

*Normenkader- en waarderingssystematiek
voor de kwaliteitsvisitatie*



Heilige deur

Inleiding

Kwaliteitsvisite is een ter plaatse te verrichten onderzoek onder een groep psychiaters door collegae psychiaters, waarbij op basis van zelfevaluatie continue kwaliteitsverbetering van de zorgverlening aan patiënten wordt nagestreefd. Het doel is een zo objectief mogelijk oordeel te krijgen over de kwaliteit van zorg die door de gevisiteerde psychiaters wordt geleverd. Bij kwaliteitsvisite wordt getoetst aan kwaliteitsnormen.

Het is een intercollegiale toetsing op locatie en heeft de functies van kwaliteitsbevordering, enthousiasmering, toetsing en terugkoppeling vanuit de praktijk naar het bestuur van de wetenschappelijke vereniging. In de laatste jaren zijn door de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten verschillende adviezen uitgebracht over kwaliteitsvisites.. Een recente aanbeveling is het overgaan op een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming¹, aan de hand van een normenkader. Het doel van deze aanbeveling was het verminderen van subjectiviteit bij de kwaliteitsvisites en het kenbaar en voorspelbaar maken van de oordeelsvorming. Met de introductie van een normenkader en waarderingsystematiek verandert dus niet de insteek van de kwaliteitsvisite, maar ontstaat een meer transparant proces van oordeelsvorming.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft kennisgenomen van deze adviezen en heeft mede op basis hiervan de volgende visie opgesteld:

- Van kwaliteitsbewaking naar kwaliteitsbevordering
- Van incidentele verantwoording naar continue kwaliteitsbeleid
- Van “straffen en belonen” naar eigen verantwoordelijkheid

Om kwaliteitsverbetering vorm en inhoud te geven wordt de PDCA-cyclus gehanteerd, ook wel Plan-Do-Check-Act. Met dit principe wordt aangegeven dat voor het bereiken van een hogere kwaliteit een continue cyclus op gang moet worden gebracht van het plannen van acties, het uitvoeren van geplande acties, het controleren van het resultaat van de acties, het bijsturen van de uitvoering of het plannen van nieuwe activiteiten.

De NVvP heeft een eigen normenkader en waarderingsystematiek ontwikkeld om zo te komen tot een meer systematische, objectieve en transparante wijze van visiteren. Bij de ontwikkeling van deze systematiek zijn relevante kwaliteitsaspecten geselecteerd, waarvoor normen en graderingen zijn geformuleerd. De normen zijn afgeleid van de leidraad, richtlijnen, kwaliteitsindicatoren en andere documenten die specifiek de psychiatrische zorg beschrijven. Per norm staat gemotiveerd waarom deze relevant is.

De normen zijn verdeeld in vier kwaliteitsdomeinen: kwaliteit van zorg, functioneren van de vakgroep, patiëntenperspectief en professionele ontwikkeling. Het doel per domein is:

- Kwaliteit van zorg: het leveren van goede zorg aan patiënten met psychiatrische aandoeningen.
- Functioneren van de vakgroep: het op professionele wijze invulling geven aan de organisatie die de zorg levert en het gezamenlijk werken aan continue kwaliteitshandhaving en -verbetering.
- Patiëntenperspectief: expliciet aandacht voor kwaliteitsaspecten, anders dan louter uitkomst van behandeling, die voor de patiënt van belang zijn.
- Professionele ontwikkeling: het borgen van continue voor goede uitoefening van het vak noodzakelijke ontwikkeling door alle psychiaters.

Gradering

In eerste instantie kennen de gevisiteerden zichzelf scores toe op de verschillende kwaliteitsaspecten binnen de vier domeinen, daarna doen de bezoekers hierover een uitspraak op basis van hun bevindingen. De scores kunnen er als volgt uit zien:

1. Uitstekend; een voorbeeld voor anderen.
2. Goed; de norm.

¹ Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisites. Een leidraad voor wetenschappelijke verenigingen (Orde van Medisch Specialisten, 2012)

3. Voldoende; de praktijkvoering kan op onderdelen worden verbeterd. Visiteurs geven een aanbeveling of meerdere aanbevelingen, die de gevisiteerden binnen vijf jaar (vóór de volgende visitatie) dienen uit te voeren.
4. Onvoldoende; er zijn tekortkomingen op onderdelen van de praktijkvoering die noodzakelijke verbetering behoeven. Visiteurs geven een zwaarwegend advies of zwaarwegende adviezen, die afhankelijk van het oordeel van de visiteurs en de Commissie Kwaliteitsvisiteatie (CKV) binnen één of twee jaar dieneen te zijn uitgevoerd.
5. Zwaar onvoldoende; er zijn op essentiële onderdelen ernstige tekortkomingen. Visiteurs geven een voorwaarde of voorwaarden. Gevisiteerden dienen deze binnen de tijd die de visiteurs en de CKV aangeven te zijn uitgevoerd.

Er wordt in het verslag gewerkt met een standaardformulering betreffende de adviezen, en waar nodig worden de adviezen gespecificeerd. De volgende formulering wordt toegepast:

- **Aanbeveling:**
De visitatiecommissie geeft de aanbeveling aan de gevisiteerden om een (integraal) verbeterplan te maken, zodat binnen maximaal vijf jaar dit kwaliteitsaspect voldoet aan de gradering "Goed".
- **Zwaarwegend advies:**
De visitatiecommissie geeft het zwaarwegend advies aan de gevisiteerden om binnen maximaal zes maanden een (integraal) verbeterplan te presenteren, waarin is uitgewerkt hoe dit kwaliteitsaspect binnen maximaal twee jaar aan de gradering "Voldoende" zal voldoen en binnen maximaal vijf jaar aan de gradering "Goed".
- **Voorwaarde:**
De visitatiecommissie stelt als voorwaarde aan de gevisiteerden om binnen een door de commissie bepaalde termijn, (maximaal zes maanden) een (integraal) verbeterplan te presenteren waarin is uitgewerkt hoe binnen de door de commissie bepaalde termijn de patiëntveiligheid is gegarandeerd en dit kwaliteitsaspect binnen maximaal twee jaar voldoet aan de gradering "Voldoende".

