| 1.4 | Continuïteit van zorg |  |  |  |
| 1.5 | Patiëntbesprekingen |  |  |  |
| 1.6 | Eenheid van beleid |  |  |  |
| 1.7 | Implementatie richtlijnen |  |  |  |
| 1.8 | Antibioticabeleid |  |  |  |
| 1.9 | Antibiotic stewardship |  |  |  |
| 1.10 | Informeren aanvragers over diagnostische mogelijkheden |  |  |  |
| 1.11 | Melding incidenten en klachten |  |  |  |
| 1.12 | Multidisciplinair overleg |  |  |  |
| 1.13 | Samenwerking infectiepreventie |  |  |  |
| 1.14 | Infectiepreventie |  |  |  |
| 1.15 | Openbare gezondheidszorg |  |  |  |
| **2. Vakgroepfunctioneren** | |  |  |  |
| 2.1 | Medische eindverantwoordelijkheid laboratorium |  |  |  |
| 2.2 | Leiding geven aan (onderdelen van) het laboratorium |  |  |  |
| 2.3 | Bereikbaarheid |  |  |  |
| 2.4 | Evalueren vakgroepfunctioneren |  |  |  |
| 2.5 | Vakgroepsvergaderingen |  |  |  |
| 2.6 | Belasting/belastbaarheid |  |  |  |
| 2.7 | Contacten in- en extern |  |  |  |
| 2.8 | Verdeling taken en verantwoordelijkheden |  |  |  |
| **3. Patiëntenperspectief** | |  |  |  |
| 3.1 | Communicatie patiënten |  |  |  |
| 3.2 | Inzichtelijkheid doorlooptijden |  |  |  |
| 3.3 | Informatie voor patiënten |  |  |  |
| **4. Professionele ontwikkeling** | |  |  |  |
| 4.1 | Kennisdeling |  |  |  |
| 4.2 | Individueel functioneren |  |  |  |
| 4.3 | Onderwijs |  |  |  |

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De artsen-microbioloog verrichten in……mate alle werkzaamheden die tot het takenpakket  
behoren dat door de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie omschreven is in het beroepsprofiel van de arts-microbioloog.

Goede voorbeelden:

|  |
| --- |
|  |

Adviezen: **\***

|  |
| --- |
| Voorwaarden   * . * . * . |
| Zwaarwegende adviezen   * . * . * . |
| Aanbevelingen   * . * . * . |

\* Niet gerealiseerde aanbevelingen n.a.v. de vorige visitatie.

ALGEMEEN

De kwaliteitsvisitatie zoals georganiseerd in Nederland is een uniek instrument om de zorg voor kwaliteit van medisch specialisten te borgen. Het is een intercollegiale toetsing van vakgroepen[[1]](#footnote-1) op locatie en heeft zowel een kwaliteitsbevorderend als een toetsend karakter. In de laatste jaren zijn verschillende adviezen uitgebracht over kwaliteitsvisitaties door de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten. Een recente aanbeveling was het overgaan op een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming.[[2]](#footnote-2) Het doel van deze aanbeveling was het verminderen van subjectiviteit bij de kwaliteitsvisitaties en het kenbaar en voorspelbaar maken van de oordeelsvorming.

De Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) heeft kennisgenomen van deze leidraad en heeft een eigen normen- en waarderingsstelsel ontwikkeld om zo te komen tot een systematische, objectieve en transparante wijze van visiteren. De oordeelsvorming is rechtstreeks te herleiden tot heldere normen. De normen zijn afgeleid van de leidraad, richtlijnen, kwaliteitsindicatoren en andere documenten die specifiek de microbiologische zorg beschrijven. Per norm wordt gemotiveerd waarom deze relevant is. De normen zijn verdeeld in vier kwaliteitsdomeinen: kwaliteit van zorg, functioneren van de organisatorische eenheid, patiënten- en aanvragersperspectief en professionele ontwikkeling.

Binnen deze domeinen worden scores toegekend op verschillende kwaliteitsaspecten. Wanneer sprake is van een potentiële voorbeeldfunctie voor vakgenoten wordt de score uitstekend toegekend. Wanneer goede zorg wordt geleverd, dus wat de patiënt en aanvrager mogen verwachten, voldoet men aan de norm. Wanneer niet voldaan wordt aan een norm zijn consequenties gedefinieerd in voorwaarden, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen met bijbehorende rapportagetermijnen en acties. De waarderingssystematiek ziet er daardoor als volgt uit:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Excellent, een voorbeeld voor anderen. |
|  | Goed, de norm. |
|  | Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd. |
|  | Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd. |
|  | Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden. |

Dit rapport is gebaseerd op:

* de door ………….. ingevulde vragenlijsten en toegezonden documentatie
* de besprekingen met de hieronder vermelde functionarissen
* de bevindingen van de visitatiecommissie ad hoc tijdens de visitatie

De visitatiecommissie ad hoc heeft op ……….. in het laboratorium voor Medische Microbiologie van het …………. in het kader van deze visitatie besprekingen gehad met:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam | Functie |
|  | Voorzitter/lid Raad van Bestuur |
|  | Voorzitter/lid medische staf |
|  | Hoofdanalist |
|  | Ziekenhuishygiënist |
|  | Kwaliteitsfunctionaris |
|  |  |
|  |  |

# GEGEVENS VORIGE VISITATIE

# Datum:

* ..

Gevisiteerde artsen-microbioloog:

* ..

# Ad hoc commissie:



Aanbevelingen:

* .
* .
* .
* .
* .

KENGETALLEN

Naam laboratorium:.................................

Werkgebied per 31-12-.…

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ziekenhuizen** | | **# opnames** | **# dagbehandelingen** | **adherentie** | |
| 1 |  |  |  |  | |
| 2 |  |  |  |  | |
| 3 |  |  |  |  | |
| 4 |  |  |  |  | |
| 5 |  |  |  |  | |
| **Totaal** | |  |  | |  | |

Extramurale monsters (procent van totaal aantal) ......... %

**0.5 Verrichtingen (conform CTG-lijst) per ziekenhuis en overigen (jaar:.......):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ziekenhuizen** | | **monsters** | **verrichtingen\*)**  **(patiëntenzorg)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 | **Overigen** |  |  |
|  | **Totaal** |  |  |

\*) Aantal CTG codes, exclusief consulten

**0.6 Overzicht personeelsbestand laboratorium (hoofdvestiging) in fte’s:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Totaal personeelsleden:.........fte (per 31-12-......), excl. artsen-microbioloog** | | | | | | | |
| Leiding | | Analytisch | | | | Overig | |
| artsen-microbioloog | ... | | HLO/ HBO | ... | informaticus | | ... |
| stafleden academici | ... | | MLO/ MBO | ... | secretarieel/adm. | | ... |
| hoofdanalist | ... | | overig | ... | administratie | | ... |
| kwaliteitsfunctionaris | ... | |  |  | overig | | ... |
| beheersfunctionaris | ... | |  |  | ziekenhuishygiëne | | … |
|  |  | |  |  | aios | | … |
|  |  | |  |  | anios | | … |
| **Totaal** | ... | | **Totaal** | ... | **Totaal** | | ... |

