

Handleiding Kwaliteitsevaluatie

Ziekenhuisgeneeskunde

Commissie Kwaliteit en patiëntveiligheid VvZG (CK) | commissiekwaliteitvvzg@gmail.com

© **VvZG 2024** Niets uit deze opgave mag vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyright houder.

Inhoudsopgave:

Inleiding	Pagina 2
Doelstelling en uitgangspunten kwaliteitsevaluatie	Pagina 4
Kwaliteitscyclus	Pagina 5
Werken aan persoonlijke ontwikkeling	Pagina 6
Evaluatie-instrumenten	Pagina 9
Bijlage 1: Normering	Pagina 11
Bijlage 2: Informatie over coaching	Pagina 17
Bijlage 3: Opzet portfolio	Pagina 18
Bijlage 4: Intervisie - achtergrond en ideeën	Pagina 21
Bijlage 5: EIF/IFMS	Pagina 26

Inleiding

Ziekenhuisartsen^{KNMG} (ZHA) moeten zich iedere vijf jaar herregistreren en daarbij voldoen aan de herregistratie-eisen van het College Geneeskundig Specialismen (CGS). Twee belangrijke eisen zijn dat een geneeskundig specialist aantoonbaar heeft deelgenomen aan een vorm van evaluatie van het *individuele* functioneren en ook het functioneren in *groepsverband* (kwaliteitsevaluaties). De meeste ziekenhuisartsen werken nog niet in groepsverband (vakgroepen) en zijn dan ook verplicht om aan individuele externe kwaliteitsevaluatie (KE) deel te nemen. Hoe deze externe KE wordt vorm gegeven wordt in dit handboek uitgewerkt. Deze kan in belangrijke mate ook worden gehanteerd voor de vakgroepen ziekenhuisgeneeskunde die als vakgroep aan een externe kwaliteitsevaluatie deelnemen.

Naast de KE zal de individuele ziekenhuisarts tevens deelnemen aan een Evaluatie Individueel Functioneren (EIF).

Deelnemen aan EIF

Als ziekenhuisarts KNMG voldoe je aan de eis van deelname aan EIF door deel te nemen aan een vorm van Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS). In de meeste ziekenhuizen en instellingen is een vorm van IFMS beschikbaar. Werk je niet in een instelling waar een vorm van IFMS beschikbaar is, dan kun je ook terecht bij verschillende instanties die IFMS aanbieden. Let erop dat de methode van IFMS die je gebruikt, voldoet aan de Leidraad IFMS van de Federatie Medisch Specialisten.

Deze Leidraad vind je via: <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/ifms>.

Verder geldt vanuit CGS/RGS dat in de vijf jaar voorafgaande aan de datum van herregistratie:

- Gemiddeld ten minste 16 uur per week in het profiel ziekenhuisgeneeskunde is gewerkt.
- Deelgenomen is aan ten minste 200 uur geaccrediteerde deskundigheidsbevordering.

Individuele externe kwaliteitsevaluatie

Vanaf 2020 moet bij herregistratie blijken dat de arts regelmatig verantwoording aflegt over zijn professioneel functioneren en gericht werkt aan de competenties die van belang zijn voor het adequaat uitoefenen van zijn of haar vak. Het CGS is groot voorstander van het principe 'een leven lang leren'. Artsen moeten zich ook na hun registratie als specialist voortdurend blijven ontwikkelen in alle CanMEDS-competenties; niet alleen op het gebied van medisch handelen, maar ook in de competenties communiceren, samenwerken, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen en organiseren en professionaliteit.

Groepsevaluatie

Naast de evaluatie van het individueel functioneren, moet elke medisch specialist of profielarts dus ook deelnemen aan een vorm van externe kwaliteitsevaluatie, waarbij "de groep" verantwoordelijkheid neemt voor de kwaliteit van de verleende zorg in het eigen vakgebied. Bij deze intercollegiale doorlichting bij de instelling(-en) waar de specialist werkzaam is, worden de omstandigheden waaronder, en de manier waarop de collega het beroep uitoefent, beoordeeld op basis van door de wetenschappelijke vereniging (WV) vastgestelde kwaliteitsnormen. Dit gebeurt aan de hand van een evaluatiemodel. Deze externe kwaliteitsevaluatie zal eenmaal per vijf jaar (mits voldaan aan eisen) moeten plaatsvinden voor de eerstvolgende herregistratie.

De ziekenhuisarts en groepsevaluatie: een groeimodel

Het feit dat de ziekenhuisarts in Nederland nog een relatief jong profiel is, maakt dat er nog maar zeer beperkt sprake is van een eigen vakgroep. Daarnaast kenmerkt het werk van de ziekenhuisarts zich doordat hij juist werkzaam is bij andere vakgroepen om die werkzaamheden te vervullen die bij zijn rol passen. Dit maakt dat de systematiek van externe kwaliteitsevaluatie (nog) niet past bij de beroepsgroep ZHA. In overleg met de RGS (die de herregistratie regelt) wordt voor de ZHA een eigen externe kwaliteitsevaluatie vorm gegeven waarmee de evaluatie voldoet aan de eisen. Daar waar ziekenhuisartsen al wel verenigd zijn in een vakgroep kan men als groep een externe kwaliteitsevaluatie ondergaan. Werkwijze en eventuele aangepaste instrumenten zullen hiertoe in een later stadium worden ontwikkeld.

Dynamisch document

De opvatting over wat hoort bij een goede kwalitatieve praktijkvoering is aan ontwikkelingen onderhevig en heeft daardoor een dynamisch karakter. Dit document kan dan ook geen statisch document zijn. Telkens zullen nieuwe inzichten ontstaan door wetenschappelijke publicaties en technische ontwikkelingen. Ook de eisen van de politiek en de samenleving aan de kwaliteit van zorg zullen aan verandering onderhevig zijn. Voor de WV zal het noodzakelijk zijn de normering en waarderingssystematiek regelmatig (eens per 3-5 jaar) te evalueren en aan te passen. Juist de combinatie van toetsen en daarmee de mogelijkheid tot verbeteren, maakt het evaluatie-instrument waardevol. Daar hoort een levend normedocument bij. Door het verkregen evaluatierapport in de eigen organisatie in te bedden in de PDCA-kwaliteitscirkel zal de zorg voor de patiënten weer verder verbeteren.

In dit document wordt de *individuele* externe kwaliteitsevaluatie toegelicht. Dit betreft een toelichting op het doel van de evaluatie en de daarbij gehanteerde uitgangspunten, het kwaliteitsproces welke de ZHA in vijf jaar doorloopt, de daarbij te hanteren instrumenten en tot slot de werkwijze van de externe kwaliteitsevaluatie zelf. In het Reglement Kwaliteits Evaluatie ZHA zijn de formele afspraken vastgelegd. Zodra er vakgroep kwaliteitsevaluaties zullen worden georganiseerd zal dit handboek daarvoor uitgebreid worden. Dit geldt voor procedurele en instrumentele aanvullingen.

Voor de leesbaarheid in dit document hanteren we de -zij-vorm.

Dit document is door de VvZG vastgesteld in november 2021 na goedkeuring in de ALV

Doelstelling en uitgangspunten van externe kwaliteitsevaluatie

Kwaliteitsevaluatie is een uniek instrument voor en door professionals waar geneeskundig specialisten met recht trots op zijn. De doelstellingen en uitgangspunten van evaluaties kunnen in drie V's worden samengevat:

Verbeteren

Het evaluatie-instrument is bedoeld om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren door de ZHA een spiegel voor te houden en zich op basis daarvan te laten verbeteren, en niet primair om disfunctioneren te detecteren.

Kwaliteitsevaluatie heeft daarmee een kwaliteit bevorderend karakter. Tegelijkertijd kan daar waar beroepsgenoten onder een afgesproken minimum functioneren, een krachtige verbeterimpuls worden gegeven al dan niet in samenspraak met de Raad van Bestuur en/of staf (coöperatie) bestuur.

Vertrouwen

Het evaluatiemodel is gebaseerd op vertrouwen. Zowel vertrouwen tussen beroepsgenoten onderling als tussen de medici en "de maatschappij". Dat vertrouwen moeten we waarmaken door te blijven anticiperen op de opvattingen en ontwikkelingen die binnen de beroepsgroep gelden, maar ook aan dat wat van "buiten" op ons afkomt.

Verdiepen

Het evaluatiemodel is een verdieping van het evaluatieproces, aangezien er wordt gekeken naar de inhoud van de zorg en minder naar de randvoorwaarden. Die verdieping zal doorgaan, aangezien dat de drive is van de meeste professionals en omdat steeds meer naar (processen en) resultaten in termen van kwaliteit en veiligheid zal worden gekeken.