De verdere procedure ten aanzien van de maatregelen zijn terug te vinden in het Reglement Kwaliteitsvisiteatie.

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om alle normen in maat en getal uit te drukken. Het blijft, ondanks het gebruik van de geformuleerde normen, een subjectieve beoordeling door de leden van de vakgroep en de visiteurs. In het normenkader worden termen als incidenteel, meer dan incidenteel en structureel gehanteerd om de graderingen aan te geven.

- *incidenteel*; maximaal 2 uit een steekproef van 10
- *meer dan incidenteel*; 3 of 4 uit een steekproef van 10
- *structureel*; 5 of meer uit een steekproef van 10.

Deze definities zijn bedoeld om toe te passen in situaties waarin de vakgroep en de visiteurs het onderling niet eens zijn over de gradering.

Tot slot, in dit normenkader wordt bij de waardering *uitstekend* alleen een voorbeeld gegeven van wat uitstekend kàn zijn. Bij de waardering *zwaar onvoldoende* is sprake van een (potentieel) gevaar voor de patiëntveiligheid.

Naast de gegradeerde aspecten van kwaliteit van zorgverlening zijn in het document ook enkele belangrijk geachte aspecten opgenomen waarvoor (nog) geen volledige gradering met bijbehorende adviezen bestaat. Het staat de visiteurs echter vrij om hier in het visitatierapport een advies voor op te nemen.

Groepsverband

De kwaliteitsvisitaties van de NVvP richten zich op alle psychiaters die patiëntenzorg leveren, bijvoorbeeld in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ/MPU), psychiatrische zorg in academische ziekenhuizen, instellingen voor forensische psychiatrie en zelfstandig gevestigd psychiaters. Binnen en tussen deze instellingen zijn verschillende organisatiestructuren mogelijk, bijvoorbeeld vakgroepen, maatschappen of intervisiegroepen. De normen zijn breed geformuleerd om ze voor al deze instellingen en organisatiestructuren van toepassing te laten zijn. In dit document worden deze instellingen en werkvormen samengenomen onder de noemer **vakgroep**. De vakgroep betreft hiermee de organisatorische

eenheid van psychiaters die wordt gevisiteerd; dit kan dus ook een individuele psychiater zijn. In dat geval wordt “vakgroep” ook gebruikt voor de intervisiegroep, waartoe de psychiater behoort, waarin de kwaliteitscyclus ook gezamenlijk kan worden geborgd. Wanneer psychiaters voor kwaliteitsbevordering samenwerken in een intercollegiaal netwerk, wordt gesproken over een **intervisiegroep**. Iedere psychiater neemt bij voorkeur minimaal zesmaal per jaar deel aan psychiater-intervisie in een vaste groep². Omdat psychiaters vaak werken in samenwerking met andere zorgverleners, wordt voor het multidisciplinaire samenwerkingsverband de term **multidisciplinair team** gebruikt.

Dynamisch & actueel

Vanwege de ontwikkeling van nieuwe inzichten in het vakgebied en veranderende eisen vanuit de samenleving en de politiek heeft dit document een dynamisch karakter. Daarom zal de CKV dit document periodiek evalueren en reviseren waar nodig. Dit document is aanvullend op bestaande documenten en actuele wet- en regelgeving, die van kracht blijven. De gehele procedure ten aanzien van de kwaliteitsvisite van de NVvP staat uitgebreid beschreven in het document Handleiding Kwaliteitsvisite³ en het Reglement Kwaliteitsvisite⁴.

Voor vragen kunt u altijd terecht bij het secretariaat van de NVvP, bereikbaar via visitatie@nvvp.net en 030-899 0083. Veel succes gewenst bij uw visite!

² Handleiding Intervisie voor Psychiaters (2009)

³ Handleiding Kwaliteitsvisite (2017)

⁴ Reglement Kwaliteitsvisite (2017)

Kwaliteitsdomein I Evaluatie van zorg

Kwaliteitsaspecten

- 1.1 Naleven van richtlijnen
- 1.2 Dossiervoering
- 1.3 Somatische zorg
- 1.4 Medicatie voorschrijven
- 1.5 Dwang- en drangmaatregelen
- 1.6 Continuïteit van zorg
- 1.7 Taken en verantwoordelijkheden
- 1.8 Externe samenwerking
- 1.9 Complicaties en incidenten
- 1.10 Resultaat van zorg

1.1 Naleven van richtlijnen

“Richtlijnen vormen de vertaling van wetenschappelijke kennis naar het klinisch handelen; ze zijn een belangrijk instrument voor het op niveau brengen en houden van de professionele kwaliteit van de psychiater. Dit vraagt niet alleen een deugdelijke ontwikkeling van richtlijnen, maar ook de implementatie ervan en een vorm van toetsing van het professionele handelen in de vorm van kwaliteitsvisitaties”.

(<http://www.nvvp.net/richtlijnen> en/of <http://www.richtlijnen database.nl>.)

Binnen dit kwaliteitsaspect wordt uitgegaan van de richtlijn. Er zijn zorg- en kwaliteitstandaarden in ontwikkeling en zodra deze beschikbaar zijn worden deze geïntegreerd in de visitatiemethodiek.

