

# Handleiding Kwaliteitsevaluatie

## *Ziekenhuisgeneeskunde*

Commissie Kwaliteit en patiëntveiligheid VvZG | [commissiekwaliteitvvzg@gmail.com](mailto:commissiekwaliteitvvzg@gmail.com)

© **VvZG 2026** 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
Uitvoering kwaliteitsevaluatie	Pagina 6
Evaluatie-instrumenten	Pagina 8
Bijlage 1: Opzet portfolio	Pagina 10
Bijlage 2: EIF/IFMS	Pagina 12

## Inleiding

Ziekenhuisartsen<sup>KNMG</sup> moeten zich, zoals alle medisch specialisten, iedere vijf jaar herregistreren en daarbij voldoen aan de vier herregistratie-eisen van het College Geneeskundig Specialismen (CGS).

De 4 herregistratie-eisen vanuit CGS/RGS zijn:

Dat in de vijf jaar voorafgaande aan de datum van herregistratie:

1. Gemiddeld ten minste 16 uur per week in het profiel ziekenhuisgeneeskunde is gewerkt.
2. Deelgenomen is aan ten minste 200 uur geaccrediteerde deskundigheidsbevordering.
3. Evaluatie individueel functioneren (EIF)
4. Functioneren in groepsverband (KE)

Op de laatste twee van deze eisen willen we inzoomen in dit document.

Een geneeskundig specialist dient aantoonbaar te hebben deelgenomen aan een vorm van evaluatie van het *individuele* functioneren (EIF) én ook het functioneren in *groepsverband* (kwaliteitsevaluaties).

De ziekenhuisartsen die een eigen vakgroep ziekenhuisgeneeskunde hebben, doen de kwaliteitsevaluatie (KE) als vakgroep. De ziekenhuisartsen die niet in groepsverband werken zijn verplicht om aan een *individuele* kwaliteitsevaluatie (KE) deel te nemen. Hoe deze KE vorm zal worden gegeven, wordt in deze handleiding uitgewerkt. Deze handleiding kan ook worden gehanteerd voor de vakgroepen ziekenhuisgeneeskunde die als vakgroep aan een kwaliteitsevaluatie deelnemen.

## Doel KE & EIF

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.

## Evaluatie Individueel functioneren

Als Ziekenhuisarts<sup>KNMG</sup> voldoe je aan de eis van deelname aan een Evaluatie Individueel Functioneren 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>.

## Groepsevaluatie (kwaliteitsevaluatie)

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 evaluatie 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 (in dit geval de Vereniging voor Ziekenhuisgeneeskunde) vastgestelde kwaliteitsnormen. Deze externe kwaliteitsevaluatie zal eenmaal per vijf jaar (mits voldaan aan eisen) moeten plaatsvinden voor de eerstvolgende herregistratie van de ziekenhuisarts.

## De ziekenhuisarts en groepsevaluatie: een groeimodel

Het feit dat de ziekenhuisgeneeskunde in Nederland nog een relatief jong profiel is, maakt dat er nog maar beperkt sprake is van eigen vakgroepen. Daarnaast kenmerkt het werk van de ziekenhuisarts zich doordat zij juist werkzaam is *bij andere* vakgroepen om die werkzaamheden te vervullen die bij zijn rol passen. Dit maakt dat de bestaande systematiek van externe kwaliteitsevaluaties (nog) niet helemaal past bij de uitvoering van het werk van de beroepsgroep ziekenhuisartsen. In overleg met de RGS (die de

herregistratie toetst en registreert) wordt voor de ziekenhuisarts een eigen externe kwaliteitsevaluatie vormgegeven 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.

#### 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 wetenschappelijke vereniging zal het noodzakelijk zijn de normering en waarderingssystematiek regelmatig (tenminste eens per 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 normendocument bij. Door het verkregen evaluatierapport in de eigen organisatie in te bedden in de PDCA-kwaliteitscyclus zal de zorg voor de patiënten weer verder verbeteren.

In dit document wordt de KE toegelicht. Dit betreft een toelichting op het doel van de evaluatie en de daarbij gehanteerde uitgangspunten, het kwaliteitsproces dat de ziekenhuisarts in vijf jaar doorloopt, de daarbij te gebruiken instrumenten en tot slot de werkwijze van de externe kwaliteitsevaluatie zelf. In het Reglement Kwaliteitsevaluatie ziekenhuisarts zijn de formele afspraken vastgelegd.

Voor de leesbaarheid in dit document hanteren we de -zij-vorm en de term ziekenhuisarts waar we altijd ziekenhuisarts<sup>KNMG</sup> bedoelen.