Indien er binnen de vakgroep/ maatschap meerdere laboratoria zijn:

Naam laboratorium:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Totaal personeelsleden:.........fte (per 31-12-......), excl. artsen-microbioloog** | | | | | | | |
| Leiding | | Analytisch | | | | Overig | |
| artsen-microbioloog | ... | | HLO/ HBO | ... | informaticus | | ... |
| stafleden academici | ... | | MLO/ MBO | ... | secretarieel/adm. | | ... |
| hoofdanalist | ... | | overig | ... | administratie | | ... |
| kwaliteitsfunctionaris | ... | |  |  | overig | | ... |
| beheersfunctionaris | ... | |  |  | ziekenhuishygiëne | | … |
|  |  | |  |  | aios | | … |
|  |  | |  |  | anios | | … |
| **Totaal** | ... | | **Totaal** | ... | **Totaal** | | ... |

BEVINDINGEN

**Kwaliteitsdomein 1: Evaluatie van zorg**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | Evaluatie van zorg | | | | |
| 1.1 | Kwaliteitskeurmerk | | | | | |
|  | De kwaliteit van het laboratorium van waaruit de vakgroep werkt kan door middel van accreditatie geborgd worden. Middels accreditatie toont het laboratorium aan dat het aan een set van kwaliteitseisen voldoet. De vigerende norm op dit moment is de ISO 15189. De transitie vanuit uit de vorige norm (CCKL praktijkrichtlijn) kan tot uiterlijk 1 januari 2019 plaatsvinden. | | | | | |
|  | Goed | De vakgroep werkt in een geaccrediteerd laboratorium volgens de op dat moment vigerende hoogste eisen (2015: ISO 15189) of staat ingepland voor accreditatie volgens de hoogste eisen en is momenteel geaccrediteerd volgens de oude norm. | | | | |
|  | Matig | De vakgroep werkt in een laboratorium welke geaccrediteerd is, maar niet volgens de op dat moment vigerende hoogste eisen (2015: ISO 15189), en staat nog niet ingepland voor accreditatie volgens de hoogste eisen. | | | | |
|  | Onvoldoende | De vakgroep heeft deelgenomen aan een accreditatie traject, maar de finale audit voor accreditatie is afgekeurd. | | | | |
|  | Zwaar onvoldoende | De vakgroep werkt in een laboratorium waarbij accreditatie niet aanstaande is. | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.1 * Bijlage 1 | | |  | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Gesprek met vakgroep * Rondleiding | | |  | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.2 | | Consultfunctie | | | | | | |
|  | | Een van de hoofdtaken van de arts-microbioloog is de consultfunctie. De arts-microbioloog geeft adviezen aan behandelaars ten aanzien van de diagnostiek, behandeling en preventie van infectieziekten. Een consult komt tot stand doordat de arts-microbioloog geraadpleegd wordt door een behandelaar, dan wel doordat de arts-microbioloog contact zoekt, bijvoorbeeld naar aanleiding van een aanvraag of onderzoeksresultaat. De consultfunctie omvat het gehele spectrum van infectieziekten. Vakgroepen kunnen onderdelen van het vak als aandachtsgebied toewijzen aan deelspecialisten, die zich binnen een onderdeel van het vakgebied extra hebben bekwaamd. Adviezen worden gegeven binnen de competenties die de arts-microbioloog bezit. Als deel-specialistische kennis tekortschiet, wordt hierin voorzien door collega’s binnen, of zo mogelijk buiten de vakgroep. | | | | | | |
|  | | Uitstekend | De vakgroep vervult de consultfunctie binnen de volle breedte van het vakgebied waarbij binnen alle deelspecialismen leden van de vakgroep benoemd en bekend zijn binnen de instelling. | | | | | |
|  | | Goed | De vakgroep vervult de consultfunctie binnen de volle breedte van het vakgebied, waarbij niet in alle deelspecialismen expertise beschikbaar is, maar waar wel een goede structuur bestaat voor het raadplegen van externe deskundigen. | | | | | |
|  | | Matig | De vakgroep vervult de consultfunctie binnen de volle breedte van het vakgebied maar heeft onvoldoende expertise beschikbaar op het gebied van een of meerdere deelspecialismen waarbij geen goede structuur bestaat voor het raadplegen van externe deskundigen. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | De vakgroep vervult de consultfunctie niet binnen de volle breedte van het vakgebied. | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | De vakgroep vervult de consultfunctie niet. | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.2 | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Gesprek met vakgroep * Gesprek met aanvragers | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.3 | | Consultregistratie | | | | | | |
|  | | Een essentieel onderdeel van het communiceren met aanvragers is het schriftelijk vastleggen en inzichtelijk maken van medische adviezen. Dit maakt naslag mogelijk en voorkomt misverstanden. Ook is dit noodzakelijk voor overdracht binnen de vakgroep onderling en vergemakkelijkt de eenduidigheid van adviezen bij wisselende consulenten. | | | | | | |
|  | | Uitstekend | De consulten worden elektronisch geregistreerd en zijn inzichtelijk voor alle vakgroepleden en aanvragers. Het registratiesysteem en de registraties worden periodiek geëvalueerd en verbeterd. Indien er een elektronisch patiëntendossier is, bevat dit een tabblad voor consulten microbiologie. | | | | | |
|  | | Goed | De consulten worden elektronisch geregistreerd en zijn inzichtelijk voor alle vakgroepleden en aanvragers. | | | | | |
|  | | Matig | De consulten worden elektronisch geregistreerd in het laboratorium informatiesysteem, maar deze registratie is niet inzichtelijk voor de aanvragers. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | De consulten worden geregistreerd op papier en zijn niet inzichtelijk voor aanvragers. | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | De consulten worden niet geregistreerd maar enkel mondeling overgedragen. | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.3 | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Gesprek met vakgroep * Gesprek met aanvragers | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.4 | | Continuïteit van zorg | | | | | | |
|  | | De consultatie van een arts-microbioloog moet altijd (24/7) mogelijk zijn, voor aanvragers zowel binnen als buiten het ziekenhuis (zoals huisartsen, verloskundigen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen infectieziektebestrijding en tuberculosebestrijding en SOA-zorg van de GGD). Door toenemende complexiteit van zorg volstaat in veel gevallen een eenmalig advies niet meer en is actieve follow up vereist vanuit de ondersteunende specialist; hiervoor dient een adequate onderlinge overdracht geregeld te zijn. | | | | | | |
|  | | Goed | Er vindt een gestructureerde overdracht plaats waarbij follow-up geborgd is. Het dienstrooster is vastgelegd en werkt naar tevredenheid van de leden van de vakgroep als ook de aanvragers. | | | | | |