Uitstekend	Op dit aspect wordt aan de norm voldaan. Daarenboven wordt bijvoorbeeld regelmatig en systematisch gerapporteerd over het gebruik van de richtlijn aan de NVvP, zodanig dat dit voor evaluatie en onderhoud van de richtlijn bruikbaar is.
Goed	De richtlijnen van de NVvP worden nageleefd, dan wel er wordt beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier, bijvoorbeeld in het behandelplan, vastgelegd. Dit wordt middels audits door de vakgroep systematisch geëvalueerd en is indien nodig onderwerp van de verbetercyclus.
Voldoende	De richtlijnen van de NVvP worden nageleefd, dan wel er wordt beargumenteerd van afgeweken. Dit wordt incidenteel niet in het patiëntendossier vastgelegd en/of het naleven van richtlijnen wordt maximaal een keer per vijf jaar, in het kader van de kwaliteitsvisitatie, geëvalueerd.
Onvoldoende	De richtlijnen van de NVvP worden in principe nagekomen, maar er wordt meer dan incidenteel niet beargumenteerd van de richtlijnen afgeweken en/of dit wordt niet in het patiëntendossier vastgelegd.
Zwaar onvoldoende	De richtlijnen van de NVvP zijn niet bekend en/of worden structureel niet nageleefd, waardoor de patiëntveiligheid in het geding is.

1.2 Dossiervoering

“Het primaire doel van het dossier in de gezondheidszorg is het waarborgen van de kwaliteit van de hulpverlening. Daartoe rekenen we ook de continuïteit van de hulpverlening. Het dossier is immers een belangrijke informatiebron voor andere hulpverleners, zoals waarnemers. Ook zij, de opvolger en de arts-assistent, moeten uit het dossier kunnen begrijpen wat de medische achtergrond en situatie van de patiënt is. Het dossier kent ook een aantal afgeleide functies. Zo vervult het een functie voor de algemene kwaliteitsbewaking, bij het afleggen van verantwoording voor het medisch handelen, voor wetenschappelijk onderzoek en voor medisch onderwijs.” (2004 WGBO-rapport. Deel 3)

Uitstekend	Op dit aspect wordt aan de norm voldaan. Daarenboven zijn de gegevens uit de dossiers bijvoorbeeld toereikend voor retrospectief onderzoek naar effectiviteit van behandelingen in de dagelijkse praktijk.
------------	--

Goed	De psychiater heeft goed gestructureerde en actuele papieren- en/of elektronische dossiers waarin de relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd, evalueert systematisch de dossiervoering en past die indien nodig aan. De dossiervoering voldoet minimaal aan de Veldnorm Zelfstandig Gevestigd Psychiaters (zie Bijlage 1).
Voldoende	De dossiervoering vertoont incidentele tekortkomingen ten opzichte van de Veldnorm Zelfstandig Gevestigd Psychiaters (zie bijlage 1). De behandeling is, ondanks deze tekortkomingen, over te nemen. De dossiervoering wordt maximaal een keer per vijf jaar, in het kader van de kwaliteitsvisitatie, geëvalueerd.
Onvoldoende	De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen ten opzichte van de Veldnorm Zelfstandig Gevestigd Psychiaters (zie bijlage 1), waardoor overname en/of evaluatie van de behandeling wordt bemoeilijkt.
Zwaar onvoldoende	De dossiervoering vertoont zodanige structurele tekortkomingen dat overname en evaluatie van de behandeling op basis van de dossiers niet goed mogelijk is, waardoor de patiëntveiligheid in het geding is..

1.3 Somatische zorg

Somatische, psychische en sociale factoren zijn voortdurend met elkaar in interactie (Richtlijn psychiatrische diagnostiek, p. 41). Lichamelijke factoren kunnen bijdragen aan ontstaan of in stand houden van problematiek. Psychiatrische problematiek en psychiatrische interventies kunnen gevolgen hebben voor de lichamelijke gezondheid. Anderzijds geven psychiatrische problemen grotere risico's op somatische co-morbiditeit. Over de verantwoordelijkheden ten aanzien van de somatisch zorg dienen er goede afspraken te zijn.

Uitstekend	Op dit aspect wordt aan de norm voldaan. Daarenboven wordt het beleid hieromtrent bijvoorbeeld regelmatig geëvalueerd en dit leidt waar nodig tot verbeteracties.
Goed	De somatische aspecten in de zorg voor psychiatrische patiënten en de wisselwerking tussen somatiek en psychiatrie hebben de volle aandacht. De zorg voor de somatische aspecten is gewaarborgd en wordt duidelijk en herkenbaar vastgelegd in het medisch dossier (zie bijlage 1).
Voldoende	De aandacht voor- of uitvoering van de somatische zorg, of de vastlegging toont incidentele tekortkomingen, zonder dat de patiëntveiligheid in het geding is.
Onvoldoende	De aandacht voor- of uitvoering van de somatische zorg, of de vastlegging ervan toont meer dan incidenteel tekortkomingen, waarbij de patiëntveiligheid mogelijk in het gedrang zou kunnen komen.
Zwaar onvoldoende	Er is structureel onvoldoende aandacht voor de somatische aspecten in de zorg voor psychiatrische patiënten, bijvoorbeeld dit wordt niet vastgelegd in het dossier, en/of het verkrijgen van somatische zorg wordt overgelaten aan betrokkene zelf waardoor de patiëntveiligheid in het geding is.

