



## **ADDENDUM Leidraad Waarderingsystematiek – minimale kwaliteitsvisitatie & invoering gespreksthema's**

### **Inleiding**

De Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties is vastgesteld in de Raad Kwaliteit in 2021. In deze toekomstvisie is onder andere het volgende doel gesteld:

*Het komen tot een minimale basisset van kwaliteitsaspecten die uniek zijn en niet bij andere kwaliteitsinstrumenten aan bod komen en waar administratieve lastenverlichting mee is te behalen, gecombineerd met een thematische visitatie.*

In 2022 heeft ten behoeve van het komen tot een minimale kwaliteitsvisitatie een inventarisatie en waardering van de huidige normen plaatsgevonden. Daaruit zijn enkele onderwerpen naar voren gekomen, die gemarkeerd kunnen worden als centrale onderwerpen én onderwerpen die minimaal aan bod zouden moeten komen tijdens de kwaliteitsvisitatie.

Het ontwerp van een minimale visitatie staat op gespannen voet met de huidige Leidraad Waarderingsystematiek, waar is bepaald dat op vier kwaliteitsdomeinen standaardnormen worden uitgevraagd. Met onderstaand voorstel wordt één van de domeinen (professionele ontwikkeling) niet opgenomen in de minimale uit te vragen onderwerpen. Dit domein is inmiddels geborgd buiten de scope van de kwaliteitsvisitatie.

Het komen tot een minimale kwaliteitsvisitatie vraagt om een heroverweging/aanpassing van de Leidraad Waarderingsystematiek. Dit voorstel is hiertoe een eerste aanzet. De Commissie kwaliteitsvisitatie wil met dit voorstel een handvat bieden aan wv'en waarmee zij aan de slag kunnen gaan om een eigen minimale basisvisitatie te ontwikkelen.

### **Doelstelling en uitgangspunten van Kwaliteitsvisitatie**

De kwaliteitsvisitatie is een uniek instrument voor en door professionals waar medisch specialisten met recht trots op zijn. De doelstellingen en uitgangspunten van kwaliteitsvisitaties kunnen in de volgende kernwoorden worden samengevat:

#### *Verbeteren*

Het visitatie-instrument is bedoeld om de zorg voor kwaliteit te verbeteren door de vakgroep een spiegel voor te houden. De kwaliteitsvisitatie heeft daarmee een kwaliteitsbevorderend karakter. Tegelijkertijd kan daar waar beroepsgenoten onder een afgesproken minimum functioneren, een verbeterimpuls worden gegeven al dan niet door medewerking van Raad van Bestuur en/of Stafbestuur en/of de wetenschappelijke vereniging.

#### *Vertrouwen*

De kwaliteitsvisitatie is gebaseerd op vertrouwen. Zowel vertrouwen tussen beroepsgenoten onderling als tussen de medici en "de maatschappij". Dat vertrouwen moeten worden waargemaakt door te blijven anticiperen op de opvattingen en ontwikkelingen die binnen beroepsgroepen gelden, en ook aan dat wat van "buiten" komt.

#### *Verdiepen*

Het visitatiemodel uit 2005 was een verdieping van het visitatieproces, aangezien er meer

dan voorheen werd gekeken naar de inhoud van de zorg en minder naar de randvoorwaarden. Die verdieping is doorgestaan in 2012 met de Leidraad Waarderingsystematiek en evalueert nu verder met de uitwerking van de Toekomstvisie Kwaliteitsvisite.

### *Verbinden*

De visitatiemethodiek verbindt vakgroepleden met elkaar doordat het accent, veel meer dan voorheen, ligt op (zelf-)evaluatie en gezamenlijk maken van verbeterplannen. Conclusies en adviezen worden standaard ter beschikking gesteld aan de Raad van Bestuur en het Stafbestuur, zodat er in gezamenlijk overleg verbeteringen kunnen worden gemaakt en monitoring kan plaatsvinden.

### **Voorstel Minimale Kwaliteitsvisite**

In de toekomst is het wenselijk dat wetenschappelijke verenigingen gebruik maken van deze minimale set van basisgegevens die in ieder geval bij elke vakgroep getoetst wordt tijdens een kwaliteitsvisite. Deze set beslaat gegevens die niet of niet volledig door andere instanties of andere kwaliteitssystemen wordt uitgevraagd. Deze set gegevens maakt de kwaliteitsvisite inhoudelijk uniek.