|  | | Matig | Het dienstrooster en onderlinge overdracht zijn gestructureerd en werken naar ieders tevredenheid, maar zijn niet vastgelegd. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | Er is geen structuur in de overdracht maar het werkt naar ieders tevredenheid. | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | Er is geen structuur in de overdracht en de klinische collega’s zijn ontevreden. | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.4 * Bijlage 2 | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Gesprek met vakgroep * Gesprek met aanvragers | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.5 | | Patiëntbesprekingen (intern) | | | | | | |
|  | | Binnen de vakgroep moet een structuur bestaan om casuïstiek aan elkaar voor te leggen primair het doel om met meerdere personen er naar te kijken om als eenling niets over het hoofd te zien. Dit heeft als bijkomend voordeel dat men van elkaar kan leren. | | | | | | |
|  | | Goed | De vakgroep houdt besprekingen van ingewikkelde patiëntcasuïstiek, notuleert eventuele hieruit volgende actiepunten en volgt deze op. | | | | | |
|  | | Matig | De vakgroep houdt besprekingen van ingewikkelde patiëntcasuïstiek. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | De vakgroep houdt geen gestructureerde besprekingen, maar noteert opmerkingen over patiëntcasuïstiek op een andere manier (bv. via de mail, dan wel in het LIS). | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | De vakgroep heeft geen gestructureerde besprekingen en houdt elkaar niet op de hoogte van bijzonderheden omtrent patiëntcasuïstiek. | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.5 * Bijlage 3 | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:*   * Overzicht besprekingen * Gesprek met vakgroep | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.6 | | | Eenheid van beleid | | | | | | |
|  | | | De vakgroep heeft een medisch microbiologisch beleid, zoals antibiotica advies, diagnostisch advies en infectiepreventieadvies en draagt dit eenduidig uit. | | | | | | |
|  | | | Uitstekend | De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren met andere vakgroepen en te verbeteren. Tevens stellen zij proactief beleidswijzingen voor aan andere vakgroepen. | | | | | |
|  | | | Goed | De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren met andere vakgroepen en te verbeteren. | | | | | |
|  | | | Matig | De vakgroepsleden houden zich over het algemeen aan het afgesproken medisch beleid, echter hebben geen systeem om dat beleid te evalueren. | | | | | |
|  | | | Onvoldoende | Er wordt door de klinische collega’s aangegeven dat er te weinig consistentie zit in het medisch beleid. | | | | | |
|  | | | Zwaar onvoldoende | Er is geen consistentie in het medisch beleid en geen acties ondernomen om dit te verbeteren. | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.6 | | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:*   * Gesprek met vakgroep * Gesprek met a(n)ios * Gesprek met aanvragers | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.7 | | Implementatie richtlijnen | | | | | | |
|  | | Werken volgens de gangbare richtlijnen uit het medisch microbiologisch werkveld (WIP, NVMM, EUCAST richtlijnen) is de hoeksteen van kwaliteit van zorg. In het huidige zorgsysteem dient zoveel mogelijk gehandeld te worden volgens het best beschikbare wetenschappelijk bewijs. Dit bewijs is kritisch beoordeeld en samengevat in richtlijnen. Alleen door het volgen van de richtlijnen kan duidelijk worden of beleid effectief is, waarop eventuele beleidswijzigingen doorgevoerd kunnen worden. | | | | | | |
|  | | Uitstekend | Eén of meer vakgroepleden is/zijn (mede) verantwoordelijk voor de implementatie van de richtlijnen en de richtlijnen zijn geïmplementeerd binnen éénjaar na verschijnen. Nieuwe en gereviseerde richtlijnen worden structureel besproken in de vakgroep. | | | | | |
|  | | Goed | Eén of meer vakgroepleden is/zijn (mede) verantwoordelijk voor de implementatie van de richtlijnen en de richtlijnen zijn geïmplementeerd binnen één jaar na verschijnen. | | | | | |
|  | | Matig | Implementatie van richtlijnen vindt plaats, maar niet tijdig en gestructureerd. Het is niet als taak toebedeeld aan één of meerdere collega’s. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | Richtlijnen worden soms wel, soms niet geïmplementeerd. | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | Richtlijnen worden niet geïmplementeerd. | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.7 | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:*   * Gesprek met vakgroep * Gesprek met a(n)ios | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.8 | | Antibiotica beleid | | | | | | |
|  | | “De antibioticacommissie is primair verantwoordelijk voor het opstellen en actueel houden van de lokale antibioticarichtlijnen, aan de hand van landelijke richtlijnen en landelijke en lokale resistentiecijfers.” (SWAB 2012 De kwaliteit van het antibioticabeleid in Nederland). | | | | | | |
|  | | Uitstekend | Eén of meer leden van de vakgroep maken onderdeel uit van de commissie antibioticabeleid, het beleid is elektronisch beschikbaar en dit is toegankelijk voor alle relevante werknemers. Het beleid is afgestemd met relevante vakgroepen en wordt periodiek geëvalueerd. | | | | | |
|  | | Goed | Eén of meer leden van de vakgroep maken onderdeel uit van de commissie antibioticabeleid, het beleid is elektronisch beschikbaar en dit is toegankelijk voor alle relevante werknemers. | | | | | |
|  | | Matig | Eén of meer leden van de vakgroep maken onderdeel uit van de commissie antibioticabeleid, het beleid is (elektronisch) beschikbaar maar dit is niet toegankelijk voor alle relevante werknemers. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | De vakgroep is niet vertegenwoordigd in de commissie antibioticabeleid danwel één of meer leden van de vakgroep maken onderdeel uit van de commissie antibioticabeleid, maar het beleid is niet (elektronisch) beschikbaar. | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | Er is geen commissie antibiotica beleid. | | | | | |
|  | \* Waar antibiotica staat, wordt antimicrobieel bedoeld. | | | | | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.8 * Bijlage 4 | | | |  | | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | |
| *Onderbouwing:* | | | |  | | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.9 | | Antimicrobial stewardship[[3]](#footnote-3) | | | | | | |
|  | | “Een verantwoord antibioticumbeleid is nodig om het optreden van resistentie te beperken en te voorkomen dat patiënten in de toekomst niet meer succesvol met antibiotica behandeld kunnen worden. Goed antibioticumbeleid berust op twee pijlers: richtlijnen voor het stringent gebruik van antibiotica enerzijds, en het instellen van Antibioticateams (A-teams) voor het bewaken van de kwaliteit van het voorschrijfgedrag anderzijds. Met name dit laatste is van belang, omdat in de praktijk blijkt dat het publiceren van richtlijnen alleen onvoldoende blijkt om een goed antibioticumbeleid te waarborgen. (SWAB-visiedocument) De vakgroep participeert hier actief in.” (taakset 2012 paragraaf 3.5). | | | | | | |
|  | | Uitstekend | Alle onderdelen van antimicrobial stewardship zoals in de praktijkgids benoemd, zijn gerealiseerd en operationeel binnen alle instellingen in het verzorgingsgebied van de vakgroep. | | | | | |