"Het is zeer risicovol om een geneesmiddel voor te schrijven zonder hulp van een geautomatiseerd systeem, dat direct de interacties met andere geneesmiddelen en mogelijke overgevoelighedsreacties signaleert. Dat is onnodig gevaarlijk en niet langer verantwoord. Daarom gaat de inspectie vanaf 1 januari 2012 handhaven." (bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg). Gebruik van een goed functionerend elektronisch voorschrijfsysteem, waarbij op ieder moment van medicatie voorschrijven een overzicht van overgevoeligheden, medische contra-indicaties, en alle actueel gebruikte medicatie voorhanden is, met een signalering van gevaarlijke interacties moet de standaard zijn. (bron: Richtlijn Elektronisch Voorschrijven, KNMG). Een elektronisch voorschrijfsysteem dient ten minste de volgende functionaliteiten te bevatten:

- Bewaken op interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt;
- Bewaken op individuele gevoeligheden, ongevoeligheden of overgevoeligheden van de patiënt voor het desbetreffende geneesmiddel;
- Bewaken op onjuiste dosering;
- Bewaken op (pseudo) dubbelmedicatie;
- Bewaken op contra-indicaties en andere patiëntkenmerken.

Uitstekend	Op dit aspect wordt aan de norm voldaan. Daarenboven wordt het voorschrijfbeleid bijvoorbeeld regelmatig in de vakgroep (met een apotheker) geëvalueerd en bijzonderheden worden aan LAREB gemeld.
Goed	De vakgroep maakt gebruik van een goed functionerend elektronisch voorschrijfsysteem, waarbij op ieder moment van medicatie voorschrijven een overzicht van overgevoeligheden, medische contra-indicaties, medicatiehistorie en alle bij het laatste contact gebruikte medicatie voorhanden is, met een signalering van gevaarlijke interacties, ongewone doseringen en (pseudo)dubbelmedicaties. Bij patiënten wordt de actuele medicatie geverifieerd, inclusief zelfmedicatie.
Voldoende	De vakgroep maakt gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem, waarbij niet op ieder moment van medicatie voorschrijven een overzicht van overgevoeligheden, medische contra-indicaties, medicatiehistorie en alle bij het laatste contact gebruikte medicatie voorhanden is, met een signalering van gevaarlijke interacties, ongewone doseringen en (pseudo)dubbelmedicaties. Deze gegevens zijn wel beschikbaar, maar wordt ervaren als niet gebruikersvriendelijk.
Onvoldoende	De vakgroep maakt gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem, waarbij niet op ieder moment van medicatie voorschrijven een overzicht van overgevoeligheden, medische contra-indicaties, en alle bij het laatste contact gebruikte medicatie voorhanden is, met een signalering van gevaarlijke interacties, ongewone doseringen en (pseudo)dubbelmedicaties. Deze gegevens zijn incidenteel niet beschikbaar, of incidenteel niet toegankelijk en/of een medicatiehistorie ontbreekt incidenteel.
Zwaar onvoldoende	De vakgroep maakt gebruik van een voorschrijfsysteem, waarbij structureel de medicatiebewaking wordt overgelaten aan de apotheker. Een overzicht van overgevoeligheden, medische contra-indicaties, medicatiehistorie, bij het laatste contact gebruikte medicatie en een signalering van gevaarlijke interacties ontbreken, waardoor de patiëntveiligheid in het geding is.

1.5 Dwang- en drangmaatregelen

Een registratie van dwang- en drangmaatregelen (zoals verplicht in het kader van de Wet BOPZ) waar dit van toepassing is, is een goed instrument voor de evaluatie van het zorgproces en de patiëntveiligheid. Het bijhouden van een goede registratie hiervan is een wettelijk vereiste. Het gebruik van deze registratiegegevens is een kwaliteitsinstrument.

Uitstekend	De vakgroep heeft een actuele en complete registratie van dwang- en drangmaatregelen en evalueert minimaal jaarlijks het beleid. De uitkomsten van evaluatie leiden bijvoorbeeld tot aantoonbare verbeteracties.
Goed	De vakgroep heeft een actuele en complete registratie van dwang- en drangmaatregelen en evalueert minimaal jaarlijks het beleid.
Voldoende	De vakgroep heeft een actuele en complete registratie van dwang- en drangmaatregelen. Het beleid wordt niet systematisch geëvalueerd.
Onvoldoende	De vakgroep heeft een registratie van dwang- en drangmaatregelen. De rapportage wordt alleen voor externe partijen gebruikt.
Zwaar onvoldoende	De vakgroep heeft geen registratie van dwang- en drangmaatregelen, waardoor de patiëntveiligheid in het geding is.
n.v.t.	De dwang- en drangmaatregelen zijn niet van toepassing voor de vakgroep.

1.6 Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg is een belangrijk aspect van kwaliteit van zorg. De continuïteit van zorg gaat over meerdere aspecten (bijvoorbeeld dienstenregeling, waarneming, crisisdienst, overdracht, en informatie/verwijsbeleid) en is afhankelijk van de context van de zorgvraag. Het meest uitgesproken is dit het geval bij cruciale zorg.

Cruciale zorg is die zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks functioneren (brief VWS 2011, MC/U-3060126).

Ook bij minder cruciale zorg is de continuïteit van belang, voor de veiligheid van de patiënt, maar ook voor de effectiviteit en efficiëntie van de zorg.

Indien de betrokken patiënt toestemming voor informatieoverdracht weigert, moet dit goed worden vastgelegd.

Uitstekend	Er is een goede dienstenregeling met goede bereikbaarheid en een goed gestructureerde overdracht waar dat van toepassing is. Bij ziekte en absentie is een duidelijke regeling voor waarneming en vervanging. Bij (terug-)verwijzing wordt voldoende en tijdig noodzakelijke informatie overgedragen. De continuïteit van zorg wordt bewaakt in alle aspecten en bij problemen worden deze snel gesignaleerd en opgelost. De overdrachtmomenten zijn goed gedocumenteerd en bij incidenten is duidelijk terug te vinden hoe het verloop van alle fasen van de behandeling is geweest.
Goed	Er is een goede dienstenregeling met goede bereikbaarheid en een goed gestructureerde overdracht waar dat van toepassing is. Bij crisissituaties, of bij ziekte en absentie is er een duidelijke regeling voor waarneming en vervanging. Bij (terug-)verwijzing wordt voldoende en tijdig noodzakelijke informatie overgedragen. De continuïteit van zorg wordt systematisch geëvalueerd.
Voldoende	Er zijn een dienstenregeling en waarnemingsregeling, maar incidenteel moeten deze ad hoc geregeld worden. De continuïteit van zorg wordt niet zodanig verstoord, dat de patiëntveiligheid in het geding is. De continuïteit van zorg wordt niet systematisch geëvalueerd.
Onvoldoende	Er zijn geen goede dienstenregeling, waarnemingsregeling, bereikbaarheid en/of overdracht. De continuïteit van zorg wordt echter (nog) niet zodanig verstoord dat de patiëntveiligheid in het geding is. Er hebben zich nog geen incidenten voorgedaan.