Een minimale set van normen betekent dan vanzelfsprekend dat sommige domeinen beperkt of leeg zullen zijn. Er is daarom voor gekozen de items in minimale kwaliteitsvisite niet langer weer te geven in verschillende domeinen, maar per onderwerp te positioneren waarbij er een (streef)norm wordt benoemd. De volgende normen vormen de minimale kwaliteitsvisite:

- De vakgroep evalueert regelmatig de **dossiervoering** en past die zo nodig aan.
- De **richtlijnen** van de wetenschappelijke vereniging worden gevolgd of er wordt beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd.
- Geldende **richtlijnen** worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd.
- Er is een systeem waarmee de **vakgroepvergaderingen** worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren.
- De vakgroep voert regelmatig een **evaluatie van het vakgroepfunctioneren** uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De resultaten komen terug in het beleidsplan en/of jaarverslag van de vakgroep.
- Het **stimuleren van een veilig werkklimaat** en het **voorkomen van ongewenst gedrag** is onderdeel van de kwaliteitscyclus van de vakgroep. Dit wordt structureel besproken en maakt onderdeel uit van het beleidsplan.
- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken **medisch beleid** en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en/of het jaarverslag van de vakgroep.
- De vakgroep informeert de patiënt over de aard en de toedracht van **incidenten** met voor de patiënt merkbare gevolgen. Dit wordt vastgelegd in het medisch dossier van die patiënt.
- **Incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties** worden structureel geregistreerd, geanalyseerd en gebruikt ter lering om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren. Dit is vastgelegd in een adequate kwaliteitscyclus.
- De vakgroep heeft een goed werkend systeem om **belasting en belastbaarheid** waaronder de werkdruk en privé belasting van individuele vakgroepleden en de vakgroep in zijn geheel in de gaten wordt gehouden. Dit systeem zorgt evident voor duidelijkheid en verbetering.
- De vakgroep werkt structureel samen met **essentiële partners in de regio** en indien van toepassing ook landelijk of internationaal.
- De vakgroep heeft een systeem waarmee de **klachten en signalen van onvrede** worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.

### **Uitwerking van de normen behorend tot de minimale kwaliteitsvisitatie**

Bovenstaande genoemde normen vragen in enkele gevallen ook tot aanpassing van de uitwerking van de normen middels de vijfpuntschaal. De uitwerking hiervan is te vinden in het document *Addendum Minimale Kwaliteitsvisitatie – uitwerking normen*, of zie bijlage 1 van dit document.

### **Voorstel inbedding van gespreksthema's**

Naast de harde kern van de 5-jaarlijkse terugkerende minimale kwaliteitsvisitatie, zal de toekomstige kwaliteitsvisitatie zich ook richten op gespreksthema's. Momenteel kiezen wv'en/vakgroepen soms zelf al thema's die ze als collega's onderling willen bespreken. Ook is het mogelijk dat vanuit de beroepsgroep thema's worden geïdentificeerd. Thema's kunnen voortvloeien uit best practices, actuele ontwikkelingen in het vakgebied of zijn af te leiden uit risico's voor de kwaliteit zoals de Inspectie voor Gezondheid en Jeugd (IGJ), Zorginstituut Nederland (ZIN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) die formuleren. De commissie geeft hieronder enkele suggesties voor actuele thema's. Het advies is dat tijdens een kwaliteitsvisitatie minimaal twee gespreksthema's worden behandeld en besproken, waarvan Samen Beslissen er in ieder geval één is. De uiteindelijke keuze en vorm van implementatie blijft bij de wetenschappelijke verenigingen al dan niet in overleg met de te visiteren vakgroep.

De vakgroep wordt hier op voorhand over geïnformeerd, zodat zij met betrekking tot het thema informatie kunnen verzamelen en het gesprek kunnen voorbereiden. Zie hierover ook de *Handreiking Visiteren met gespreksthema's*.

Mogelijke gespreksthema's waaruit de wv kan kiezen zijn nu:

- Samen Beslissen
- Patiëntenperspectief
- Functioneren binnen een netwerk
- Innovatie van zorg
- Belasting/belastbaarheid – Gezond en Veilig Werken
- Samenwerking intern- en extern

Inhoudelijk kan de visitatiecommissie ad hoc – door het ontbreken van een duidelijke norm – slechts aanbevelingen geven aan de gevisiteerden wat betreft het inhoudelijk omgaan met het gespreksthema. De wv kan er eventueel ook voor kiezen een algemene norm op te stellen rondom gespreksthema's. Deze norm zou dan bestaan uit onderdelen als:

- Het onderwerp wordt structureel, open en transparant besproken in de vakgroep
- De bespreking in de vakgroep leidt tot zichtbare en/of herleidbare verbeteringen

Niet alle thema's zullen voor alle wv'en relevant of van toepassing zijn. Gedeeltelijk zijn de gespreksthema's terug te voeren naar -of raken ze aan- de minimale kwaliteitsvisitatie en zullen dus aangepast en aangevuld kunnen worden met de vakspecifieke eisen door de eigen wv. Wanneer voor het gespreksthema geen expliciete normen aanwezig zijn zal men in de oordeelsvorming niet verder kunnen gaan dan een aanbeveling.

