

# Normering praktijkvoering

## *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 3-4**

- 1.1. Zorgprocessen en protocollen – P.3
- 1.2. Medisch beleid klinische patiënt – P.3
- 1.3. Visite frequentie – P.3
- 1.4. Dossiervoering – P.3
- 1.5. Dienstregeling en bereikbaarheid – P.3
- 1.6. Dienst overdrachten – P.4
- 1.7. Berichtgeving aan de huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde – P.4
- 1.8. Overdracht en inzetbaarheid ten behoeve van continuïteit naar de eerste lijn – P.4
- 1.9. Melden van civiel-, straf-, of tuchtrechtelijke procedure aan bestuur of stafbestuur – P.4
- 1.10. Openheid over incidenten – P.4

**2. Kwaliteitsbevordering en veiligheid van zorg – Pagina 5**

- 2.1. Risico's en uitkomsten van de zorg – P.5
- 2.2. Kwaliteitsindicatoren – P.5
- 2.3. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening – P.5
- 2.4. Clinical audit – P.5
- 2.5. Verbetering zorgprocessen – P.5

**3. Vakgroep functioneren – Pagina 6**

- 3.1. Evalueren vakgroep functioneren – P.6
- 3.2. Vakgroep vergaderingen – P.6
- 3.3. Contacten in- en extern – P.6
- 3.4. Kwaliteitsplan – P.6

**4. Professionele ontwikkeling – Pagina 7**

- 4.1. Bij- en nascholing – P.7
- 4.2. Vakgroep en individueel functioneren – P.7
- 4.3. Optimaal functioneren – P.7

## **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 Overdacht en inzetbaarheid ten behoeve van continuïteit naar de eerste lijn**

1.8.1 Er vindt tweejaarlijks 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 zonodig 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 kwaliteitsvisiteatie.

#### **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.