Kwaliteitsdomeinen

De VvZG hanteert kwaliteitsnormen voor de praktijkvoering die zijn onderverdeeld in vier Kwaliteitsdomeinen (uitwerking in bijlage 1). Deze kwaliteitsdomeinen zijn:

1. Evaluatie van zorg
2. Kwaliteitsbevordering en veiligheid van zorg
3. Vakgroep functioneren
4. Professionele ontwikkeling

Kwaliteitscyclus individuele ziekenhuisarts

Inleiding

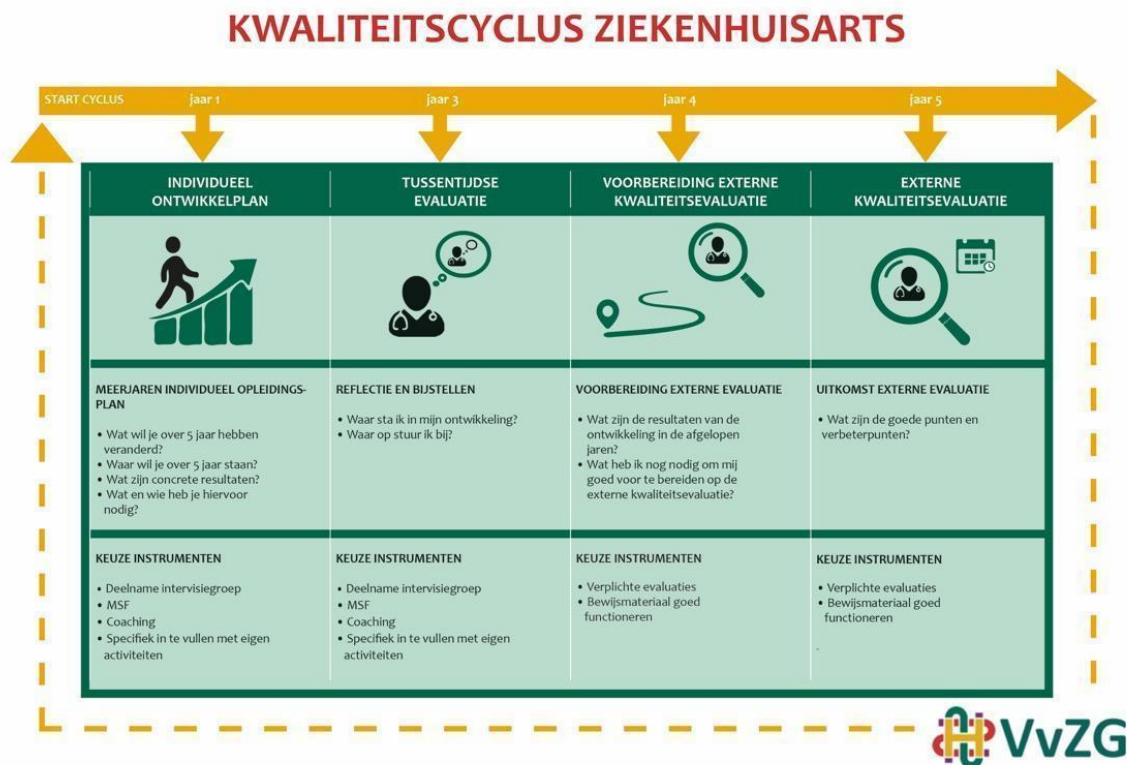
Jezelf ontwikkelen en verbeteren op basis van reflectie en feedback is in het kader van levenslang leren een “voortdurend” proces. Aan de hand van zelf te organiseren feedback en reflectiemomenten organiseert de professional zijn eigen leerproces. Dit is een basisattitude van de ziekenhuisarts die denkt en werkt als een professional. Als handvat bieden we de ziekenhuisarts een kwaliteitsmodel dat dit proces kan ondersteunen.

Vonken in plaats van vinken

We streven naar een werkwijze die bijdraagt aan de individuele ontwikkeling zonder een grote administratieve last. De werkwijze om te werken aan eigen verbetering houden we simpel en effectief. De ZHA als professional draagt zorg voor het onderhouden van het eigen Individueel OntwikkelPlan (IOP) en onderbouwt dit met “bewijs” dat natuurlijkerwijs uit het eigen werk afkomstig is. Vastleggen gebeurt in een portfolio dat dit proces ondersteunt. Kern is een continue verbetercyclus gebaseerd op de principes van de PDCA.

Kwaliteitscyclus van vijf jaar

De cyclus van herregistratie is vijf jaar. In onderstaand figuur wordt dit gevisualiseerd.



1. Externe kwaliteitsevaluatie; dit is de start van de verbetercyclus.
2. Meerjarig individueel ontwikkelplan (IOP): de uitkomsten van de evaluatie vormt de start van het eigen verbeterplan voor de komende vijf jaren.
3. Tussentijdse evaluatie: Op basis van ontwikkeling en eigen inzicht wordt het IOP bijgesteld. Deze bijstelling wordt in ieder geval na 2 en 4 jaar na de evaluatie gedaan op basis van een EIF of IFMS;
4. Spiegel van de externe coach (profiel en functie-eisen in bijlage 2): Geadviseerd wordt om in ieder geval eenmaal tussen de twee externe kwaliteitsevaluaties een ‘spiegelmoment’ plaats te laten vinden waarin de ZHA zijn ontwikkeling met een (externe) coach bespreekt. Op basis van de verkregen inzichten worden nieuwe c.q. aanvullende verbeterpunten geformuleerd en vastgelegd in het IOP.
5. Participatie aan individuele externe kwaliteitsevaluatie of externe vakgroepevaluatie.

Werken aan persoonlijke ontwikkeling

In dit hoofdstuk wordt de werkwijze hoe te werken aan de eigen persoonlijke ontwikkeling nader uitgewerkt. We onderscheiden hierin twee ontwikkellijnen:

1. Op basis van reflectie en feedback werken aan eigen individuele leerdoelen die zijn vastgelegd in het IOP en in het portfolio;
2. Deelnemen aan een intervisiegroep (I-Groep);

Hoe de persoonlijke ontwikkeling aan te pakken?

1. Opstellen van een IOP

Het uitgangspunt van het evaluatiemodel is dat je je altijd kunt ontwikkelen. Naast de verbeterpunten uit de persoonlijke kwaliteitsevaluatie (O-meting) kun je voor jezelf op basis van informatie en reflectie verbeterpunten formuleren. Instrumenten die dit proces ondersteunen, zijn:

- Zelfevaluatie: Beoordeel je eigen ontwikkelpunten aan de hand van de competenties van een ZHA en/of aan de kernactiviteiten van de ZHA.
- EIF/IFMS minimaal 2 x per 5 jaar, in ieder geval een half jaar na verandering van vakgroep: vraag een diverse groep van collega's (meerdere disciplines), collega's uit de vakgroep waar de ZHA op dat moment werkzaam is, medewerkers, patiënten, familie van patiënten (door middel van interviews en/of enquêtes), interne of externe collega's om feedback;
- Gebruik andere evaluatie-instrumenten, passend bij eigen werkzaamheden en behoeften.

2. Regelmatig bijstellen van je IOP

De kwaliteitscyclus geeft de momenten aan waarop logischerwijs het IOP wordt bijgesteld en geactualiseerd. Om zicht te krijgen op de ontwikkeling in eigen verbeterpunten kunnen evaluatie-instrumenten worden gehanteerd, maar kan ook gebruik worden gemaakt van andere informatiebronnen, bijvoorbeeld feedback van de I-groep of een coach. Belangrijkste is dat de ZHA iets kiest wat bij haar of de vakgroep past en die informatie geeft waarmee de ZHA zich (blijvend) kan ontwikkelen.

3. Bijhouden van portfolio

Upload in portfolio regelmatig bewijsstukken van ontwikkeling. Naast uitkomsten van evaluaties kunnen dit ook "bewijsstukken" zijn zoals de uitkomsten/verslagen van een door de ZHA uitgevoerde clinical audit, verbetertrajecten of bijvoorbeeld protocollen die door de ZHA zijn geactualiseerd. (Format voor opzet van het portfolio in bijlage 3)

4. Coachgesprek met een (gecertificeerde) coach.

Een coachgesprek is in de eerste cyclus voor een startende ZHA sterk geadviseerd. Zeker als solistisch werkende ziekenhuisarts is reflectie op eigen ontwikkeling essentieel. Binnen een eigen vakgroep zou dit met collega's plaatsvinden. Voor de solistisch werkende ZHA geldt dit niet. Een gesprek met een coach over de persoonlijke ontwikkeling is dan essentieel. Het advies zou zijn dit binnen elke herregistratiecyclus minimaal een keer plaats te laten vinden. In bijlage 2 is een lijst met criteria te vinden waaraan een coach moet voldoen. In het gesprek neemt de ZHA haar ontwikkeling door aan de hand van bijvoorbeeld het eigen portfolio. De coach accordeert het verslag van het gesprek en geeft daarmee aan dat er voldaan is aan de eisen voor de herregistratie bij de RGS. Ter info: meestal is het bij centraal geregelde IFMS gesprekken zo dat er ook een coachingsgesprek aan gekoppeld zit. Check dit bij je eigen ziekenhuis/zorginstelling.

5. Deelname aan intervisiegroep

Voor de ZHA die geen deel uitmaakt van een eigen vakgroep is het zeer wenselijk deel te nemen aan een intervisiegroep (I-groep). In de opleiding tot ziekenhuisarts is deelname aan een intervisiegroep al verplicht. Deelname aan een intervisiegroep wordt na afronding van de opleiding voor alle ZHA sterk aangeraden, met name om de overgang van AIOS naar "klare" ZHA te bevorderen. Uiteraard kan dit in een andere intervisie groepssamenstelling zijn dan die van tijdens de opleiding.

- De samenstelling en werkwijze van de I-groep moeten voldoen aan de eisen van de WV ziekenhuisgeneeskunde evenals de eisen die gesteld worden aan de getrainde begeleider van de intervisie.
- De I-groep evalueert jaarlijks het eigen functioneren en groepsproces. Dit wordt vastgelegd in een kort verslag. Deze uitkomsten kunnen aanpassingen in je IOP ondersteunen.
- Uiteraard worden individuele leer- en verbeterpunten opgenomen in het eigen IOP.

In bijlage 4 staan criteria waaraan de intervisie moet voldoen.