\*De eerste versie van dit document is door de VvZG vastgesteld in november 2021 na goedkeuring in de ALV; deze tweede versie heeft in 2026 door de commissie Kwaliteit een update ondergaan

## 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 ziekenhuisarts een spiegel voor te houden en zich op basis daarvan te laten verbeteren, en niet primair om disfunctioneren te detecteren.

Kwaliteitsevaluatie heeft daarmee een kwaliteitsbevorderend 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.

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

Voor de details en inhoud hiervan verwijzen we u naar de meest recente Normering Praktijkvoering Ziekenhuisgeneeskunde op de website van de VvZG.

## Kwaliteitscyclus individuele ziekenhuisarts

### Inleiding

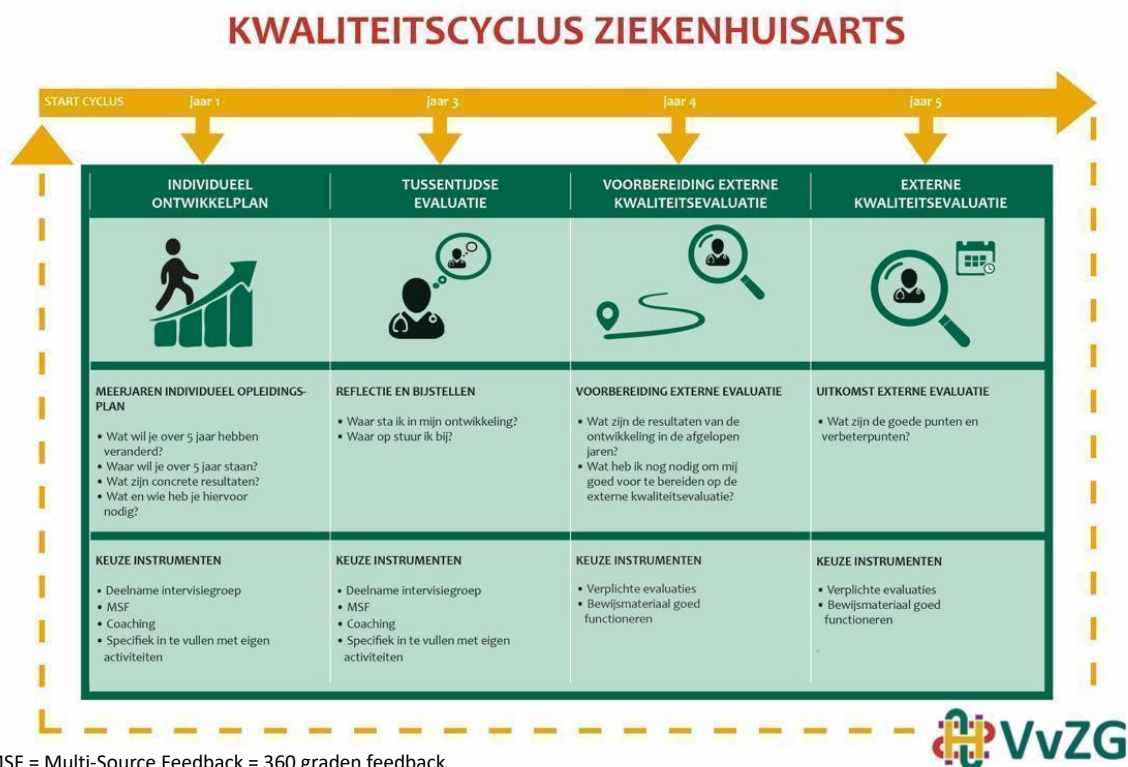
Jezelf ontwikkelen en verbeteren op basis van reflectie en feedback is in het kader van levenslang leren een voortdurend proces. Aan de hand van zelf te organiseren feedback en reflectiemomenten organiseert de professional zijn eigen leerproces. Dit is een basisattitude van de ziekenhuisarts die denkt 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 ziekenhuisarts 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.



MSF = Multi-Source Feedback = 360 graden feedback

1. Meerjarig individueel ontwikkelplan (IOP): de uitkomsten van de evaluatie vormen de start van het eigen verbeterplan voor de komende vijf jaren.
2. Tussentijdse evaluatie: Op basis van ontwikkeling en eigen inzicht wordt het IOP bijgesteld. Deze bijstelling wordt in ieder geval 1x per 5 jaar gedaan op basis van IFMS;
3. 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 ziekenhuisarts 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.
4. Participatie aan externe kwaliteitsevaluatie (KE) individueel of als vakgroep: dit is de start van de nieuwe verbetercyclus.