|  | | Goed | De vakgroep is actief betrokken bij inrichting van het antimicrobial stewardship in de instelling en beschikt over voldoende (personele) middelen om te komen tot een effectief antimicrobial stewardship in de instelling. | | | | | |
|  | | Matig | De vakgroep is betrokken bij inrichting van het antimicrobial stewardship in de instelling, echter er zijn onvoldoende (personele) middelen/inzet om te komen tot een effectief antimicrobial stewardship. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | De vakgroep is slechts passief betrokken bij het antimicrobial stewardship in de instelling of bemoeit zich met een te beperkt aantal deelgebieden. | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | Door de vakgroep is niet betrokken bij het antimicrobial stewardship. | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.9 * Bijlage 5 | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.10 | | Informeren aanvragers over diagnostische mogelijkheden | | | | | | |
|  | | Om te komen tot optimale laboratoriumdiagnostiek dient het juiste materiaal in de correcte hoeveelheid en transportmedium met de juiste aanvraag ingestuurd te worden. Hiertoe heeft de vakgroep 1) een vademecum; 2) receptacula die zijn afgestemd met de aanvragers; en 3) een systeem waarmee aanvragers actief terugkoppeling gegeven wordt over hun aanvraaggedrag en wijze van insturen om efficiënte diagnostiek te stimuleren, zowel op afdelingsniveau als op patiëntniveau. De onderdelen zijn up-to-date en voldoen aan de beschikbare richtlijnen. De gebruikers worden actief benaderd bij het opstellen en periodiek evalueren van deze hulpmiddelen. | | | | | | |
|  | | Uitstekend | De vakgroep voldoet aan alle drie de onderdelen aangaande informatieverstrekking over diagnostiek naar de aanvragers. Tevens zijn er periodieke overleggen met aanvragers over doelmatig aanvragen (bv. diagnostisch toetsoverleg of productie besprekingen). | | | | | |
|  | | Goed | De vakgroep voldoet aan alle drie de onderdelen aangaande informatieverstrekking over diagnostiek naar de aanvragers. | | | | | |
|  | | Matig | De vakgroep voldoet aan twee van de drie onderdelen aangaande informatieverstrekking over diagnostiek naar de aanvragers. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | De vakgroep voldoet slechts aan één van de drie onderdelen aangaande informatieverstrekking over diagnostiek naar de aanvragers. | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | De vakgroep voldoet aan geen van de drie onderdelen aangaande informatieverstrekking over diagnostiek naar de aanvragers*.* | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.10 * Bijlage 6 | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.11 | | Melding incidenten en klachten | | | | | | |
|  | | Onder afwijkingen verstaat de NVMM klachten, incidenten, tekortkomingen en meldingen zowel van intern als van extern. De NVMM is van mening dat het belangrijk is om deze afwijkingen systematisch te verzamelen, te analyseren en te bespreken in het kader van kwaliteitsverbetering. Een actieve rol van de arts-microbioloog hierin is noodzakelijk. Het is bovendien belangrijk dat de vakgroep als geheel hierin participeert en niet alleen de bij het kwaliteitssysteem of management betrokken artsen-microbioloog. | | | | | | |
|  | | Uitstekend | Alle leden van de vakgroep en een vertegenwoordiging van de andere professionals in het laboratorium participeren in het meldingensysteem van incidenten en klachten, zijn op de hoogte van de uitkomsten en maken verbeterplannen. Deze worden als vast agendapunt periodiek besproken in het vakgroep overleg. | | | | | |
|  | | Goed | Alle leden van de vakgroep participeren in het meldingensysteem van incidenten en klachten, zijn op de hoogte van de uitkomsten en maken verbeterplannen Deze worden als vast agendapunt periodiek besproken in het vakgroep overleg. | | | | | |
|  | | Matig | Alle leden van de vakgroep participeren in het meldingensysteem van incidenten en klachten. Een (of enkele) van hen zijn op de hoogte van de uitkomsten en maken verbeterplannen. Deze worden alleen ad hoc besproken in het vakgroep overleg. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | Slechts enkele leden van de vakgroep participeren in het meldingensysteem van incidenten en klachten, zijn op de hoogte van de uitkomsten en maken verbeterplannen. | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | Geen van de leden van de vakgroep participeren in het meldingensysteem van incidenten en klachtenzijn op de hoogte van de uitkomsten en maken verbeterplannen. | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.11 | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.12 | | Multidisciplinair overleg | | | | | | |
|  | | De Medische Microbiologie is als consulterend specialisme betrokken bij veel disciplines in het ziekenhuis en daarbuiten. Daarom dient men op de hoogte te zijn van de verschillende multidisciplinaire overleggen binnen het ziekenhuis en te beargumenteren bij welke overleggen de een arts-microbioloog aanwezig dient te zijn. De aanwezigheid van relevant structureel en incidenteel multidisciplinair overleg is van belang voor het leveren van hoog kwalitatieve patiëntenzorg. | | | | | | |
|  | | Uitstekend | De vakgroep initieert structurele en incidentele multidisciplinaire overleggen indien dit vanuit patiëntenzorg oogpunt wenselijk is. | | | | | |
|  | | Goed | De vakgroep neemt deel aan de relevante structurele en incidentele multidisciplinaire overleggen. | | | | | |
|  | | Matig | De vakgroep neemt niet structureel deel aan de relevante multidisciplinaire overleggen. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | De vakgroep neemt alleen op afroep deel aan de relevante multidisciplinaire overleggen. | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | De leden van de vakgroep nemen niet deel aan de relevante multidisciplinaire overleggen. | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.12 * Bijlage 7 | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.13 | | Samenwerking Infectiepreventie | | | | | | |
|  | | Aanpak van uitbraken en beheersen van bijzonder resistente micro-organismen (BRMO’s) is voor een groot deel een gezamenlijke aanpak van de artsen-microbioloog en deskundige infectiepreventie. Afspraken over verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn essentieel om goed infectiepreventiebeleid te kunnen voeren en de patiëntveiligheid te kunnen garanderen. In de ideale situatie maken deskundigen infectiepreventie en artsen-microbioloog dan ook onderdeel uit van dezelfde afdeling. | | | | | | |
|  | | Uitstekend | De samenwerking tussen de deskundige(n) infectiepreventie en de arts-microbioloog geschiedt vanuit dezelfde afdeling, waarbij de arts-microbioloog met aandachtsgebied infectiepreventie inhoudelijk leidinggevende is. Deze samenwerking wordt jaarlijks geëvalueerd en verbeterplannen worden uitgevoerd. | | | | | |