6. Uitvoering externe kwaliteitsevaluatie

De externe kwaliteitsevaluatie wordt uitgevoerd in een beperkte groep van ziekenhuisartsen die zich in dezelfde periode moeten laten herregistreren. De evaluatiecommissie bestaat uit twee ziekenhuisartsen (uit verschillende instellingen) en een objectief lid (bijvoorbeeld een opleidingskundige, adviseur kwaliteit en veiligheid). De laatste is tevens voorzitter van de kwaliteitsevaluatie.

Vorbereiding

Een groep van 2-3 ZHA bereiden zich voor op hun evaluatie door zorg te dragen voor het beschikbaar stellen van de benodigde informatie aan de leden van de evaluatiecommissie. Het portfolio is daartoe het meest geëigende instrument. Het portfolio wordt op inhoud getoetst of het voldoet aan vastgestelde minimumeisen. Het portfolio moet twee maanden voor de geplande evaluatiedatum aan de evaluatiecommissie aangeboden worden. Binnen vier weken zal de evaluatiecommissie een akkoord (of niet) moeten geven op de gestelde eisen aan een portfolio. Als het portfolio voldoet, kan het evaluatiegesprek plaatsvinden. Indien het portfolio niet voldoet, vindt er ook geen gesprek plaats. De documenten die ter beschikking moeten worden gesteld aan de commissie betreffen:

- Ingevulde vragenlijst van Raad van Bestuur betreffende functioneren ziekenhuisarts (vragenlijst volgt, focus van de vragen zijn gericht op kwaliteitsverbetering)
- Informatie uit de kwaliteitsevaluatie van de vakgroep waarin de ZHA op dat moment werkzaam is, waarin specifiek aandacht is voor de functie van de ZHA. Dit betreft bijvoorbeeld informatie afkomstig van huisarts/specialist ouderengeneeskunde betreffende (in algemene zin) de aanwezigheid van een ziekenhuisarts in de desbetreffende vakgroep. (NB dit betekent dat de desbetreffende vakgroep een algemene vraag opneemt in hun vragenlijst).

In het kader van het evalueren van het functioneren van de ZHA, kan het wenselijk zijn dat de evaluatiecommissie kennis wil nemen van specifieke documenten die iets kunnen zeggen over het functioneren van de ZHA. In overleg zal dit worden toegestuurd.

Uitvoering evaluatie

Op basis van het portfolio worden de deelnemende ziekenhuisartsen bevestigd en wordt de kwaliteit van hun werk besproken. In het gesprek staat steeds een ziekenhuisarts centraal. Verbeterpunten worden in concept met elkaar geformuleerd.

Normering praktijkvoering VvZG: standaard voor evalueren

Met behulp van de "Normering praktijkvoering VvZG" wordt de kwaliteit van de ziekenhuisarts geëvalueerd. Dit wordt gehanteerd bij het beoordelen van de producten uit de kwaliteitsdomeinen en tijdens de dag zelf ter beoordeling van bijvoorbeeld dossiers, etc. De normering is opgenomen in bijlage 1.

Normen worden geëvalueerd en als volgt gewaardeerd:

Wanneer bij een kwaliteitsevaluatie wordt vastgesteld dat niet of niet volledig aan een norm wordt voldaan, komt er een vervolgactie van de commissie. Voor de mate waarin van de norm wordt afgeweken is een omschrijving gemaakt. Daarnaast is een omschrijving gemaakt van basisnorm en streefnorm. Dit is bedoeld om te benadrukken dat het er bij een kwaliteitsevaluatie vooral om gaat stimulerende prikkels in te bouwen die uitnodigen om te verbeteren. Het resultaat is een waarderingsstelsel volgens S-B-A-Za-V:

1. Streefnorm (s).Excellent, een voorbeeld voor anderen.
2. Basisnorm (b).Goed, de norm.

3. Aanbevelingen (a). Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.
4. Zwaarwegende adviezen (Za). Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de nabije toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.
5. Voorwaarden (V). Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de evaluatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.

Van het evaluatiegesprek wordt een verslag gemaakt. Het gespreksverslag wordt binnen vier weken voor correcte weergave aan de desbetreffende ZHA voor akkoord voorgelegd.

Afronding evaluatie

Na afloop wordt door de evaluatiecommissie op basis van de gespreksverslagen voor iedere deelnemer een eigen rapportage opgesteld en worden verbeterpunten geformuleerd. De rapportage wordt maximaal 3,5 maand na de kwaliteitsevaluatie aangeleverd. De uitkomst van dit rapport wordt vervolgens aan de RGS aangeboden ten behoeve van de herregistratie. De ziekenhuisarts stelt op basis van de rapportage zijn eigen meerjarig individueel ontwikkelingsplan (IOP) op. Dit geldt voor de overgangperiode totdat ziekenhuisartsen in vakgroepen werkzaam zijn.

Bezwaar

Indien de geëvalueerde ziekenhuisarts het niet eens is met de uitkomst van de kwaliteitsevaluatie kan deze hiertegen binnen een termijn van vier weken schriftelijk per mail bezwaar aantekenen. Deze procedure is vastgelegd in het reglement kwaliteitsevaluatie ZHA.

Organisatie van de kwaliteitsevaluaties

De organisatie van de kwaliteitsevaluaties is in handen van het bureau van VvZG.

Evaluatie-instrumenten

Verplichte instrumenten

De VvZG biedt hulpmiddelen om te voldoen aan de regels vanuit het College Geneeskundig Specialisten (CGS). Hieronder wordt dit nader uitgewerkt en wordt verwezen naar voorbeelden in de bijlagen van dit document.

Individueel ontwikkelplan

De CGS heeft verplicht gesteld dat je een individueel ontwikkelplan (IOP) maakt en dit regelmatig bijstelt.

Evaluatie Individueel Functioneren (EIF)

Je bent verplicht minstens 1 keer per 5 jaar (of vaker bij wisseling van werkplek/instelling) feedback te vragen aan collega's (artsen en verpleegkundigen aangevuld met anderen waar je mee samenwerkt) en eventueel aan patiënten en/of familieleden. Dit is door de CGS verplicht gesteld voor iedere geneeskundig specialist. Door het normenkader ziekenhuisgeneeskunde langs te lopen kun je eveneens een beeld krijgen waar je aan wil werken. In bijlage 5 vind je een formulier met vragen om je hierbij te helpen. Deze informatie kun je weer gebruiken voor het bijstellen van je IOP. De meeste zorginstellingen hebben de IFMS centraal geregeld, waardoor je hier soms op mee kan liften.

Gesprek met een individuele coach

Je vindt in bijlage 2 informatie om het gesprek met een individuele coach te organiseren en vast te leggen.

Normering praktijkvoering VvZG: standaard voor evalueren

Evaluatiemiddelen/onderbouwing:

Hieronder worden ter illustratie voorbeelden gegeven per kwaliteitsdomein die ter onderbouwing van het functioneren in het portfolio kunnen worden opgenomen (niet limitatief):

1. Evaluatie van zorg:
 - Steekproefsgewijs eigen dossievoering evalueren of juist met collega's.
 - Brieven
 - Blijkt uit EIF/IFMS, I-groep
2. Kwaliteitsbevordering en veiligheid van zorg:
 - Minimaal twee kwaliteitsverbeterprojecten per vijf jaar
 - Clinical audit
 - SIRE onderzoek/calamiteiten
 - Prospectieve risico analyse
 - Participatie in afdeling/ziekenhuiscommissies
 - Complicatiebespreking
 - Kwaliteitsbespreking
 - Morbiditeit & Mortaliteitsbesprekingen - participatie
 - Verzorgen scholing/onderwijs
 - Superviseren van/opleiden van AIOS/co-assistenten
 - Publiceren van wetenschappelijke artikelen en deelname aan (internationale) congressen.
 - Toekomstige richtlijnen/ziektebeelden waarvan het bestaan voor gebruik ervan, gekend moeten worden.
 - Vakgroep functioneren
 - EIF/IFMS
3. Professionele ontwikkeling
 - Gesprek met een coach
 - Participatie I-groep
 - EIF/IFMS
 - Vakliteratuur
 - Referaten/CAT/PICO's

- IOP
- Gevolgde bij- of nascholing
- Deelname aan landelijke activiteiten/jaarlijks symposium
- Publiceren van wetenschappelijke artikelen en deelname aan (internationale) congressen.
- Toekomstige richtlijnen/ziektebeelden waarvan het bestaan voor gebruik ervan, gekend moeten worden.