Zwaar onvoldoende

Er zijn geen goede dienstenregeling, waarnemingsregeling, bereikbaarheid en/of overdracht. De continuïteit van zorg wordt zodanig verstoord dat de patiëntveiligheid in het geding is en er hebben zich als gevolg daarvan incidenten voorgedaan. Dit heeft niet geleid tot adequate structurele verbeteringen.

1.7 Taken en verantwoordelijkheden

Heldere bij alle betrokkenen bekende afspraken over de verschillende taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen in het zorgproces zijn voorwaarde voor goede continuïteit van zorg en goede afstemming van de zorg. De patiënt en de bij de behandeling betrokkenen moeten daarbij weten wie voor welk onderdeel aanspreekpunt is.

Uitstekend	Er zijn duidelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen in het zorgproces, bij voorkeur gerelateerd aan het zorg- of behandelplan en bekend bij alle betrokkenen. Duidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden wordt bijvoorbeeld bewaakt en bij problemen worden deze snel gesignaleerd en opgelost.
Goed	Er zijn duidelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen bij het zorgproces, bij voorkeur gerelateerd aan het zorg- of behandelplan en bekend bij alle betrokkenen. De uitvoering van dit beleid wordt systematisch geëvalueerd.
Voldoende	Er zijn duidelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen in het zorgproces, bij voorkeur gerelateerd aan het zorg- of behandelplan. De uitvoering van dit beleid wordt niet systematisch geëvalueerd.
Onvoldoende	Er zijn geen of onvoldoende duidelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen in het zorgproces, bij voorkeur gerelateerd aan het zorg- of behandelplan en/of niet steeds bekend bij alle betrokkenen. Dit kan leiden tot nadelige consequenties en/of ongemak voor de patiënt.
Zwaar onvoldoende	Er zijn geen afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de (multidisciplinaire) betrokkenen in het zorgproces. Dit leidt aantoonbaar tot nadelige consequenties of ongemak voor de patiënt, waardoor de patiëntveiligheid in het geding is.

1.8 Externe samenwerking

Coördinatie en afstemming van zorg- en overleg met bij de patiënt betrokken zorgverleners buiten het eigen vakgroep draagt bij aan goede zorg en continuïteit van zorg.

Uitstekend	De samenwerking met betrokken zorgverleners van buiten de eigen vakgroep is goed, en wordt waar nodig goed bewaakt en verbeterd. De samenwerking wordt bijvoorbeeld regelmatig geëvalueerd en verbeterd waar nodig.
Goed	De samenwerking met betrokken zorgverleners van buiten de vakgroep is goed en wordt systematisch geëvalueerd.
Voldoende	De kwaliteit van de samenwerking met betrokken zorgverleners van buiten de eigen vakgroep is overwegend goed. Deze wordt echter niet systematisch geëvalueerd maar dit leidt niet tot problemen ten aanzien van de kwaliteit van zorg.

Onvoldoende	De kwaliteit van de samenwerking met betrokken zorgverleners van buiten het eigen vakgroep laat te wensen over. Deze wordt niet goed bewaakt en verbeterd en dit leidt tot problemen ten aanzien van de kwaliteit van zorg.
Zwaar onvoldoende	Er is geen sprake van samenwerking met betrokken zorgverleners van buiten het eigen vakgroep waardoor de patiëntveiligheid in het geding is.

I.9 Complicaties en incidenten

Registratie van complicaties en incidenten, zoals suicide, agressie of bijwerkingen van behandeling is al verplicht (artikel 4a, lid 1, Kwaliteitswet Zorginstellingen) en het is evident dat evaluatie van deze gegevens leidt tot betere zorg. Een meerwaarde van een vakgroep is gelegen in de mogelijkheid van elkaar te leren, elkaar te inspireren en waar nodig te corrigeren. Door complicaties en incidenten in openheid te bespreken wordt de kwaliteit van zorg bevorderd.

Uitstekend	De vakgroep heeft een in de praktijk geïntegreerde complicatie- en incidentenregistratie en een methode om uitkomsten te analyseren, te bespreken, verbeteracties vast te stellen en wijzigingen in het beleid te implementeren. Er wordt bijvoorbeeld veel waarde aan deze registratie gehecht als verbeterinstrument. Medewerkers worden aangemoedigd meldingen te doen. Er is een veilige sfeer en de bereidheid van fouten en complicaties te leren.
Goed	De vakgroep heeft een complicatie en incidenten registratie en een methode om systematisch uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en wijzigingen in het beleid te implementeren. De leden van het vakgroep informeren structureel zo spoedig mogelijk de patiënt en relevante anderen over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt relevante gevolgen en leggen dit vast in het medisch dossier van die patiënt en in een incidentenregistratie. Er is aandacht voor dat dit in een veilige sfeer gebeurt.
Voldoende	De vakgroep heeft een complicatie- en incidentenregistratie maar deze wordt niet systematisch geëvalueerd en/of deze krijgen weinig of geen vervolg in een verbetercyclus. De leden van het vakgroep informeren zo spoedig mogelijk de patiënt en relevante anderen over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt relevante gevolgen en leggen dit vast in het medisch dossier van die patiënt.
Onvoldoende	De vakgroep heeft een complicatie- en incidentenregistratie maar geen regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en wijzigingen in het beleid te implementeren. Er worden complicaties en incidenten niet gemeld en/of deze krijgen weinig of geen vervolg in een verbetercyclus en/of leiden tot repercussies voor betrokkene waardoor melden wordt ontmoedigd en/of de leden van het vakgroep informeren niet structureel de patiënt en relevante anderen over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt relevante gevolgen.
Zwaar onvoldoende	De vakgroep heeft geen complicatie- en incidenten registratie, waardoor de patiëntveiligheid in het geding is. De leden van het vakgroep informeren niet de patiënt of relevante anderen over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt relevante gevolgen. De sfeer wordt als onveilig ervaren en/of is onveilig.