|  | | Goed | De samenwerking met de deskundige infectiepreventie is schriftelijk vastgelegd en bekend bij de raad van bestuur en medische staf, waarbij de arts-microbioloog met aandachtsgebied infectiepreventie inhoudelijk leidinggevende is. | | | | | |
|  | | Matig | De samenwerking met de deskundige infectiepreventie is qua werkverhouding duidelijk en levert in de praktijk geen problemen op, maar dit is niet schriftelijk vastgelegd. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | De samenwerking met de deskundige infectiepreventie is qua werkverhouding onduidelijk en deze is niet schriftelijk vastgelegd. In de kliniek spreken artsen-microbioloog en deskundige infectiepreventie elkaar tegen. | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | Er is geen samenwerking met de deskundige infectiepreventie en ook geen intentie om deze aan te gaan met de deskundige infectie preventie. | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.13 * Bijlage 8 | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.14 | | Infectiepreventie | | | | | | |
|  | | Het is belangrijk voor de samenwerking met de deskundigen infectiepreventie dat de activiteiten van het laboratorium en van de artsen-microbioloog ten behoeve van de Infectiepreventie zijn beschreven en dat de artsen-microbioloog zorgdragen voor uitvoering van deze activiteiten. De minimum activiteitenset omvat:   * actieve deelname aan infectiepreventiecommissie, * actieve betrokkenheid bij de infectiesurveillance, * leiderschap bij outbreakmanagement, * actieve rol bij het opstellen infectiepreventiebeleid, * actieve rol bij met name de interpretatie en terugkoppeling van infectieregistratie * betrokkenheid bij onderwijsactiviteiten van de infectiepreventie   een actieve rol bij de prioritering van taken infectiepreventieafdeling. | | | | | | |
|  | | Uitstekend | Er is een activiteitenset beschreven en geaccordeerd door de vakgroep en de afdeling infectiepreventie. Deze set wordt periodiek beoordeeld en waar nodig aangepast. Naast de minimum activiteiten worden aanvullende taken verricht zoals bijvoorbeeld onderwijs geven en ontwikkeling e-learning infectiepreventie. | | | | | |
|  | | Goed | Er is een activiteitenset beschreven en geaccordeerd door de vakgroep en de afdeling infectiepreventie. Deze set wordt periodiek beoordeeld en waar nodig aangepast. Er wordt voldaan aan de minimum activiteitenset. | | | | | |
|  | | Matig | Er is een activiteitenset beschreven en geaccordeerd door de vakgroep en de afdeling infectiepreventie. In praktijk blijkt dat er niet wordt voldaan aan de minimum activiteitenset. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | Er is geen activiteitenset beschreven. In de praktijk leidt dat niet tot problemen: men weet van de ander wat hij of zij moet doen. | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | Er is geen activiteitenset beschreven. De artsen-microbioloog hebben geen betrokkenheid bij het beleid van de infectiepreventie. | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.14 * Bijlage 9 & 10 | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 1 | | | Evaluatie van zorg | | | | | |
| 1.15 | | Openbare gezondheidszorg | | | | | | |
|  | | Aanpak van uitbraken en beheersen van infectieziekten buiten het ziekenhuis is voor een groot deel een gezamenlijke aanpak van artsen-microbioloog en artsen openbare gezondheidszorg (OGZ)/ infectieziektenbestrijding in het adherentiegebied van het microbiologisch laboratorium waar de vakgroep werkzaam is. Afspraken over verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn essentieel om goed infectiepreventiebeleid in de OGZ te kunnen voeren. | | | | | | |
|  | | Uitstekend | De taken en verantwoordelijkheden (diagnostiek en/of consultatie) van arts-microbioloog en arts OGZ/infectieziektenbestrijding in het adherentiegebied van het microbiologisch lab zijn schriftelijk vastgelegd en bekend bij raad van bestuur en medische staf alsmede bij de leiding van de betrokken GGD en eventuele andere partners in de regio (GHOR). Deze samenwerking wordt jaarlijks geëvalueerd en verbeterplannen worden uitgevoerd. | | | | | |
|  | | Goed | De taken en verantwoordelijkheden (diagnostiek en/of consultatie) van arts-microbioloog en arts OGZ/infectieziektenbestrijding in het adherentiegebied van het microbiologisch lab zijn schriftelijk vastgelegd en bekend bij raad van bestuur en medische staf alsmede bij de leiding van de betrokken GGD en eventuele andere partners in de regio (GHOR). | | | | | |
|  | | Matig | De taken en verantwoordelijkheden (diagnostiek en/of consultatie) van arts-microbioloog en arts OGZ/infectieziektenbestrijding in het adherentiegebied van het microbiologisch lab zijn duidelijk en leveren in de praktijk geen problemen op, maar dit is niet schriftelijk vastgelegd. | | | | | |
|  | | Onvoldoende | De taken en verantwoordelijkheden (diagnostiek en/of consultatie) van arts-microbioloog en arts OGZ/infectieziektenbestrijding in het adherentiegebied van het microbiologisch lab zijn onduidelijk en zijn niet schriftelijk vastgelegd. | | | | | |
|  | | Zwaar onvoldoende | Er is geen verdeling van taken en verantwoordelijkheden (diagnostiek en/of consultatie) van arts-microbioloog en arts OGZ/infectieziektenbestrijding in het adherentiegebied van het microbiologisch lab. | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 1.15 * Bijlage 11 | | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 2 | | Vakgroepfunctioneren | | | | |
| 2.1 | Medische eindverantwoordelijkheid laboratorium | | | | | |
|  | Om een kwalitatief goede microbiologische diagnostiek te kunnen garanderen dient de arts-microbioloog medisch eindverantwoordelijk te zijn voor het verrichten van onderzoek ten behoeve van diagnostiek en behandeling van infectieziekten. Dit geldt voor zowel de uitvoering, het resultaat als de verslaggeving en interpretatie, zoals ook omschreven in het beroepsprofiel van de arts-microbioloog (artikel 2). Dit houdt onder meer in dat de arts-microbioloog op medisch inhoudelijk gebied beslissingen kan nemen (binnen het financieel kader van de instelling) die niet te overrulen zijn. De afspraken tussen vakgroep en directie van de instelling over deze medische eindverantwoordelijkheid staan gedetailleerd omschreven. | | | | | |
|  | Goed | De vakgroep is medisch eindverantwoordelijk voor het laboratorium | | | | |
|  | Matig | De vakgroep is onderdeel van het managementteam van het laboratorium, maar niet medisch eindverantwoordelijk. | | | | |
|  | Onvoldoende | De vakgroep is onderdeel van het managementteam van het laboratorium, maar niet medisch eindverantwoordelijk. Dit is niet schriftelijk vastgelegd danwel is onvoldoende betrokken bij het managementteam. | | | | |
|  | Zwaar onvoldoende | De vakgroep maakt geen deel uit van het managementteam van het laboratorium en dus niet medisch eindverantwoordelijk. | | | | |
|  |  | |  | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 2.1 * Bijlagen 12 & 13 | | |  | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 2 | | Vakgroepfunctioneren | | | | |