Bijlage 1 Normering praktijkvoering

Normering praktijkvoering
Vereniging voor Ziekenhuisgeneeskunde

De normen voor de praktijkvoering van de vereniging voor ziekenhuisgeneeskunde zijn onderverdeeld in vier domeinen te weten;

1. Evaluatie van zorg
2. Kwaliteitsbevordering en veiligheid van zorg
3. Vakgroep functioneren
4. Professionele ontwikkeling

Inhoud

1. Evaluatie van zorg - Pagina 12-13

- 1.1. Zorgprocessen en protocollen – P.12
- 1.2. Medisch beleid klinische patiënt – P.12
- 1.3. Visite frequentie – P.12
- 1.4. Dossiervoering – P.12
- 1.5. Dienstregeling en bereikbaarheid – P.12
- 1.6. Dienst overdrachten – P.13
- 1.7. Berichtgeving aan de huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde – P.13
- 1.8. Overdracht en inzetbaarheid ten behoeve van continuïteit naar de eerste lijn – P.13
- 1.9. Melden van civiel-, straf-, of tuchtrechtelijke procedure aan bestuur of stafbestuur – P.13
- 1.10. Openheid over incidenten – P.13

2. Kwaliteitsbevordering en veiligheid van zorg – Pagina 13-14

- 2.1. Risico's en uitkomsten van de zorg – P.13-14
- 2.2. Kwaliteitsindicatoren – P.14
- 2.3. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening – P.14
- 2.4. Verbetering zorgprocessen – P.14
- 2.5. Clinical audit – P.14

3. Vakgroep functioneren – Pagina 14-15

- 3.1. Evalueren vakgroep functioneren – P.14
- 3.2. Vakgroep vergaderingen – P.14
- 3.3. Contacten in- en extern – P.14
- 3.4. Kwaliteitsplan – P.15

4. Professionele ontwikkeling – Pagina 15

- 4.1. Bij- en nascholing – P.15
- 4.2. Vakgroep en individueel functioneren – P.15
- 4.3. Optimaal functioneren – P.15

1 Evaluatie van zorg

1.1.Zorgprocessen en protocollen

1.1.1 De ziekenhuisarts werkt volgens actuele en voor de ziekenhuisgeneeskunde relevante richtlijnen van de betreffende poort- en ondersteunende specialismen. Op termijn werkt de ziekenhuisarts ook conform de door de ziekenhuisgeneeskunde opgestelde richtlijnen.

1.1.2 Wanneer er van de richtlijn afgeweken wordt, wordt dit beargumenteerd gedaan en vastgelegd in het patiëntendossier.

1.1.3 De ziekenhuisarts heeft een structurele aanpak voor het op de hoogte blijven en evalueren van de relevante en actuele richtlijnen van de betreffende specialismen.

1.2 Medisch beleid klinische patiënt

1.2.1 De patiënt wordt binnen vierentwintig uur na opname door de ziekenhuisarts gezien.

1.2.2 De hoofdbehandelaar accordeert in afstemming met de ziekenhuisarts het medisch beleid.

1.3 Visite frequentie

1.3.1 Op doordeweekse dagen wordt bij iedere klinische patiënt dagelijks visite gelopen door de ziekenhuisarts of waarnemend arts, samen met een lid van de verpleegkundige staf.

1.3.2 In het weekend en op feestdagen moet bij iedere patiënt die medische aandacht behoeft visite worden gelopen door de ziekenhuisarts of een waarnemend arts, samen met een lid van de verpleegkundige staf.

1.4 Dossiervoering

1.4.1 Er bestaan eenduidige afspraken over verslaglegging en berichtgeving naar andere zorgverleners.

1.4.2 Verslaglegging houdt in; er wordt eenduidig verslag gedaan in het patiëntendossier van relevante en actuele informatie over diagnostiek en beleid, evenals wijzigingen hierin.

Relevante informatie betreft onder andere:

1.4.2.1 Reden van verwijzing/opname

1.4.2.2 Anamnese

1.4.2.3 Thuismedicatie

1.4.2.4 Lichamelijk onderzoek

1.4.2.5 Samenvatting

1.4.2.6 Differentiaaldiagnose

1.4.2.7 Beleid en (medicamenteuze) therapie

1.4.2.8 Decursus

1.4.2.9 Informed consent van patiënt inclusief uitleg over eventuele therapie en risico van therapie

1.4.2.10 Rapportage van multidisciplinair overleg

1.4.2.11 Rapportage van gesprekken met patiënt en of familie

1.4.2.12 Reanimatiebeleid en/of andere behandelbeperkingen

1.4.2.13 Allergieën

1.4.2.14 Toestemming voor obductie en/of weefseldonatie na overlijden patiënt

1.5 Dienstregeling en bereikbaarheid

1.5.1 Er bestaan schriftelijke afspraken over de dienstregeling van de ziekenhuisarts en de bereikbaarheid van de ziekenhuisarts tijdens diensten.

1.5.2 Het is duidelijk voor diegenen van belang wie de dienstdoende ziekenhuisarts is en hoe deze bereikt kan worden.

1.6 Dienstoverdrachten

1.6.1 Er vindt een dienstoverdracht plaats tijdens iedere wisseling van dienstdoende (ziekenhuis)arts.

1.6.2 Tijdens de overdracht wordt de verantwoordelijkheid en medische informatie die nodig is voor het leveren van goede zorg overgedragen aan de volgende dienstdoende (ziekenhuis)arts.

1.7 Berichtgeving aan de huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde

1.7.1 De ziekenhuisarts dient binnen vierentwintig uur na ontslag een voorlopig ontslagbericht verstuurd te hebben aan de huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde, respectievelijk met de patiënt en/of familie te hebben meegegeven.

1.7.2 Het voorlopig ontslagbericht moet minimaal de volgende informatie bevatten

1.7.2.1 Opname- en ontslagdatum

1.7.2.2 Diagnose

1.7.2.3 Behandeling

1.7.2.4 Vervolgafspraken

1.7.2.5 Verzoeken en/of adviezen aan de huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde

1.7.2.6 Ontslagmedicatie

1.7.3 Het definitieve ontslagbericht is binnen zeven dagen na ontslag verstuurd.

1.7.4 De ziekenhuisarts neemt voor ontslag contact op met de huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde in geval van vaststelling van ernstige ziekte, verwachting van ernstig beloop van ziekte, verwachting van overlijden op korte termijn en wanneer opvolging van patiënt door de eerste lijn op korte termijn gewenst is.

1.8 Overdracht en inzetbaarheid ten behoeve van continuïteit naar de eerste lijn

1.8.1 Er vindt tweemaaljaarlijks een gesprek plaats met ten minste twee vertegenwoordigers van de eerste lijn om de continuïteit van zorg en de overdracht naar de eerste lijn te evalueren en zo nodig te verbeteren.

1.8.2 Doel van het gesprek is het beter definiëren en evalueren uit welke elementen de overdracht naar de eerste lijn moet bestaan, de wijze waarop de eerste lijn de overdracht van patiënten uit de tweede en derde lijn wenst, identificatie van knelpunten betreffende overdracht of overname van patiënten.

1.9 Melden van civiel-, straf-, of tuchtrechtelijke procedures aan bestuur of stafbestuur

1.9.1 De ziekenhuisarts meldt direct aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur wanneer er een civiel-, straf-, of tuchtrechtelijke procedure tegen hem of haar aangespannen is, verband houdend met de zorg die door hem of haar verleend is.

1.9.2 Het juridisch traject wordt gezamenlijk doorlopen.

1.10 Openheid over incidenten

1.10.1 De ziekenhuisarts informeert patiënt direct over de aard en de toedracht van incidenten of calamiteiten en legt dit vast in het medisch dossier. De ziekenhuisarts biedt excuses aan in geval van fouten, maar erkent hiermee geen aansprakelijkheid. De ziekenhuisarts neemt die maatregelen die nodig zijn om verdere schade te beperken.

1.10.2 De ziekenhuisarts houdt zich aan vigerende afspraken omtrent het melden van incidenten en calamiteiten in de zorg.

2 Kwaliteitsbevordering en veiligheid van zorg

2.1 Risico's en uitkomsten van zorg

2.1.1 De ziekenhuisarts participeert actief in ziekenhuisbrede commissies die ingesteld zijn in het kader van patiëntveiligheid en draagt bij aan het leren van incidenten en calamiteiten.

2.1.2 De ziekenhuisarts participeert actief in (multidisciplinaire) complicatie- en necrologiebesprekingen en draagt bij aan het leren van obducties en complicaties.

2.2 Kwaliteitsindicatoren

2.2.1 De vakgroep ziekenhuisgeneeskunde heeft een plan van aanpak om op basis van actuele kwaliteitsindicatoren van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd én de wetenschappelijke vereniging zorgprocessen en zorguitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.

2.2.2 Wanneer de ziekenhuisarts niet werkzaam is in een vakgroep ziekenhuisgeneeskunde, draagt de ziekenhuisarts actief bij aan (de uitvoer van) het kwaliteitsplan van de vakgroep waar hij of zij werkzaam is.

2.2.3 De ziekenhuisarts draagt actief bij aan de ontwikkeling van zorgpaden op de afdeling waar de ziekenhuisarts werkzaam is en de evaluatie hiervan met kritische performance indicatoren volgens een plan-do-check-act cyclus.

2.3 Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

2.3.1 Het ziekenhuis en/of de vakgroep waaronder de ziekenhuisarts valt, biedt de benodigde voorzieningen en faciliteert de ziekenhuisarts om goede zorgverlening mogelijk te maken.

2.4 Verbetering zorgprocessen

2.4.1 De ziekenhuisarts neemt initiatieven op het gebied van kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid.

2.4.2 De ziekenhuisarts neemt aantoonbaar deel aan bestaande kwaliteitscycli en of initiatieven in het ziekenhuis waar de ziekenhuisarts werkzaam is.

2.4.3 De ziekenhuisarts participeert in het ontwikkelen en of reviseren van ziekenhuisbrede protocollen en richtlijnen.

2.4.4 De ziekenhuisarts draagt bij aan multiprofessionele samenwerking op de klinische afdeling en borgt dit ook. De ziekenhuisarts initieert en neemt waar nodig deel aan multidisciplinair overleg.

2.5 Clinical audit

2.5.1 De ziekenhuisarts zal minimaal één keer per drie jaar een clinical audit initiëren en zorgdragen voor de uitvoering hiervan.

3 Vakgroep functioneren

Daar waar de ziekenhuisarts niet in een vakgroep ziekenhuisgeneeskunde functioneert maar werkzaam is bij een ander specialisme wordt verwacht dat de ziekenhuisarts deelneemt aan de evaluaties van het functioneren van de vakgroep waarin de ziekenhuisarts werkzaam is.