I.10 Resultaat van zorg

Meetinstrumenten om routinematig uitkomsten te meten tijdens een behandeling in de dagelijkse praktijk is een middel om de dagelijkse behandelpraktijk te evalueren en te vergelijken, met als doel betere uitkomsten te bereiken. Het is van belang voortdurend onderzoek te doen naar de resultaten van de geboden zorg op een wijze die het volgen van de eigen resultaten en vergelijking met resultaten van andere zorgaanbieders/behandelmethoden mogelijk maakt, om achterblijvende resultaten op het spoor te komen en waar mogelijk verbeteringen te plannen.

Uitstekend	De behandelresultaten worden minimaal jaarlijks geaggregeerd besproken in de vakgroep. Er wordt gestreefd om de respons zo hoog mogelijk te maken. Naar grote afwijkingen van de verwachtingen wordt onderzoek gedaan en worden verbeteracties gepland. De behandelresultaten worden bijvoorbeeld ook op individueel niveau beschikbaar gesteld en gebruikt voor het verkrijgen van inzicht in casemixverschillen en waar mogelijk voor individuele verbeterplannen.
Goed	De behandelresultaten worden minimaal jaarlijks geaggregeerd besproken in de vakgroep. Er wordt gestreefd om de respons zo hoog mogelijk te maken. Naar grote afwijkingen van de verwachtingen wordt onderzoek gedaan en worden verbeteracties gepland.
Voldoende	De behandelresultaten worden minimaal jaarlijks geaggregeerd beschikbaar gesteld in de vakgroep. Er wordt gestreefd om de respons zo hoog mogelijk te maken. De resultaten worden niet systematisch onderling besproken en/of er worden geen verbeteracties gepland.
Onvoldoende	De behandelresultaten worden periodiek geaggregeerd beschikbaar gesteld in de vakgroep. Er wordt niet gestreefd om de respons zo hoog mogelijk te maken. De resultaten worden niet structureel besproken en naar grote afwijkingen van de verwachtingen wordt geen onderzoek gedaan en er worden geen verbeteracties gepland.
Zwaar onvoldoende	De behandelresultaten worden niet geëvalueerd.

Kwaliteitsdomein 2 Functioneren van de vakgroep

Kwaliteitsaspecten

- 2.1 Kwaliteitscyclus
- 2.2 Vergaderingen van de vakgroep
- 2.3 Professionele samenwerkingsrelaties
- 2.4 Bespreken van ongewenst en excellent gedrag
- 2.5 Belasting/belastbaarheid
- 2.6 Melden stafbestuur, raad van bestuur en/of intervisiegroep

Domein 2 Functioneren van de vakgroep

2.1 Kwaliteitscyclus

Kwaliteit van zorg is gebaat bij een blijvende aandacht voor (aspecten van) de zorgprocessen. Een gestructureerde aanpak biedt de meeste kans op behoud van kwaliteit en verbetering van kwaliteit.

Uitstekend	Er is een goed functionerende kwaliteitscyclus die geïntegreerd is in het functioneren van de vakgroep en tot aantoonbare verbeteringen leidt.
Goed	Er is een goed functionerende kwaliteitscyclus die geïntegreerd is in het functioneren van de vakgroep.
Voldoende	Er is een gedeeltelijke kwaliteitscyclus en deze is nog niet geïntegreerd in het functioneren van de vakgroep.
Onvoldoende	Er is de intentie om te verbeteren maar dit wordt niet systematisch uitgevoerd.
Zwaar onvoldoende	Er zijn geen activiteiten gericht op het verbeteren van het functioneren van de vakgroep en/of behandelbeleid.

2.2 Vakgroepvergaderingen

De psychiater neemt actief deel aan vakgroepvergaderingen* om alle praktijk overstijgende beleidszaken en individuele meningen af te stemmen en te evalueren. Hierbij is een agenda en verslaglegging van belang voor de effectiviteit en evaluatie van besluiten en actiepunten.

* voor vrijgevestigden vinden deze vergaderingen plaats binnen de intervisiegroep.

Uitstekend	Er worden gestructureerde samenwerkingsbrede vergaderingen gehouden en genotuleerd. De uitvoering van de besluiten wordt gemonitord en geëvalueerd.
Goed	Er worden gestructureerde samenwerkingsbrede vergaderingen gehouden en genotuleerd. Besluiten worden uitgevoerd.
Voldoende	Er worden gestructureerde samenwerkingsbrede vergaderingen gehouden maar deze worden niet adequaat genotuleerd en besluiten worden incidenteel niet uitgevoerd.
Onvoldoende	Er worden onregelmatige en/of ongestructureerde samenwerkingsbrede vergaderingen gehouden.
Zwaar onvoldoende	Er worden onvoldoende/geen samenwerkingsbrede vergaderingen gehouden.

2.3 Professionele samenwerkingsrelaties

Goede professionele verhoudingen tussen de vakgroepleden zijn van belang voor de kwaliteit van de zorgverlening.