| 2.2 | Leiding geven aan (onderdelen van) het laboratorium | | | | | |
|  | Als genoemd in de norm 2.1 draagt de arts-microbioloog de eindverantwoordelijkheid voor de verrichte diagnostiek. Inherent verbonden aan deze verantwoordelijkheid is zorgdragen voor het goed functioneren van het laboratorium. Derhalve dient duidelijk te zijn vastgelegd hoe het medisch management van het laboratorium is geregeld binnen de vakgroep. | | | | | |
|  | Goed | De leden van de vakgroep geven (mede) leiding aan de onderdelen van het laboratorium die betrokken zijn bij de microbiologische bepalingen. De onderlinge werkverdeling binnen de vakgroep is schriftelijk vastgelegd. | | | | |
|  | Matig | De leden van de vakgroep geven (mede) leiding aan de onderdelen van het laboratorium die betrokken zijn bij de microbiologische bepalingen, maar dit is niet schriftelijk vastgelegd. | | | | |
|  | Onvoldoende | De leden van de vakgroep geven (mede) leiding aan sommige, maar niet alle, onderdelen van het laboratorium die betrokken zijn bij de microbiologische bepalingen. | | | | |
|  | Zwaar onvoldoende | Geen van de leden van de vakgroep geeft (mede) leiding aan de onderdelen van het laboratorium die betrokken zijn bij de microbiologische bepalingen. | | | | |
|  |  | |  | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 2.2 * Bijlagen 12-14 | | |  | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 2 | | Vakgroepfunctioneren | | | | | |
| 2.3 | Bereikbaarheid | | | | | | |
|  | Patiëntenzorg vereist voor de arts-microbioloog een 24/7 bereikbaarheid. Werkend in een vakgroep of maatschap van voldoende omvang dient de bereikbaarheid van de arts-microbioloog geregeld te worden in een rooster dat beschikbaar is zowel binnen de afdeling alsook bij de telefooncentrale van ziekenhuis of zelfstandig gevestigd laboratorium. Bij kleinere formaties kan de bereikbaarheid geregeld worden in een samenwerkingsverband met andere vakgroepen of maatschappen. Deze samenwerking dient geformaliseerd te zijn in afstemming met de instellingen waarvoor de arts-microbioloog bereikbaar is. In het algemeen dient de dienstdoende arts-microbioloog onmiddellijk telefonisch bereikbaar te zijn voor consultatie door aanvragers en laboratorium medewerkers. De dienstdoende arts-microbioloog dient over voldoende expertise te beschikken op elk van de deelgebieden van het specialisme om adequaat te kunnen optreden in de setting van de waarneming. | | | | | | |
|  | Uitstekend | De vakgroep is altijd telefonisch bereikbaar, heeft voldoende expertise op deelgebieden en dit is geformaliseerd in een dienstrooster. De vakgroep monitort de bereikbaarheid structureel. | | | | | |
|  | Goed | De vakgroep is altijd telefonisch bereikbaar, heeft voldoende expertise op deelgebieden en dit is geformaliseerd in een dienstrooster. | | | | | |
|  | Matig | De vakgroep heeft de telefonische en fysieke bereikbaarheid geregeld, voldoende expertise op deelgebieden en dit is geformaliseerd in een dienstrooster. Er doen zich echter incidentele problemen voor. | | | | | |
|  | Onvoldoende | De vakgroep heeft de telefonische en fysieke bereikbaarheid geregeld, maar deze is onvoldoende geformaliseerd dan wel de expertise op deelgebieden is onvoldoende dan wel de vakgroep is structureel overbelast tijdens de waarneming om adequaat te kunnen handelen. | | | | | |
|  | Zwaar onvoldoende | De vakgroep heeft de bereikbaarheid niet geregeld. | | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 2.3 * Bijlagen 2, 14-16a… | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 2 | | Vakgroepfunctioneren | | | | | |
| 2.4 | Evalueren vakgroepfunctioneren | | | | | | |
|  | Het overgrote deel van artsen-microbioloog werkt samen in maatschapsverband dan wel in een vakgroep. De kwaliteit van medische specialistische zorg wordt in hoge mate bepaald door het functioneren van de vakgroep waarbinnen de zorg verleend wordt. Bij kwaliteitsvisitaties wordt het functioneren van een vakgroep of maatschap tegen het licht gehouden door collega’s vanuit de wetenschappelijke vereniging. De conclusies en aanbevelingen van de visitatie worden gedeeld met de raad van bestuur en het stafbestuur van de instelling. Naast deze vijfjaarlijkse visitaties mag verwacht worden dat maatschappen/vakgroepen zelf ten minste jaarlijks de samenwerking binnen de groep expliciet evalueren (aanbeveling OMS 2013). Voor zelfevaluatie kan men denken aan instrumenten als de Quickscan of Team Climate Inventory. | | | | | | |
|  | Uitstekend | De vakgroep evalueert jaarlijks het functioneren van de eigen vakgroep op een gestructureerde wijze, stelt verbeterplannen op en brengt deze ten uitvoer. De effecten van deze verbeteringen worden geëvalueerd. | | | | | |
|  | Goed | De vakgroep evalueert periodiek het functioneren van de eigen vakgroep op een gestructureerde wijze, stelt verbeterplannen op en brengt deze ten uitvoer. | | | | | |
|  | Matig | De vakgroep evalueert het functioneren van de eigen vakgroep ad hoc, stelt verbeterplannen op en brengt deze ten uitvoer. | | | | | |
| Onvoldoende | De vakgroep evalueert het functioneren van de vakgroep ad hoc, stelt verbeterplannen op maar brengt deze niet ten uitvoer. | | | | | |
| Zwaar onvoldoende | De vakgroep evalueert het functioneren van de eigen vakgroep niet, ook niet wanneer zich problemen voordoen in de samenwerking die ten koste kunnen gaan van de patiëntveiligheid. | | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 2.4 * Bijlage 17 | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 2 | | Vakgroepfunctioneren | | | | | |
| 2.5 | Vakgroepsvergaderingen | | | | | | |
|  | De vakgroep komt tenminste ieder kwartaal bijeen voor een vergadering waarin vakinhoudelijke, organisatorische en strategische onderwerpen worden besproken. Er wordt vergaderd aan de hand van een agenda. Er wordt gewerkt met een jaarplancyclus. De vergaderingen worden genotuleerd. Leden van de groep zijn zoveel mogelijk voltallig aanwezig. | | | | | | |
|  | Uitstekend | De vakgroep houdt tenminste ieder kwartaal plenaire vergaderingen om het medisch beleid en bedrijfsvoering te bespreken volgens de jaarplancyclus, legt de besluiten vast in notulen en zorgt voor opvolging van de actiepunten. De vakgroep heeft de agenda en verbetercyclus van de vergaderingen ingebed in management review. | | | | | |
|  | Goed | De vakgroep houdt tenminste ieder kwartaal plenaire vergaderingen om het medisch beleid en bedrijfsvoering te bespreken volgens de jaarplancyclus, legt de besluiten vast in notulen en zorgt voor opvolging van de actiepunten. | | | | | |
|  | Matig | De vakgroep houdt tenminste ieder kwartaal plenaire vergaderingen om het medisch beleid en bedrijfsvoering te bespreken, legt de besluiten vast in notulen en zorgt voor opvolging van de actiepunten. Dit is echter niet gekoppeld aan een jaarplancyclus. | | | | | |