### **Wijziging in Leidraad Waarderingsystematiek**

In lijn met de toekomstvisie kwaliteitsvisitatie kunnen de wetenschappelijke verenigingen invulling geven aan drie veranderingen in de visitatiemethodiek:

1. Bij een minimale kwaliteitsvisitatie zijn de normen niet langer weer te geven in verschillende domeinen.

2. Er zal een minimale set van normen gebruikt worden tijdens de kwaliteitsvisitatie. Deze bestaat in ieder geval uit kwaliteitsaspecten uit verschillende onderwerpen die niet of niet voldoende via andere kwaliteitsinstrumenten worden getoetst.
3. Op basis van een actuele lijst van geprioriteerde thema's kunnen wetenschappelijke verenigingen en vakgroepen twee of meer thema's selecteren die besproken worden tijdens de visitatie dag.

## **Bijlage 1**

### **ADDENDUM Leidraad Waarderingsystematiek – minimale kwaliteitsvisitatie Uitwerking waarderingsystematiek minimale basisvisitatie.**

#### **Inleiding:**

In het Addendum 'Minimale Kwaliteitsvisitatie', dat eind april 2024 definitief is vastgesteld door het bestuur van de Federatie, wordt een aanzet gedaan voor wetenschappelijke verenigingen om hun waarderingsystematiek te herzien en te komen tot een minimale basisvisitatie. In dit addendum worden 12 normen beschouwd als de absolute basis.

Deze uitwerking toont de uitgebreidere uitwerking van deze 12 normen, met daaronder hangend de waarderingsystematiek. Dit is zoveel als kan gebaseerd op de originele Leidraad 'Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitatie' (2013). Echter was deze niet altijd meer relevant of niet voldoende dekkend. In *cursief* zijn opmerkingen en overwegingen bij enkele normen meegegeven.

Voor verdere toelichting de normen en de achtergrond hiervan, zie het *Addendum Leidraad Waarderingsystematiek – minimale kwaliteitsvisitatie* (2024).

### Dossiervoering

1. De vakgroep evalueert regelmatig de **dossiervoering** en past die zo nodig aan.

- De vakgroep evalueert regelmatig de dossiervoering en past die indien gewenst aan (S).
- De vakgroep heeft elektronische dossiers waarin de relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd (B).
- De dossiervoering vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid (A).
- De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid (ZA).
- De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid. Externe partijen hebben hierover klachten (V)

*De basisnorm (B) is aangepast t.o.v. de Leidraad Waarderingsystematiek: een elektronisch dossier is verplicht gesteld in de AVG.*

---

2. De **richtlijnen** van de wetenschappelijke vereniging worden gevolgd of er wordt beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd.

3. Geldende richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd.

### Naleven van richtlijnen

- Richtlijnen worden gevolgd of er wordt beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd (S).
- Richtlijnen worden wel nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd (B).
- Richtlijnen worden wel nagekomen, dan wel beargumenteerd van afgeweken maar dit wordt niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd (ZA).
- Richtlijnen worden niet nagekomen (V).

*Norm 2 en 3 uit de Basisset Minimale Kwaliteitsvisiting zijn samen te voegen tot één norm.*

*Ten opzichte van de Leidraad Waarderingsystematiek is hier de term 'medical audit' weggelaten. Het is aan de wetenschappelijke vereniging om zelf een afweging te maken welke onderbouwing zij willen zien van een vakgroep bij deze norm. Dit kan middels medical audit, dit kan ook middels andere systematiek/uitvraag. De wetenschappelijke vereniging bepaalt wat voor de beroepsgroep de geldende richtlijnen zijn.*

---



4. Er is een systeem waarmee de **vakgroepvergaderingen** worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren.

#### **Vakgroepvergaderingen**

- Er is een systeem waarmee de vakgroepvergaderingen worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren (S).
- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord (B).
- Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord (A).
- Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar deze zijn niet structureel en/of worden niet genotuleerd (ZA).
- Er worden geen vakgroepvergaderingen gehouden (V).