Uitstekend	De vakgroep evalueert de samenwerking systematisch en op een gestructureerde wijze (bijvoorbeeld door de Quick Scan of Team Climate Inventory), bespreekt de uitkomsten met elkaar en stelt schriftelijke verbeteracties vast en evalueert deze weer.
Goed	De vakgroep evalueert de samenwerking systematisch en op een gestructureerde wijze (bijvoorbeeld door de Quick Scan of Team Climate Inventory), bespreekt de uitkomsten met elkaar en stelt verbeteracties vast hetgeen leidt tot aantoonbare verbeteringen. De samenwerking is goed.
Voldoende	De vakgroep evalueert de samenwerking alleen in het kader van de kwaliteitsvisitatie.
Onvoldoende	De vakgroep evalueert de samenwerking alleen als zich problemen voordoen en/of er zijn onopgeloste samenwerkingsproblemen.
Zwaar onvoldoende	De vakgroep evalueert de samenwerking niet of nauwelijks en/of de samenwerking is onvoldoende

2.4 Bespreken van ongewenst en excellent gedrag

Een meerwaarde van een werkverband is gelegen in de mogelijkheid van elkaar te leren, elkaar te inspireren en waar nodig te corrigeren. Hierdoor wordt de kwaliteit van zorg bevorderd. Professionals in de vakgroep dragen (mede)verantwoordelijkheid voor elkaar en elkaars functioneren.

Goed	Ongewenst en excellent gedrag worden binnen de vakgroep besproken en er worden aantoonbare verbeteracties geïmplementeerd waar nodig.
------	---

2.5 Belasting/belastbaarheid

Een meerwaarde van een werkverband is gelegen in de mogelijkheid van elkaar te leren, elkaar te inspireren en waar nodig te corrigeren. Hierdoor wordt de kwaliteit van zorg bevorderd. Oog hebben voor belasting ten opzichte van belastbaarheid bij collega's draagt bij aan de kwaliteit van zorg. Professionals in een werkverband dragen (mede)verantwoordelijkheid voor elkaar en elkaars functioneren.

Goed	Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's, dit wordt besproken, geanalyseerd en leidt waar nodig tot verbeteracties.
------	---

2.6 Melden juridische procedures

Zorg- en (mede)verantwoordelijkheid dragen voor elkaar is slechts mogelijk als belangrijke juridische kwesties in openheid worden gedeeld binnen de vakgroep en de organisatie. Het is belangrijk dat een cultuur aanwezig is waarin in openheid gemeld kan worden.

Goed	De vakgroep meldt meteen aan het stafbestuur, de raad van bestuur management van een zorgketen en/of de intervisiegroep indien een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening tegen (één van) hen is aangespannen en begeleidt betrokkene in het (juridische) traject.
------	--

Kwaliteitsdomein 3 Patiëntenperspectief

Kwaliteitsaspecten

- 3.1 Patiënttevredenheid
- 3.2 Patiëntenklachten
- 3.3 Informeren / behandelplan
- 3.4 Ruimtelijke voorzieningen
- 3.5 Destigmatisering
- 3.6 Privacy
- 3.7 Wachttijden

Domein 3 Patiëntenperspectief

3.1 Patiënttevredenheid

Patiënttevredenheid is naast effect van behandeling een belangrijke indicator van kwaliteit van zorg. Feedback kan helpen aspecten van de zorg te verbeteren.

Uitstekend	De vakgroep brengt jaarlijks de patiënttevredenheid in kaart, op het niveau van de individuele psychiater, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te monitoren. In het overleg over de uitkomsten worden bijvoorbeeld vertegenwoordigers van de patiënten betrokken. Uitkomsten en verbeterplannen worden openbaar gemaakt.
Goed	De vakgroep brengt jaarlijks de patiënttevredenheid in kaart, zo veel mogelijk op het niveau van de individuele psychiater, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren.
Voldoende	De vakgroep brengt jaarlijks de patiënttevredenheid in kaart, maar het is onduidelijk of de uitkomsten worden besproken en verbeteracties worden gepland/uitgevoerd.
Onvoldoende	De vakgroep brengt de patiënttevredenheid minder dan jaarlijks in kaart en de uitkomsten worden niet geëvalueerd.
Zwaar onvoldoende	De vakgroep brengt de patiënttevredenheid onvoldoende of niet in kaart.

3.2 Patiëntenklachten

Een goed toegankelijke en transparante klachtinstantie en –procedure draagt bij aan een gelijkwaardige positie van de patiënt, biedt feedback over de geleverde zorg en kan onnodige juridisering voorkomen. Een open houding ten aanzien van klachten en de bereidheid deze waar mogelijk samen met de klager op te lossen gaat aan de klachtenprocedure vooraf.

Uitstekend	De vakgroep beijvert zich een sfeer te creëren, waarin patiënten laagdrempelig klachten met de betrokken psychiater durven bespreken. Klachten worden serieus genomen en met de klager wordt naar een oplossing gezocht. Als een oplossing niet kan worden gevonden, stelt men de patiënt in de gelegenheid zich tot de klachtinstantie te wenden. De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te verzamelen, analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. Deze klachtenregeling is bij de betrokkenen bekend. In het overleg over de uitkomsten is bijvoorbeeld ook een vertegenwoordigers van de patiënten betrokken. Uitkomsten en verbeterplannen worden openbaar gemaakt.
Goed	De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te ontvangen, te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. Deze klachtenregeling is bij de betrokkenen bekend.
Voldoende	De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te ontvangen, te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. Deze klachtenregeling is bij de betrokkenen onvoldoende bekend.