|  | Onvoldoende | De vakgroep kent vakgroepsvergaderingen maar deze zijn onvoldoende gestructureerd en/of zijn te weinig frequent en/of worden onvoldoende bezocht door leden van de groep*.* | | | | | |
|  | Zwaar onvoldoende | De vakgroep vergadert structureel niet met de volledige vakgroep. | | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 2.5 * Bijlagen 18-21 | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 2 | | Vakgroepfunctioneren | | | | | |
| 2.6 | Belasting/belastbaarheid | | | | | | |
|  | Niet tijdig gesignaleerde overbelasting kan negatieve gevolgen hebben voor de betrokken medewerker(s), de kwaliteit van het werk en de vakgroep als geheel. Het bekendste systeem om dit te analyseren is het medewerkerstevredenheid onderzoek, maar het maakt vaak ook deel uit van de instrumenten voor het evalueren van de samenwerking. | | | | | | |
|  | Uitstekend | Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting/belastbaarheid van collega’s en een systeem om dat te analyseren, te bespreken en te verbeteren. | | | | | |
|  | Goed | Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting/belastbaarheid van collega’s dit leidt tot aanpassingen in de werkbelasting waar nodig. | | | | | |
|  | Matig | Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting/belastbaarheid van collega’s, maar dit leidt onvoldoende tot aanpassingen in de werkbelasting. | | | | | |
|  | Onvoldoende | Er is onvoldoende aandacht voor de belasting/belastbaarheid van collega’s en dit leidt tot incidentele problemen. | | | | | |
|  | Zwaar onvoldoende | Er is geen aandacht voor de belasting/belastbaarheid van collega’s en dit leidt tot structurele problemen. | | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 2.6 | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 2 | | Vakgroepfunctioneren | | | | |
| 2.7 | Contacten in/extern | | | | | |
|  | Medische microbiologie is een specialisme waarbinnen een veelheid aan contacten onderhouden moeten worden. Deze contacten zijn in te delen in contacten binnen het laboratorium, contacten met collega artsen en contacten met het management. Met alle onderdelen binnen en buiten de instelling vindt zowel gestructureerd als ad hoc overleg plaats. In den lande wordt verwacht dat (leden van) maatschappen/vakgroepen deelnemen aan commissies en werkgroepen. Maatschappen/vakgroepen dienen er voor te zorgen dat deze contacten evenwichtig verdeeld zijn over de leden en voldoende worden gestructureerd. | | | | | |
|  | Goed | Er zijn goede contacten vanuit de vakgroep, zowel in- als extern. De vakgroep heeft een actieve houding om met relevante partijen structureel en ad hoc overleg te voeren. | | | | |
|  | Matig | De leden van de maatschap/vakgroep onderhouden in het algemeen in voldoende mate in- en externe contacten, maar presteren in het contact met één of enkele onderdelen suboptimaal. | | | | |
|  | Onvoldoende | De leden van de maatschappen/vakgroepen schieten op meerdere gebieden tekort in de communicatie met interne en/of externe partijen. | | | | |
|  | Zwaar onvoldoende | De leden van de maatschap/vakgroep verzaken in ernstige mate de communicatie met interne en/of externe partijen. | | | | |
|  |  | |  | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 2.7 * Bijlagen 22-24a… | | |  | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 2 | | Vakgroepfunctioneren | | | | | |
| 2.8 | Verdeling taken en verantwoordelijkheden | | | | | | |
|  | Als de vakgroep optimaal als team wil fungeren, dient men na te denken over een gezamenlijke visie. De taken en verantwoordelijkheden dienen voort te komen uit deze gezamenlijke visie, zodat een verdeling gemaakt kan worden naar kennis en kunde van de vakgroepleden. De aanvragers dienen op de hoogte te zijn van deze verdeling, zodat zij weten waarvoor ze bij wie terecht kunnen. | | | | | | |
|  | Uitstekend | De vakgroep heeft een duidelijke verdeling van de taken en verantwoordelijkheden, welke voortkomt uit de visie van de vakgroep. Deze verdeling ligt schriftelijk vast en is toegankelijk voor de analytisch personeel en aanvragers. De taken en verantwoordelijkheden worden regelmatig geëvalueerd en zijn aantoonbaar onderdeel van een verbetercyclus. | | | | | |
|  | Goed | De vakgroep heeft een duidelijke verdeling van de taken en verantwoordelijkheden, welke voortkomt uit de visie van de vakgroep. Deze verdeling ligt schriftelijk vast en is toegankelijk voor analytisch personeel en aanvragers. | | | | | |
|  | Matig | De vakgroep heeft een duidelijke verdeling van de taken en verantwoordelijkheden en deze ligt schriftelijk vast, maar deze komt niet voort uit de visie van de vakgroep en/of is niet toegankelijk voor analytisch personeel en aanvragers. | | | | | |
|  | Onvoldoende | De vakgroep heeft een duidelijke verdeling van de taken en verantwoordelijkheden, maar deze komt niet voort uit de visie van de vakgroep en ligt niet schriftelijk vast. | | | | | |
|  | Zwaar onvoldoende | De verdeling van de taken en verantwoordelijkheden is onduidelijk. | | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 2.8 * Bijlagen 14 & 25 | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 3 | | Patiënten- en aanvragersperspectief | | | |
| 3.1 | Communicatie patiënten | | | | |
|  | Communicatie met en informatie aan patiënten loopt via de aanvrager danwel diens vertegenwoordiger (verlengde arm constructie met bijvoorbeeld deskundige infectiepreventie of physician assistant), zodat informatie over uitslagen aan de patiënt in de hand van één persoon blijft. Hiermee worden misverstanden voorkomen. | | | | |
|  | Goed | De communicatie over uitslagen met patiënten verloopt altijd via de aanvrager, alle leden van de vakgroep handelen hierin op dezelfde wijze. | | | |
|  | Matig | De communicatie over uitslagen met patiënten verloopt niet altijd via de aanvrager. | | | |
|  |  | |  | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 3.1 | | |  | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | |
| *Onderbouwing:* | | |  | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 3 | | Patiënten- en aanvragersperspectief | | | | |
| 3.2 | Inzichtelijkheid doorlooptijden | | | | | |
|  | Over het behalen van vooraf bepaalde doorlooptijden staan in de ISO normen opgenomen. Echter, hierin ontbreekt dat deze informatie ook duidelijk moet zijn voor aanvragers en eventueel patiënten. Het geven van deze informatie maakt deel uit van een goede serviceverlening. | | | | | |
|  | Uitstekend | De informatie over de doorlooptijden van de belangrijkste testen is toegankelijk voor aanvragers en patiënten. | | | | |
|  | Goed | De informatie over de doorlooptijden van de belangrijkste testen is toegankelijk voor aanvragers. | | | | |
|  | Matig | De informatie over de doorlooptijden is toegankelijk voor aanvragers, maar deze is niet actueel (meer dan een jaar geleden). | | | | |
|  | Onvoldoende | De informatie over de doorlooptijden is niet toegankelijk voor aanvragers. | | | | |
|  |  | |  | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 3.2 | | |  | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 3 | | Patiënten- en aanvragersperspectief | | | | | |