## **Uitvoering van de externe kwaliteitsevaluatie (KE)**

De externe kwaliteitsevaluatie wordt uitgevoerd bij een individu, vakgroep of een tweetal ziekenhuisartsen werkzaam op 1 locatie die zich in dezelfde periode moeten laten herregistreren (in dit laatste geval worden eigenlijk 2 individuele KE's tegelijk uitgevoerd). De evaluatiecommissie bestaat uit twee ziekenhuisartsen (bij voorkeur uit verschillende instellingen) en een notulist. In de ideale wereld wordt hier in de toekomst een objectief lid aan toegevoegd (bijvoorbeeld een opleidingskundige, adviseur kwaliteit en veiligheid). De meest ervaren evaluator functioneert als voorzitter van de kwaliteitsevaluatie. De functie van notulist wordt tot op heden ingevuld door ziekenhuisartsen of AIOS-ziekenhuisgeneeskunde. Voor verdere details zie Reglement Kwaliteitsevaluatie.

### **Vorbereiding**

Een individu of vakgroep bereidt 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 1 maand voor de geplande evaluatiedatum aan de evaluatiecommissie aangeboden worden.

In het kader van het evalueren van het functioneren van de ziekenhuisarts, kan het wenselijk zijn dat de evaluatiecommissie kennis wil nemen van aanvullende documenten die iets kunnen zeggen over het functioneren van de ziekenhuisarts. Denk hierbij bijvoorbeeld aan resultaten van een clinical audit. In overleg kan de evaluatiecommissie de ziekenhuisarts vragen dergelijke documenten toe te sturen. Ook kan hier op de dag van de kwaliteitsevaluatie zelf op locatie naar gevraagd worden.

### **Uitvoering evaluatie**

Op basis van het portfolio wordt de deelnemende ziekenhuisarts en/of vakgroep bevestigd en wordt de kwaliteit van hun werk besproken. In het gesprek staat steeds een ziekenhuisarts centraal. Verbeterpunten worden in concept met elkaar geformuleerd. Er vinden die dag ook diverse vooraf geplande interviews plaats met mensen die hun visie kunnen geven over het werk van de desbetreffende ziekenhuisarts of vakgroep.

### **Normering praktijkvoering VvZG: standaard voor evalueren**

Met behulp van de "Normering Praktijkvoering Ziekenhuisgeneeskunde" wordt de kwaliteit van de ziekenhuisarts geëvalueerd. Dit document is te vinden op de website van de VvZG. [www.vvzg.nl](http://www.vvzg.nl)

#### 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 te stimuleren en uit te nodigen 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. Dus voor de volgende KE.
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, afhankelijk van de inhoud, binnen de tijd die de evaluatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, meestal binnen zes tot twaalf maanden.

Van de evaluatie wordt een verslag gemaakt. Het gespreksverslag wordt binnen vier weken ter controle op feitelijke onjuistheden aan de desbetreffende ziekenhuisarts of vakgroep en andere gesprekspartners voorgelegd.

#### **Afronding evaluatie**

Na afloop wordt door de evaluatiecommissie op basis van de gespreksverslagen een rapportage opgesteld waarin zowel sterke punten als verbeterpunten geformuleerd worden. De rapportage wordt maximaal 2 maanden na de kwaliteitsevaluatie aangeleverd. De ziekenhuisarts stelt op basis van de rapportage zijn eigen meerjarig individueel ontwikkelplan (IOP) bij.

#### **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 ziekenhuisgeneeskunde.

#### **Organisatie van de kwaliteitsevaluaties**

De organisatie van de kwaliteitsevaluaties is in handen van de Commissie Kwaliteit en Patiëntveiligheid van de VvZG.

## Evaluatie-instrumenten

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

### Individueel ontwikkelplan (IOP)

Het CGS heeft verplicht gesteld dat je een individueel ontwikkelplan (IOP) maakt en dit regelmatig bijstelt. Meestal wordt van het IOP gebruikgemaakt in de jaargesprekken met de managers.