3.1 Evalueren vakgroep functioneren

3.1.1 De vakgroep ziekenhuisgeneeskunde evalueert minimaal jaarlijks, of vaker wanneer aangewezen, het vakgroep functioneren en kent een procedure voor analyse van uitkomsten en het vaststellen en uitvoeren van verbeteracties. De evaluatie geschiedt in ieder geval een jaar voorafgaand aan de beoogde externe kwaliteitsvisite.

3.2 Vakgroepvergaderingen

3.2.1 Er worden gestructureerde vakgroep vergaderingen gehouden en genotuleerd. De uitvoering van actiepunten wordt gemonitord middels de plan-do-check-act cyclus.

3.3 Contacten in- en extern

3.3.1 Er zijn goede contacten, in- en extern, die de vakgroep gebruikt om het eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen.

3.4 Kwaliteitsplan

3.4.1 De vakgroep heeft een plan van aanpak hoe binnen het ziekenhuis kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te bevorderen.

4 Professionele ontwikkeling

4.1 Bij- en nascholing

4.1.1 Bij- en nascholing is zodanig ingericht dat de competenties van de vakgroep het gehele domein van de ziekenhuisgeneeskunde bestrijken.

4.1.2 De vakgroep draagt zorg voor een voldoende uitgebalanceerde bij- en nascholing van de individuele ziekenhuisarts.

4.2 Vakgroep- en individueel functioneren

4.2.1 Alle ziekenhuisartsen participeren aan een systeem om periodiek het individueel functioneren door te nemen en aan de hand daarvan verbeteringen door te voeren.

4.2.2 Ongewenst gedrag wordt structureel besproken en er worden hierop verbeteracties geïmplementeerd en geëvalueerd.

4.2.3 Er is binnen de vakgroep oog voor belasting van collega's en er bestaat een systeem om dit te analyseren, te bespreken en te verbeteren.

4.3 Optimaal functioneren

4.3.1 De vakgroep ziekenhuisgeneeskunde of de vakgroep waaronder de ziekenhuisarts werkzaam is, is medeverantwoordelijk voor het optimaal functioneren van al haar leden. Het functioneren van de betreffende vakgroep wordt minimaal één keer per jaar expliciet besproken.

Bijlage 2 informatie over coaching

Voor ziekenhuisartsen die (nog) geen onderdeel uitmaken van een eigen vakgroep is het belangrijk om op bepaalde momenten expliciet stil te staan bij hun eigen ontwikkeling en met een deskundig iemand reflecteren op waar ze staan, waar ze naartoe willen en hoe ze dit voor zichzelf verder kunnen vormgeven: coaching als middel voor ontwikkeling.

Waarom coaching?

Coaching is eigenlijk een geïndividualiseerde vorm van scholing. Door het één op één karakter is het een zeer intensief en effectief leerproces, dat de gelegenheid biedt om te reflecteren op eigen ontwikkel- en/of leervragen. De coach helpt bij het verhelderen van kwesties die spelen in het werk en het leven van degene die gecoacht wordt. Omdat je die zelf inbrengt, sluit het leerproces optimaal aan bij je eigen werkelijkheid. De meeste mensen die gecoacht worden ervaren zoveel individuele aandacht als een weldaad, als een cadeau aan zichzelf.

Coaching waarin?

In principe past coaching bij alle werkgerelateerde vragen. Deze kunnen zeer uiteenlopend zijn. Hoe kijk ik naar mijn eigen ontwikkeling als ziekenhuisarts? Hoe geef ik vorm aan mijn ambities? Hoe bewaar of herstel ik de balans tussen werk en privé? Hoe kan ik mijn effectiviteit als ziekenhuisarts vergroten? Hoe vind ik mijn plek als 'jonge klare' tussen de ervaren rotten? Hoe ga ik om met de conflictsituatie waarin ik verzeild ben geraakt?

Traject of 1 gesprek?

Vaak zijn enkele gesprekken voldoende om zelf weer verder te kunnen, soms is het prettig om voor wat langere tijd een gesprekspartner te hebben. Dat is uiteraard aan jou als ziekenhuisarts.

Advies

Ons advies is om in ieder geval na het eerste jaar dat je als ziekenhuisarts bent gaan werken een coachgesprek aan te gaan. Dit is met name bedoeld als zelfreflectie op je eerste jaar, en om de zaken waar je eventueel tegenaan loopt, verdere ambities etc. te bespreken. Het is een mooie eerste stap in het formuleren van je eigen ontwikkelpunten c.q. ambities.

Voor de kwaliteitsevaluatie adviseren we je om tijdig een coachgesprek in te plannen voor de bespreking van de uitkomsten van de EIF/IFMS als voorbereiding op je KE.

Waar vind je coaches die passen bij de medische praktijk?

- Challenge en support: dit is een uitgebreid traject, speciaal eigenlijk voor AIOS. De coaches die hierin participeren kunnen ook een kort individueel traject doen.
- Academie Medisch Specialisten: op de website staan verschillende coaches vermeld die geschikt zijn: (<https://www.academiedischspecialisten.nl/opleidingen/coaching>)

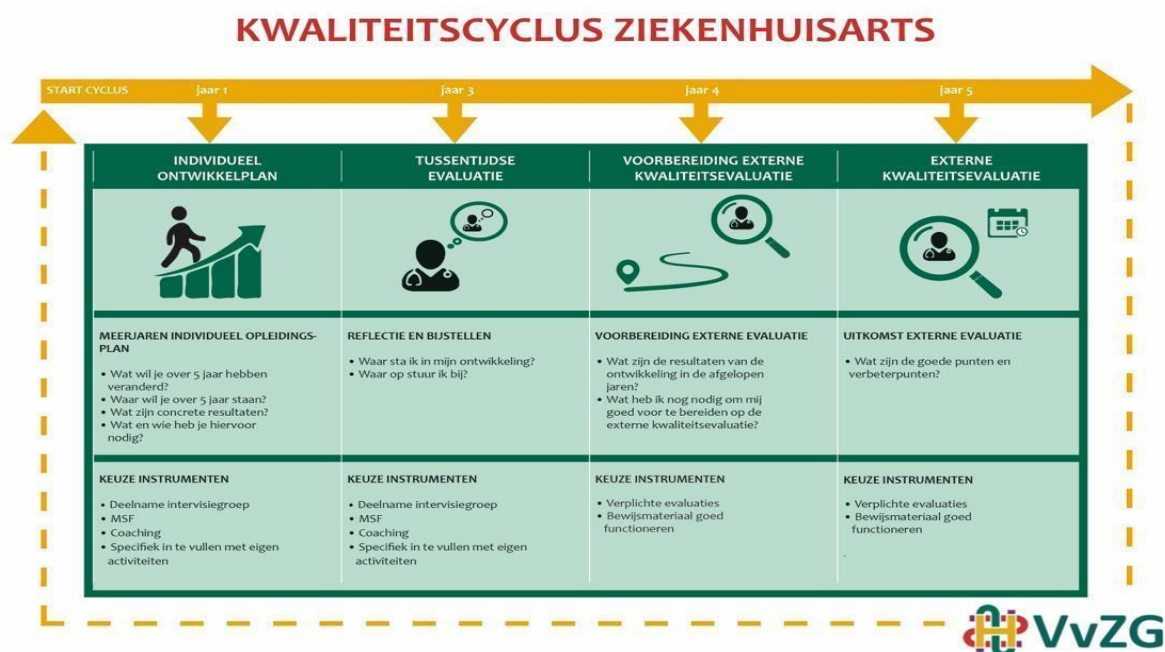
Bijlage 3: Opzet portfolio

Voorwoord:

Je portfolio is een document/map waarin je kan laten zien wat je in de loop der jaren hebt gedaan om jezelf te ontwikkelen als ziekenhuisarts. Het dient chronologisch te zijn. Belangrijk is dat alle ingevoerde informatie te herleiden is, dus dat de activiteit er staat met volledige naam, datum, locatie en eventueel betrokkenen als dat van toepassing is zodat het opgevraagd en nagegaan kan worden. Tot heden is het portfolio voor de ziekenhuisarts (nog) niet digitaal.

Tip 1: reserveer bijvoorbeeld 1x per 2 maanden wat tijd om na te gaan wat je allemaal hebt gedaan wat in je portfolio zou kunnen passen.

Tip 2: maak een kleine aantekening in een map of in een app op je telefoon zodat je in een drukke dienst of na een presentatie kort even opslaat welke activiteit dit was. We kunnen je www.evernote.com aanraden.



Hoofdstuk 1:

- Algemene gegevens
- Personalia
- Pasfoto

Hoofdstuk 2:

- Gegevens huidige werkgever (naam instelling, adres, afdeling)
- Namen van huidige leidinggevend(en) met telefoonnummer en eventueel e-mail.
- Algemene informatie van het ziekenhuis en de afdeling(en) waar je werkt/gewerkt hebt.
- Eventueel: visie van de werkgever en vastgelegde werkafspraken.