| 3.3 | Informatie patiënten | | | | | | |
|  | Veel patiënten hebben behoefte aan informatie over welke soort testen er worden gedaan en waarom. Door hier als medisch microbiologen informatie over aan te bieden kan de aanvrager ontlast worden tijdens het spreekuur. De vakgroep kan dit aanpassen aan de eigen context en wensen van de aanvragers en patiënten. Het verwijzen naar een bron met relevante en betrouwbare info wordt ook gezien als het hebben van correcte informatie op de website. | | | | | | |
|  | Uitstekend | Correcte informatie specifiek voor patiënten staat op de website, met achtergrondinformatie over ziektebeelden en soorten testen. De informatie is in het afgelopen jaar door de vakgroep herzien. De informatie sluit aan bij de behoeften van aanvragers en patiënten en dit wordt periodiek geëvalueerd. | | | | | |
|  | Goed | Correcte informatie specifiek voor patiënten staat op de website, met achtergrondinformatie over ziektebeelden en soorten testen. De informatie is in het afgelopen jaar door de vakgroep herzien. | | | | | |
|  | Matig | Er staat correcte informatie voor patiënten op de website, maar deze is niet in het afgelopen jaar herzien. | | | | | |
|  | Onvoldoende | Er staat geen informatie voor patiënten op de website. | | | | | |
|  | Zwaar onvoldoende | Er staat onjuiste informatie voor patiënten op de website. | | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 3.3 | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 4 | | Professionele ontwikkeling | | | | | |
| 4.1 | Kennisdeling | | | | | | |
|  | Het microbiologisch werkveld is dermate breed dat één persoon niet alles bij kan houden. Daarom is het van belang om als vakgroep inhoudelijk bij te blijven op het hele werkterrein van de vakgroep. Dit is mogelijk door individuele bijscholing van vakgroepleden en groepsbijscholing op elkaar af te stemmen volgens een duidelijke lange termijn visie passend bij de aandachtsgebieden van de vakgroep. Gedacht kan worden aan refereerbijeenkomsten of bijeenkomsten naar aanleiding van congresbezoek van een van de vakgroepsleden. | | | | | | |
|  | Uitstekend | De vakgroep besteedt periodiek aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden, aanvragers en patiënten van de vakgroep en evalueert het systeem regelmatig volgens de visie van de vakgroep. Er is een meerjaren ontwikkelingsplan op het gebied van professionele ontwikkeling ten gunste van alle vakgroepsleden en de evaluatie hiervan is onderdeel van een kwaliteitscyclus. | | | | | |
|  | Goed | De vakgroep besteedt periodiek aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep en evalueert het systeem regelmatig volgens de visie van de vakgroep. | | | | | |
|  | Matig | De vakgroep besteedt periodiek aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep, maar evalueert het systeem niet regelmatig volgens de visie van de vakgroep. | | | | | |
|  | Onvoldoende | De vakgroep besteedt periodiek aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden, maar zorgt er niet voor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep. | | | | | |
|  | Zwaar onvoldoende | De vakgroep besteedt geen aandacht aan de gezamenlijke professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en er wordt geen kennis gedeeld. | | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 4.1 * Bijlagen 25 & 26 | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 4 | | Professionele ontwikkeling | | | | | |
| 4.2 | Individueel functioneren | | | | | | |
|  | Het onderling evalueren van functioneren van leden van de vakgroep door peers, bijvoorbeeld door middel van IFMS of groeps-FMS, heeft aantoonbaar meer resultaat dan het houden van een jaarlijks top-down gericht functioneringsgesprek. | | | | | | |
|  | Uitstekend | Alle leden van de vakgroep nemen deel aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren. Eén of meer van hen hebben daarin een actieve rol, bijvoorbeeld als gespreksleider. | | | | | |
|  | Goed | De leden van de vakgroep doen mee aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren. | | | | | |
|  | Matig | In de instelling is een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en de meeste vakgroepleden doen daaraan mee. Het systeem wordt niet gebruikt om verbeteracties te implementeren. | | | | | |
|  | Onvoldoende | In de instelling is een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren maar de vakgroepleden doen daar (nog) niet aan mee. | | | | | |
|  | Zwaar onvoldoende | In de instelling is geen systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren. | | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 4.2 * Bijlage 27 | | |  | | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domein 4 | | Professionele ontwikkeling | | | | |
| 4.3 | Onderwijs | | | | | |
|  | In de ISO normen is vastgelegd dat diverse functionarissen (waaronder analisten, arts-assistenten en aanvragers) voldoende bij- en nascholing ontvangen. Hierin staat echter niets over de betrokkenheid van de vakgroepleden. Betrokkenheid van de vakgroepleden draagt bij aan de teamgeest. | | | | | |
|  | Uitstekend | Alle vakgroepleden zijn betrokken bij het geven van onderwijs aan relevante functionarissen. Er is een lange termijn opleidingsplan over het nascholen en de betrokkenheid van de vakgroep hierbij, wat regelmatig wordt geëvalueerd in samenwerking met de functionarissen als onderdeel van een kwaliteitscyclus. | | | | |
|  | Goed | Alle vakgroepleden zijn betrokken bij het geven van onderwijs aan relevante functionarissen. Er is een lange termijn opleidingsplan over het nascholen van relevante functionarissen en de betrokkenheid van de vakgroep hierbij. | | | | |
|  | Matig | Niet alle vakgroepleden zijn betrokken bij het geven van onderwijs aan relevante functionarissen . | | | | |
|  | Onvoldoende | Geen van de vakgroepleden is betrokken bij het geven van onderwijs aan relevante functionarissen. | | | | |
|  |  | |  | | | |
| **Waardering vakgroep** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing op basis van de volgende instrumenten:*   * Vragenlijst 4.3 * Bijlage 28 | | |  | | | |
| *Verbeterplan (indien van toepassing)* | | |  | | | |
| **Waardering visitatiecommissie** | | | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |
| *Onderbouwing:* | | |  | | | |
| **Advies op basis van visitatie** | | |  | | | |

VERVOLG

1. Waar de term vakgroep staat kan ook maatschap worden gelezen. [↑](#footnote-ref-1)
2. OMS Adviescommissie kwaliteitsvisitaties 2012 – Waarderingssystematiek voor de kwaliteitsvisitaties. Een leidraad voor wetenschappelijke verenigingen. [↑](#footnote-ref-2)
3. Als definitie wordt gehanteerd: “an ongoing effort by a health care institution to optimize antimicrobial use among hospitalized patients in order to improve patient outcomes, ensure cost-effective therapy and reduce adverse sequelae of antimicrobial use (including antimicrobial resistance)” (MacDougall & Polk 2005) [↑](#footnote-ref-3)