#### 1. Opstellen van een IOP

Het uitgangspunt van het evaluatiemodel is dat je je altijd kunt ontwikkelen. Naast de verbeterpunten uit een eventuele eerdere KE 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 en/of aan de kernactiviteiten van de ziekenhuisarts. (Zie hiervoor Normering Praktijkvoering Ziekenhuisgeneeskunde)
- IFMS minimaal 1 x per 5 jaar: vraag een diverse groep van collega's (meerdere disciplines): collega's uit de vakgroep waar de ziekenhuisarts op dat moment werkzaam is, andere specialisten, medewerkers, patiënten, familie van patiënten (door middel van interviews en/of enquêtes), interne of externe collega's om feedback;

#### 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 een intervisiegroep of een coach. Belangrijkste is dat de ziekenhuisarts iets kiest wat bij haar of de vakgroep past en die informatie geeft waarmee de ziekenhuisarts zich (blijvend) kan ontwikkelen.

### EIF (IFMS)

Je bent verplicht minstens 1 keer per 5 jaar (of vaker bij wisseling van werkplek of 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 het 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. De meeste zorginstellingen hebben de IFMS centraal geregeld, waardoor je hier soms op mee kan liften. Mocht dit niet zo zijn, vind je in bijlage 2 een formulier met vragen om je hierbij te helpen. Deze informatie kun je weer gebruiken voor het bijstellen van je IOP.

### Gesprek met een individuele coach

Meer achtergrondinformatie hoe je een gesprek met een individuele coach kunt organiseren en vastleggen vind je in het document "Tips Coaching en Intersie op de website van de VvZG"

### Normering praktijkvoering VvZG: de standaard voor het 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 dossiervoering/correspondentie evalueren of juist met collega's.
  - Uitkomsten IFMS, Intersiegroep
2. Kwaliteitsbevordering en veiligheid van zorg:
  - Kwaliteitsverbeterprojecten

- Clinical audit (tenminste 1x per 3 jaar)
    - SIRE onderzoek/calamiteiten
    - Prospectieve risicoanalyse
  - Participatie in afdeling/ziekenhuiscommissies
    - Complicatiebespreking
    - Kwaliteitsbespreking
    - Morbiditeit en mortaliteitsbesprekingen
    - Besprekingen/commissies anderszins
  - Verzorgen scholing/onderwijs
  - Superviseren van/opleiden van A(N)IOS/co-assistenten
  - Vakgroep functioneren (vaak GFMS = Groeps Functioneren Medisch Specialisten)
3. Professionele ontwikkeling
- Gesprek met een coach
  - Participatie Intervisiegroep
  - IFMS
  - Vakliteratuur
  - Referaten/CAT/PICO's
  - IOP
  - Gevolgde bij- of nascholing
  - Deelname aan landelijke activiteiten/jaarlijks symposium VvZG
  - Publiceren van wetenschappelijke artikelen en deelname aan (internationale) congressen.

## Bijlage 1: Opzet/ inhoud 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. Naast uitkomsten van evaluaties kunnen dit ook "bewijsstukken" zijn zoals de uitkomsten/verslagen van een clinical audit, verbeterproject of protocollen die zijn geactualiseerd.

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](http://www.evernote.com) aanraden.

### Voorbeeld van een opzet van portfolio

#### Hoofdstuk 1:

- Personalia

#### 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 ontwikkelplan). Hier moeten ook documenten in staan zoals je jaarlijkse functioneringsgesprekken met je leidinggevende of het ontwikkelplan dat je gedeeld hebt met je leidinggevende. Wij adviseren je ontwikkelplan op te zetten aan de hand van de CanMEDS competenties.
- Je 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 (Gaat 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: Zie ook Hoofdstuk 5 voor meer voorbeelden van evaluatie-instrumenten

- IFMS
- Quick scan
- Coachingsgesprekken
- Intervisie rapport
- Eventueel functioneringsgesprekken
- Overige (die de ziekenhuisarts belangrijk vindt).

## Bijlage 2 EIF (IFMS)

### Toelichting bij de vragenlijst voor de Evaluatie van het Individueel Functioneren van de Ziekenhuisarts<sup>KNMG</sup>

Evaluatie van het Individueel Functioneren is een verplichte herregistratie-eis voor elke arts, zo ook voor de Ziekenhuisarts<sup>KNMG</sup>. 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.

In de meeste ziekenhuizen is de IFMS centraal geregeld. Mocht dit niet zo zijn en je wil de feedback vragenlijsten zelf uitzetten, hebben we hieronder een bruikbaar formulier.

#### 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.



### 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"/> Medisch specialist <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
<p>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.</p>				

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 en 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 zij eigen inbreng en die van anderen kan combineren	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	heeft inzicht in de grenzen en mogelijkheid van eigen deskundigheid 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.	spreekt 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.								

<b>F = Kennis en Wetenschap</b>									
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

<b>G = Professionaliteit</b>									
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 zij 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.