Hoofdstuk 3:

- Curriculum Vitae

Hoofdstuk 4:

- In dit hoofdstuk staat je IOP (individueel ontwikkel plan). Hier moet ook een document in staan zoals je jaarlijkse functioneringsgesprekken met je leidinggevende of het ontwikkelplan dat je gedeeld hebt met je leidinggevende. Zorg ervoor dat je ontwikkelplan is opgezet aan de hand van CanMEDS competenties, dit is niet altijd zo omdat een ontwikkelplan ook enige vrijheid kent:

- Per jaar start met de voorbeschouwing van de competenties: in dit hoofdstuk vermelden welke competenties je goed afgaan. Bijvoorbeeld: communicatie, geef hier blijk van.
- Competenties vermelden die je wilt ontwikkelen: spreekt voor zich. Bijvoorbeeld: ik wil het komende jaar de competentie organisatie beter ontwikkelen omdat
- Competenties vermelden waar je de komende 5 jaar aan wilt gaan werken: zo SMART mogelijk geformuleerd. Hierbij benoemen wat de eindpunten zijn om bij de volgende evaluatie te kunnen laten zien dat je deze competentie voldoende ontwikkeld hebt.
- Slotbeschouwing: dit is een persoonlijke beschouwing die je als laatste moet toevoegen vóór het opsturen van je portfolio. Het is een soort zelfreflectie. Bijvoorbeeld: waarom heb ik bij punt c competentie x niet behaald, wat waren hier mijn struikelpunten.
- Overig: nog zelf toe te voegen wat de ziekenhuisarts belangrijk vindt.

SMART criteria hanteren:

S- specifiek (Voorkom algemene, vage formuleringen die de leerwens onvoldoende verbinden aan reële praktijkproblemen en aan inzicht in eigen vermogen).

M-meetbaar (Je moet op enigerlei wijze kunnen vaststellen of het leerdoel gehaald is).

A-haalbaar (Past het leerdoel voldoende bij de vermogens van de professional? Kan en wil de organisatie evt. de gevraagde faciliteiten bieden? Is de evt. nascholing beschikbaar?).

R-realistisch (Gaaf het leerdoel over echte problemen die door de professional en eventueel ook collega's en door de organisatie worden herkend en waarvan een reële wens bestaat om ze te verbeteren?).

T-tijdgebonden (Leerwens uitzetten in de tijd voorkomt uitstel en afstel).

Bron: KNMG Kwaliteitskader medische zorg 'Staan voor kwaliteit' 2012

Hoofdstuk 5:

Hoofdstuk waar al je activiteiten in staan waar je accreditatiepunten voor hebt behaald zoals:

- congressen,
- na- en bijscholing.

Hoofdstuk 6:

Gelijk aan hoofdstuk 5, alleen staan hierin alle overige activiteiten waar je geen accreditatie voor hebt gekregen. Denk dan aan bijvoorbeeld:

- kwaliteitsprojecten,
- congressen,
- na- en bijscholing,
- necrologiebesprekingen,
- morbiditeit- en mortaliteitsbesprekingen,
- obducties,
- MDO's die van belang zijn,
- presentaties,
- publicaties,
- diploma's,
- certificaten.

Hoofdstuk 7:

Evaluatie materialen:

- EIF/IFMS,
- Kiszlijst,
- Coachings gesprekken,
- Intervisie,
- Eventueel functioneringsgesprekken,

- Beoordelingen van bijvoorbeeld: overdrachten, brieven, communicatie, CAT, referaat, klinische presentatie,
- Overige (die de ziekenhuisarts belangrijk vindt).

Bijlage 4: Intervisie - achtergrond en ideeën

Voor de ZHA die geen deel uitmaakt van een eigen vakgroep is het voor de herregistratie zeer wenselijk deel te nemen aan een intervisiegroep. In de opleiding tot ziekenhuisarts is deelname aan een intervisiegroep al verplicht. Deelname aan een intervisiegroep wordt na afronding van de opleiding voor alle ZHA sterk aangeraden, met name om de overgang van AIOS naar “klare” ZHA te bevorderen. Uiteraard kan dit in een andere intervisie groepssamenstelling zijn dan die van tijdens de opleiding.

In dit document worden de werkwijze en eisen die gesteld worden aan een I-groep nader toegelicht, evenals de eisen die gesteld worden aan de getrainde begeleider van de intervisie.

Wat is Intervisie?

Intervisie is een manier om met elkaar te leren van vragen en problemen uit de dagelijkse praktijk. De deelnemers werken hiermee aan hun professionele vorming in relatie tot hun persoonlijke ontwikkeling. Het is een vorm van intercollegiale toetsing waarin sprake is van geregelde samenkomsten en een systematische aanpak van de reflectie op het professioneel handelen van de bij de intervisie betrokken deelnemers.

Intervisie is bedoeld om de kwaliteit van het (eigen) functioneren te bevorderen waarbij vragen over het persoonlijk functioneren centraal staan. Door het stellen van vragen en het delen van elkaars ervaringen kunnen de deelnemers van elkaar leren, steun vinden bij elkaar en hun reflectie verdiepen. Intervisie is een krachtig instrument waarbij een beroep wordt gedaan op de deelnemers om mee te denken over persoons- en functiegebonden vraagstukken en knelpunten. Dit bevordert het functioneren van de individuele specialist maar ook dat van de deelnemers aan de intervisiegroep.

Resultaat van intervisie: bewust en bekwaam handelen: weten wat je doet, hoe je het doet, waarom je het doet en wat de gevolgen van je handelen zijn.

Leerpunten worden geformuleerd en opgenomen in het IOP om daarmee de link te leggen en houden met de dagelijkse praktijk.

Voorwaarden intervisie

1. Bereidheid tot leren en ontwikkelen: De deelnemers moeten open willen staan voor vraagstukken van anderen en bereid zijn eigen situaties in te brengen. Bovendien moet men in de groep eerlijk en open met elkaar kunnen en willen communiceren, met respect voor elkaar.
2. De groep bestaat uit minimaal drie en maximaal acht deelnemers.
3. Een intervisiebijeenkomst duurt minimaal 60 minuten.
4. De groep organiseert minimaal 6 keer per jaar een intervisiebijeenkomst. De individuele deelnemer neemt minimaal vier keer per jaar hieraan deel.
5. Individuele leer- en verbeterpunten worden opgenomen in het eigen IOP.
6. De I-groep evalueert jaarlijks het eigen functioneren en groepsproces. Dit wordt vastgelegd in een kort verslag. Deze uitkomsten kunnen aanpassingen in je IOP ondersteunen.

Eisen te stellen aan de intervisiebegeleider

De begeleider van de intervisiegroep heeft naast ervaring van het begeleiden van intervisie ook inzicht en ervaring in:

- Ziekenhuisorganisaties en opleiding van medisch specialisten
- Het begeleiden van teams of groepen (teamontwikkeling en groepsdynamica)
- Het begeleiden van veranderprocessen
- Het coachen op individueel niveau om ziekenhuisartsen inzichten mee te kunnen geven voor hun individuele leerproces en de koppeling met de dagelijkse praktijk.

Hieronder staan voorbeelden van hoe een intervisiebijeenkomst vorm kan worden gegeven.

Werkwijze Intervisie

Algemeen

Tijdens de intervisiebijeenkomsten denken de deelnemers vooral vanuit de inbrenger. Zij ondersteunen de inbrenger bij het hanteren of aanpakken van de ingebrachte vraag. Zij stellen vragen, komen met alternatieven en vertellen iets over hun eigen ervaringen. Een deelnemer brengt een vraag in aan de hand van een concrete ervaring. Deze wordt geanalyseerd door de andere deelnemers. De inbrenger van de vraag krijgt hierdoor nieuw inzicht in zijn probleem. Alles wat in de intervisiebijeenkomsten wordt besproken, is vertrouwelijk. Buiten het kader van de intervisie wordt hierover niet gesproken of anderszins informatie gedeeld.

Reflectie is het bespiegeld overdenken en zoeken naar betekenis van wat je zelf hebt gevoeld, gedacht of gedaan in een bepaalde werkgerelateerde situatie en daar lering uit trekken voor het eigen toekomstig professioneel handelen. Dit kan zowel op het niveau van patiëntenzorg als op het gebied van niet-patiënt gerelateerde zaken. Als professional sta je in intervisie dus stil bij wat deze zaken betekenen voor het eigen handelen als professional. Zorg dat dit duidelijk uit de beschrijving van de intervisie blijkt.

Het intervisiegesprek in 10 stappen

De methode kent een sterke, doch eenvoudige structuur. De methode biedt de casusinbrenger tot zekere hoogte de mogelijkheid het behandelingsproces te controleren. Daarbij geeft het de overige groepsdeelnemers voldoende tijd en rust eens extra te letten op de vragen die door anderen gesteld worden, en dan in het bijzonder op vragen die zij zelf doorgaans geneigd zijn niet te stellen. De methode voorziet in een degelijke structuur om te voorkomen dat de overige deelnemers hun problemen als het ware projecteren op de casus van de casusinbrenger. De benodigde tijd is circa 2 uur in een groep van 6 personen.

Hoe werkt de methode?

Stap 1: De casusinbrenger schetst zijn probleemsituatie

Rol casusinbrenger

De casusinbrenger geeft beknopte informatie over de probleemsituatie. Hij vertelt zijn indrukken, bespiegelingen en oordelen over de situatie. Het betreft hier de feitelijke waarneming en bewuste ervaringen van de casusinbrenger. Hij belicht zijn handelen en tot nu toe verrichte interventies als docent/coach in die specifieke situatie.

Rol groepsdeelnemers

De groepsdeelnemers reageren niet op het verhaal en stellen geen vragen. Zij luisteren aandachtig en proberen een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van de probleemsituatie.

Tips:

- Geef de casusinbrenger de ruimte, maar let tevens op de tijd;
- Voorkom dat deelnemers op informatie reageren.