*Bij deze norm zijn een Zwaarwegend Advies (ZA) en Voorwaarde (V) toegevoegd bij geringe/geen vakgroepvergaderingen. De wetenschappelijke vereniging bepaalt zelf wat zij verstaan onder een vakgroepvergadering.*

5. De vakgroep voert regelmatig een **evaluatie van het vakgroepfunctioneren** uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De resultaten komen terug in het beleidsplan en/of jaarverslag van de vakgroep.

#### **Evaluatie van het vakgroepfunctioneren**

- De vakgroep voert regelmatig een evaluatie van het vakgroepfunctioneren uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De resultaten komen terug in het beleidsplan en/of jaarverslag van de vakgroep (S).
- De vakgroep voert een evaluatie van het vakgroepfunctioneren tenminste iedere vijf jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (B).
- Een evaluatie van het vakgroepfunctioneren wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd, de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (A).
- Een evaluatie van het vakgroepfunctioneren wordt tenminste iedere vijf jaar uitgevoerd maar de resultaten worden niet besproken (ZA).
- Evaluatie van het vakgroepfunctioneren wordt niet uitgevoerd (V).

*Deze norm heette voorheen de 'Quickscan'. Het is aan de wetenschappelijke vereniging om het meetinstrument voor deze norm te bepalen; dit kan middels de Quickscan, maar kan ook middels andere meetinstrumenten.*

*Bij de Streefnorm (S) is de term 'jaarlijks' vervangen voor 'regelmatig'. Het is aan de wetenschappelijke vereniging om te bepalen wat de frequentie dient te zijn om aan de Streefnorm te voldoen.*



6. Het **stimuleren van een veilig werkklimaat** en het **voorkomen van ongewenst gedrag** is onderdeel van de kwaliteitscyclus van de vakgroep. Dit wordt structureel besproken en maakt onderdeel uit van het beleidsplan.

**Stimuleren van een veilig werkklimaat en het voorkomen van ongewenst gedrag:**

- Het stimuleren van een veilig werkklimaat en het voorkomen van ongewenst gedrag is onderdeel van de kwaliteitscyclus van de vakgroep. Dit wordt structureel besproken en maakt onderdeel uit van het beleidsplan (S).
- Het stimuleren van een veilig werkklimaat en het voorkomen van ongewenst gedrag wordt structureel besproken en er worden verbeteracties benoemd en geïmplementeerd (B).
- Er wordt gesproken over het stimuleren van een veilig werkklimaat en ongewenst gedrag wordt als onwenselijk benoemd, wordt structureel besproken, maar er worden geen verbeteracties geïmplementeerd (A).
- Er wordt gesproken over het stimuleren van een veilig werkklimaat en ongewenst gedrag wordt als onwenselijk benoemd, maar dit wordt niet structureel besproken (ZA).
- Er is binnen de vakgroep geen aandacht voor een veilig werkklimaat en ongewenst gedrag wordt geaccepteerd als zijnde een individueel probleem (V).

*De norm uit de Basisset Minimale kwaliteitsvisitatie is aangepast: hieraan is toegevoegd 'Het stimuleren van een veilig werkklimaat (...)'*.

7. De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken **medisch beleid** en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en/of het jaarverslag van de vakgroep.

**Medisch beleid:**

- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en/of het jaarverslag van de vakgroep (S).
- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren (B).
- De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken medisch beleid, maar er is geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren (A).
- Er zijn afspraken over het medisch beleid, maar de vakgroepleden houden zich daar niet (helemaal) aan (ZA).
- Er zijn geen afspraken over het medisch beleid (V).





8. De vakgroep informeert de patiënt over de aard en de toedracht van **incidenten** met voor de patiënt merkbare gevolgen. Dit wordt vastgelegd in het medisch dossier van die patiënt.

**Openheid over incidenten:**

- De vakgroep informeert de patiënt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit vast in het medisch dossier van die patiënt (B).
- De vakgroep informeert de patiënt beperkt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en/of legt dit onvoldoende vast in het medisch dossier van die patiënt (ZA).
- De vakgroep informeert de patiënt niet over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en/of legt dit niet vast in het medisch dossier van die patiënt (V).

