

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

Overal waar 'de vakgroep' staat, kan ook worden gelezen 'de vakgroep waarin de ziekenhuisarts werkt'

Overal waar 'ziekenhuisarts' staat, wordt de formele titel 'ziekenhuisarts'^{KNMG}' bedoeld

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 – P.3
- 1.4. Dossiervoering – P.3
- 1.5. Dienstregeling, bereikbaarheid en dienstoverdrachten – P.3
- 1.6. Berichtgeving aan de eerste lijn – P.4
- 1.7. Inzet tbv contacten met de eerste lijn – P.4
- 1.8. Melden van civiel-, straf-, of tuchtrechtelijke procedure – P.4
- 1.9. Melding en analyse van incidenten – P.4

2. Kwaliteitsbevordering en veiligheid van zorg – Pagina 4

- 2.1. Complicatie en necrologiebesprekingen – P.4
- 2.2. Ziekenhuisbrede commissies – P.4
- 2.3. Kwaliteitsindicatoren P.5
- 2.4. Verbetering zorgprocessen – P.5
- 2.5. Multiprofessionele samenwerking P.5
- 2.6. Clinical audit – P.5
- 2.7. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening - P.5

3. Vakgroep functioneren – Pagina 5

- 3.1. Evalueren vakgroepfunctioneren – P.5
- 3.2. Optimaal functioneren P.5
- 3.3. Vakgroepvergaderingen – P.5
- 3.4. Contacten in- en extern – P.5
- 3.5. Visie op kwaliteitsbevordering – P.5

4. Professionele ontwikkeling – Pagina 6

- 4.1. Bij- en nascholing – P.6
- 4.2. Individueel functioneren – P.6
- 4.3. Ongewenst gedrag – P.6
- 4.4. Belastbaarheid - P.6

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. Wanneer hiervan wordt afgeweken, wordt dit beargumenteerd gedaan en vastgelegd in het patiëntendossier.

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

1.2.3 De ziekenhuisarts heeft een structurele aanpak om dit beleid te evalueren en verbeteren.

1.3 Visite

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 in de patiëntendossiers.

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, bereikbaarheid en dienstoverdrachten

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.

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

1.5.4 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.

1.6 Berichtgeving aan de eerste lijn

1.6.1 De ziekenhuisarts dient binnen vierentwintig uur na ontslag een voorlopig ontslagbericht verstuurd te hebben aan de eerste lijn, respectievelijk met de patiënt en/of familie te hebben meegegeven.

1.6.2 Het voorlopig ontslagbericht moet minimaal de volgende informatie bevatten

1.6.2.1 Opname- en ontslagdatum

1.6.2.2 Diagnose

1.6.2.3 Behandeling

1.6.2.4 Vervolgafspraken

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

1.6.2.6 Ontslagmedicatie

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

1.6.4 De ziekenhuisarts neemt voor ontslag contact op met de eerste lijn 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.

1.7 Inzet ten behoeve van contacten met de eerste lijn

1.7.1 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 zo nodig te verbeteren.

1.7.2 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.

1.8 Melden van civiel-, straf-, of tuchtrechtelijke procedure

1.8.1 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.

1.8.2 Het juridisch traject wordt gezamenlijk doorlopen.

1.8.3 Een eventueel doorlopen traject leidt tot (breed gedragen) verbetervoorstellen.

1.9 Melding en analyse van incidenten

1.9.1 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.

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

1.9.3 De ziekenhuisarts draagt bij aan het leren van incidenten en calamiteiten, en het uitvoeren van hieruit volgende verbeteracties.

2 Kwaliteitsbevordering en veiligheid van zorg

2.1 Complicatie- en necrologiebesprekingen

2.1.1 De ziekenhuisarts neemt deel aan (multidisciplinaire) complicatie- en necrologiebesprekingen.

2.1.2 Uit de complicatie- en necrologiebesprekingen worden verbeteracties geformuleerd, die systematisch gemonitord worden (bijvoorbeeld middels PDCA-cyclus).

2.2 Ziekenhuisbrede commissies

2.2.1 De ziekenhuisarts neemt deel aan ziekenhuisbrede commissies in het kader van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg.

2.3 Kwaliteitsindicatoren

2.3.1 De vakgroep 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.

2.4 Verbetering zorgprocessen

2.4.1 De ziekenhuisarts draagt actief bij aan de ontwikkeling van zorgpaden op de afdeling waar de ziekenhuisarts werkzaam is en de systematische evaluatie hiervan (bijvoorbeeld middels PDCA-cyclus).

2.5 Multiprofessionele samenwerking

2.5.1 De ziekenhuisarts draagt bij aan multiprofessionele samenwerking en heeft hierin een organiserende/leidende rol.

2.6 Clinical audit

2.6.1 De ziekenhuisarts zal minimaal één keer per drie jaar een clinical audit verrichten en heeft hierin een leidende rol.

2.7 Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

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

3 Vakgroepfunctioneren

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 vakgroepfunctioneren

3.1.1 De vakgroep ziekenhuisgeneeskunde evalueert minimaal vijfjaarlijks, of vaker wanneer aangewezen, het vakgroepfunctioneren 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 kwaliteitsvisitatie.

3.2 Optimaal functioneren

3.2.1 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.

3.3 Vakgroepvergaderingen

3.3.1 Er worden gestructureerde vakgroep vergaderingen gehouden en genotuleerd. De uitvoering van actiepunten wordt systematisch gemonitord (bijvoorbeeld middels PDCA-cyclus).

3.4 Contacten in- en extern

3.4.1 Er zijn goede contacten, in- en extern, die de vakgroep gebruikt om het eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen. Dit is geborgd in een kwaliteitscyclus.

3.5 Visie op kwaliteitsbevordering

3.4.1 De vakgroep heeft een visie hoe binnen het ziekenhuis kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te bevorderen, en onderneemt hierop acties die systematisch geëvalueerd worden.

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 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.

4.3 Ongewenst gedrag

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

4.4 Belastbaarheid

4.4.1 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.