Stap 2: De groepsdeelnemers formuleren vragen

Rol groepsdeelnemers

Door de casusinbrenger vragen te stellen, proberen de groepsdeelnemers het beeld van de probleemsituatie te completeren. De groepsdeelnemers helpen zoeken naar de precieze 'puzzel' van de casusinbrenger. 'Hoe luidt zijn vraag?' Hiertoe formuleert iedere groepsdeelnemer (behalve de casusinbrenger) voor zichzelf drie vragen die iets kunnen ophelderen over de relatie tussen de casusinbrenger en de probleemsituatie. Er wordt gespeurd naar de rol, het handelen en de positie van de casusinbrenger zelf. Het is daarbij de kunst om suggestieve vragen achterwege te laten en open vragen te stellen.

Mogelijke vragen

- Wat gebeurde er precies?
- Wat ging er door je heen toen dat gebeurde?
- Welke aarzelingen, dilemma's, twijfels had je toen dit voorviel?
- Is dit (concreet voorbeeld uit casusbeschrijving) typerend voor je handelen?
- Ik zie je zo acteren, welke betekenis geef je aan dit handelen?
- Kennelijk kies je voor een rol, wat was je beweegreden?

Rol casusinbrenger

De casusinbrenger luistert goed en registreert wat de vraag hem doet; hij antwoordt niet.

Tips

- Zorg voor een sfeer waarin elke gestelde vraag tot zijn recht komt en de casusinbrenger de vraag goed op zich in kan laten werken;
- De geformuleerde vragen worden op een flip-over genoteerd.

Stap 3: Waardering van de vragen door de casusinbrenger

Rol casusinbrenger

De casusinbrenger neemt rustig de tijd om de vragen een voor een te waarderen met: + (= warm), 0 (= neutraal) of – (= koud). Warm betekent: de vraag geeft mij het gevoel iets met mijn probleem te maken te hebben. Koud betekent: de vraag heeft m.i. niets te maken met mijn probleem en is dus niet relevant. Neutraal betekent: op zich wel relevant, maar of die vraag iets met mijn probleem te maken heeft, weet ik niet.

Rol groepsdeelnemers

De groepsdeelnemers reageren niet op de waardering van de casusinbrenger, hoe teleurstellend dat soms ook kan zijn. Evenmin is er discussie.

Tips

- Geef ruimte aan het waarderen van de vragen;
- Let op aarzelingen en lichaamstaal.

Stap 4: De casusinbrenger beantwoordt de vragen

Rol casusinbrenger

De casusinbrenger beantwoordt de afzonderlijke vragen zo kort en krachtig mogelijk.

Rol groepsdeelnemers

De groepsdeelnemers geven geen commentaar, ook niet als het inhoudelijke antwoord volgens hen niet overeenstemt met de in stap 3 gegeven waardering. Onderdruk de neiging tot discussiëren.

Tips

- Zorg voor een helder antwoord;
- Let erop dat de casusinbrenger niet te veel 'verhullende' informatie geeft.

Stap 5: Een laatste ronde vragen

Rol groepsdeelnemers

De groepsdeelnemers krijgen de gelegenheid om de laatste vragen te stellen over de kwestie van de casusinbrenger, over zijn handelen en de rol in de probleemsituatie. In principe vraagt iedereen door tot hij alles gevraagd heeft.

Rol casusinbrenger

De casusinbrenger antwoordt zo direct en zo kort mogelijk. Wederom geen discussie.

Tips

- Richt je op de 'warme' antwoorden (deze sluiten aan op de casusinbrenger);

- Probeer te ontdekken welke achtergronden casusinbrenger in zijn situatie beïnvloeden;
- Zoek naar twijfels en dilemma's;
- Onderzoek zijn professionele opvattingen en zijn kenmerkende begeleidingsstijl.

Stap 6: Het formuleren van het probleem

Rol groepsdeelnemers

Ieder noteert voor zichzelf het probleem van de casusinbrenger. Zij verplaatsen zich in de persoon van de casusinbrenger en noteren dus: 'mijn probleem is

Rol casusinbrenger

Ook de casusinbrenger noteert zijn probleem zoals hij dat na al die stappen ervaart.

Tips

- Benoem het probleem in termen van handelen of de rol van de docent/coach;
- Of, indien mogelijk, in termen van een kenmerkende stijl of dominante professionele opvatting van de casusinbrenger;
- Ieders inbreng, behalve die van de casusinbrenger, wordt weer op de flip-over geschreven.

Stap 7: De casusinbrenger waardeert de probleemformuleringen

Rol casusinbrenger

De casusinbrenger geeft op de flip-over zijn waardering van de probleemformuleringen van de groepsdeelnemers aan in termen van 'warm', 'koud' of 'neutraal'. Wederom geen discussie.

Tips

- Vraag je als casusinbrenger af of je inderdaad je eigen opvattingen wilt handhaven, of heb je alternatieven?
- Had een andere opvatting wellicht een andere situatie opgeleverd?
- Vraag je af of je je gedrag wilt handhaven, of heb je alternatieven?

Stap 8: De casusinbrenger maakt de rekening op

Rol casusinbrenger

De casusinbrenger schrijft zijn eigen geformuleerde probleem op de flip-over, laat horen wat hem in de probleemformuleringen van stap 7 aanspreekt en geeft betekenis aan de waarderingen 'warm', 'koud' of 'neutraal'. Bovendien geeft hij per probleemdefiniëring aan wat hij in welke mate geneigd is over te nemen ten behoeve van zijn eigen probleemdefiniëring.

Rol groepsdeelnemers

De overige groepsdeelnemers motiveren elk hun probleemformulering. Hierna discussie.

Tips

- Zorg ervoor dat de discussie gericht blijft op het gedrag, de opvatting of de begeleidingsstijl van de casusinbrenger;
- De casusinbrenger beëindigt deze stap met de herformulering van zijn probleem;
- Formuleer het probleem in termen van spanningen tussen bijvoorbeeld het gewenste en het feitelijk handelen of bij voorbeeld tussen de professionele wensen en de verwachtingen van de praktijksituatie;
- Niet deelnemen geeft meer afstand en biedt de mogelijkheid goed te luisteren. Neemt de casusinbrenger niet deel aan deze stap, dan is het goed om ook feitelijk afstand te nemen en even buiten de groep te zitten (de casusinbrenger kan op enige afstand naar het 'geroddel' over zijn situatie kijken).

Stap 9: Welke krachten maken dat het probleem blijft bestaan?

Rol casusinbrenger

De casusinbrenger geeft aan hoe hij het probleem in zijn begeleidingsstijl zou kunnen aanpakken of hoe hij zijn professioneel handelen zou kunnen veranderen.

Mogelijke vragen

- Wat wil ik anders doen?
- Voor welke verandering sta ik?
- Welke elementen leiden tot het dilemma?
- Uit welke tegenpolen bestaat de aarzeling?
- Welke voordelen en bezwaren zie ik?
- Welke consequenties zie ik?
- Welke afwegingen heb ik?
- Hoe kan ik dat invoeren?/Welke stappen wil ik ondernemen?

Rol groepsdeelnemers

De groepsdeelnemers helpen hem daarbij door het stellen van vragen en het geven van hun indrukken.

Tips

- Zorg ervoor dat de begeleidingsstijl van de casusinbrenger centraal blijft staan, geef eventueel feedback over de haalbaarheid;
- Mogelijk heeft de casusinbrenger tijd nodig om een en ander te laten bezinken; het is aan de casusinbrenger om te bepalen of het 'zo mooi is geweest' .

Stap 10: Wat gaat de casusinbrenger ermee doen?

Rol casusinbrenger

De casusinbrenger geeft aan welke suggesties hij op welke wijze zal gebruiken. Tevens gaat hij in op suggesties die wel zinvol en inspirerend zijn, maar waarvan voor hem onduidelijk is hoe ze in de praktijk op te volgen.

Rol groepsdeelnemers

Bij eventuele nog openstaande vragen van de casusinbrenger kunnen de groepsdeelnemers objectieve adviezen geven.

Tips

- Maak afspraken om resultaten te vernemen;
- De casusinbrenger kan om hulp uit de groep vragen en daar afspraken mee maken.

Bijlage 5 EIF/IFMS

Toelichting bij de vragenlijst voor de Evaluatie van het Individueel Functioneren van de Ziekenhuisarts^{KNMG} (EIF)

Evaluatie van het Individueel Functioneren is een verplichte herregistratie-eis voor elke arts, zo ook voor de Ziekenhuisarts^{KNMG}. De evaluatie maakt onder andere gebruik van 360° feedback van collega's en andere professionals met wie de Ziekenhuisarts samenwerkt. De Ziekenhuisarts vult ook een zelfevaluatie vragenlijst in. Een erkende gespreksleider legt de uitkomsten van de verschillende vragenlijsten naast elkaar en voert hier met de Ziekenhuisarts een gesprek over.

360° feedback vragenlijst

De vragen in deze vragenlijst zijn onderdelen van de verschillende competenties uit de CanMEDS domeinen en dekken de professionele activiteiten van de Ziekenhuisarts.

Procedure voor de respondent

U heeft van een Ziekenhuisarts met wie u samenwerkt deze vragenlijst gekregen. In deze vragenlijst krijgt u 7 onderwerpen c.q. 40 stellingen voorgelegd. Probeer de Ziekenhuisarts per stelling van een rapportcijfer te voorzien; de schaal loopt van 4 tot 10 waarbij 10 het maximaal haalbare is. Wanneer u als respondent een aspect niet kunt beoordelen, vul dan in "Kan ik niet beoordelen". Wanneer u de vragenlijst digitaal invult, kunt u de bolletjes voor het item dat u zou willen aankruisen, vervangen door een "X" te typen.