*De Aanbeveling is t.o.v. de Leidraad Waarderingsystematiek verwijderd. De term 'meestal' in de norm van de Aanbeveling leidde tot discussie. Het standpunt van de commissie is: de patiënt wordt altijd geïnformeerd en dit wordt altijd vastgelegd om te voldoen aan de norm. Is dit niet zo, dan leidt dit tot een zwaarwegend advies.*

9. **Incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties** worden structureel geregistreerd, geanalyseerd en gebruikt ter lering om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren. Dit is vastgelegd in een adequate kwaliteitscyclus.

**Registreren van incidenten, discrepanties en complicaties:**

- Incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties worden structureel geregistreerd, geanalyseerd en gebruikt ter lering om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren. Dit is vastgelegd in een adequate kwaliteitscyclus (S)
- Incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties worden structureel geregistreerd, geanalyseerd en gebruikt ter lering om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren (B).
- Incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties worden structureel geregistreerd en geanalyseerd, maar leiden niet tot aantoonbare (beleids)aanpassingen (A).
- Incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties worden geregistreerd maar niet geanalyseerd en/of structureel besproken (ZA).
- Incidenten, discrepanties in het medisch beleid en complicaties worden niet geregistreerd (V).

*Deze norm is een samenvoeging van meerdere normen uit de Leidraad Waarderingsystematiek. Deze norm kan eventueel nog verder worden samengevoegd met norm 12 – 'Klachten'. Zie voor het voorbeeld bij norm 12.*



10. De vakgroep heeft een goed werkend systeem om **belasting en belastbaarheid** waaronder de werkdruk en privé belasting van individuele vakgroepleden en de vakgroep in zijn geheel in de gaten wordt gehouden. Dit systeem zorgt evident voor duidelijkheid en verbetering.

**Belasting/ belastbaarheid:**

- De vakgroep heeft een goed werkend systeem om belasting en belastbaarheid waaronder de werkdruk en privé belasting van individuele vakgroepleden en de vakgroep in zijn geheel in de gaten wordt gehouden. Dit systeem zorgt evident voor duidelijkheid en verbetering (S).
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat te analyseren, te bespreken en te verbeteren (B).
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat te analyseren en te bespreken. Daar vloeien echter geen verbeteracties uit voort (A).
- Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's zonder dat dit leidt tot verandering (ZA).
- Er is binnen de vakgroep geen oog voor collega's die te veel belast worden (V).

11. De vakgroep werkt structureel samen met **essentiële partners in de regio** en indien van toepassing ook landelijk of internationaal.

**Essentiële partners in de regio**

- De vakgroep werkt structureel samen met essentiële partners in de regio en indien van toepassing ook landelijk of internationaal (B).
- De vakgroep werkt structureel samen met essentiële partners in de regio, maar hierin is nog ruimte voor verbetering (A).
- De vakgroep werkt onvoldoende samen met essentiële partners in de regio (ZA).
- De vakgroep werkt als een gesloten systeem zonder open te staan voor essentiële partners (V).

*De Streefnorm is bij deze norm komen te vervallen t.o.v. de Leidraad, omdat deze te ver afstand van de andere onderbouwingen van deze norm.*



12. De vakgroep heeft een systeem waarmee de **klachten en signalen van onvrede** worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.

#### **Klachten en signalen van onvrede:**

- De vakgroep heeft een systeem waarmee de klachten en signalen van onvrede worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren (S).
- De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. (B).
- De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (A).
- De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (ZA).
- De vakgroep heeft geen afspraken om klachten en signalen van onvrede te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (V).

*Er zijn verenigingen die hebben aangegeven deze norm samen (te willen) voegen met norm 9 (zie hierboven). Indien gewenst kan de volgende norm en waardering worden overwogen:*

#### **Voorbeeld indien norm 9 en 12 worden samengevoegd:**

9. **Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten** worden structureel geregistreerd en gebruikt ter lering om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren. Dit is vastgelegd in een adequate kwaliteitscyclus.

#### **Registreren van incidenten, discrepanties, complicaties en klachten:**

- Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten worden structureel geregistreerd, geanalyseerd en gebruikt ter lering om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren. Dit is vastgelegd in een adequate kwaliteitscyclus (S)
- Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten worden structureel geregistreerd, geanalyseerd en gebruikt ter lering om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren (B).
- Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten worden structureel geregistreerd en geanalyseerd, maar leiden niet tot aantoonbare (beleids)aanpassingen (A).
- Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten worden geregistreerd maar niet geanalyseerd en/of structureel besproken (ZA).
- Incidenten, discrepanties in het medisch beleid, complicaties en ontvangen klachten worden niet geregistreerd (V).