Deze ingevulde vragenlijst vormt samen met de door de Ziekenhuisarts ingevulde zelfevaluatie vragenlijst de basis voor een gesprek met een getrainde gespreksleider. Het is in het belang van de Ziekenhuisarts dat u zo eerlijk mogelijk antwoord geeft, schroom daarbij niet om verbeterpunten aan te geven! Het is in het belang van de Ziekenhuisarts om hiermee aan de slag te gaan.

De Ziekenhuisarts heeft u een papieren vragenlijst of een vragenlijst per e-mail gestuurd. Bij de papieren vragenlijst zit een gefrankeerde envelop met het adres van de Ziekenhuisarts erop: u kunt de ingevulde vragenlijst direct opsturen. Heeft u de vragenlijst per mail ontvangen dan heeft u ook het e-mailadres van de Ziekenhuisarts gekregen en kunt u de ingevulde vragenlijst als bijlage naar de Ziekenhuisarts sturen.

360° feedback vragenlijst voor het Evalueren Individueel Functioneren van de Ziekenhuisarts

Naam van de Ziekenhuisarts			
Datum	Uw functie	<input type="radio"/> aios <input type="radio"/> anios <input type="radio"/> Revalidatie-arts <input type="radio"/> Verpleegkundige <input type="radio"/> Paramedisch <input type="radio"/> Zorgmanager <input type="radio"/> Anders nl	

Hoe goed kent u de Ziekenhuisarts	<input type="radio"/> niet	<input type="radio"/> niet goed	<input type="radio"/> redelijk goed	<input type="radio"/> goed
-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	----------------------------

In de vragenlijst worden 7 onderwerpen c.q. 40 stellingen voorgelegd. Probeer de Ziekenhuisarts per stelling van een rapportcijfer te voorzien; de schaal loopt van 4 tot 10 waarbij 10 het maximaal haalbare is. Wanneer u als respondent een stelling niet kunt beoordelen, vul dan "Kan ik niet beoordelen" in.

A = Vakinhoudelijk handelen									
A	Deze Ziekenhuisarts:	4	5	6	7	8	9	10	kan ik niet beoordelen
1.	beschikt over adequate diagnostische kennis en kunde met betrekking tot de algemene ziektekunde, zoals wondgenezing, water- en zouthuishouding, circulatie en ventilatie, voeding en metabolisme, hemostase, infectie en afweer, en farmacotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	voert diagnostische & therapeutische verrichtingen goed uit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	is deskundig in de integrale en specialisme-overstijgende benadering van de patiënt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	houdt rekening met en respecteert aard, sekse, leeftijd, familie, cultuur, omstandigheden, vermogens en toestand van de patiënt bij onderzoek en behandeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	is in staat de psychosociale context van een patiënt te beoordelen en kent de implicaties hiervan voor diagnostiek, behandeling en vervolgtraject	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	kent de grenzen van zijn/ haar kennis en kunde en consulteert of verwijst zo nodig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	werkt "Evidence Based" en volgt waar mogelijk bestaande richtlijnen of protocollen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--

B = Communicatie									
B	Deze Ziekenhuisarts:	4	5	6	7	8	9	10	kan ik niet beoordelen
1.	heeft een open houding naar de patiënt, ongeacht sekse, levensfase, sociale en economische status, opleiding, etnische achtergrond, cultuur, seksuele geaardheid en levensovertuiging.	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	is in staat de patiënt en diens naasten op begrijpelijke en humane wijze voor te lichten met als doel de patiënt zoveel mogelijk te betrekken bij de besluitvorming over het diagnostisch en therapeutisch beleid	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	draagt zorg voor zorgvuldige, volledige, duidelijke, complete en tijdige verslaglegging t.b.v. de continuïteit van zorg en/of het voorgestelde beleid	0	0	0	0	0	0	0	0
		4	5	6	7	8	9	10	kan ik niet beoordelen
4.	respecteert de privacy van zijn/haar patiënten en gaat zorgvuldig om met gevoelige informatie	0	0	0	0	0	0	0	0
5.	kan op een gestructureerde, effectieve en empathische wijze medische informatie overdragen en de patiënt en diens begeleiders informeren over de voor- en nadelen van onderzoek, behandeling, mogelijke bijwerkingen en risico's en het te verwachten beloop van de ziekte	0	0	0	0	0	0	0	0
6.	kan adequaat uitleg geven over bevindingen en over de redenen waarom wel of niet verdere behandeling wordt voorgesteld	0	0	0	0	0	0	0	0

C = Samenwerking									
C	Deze Ziekenhuisarts:	4	5	6	7	8	9	10	kan ik niet beoordelen
1.	werkt effectief samen binnen multidisciplinaire teams van wisselende samenstelling, brengt eigen expertise en meningen in, maar is ook ontvankelijk voor andere standpunten.	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	onderhoudt collegiale relaties waarbij hij eigen inbreng en die van anderen kan combineren	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	heeft inzicht in de grenzen van de eigen deskundigheid en mogelijkheden en is bekend met en respecteert de deskundigheid van andere specialisten en zorgverleners in de patiëntenzorg	0	0	0	0	0	0	0	
4.	geeft opbouwende feedback aan collega's	0	0	0	0	0	0	0	0
5.	sprekt respectvol over collega's in gesprekken met anderen	0	0	0	0	0	0	0	0
6.	is punctueel en houdt rekening met de tijd van anderen	0	0	0	0	0	0	0	0

D = Leiderschap									
D	Deze Ziekenhuisarts:	4	5	6	7	8	9	10	kan ik niet beoordelen
1.	accepteert verantwoordelijkheid voor de zorg van actuele zaken	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	is in staat klinische vraagstukken te analyseren en maakt hierbij gebruik van geleerde tools uit de clinical governance (clinical audit, PRI)	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	neemt verantwoordelijkheid voor een goede sfeer en een goede werkrelatie van collegae en medewerkers	0	0	0	0	0	0	0	0
4.	draagt bij aan goed beleid en beheer t.b.v. van optimale zorg (richtlijnen, protocollen, informatievoorziening, administratie, kwaliteitsverbetering/-borging)	0	0	0	0	0	0	0	0
5.	toont leiderschap (neemt initiatief, betreft mensen bij beslissingen, innoveert)	0	0	0	0	0	0	0	0

E = Maatschappelijk handelen									
E	Deze Ziekenhuisarts:	4	5	6	7	8	9	10	kan ik niet beoordelen
1.	kent de determinanten van volksgezondheid zoals demografische, sociale, culturele en economische factoren en heeft kennis van de relatieve omvang van ziekte, handicap en sterfte en de verdeling daarvan binnen verschillende bevolkingsgroepen.	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	betreft kosten en het algemeen belang in zijn/haar medisch handelen	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	is bekwaam in situaties waarin de patiëntveiligheid in het geding is of (extra) aandacht vraagt en weet in voorkomende situaties adequaat preventief te handelen.	0	0	0	0	0	0	0	0
4.	herkent incidenten in de patiëntenzorg, tracht deze door bespreking en verbetering van processen hanteerbaar te maken, weet hoe deze incidenten correct te melden en neemt vervolgens passende correctieve en/of preventieve maatregelen.	0	0	0	0	0	0	0	0
5.	maakt complicaties, opgetreden bij de behandeling van patiënten, bespreekbaar, zowel voor collega's als voor de patiënt.								

F = Kennis en Wetenschap									
F	Deze Ziekenhuisarts:	4	5	6	7	8	9	10	kan ik niet beoordelen
1.	participeert actief in nascholing en toetsing ook als organisator	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	participeert actief in onderzoek en evaluatie van zorg	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	participeert in de opleiding van collegae en zorgaanbieders en probeert een goed rolmodel & mentor te zijn	0	0	0	0	0	0	0	0
4.	streeft een academische benadering in zijn/ haar werk na (audit, klinische besprekingen, toetsing, super/intervisie)	0	0	0	0	0	0	0	0
5.	draagt zorg voor implementeren en borgen van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid	0	0	0	0	0	0	0	0

G = Professionaliteit									
G	Deze Ziekenhuisarts:	4	5	6	7	8	9	10	kan ik niet beoordelen
1.	is in staat om ook onder druk adequaat te werken (niet gehinderd door gezondheids-of verslavingsproblemen)	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	toont nieuwsgierigheid en de bereidheid om gewoontes, vooroordelen, houding en fouten van zichzelf en van naaste medewerkers kritisch onder de loep te nemen.	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	toont een actieve instelling waarbij hij eigen lacunes of onvolkomenheden in de beroepsuitoefening opspoot en tracht deze via nascholing of anderszins op te heffen	0	0	0	0	0	0	0	0
4.	kan feedback geven en ontvangen en laat zien hieruit lering te trekken.	0	0	0	0	0	0	0	0
5.	verdeelt de energie goed en bewaakt de persoonlijke balans tussen patiëntenzorg, leerbehoeften van de opleiding, persoonlijke ontwikkeling en andere (sociale) activiteiten								
6.	is een graag geziene collega	0	0	0	0	0	0	0	0

Open Vragen	
Wat vindt u bijzonder sterke punten van het functioneren van de Ziekenhuisarts?	
1.	
2.	
Noem ook twee punten die voor verbetering vatbaar zijn.	
1.	
2.	

Stuur deze ingevulde vragenlijst als een "attachment" per email naar de gespreksleider (of als papieren print in de geadresseerde envelop, die de ZHA u heeft gegeven).