Onvoldoende	De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te ontvangen, maar deze is onduidelijk en/of wordt niet gebruikt om klachten te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.
Zwaar onvoldoende	De vakgroep heeft geen klachtenregeling en/of er is geen omstandheids waarin klachten kunnen worden aangegeven of gesignaleerd

3.3 Informeren / Behandelplan

Het behandelplan is het onderdeel van het dossier waarin hulpvraag van de patiënt, en diagnostisch onderzoek en daaruit resulterende hypothese(n) van de psychiater en van de patiënt samenkomen. In samenspraak tussen patiënt en hulpverlener worden zo concreet mogelijk behandeldoelen gesteld en middelen gekozen. De verdeling van taken tussen hulpverlener(s) en patiënt kan hierin worden opgenomen. Dit behandelplan wordt in de loop van de behandeling door patiënt en hulpverlener samen geëvalueerd en eventueel bijgesteld. De patiënt kan alleen dan als een zo gelijkwaardig mogelijke partner in dit proces optreden wanneer zij/hij adequaat is geïnformeerd over de uitkomsten en betekenis van diagnostiek, mogelijkheden van behandeling (eventueel buiten het eigen behandel aanbod) en te verwachten resultaten (gezamenlijke besluitvorming). Het is de verantwoordelijkheid van de behandelaar zijn/haar deskundigheid zodanig met de patiënt te delen, dat dit voor de patiënt begrijpelijk is.

Uitstekend	In het dossier is een behandelplan opgenomen, dat voldoet aan de beschrijving in de Veldnormen ZGP. Het behandelplan heeft zo mogelijk de instemming (informed consent) van de patiënt en wordt minimaal eens per jaar met de patiënt geëvalueerd of zo vaak als in het plan is afgesproken en zo nodig bijgesteld. Daarenboven is de bijdrage van de patiënt in het behandelplan opgenomen.
Goed	In het dossier is een behandelplan opgenomen, dat voldoet aan de beschrijving in de Veldnormen ZGP. Het behandelplan heeft zo mogelijk de instemming (informed consent) van de patiënt en wordt minimaal eens per jaar of zo vaak als in het plan is afgesproken en bij afronding van de behandeling met de patiënt geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
Voldoende	Er is een behandelplan in het dossier opgenomen, zoals beschreven in de veldnormen ZGP, doch het is minder concreet of uitgebreid dan mogelijk en/of het is niet tijdig geëvalueerd.
Onvoldoende	Er is een behandelplan, doch dit is in meerdere opzichten onvoldoende of dit is niet altijd terug te vinden in het dossier en/of er is geen informed consent
Zwaar onvoldoende	Er is structureel geen expliciet behandelplan in het dossier en/of bij de patiënt bekend

3.4 Ruimtelijke voorzieningen en bereikbaarheid van de behandellocatie.

Ruimtelijke voorzieningen hebben invloed op de verwachting en het vertrouwen die de patiënt heeft ten aanzien van de zorgverlening en zelfs ten aanzien van de eigen mogelijkheden tot herstel/verbetering. Ook kunnen ze invloed hebben op het behoud van privacy, waardigheid en veiligheid. Goede bereikbaarheid met verschillende vormen van vervoer is een voorwaarde voor brede toegankelijkheid.

Uitstekend	De voorziening is zodanig toegerust, dat het er aan bijdraagt dat de patiënt zich aan de zorgverlening durft toe te vertrouwen.
Goed	De wachtruimten, bespreek- en behandelkamers zijn van voldoende kwaliteit en de voorziening is goed bereikbaar.
Voldoende	De wachtruimten, bespreek- en behandelkamers zijn in principe van voldoende kwaliteit echter de hygiëne en/of de staat van onderhoud kunnen beter. De voorziening is goed bereikbaar.
Onvoldoende	De wachtruimten en/of spreek- en behandelkamers zijn van onvoldoende kwaliteit en/of de voorziening is met openbaar vervoer slecht bereikbaar.
Zwaar onvoldoende	De huisvesting van de behandellocatie is op meerdere fronten ontoereikend.

3.5 Destigmatisering

Destigmatisering van psychiatrische problematiek is een belangrijk aandachtspunt voor de NVvP. De psychiater zou zowel in het multidisciplinaire team als in de maatschappij bij uitstek de taak op zich kunnen nemen om een respectvolle bejegening van de patiënt te stimuleren.

Goed

De vakgroep levert een concrete bijdrage aan destigmatisering van psychiatrische aandoeningen te leveren. Er is aandacht voor sociale gevolgen van een psychiatrische aandoening en dit is bespreekbaar. Binnen de vakgroep is men alert op (onbedoelde) stigmatiserende uitlatingen en spreekt elkaar daar zo nodig op aan.

3.6 Privacy

Bij voortschrijdende digitalisering van dossiervoering en communicatie, is het nodig alert te blijven op de bescherming van de privacy van de patiënt.

Goed

De privacy van de patiënten is gewaarborgd in onder andere de dossiers, correspondentie en facilitaire voorzieningen, ook waar andere partijen daar voor verantwoordelijkheid dragen.

3.7 Wachttijden

Voor de patiënt (en de verwijzer) is het van belang vóór aanmelding juist te zijn geïnformeerd over de wachttijden die kunnen bestaan voor het eerste contact en voor de behandeling een aanvang kan nemen na afronding van de diagnostiek en indicatiestelling/opstellen behandelplan.

Goed

De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt gemonitord en is geactualiseerd en duidelijk voor patiënten en verwijzers beschikbaar.

Kwaliteitsdomein 4 Professionele ontwikkeling

Kwaliteitsaspecten

- 4.1 Vakinhoudelijke kennis en vaardigheden
- 4.2 Individueel functioneren
- 4.3 Psychiater intervisie
- 4.4 Innovatie, participatie in wetenschappelijk onderzoek en in onderwijs

Domein 4 Professionele ontwikkeling

4.1 Vakinhoudelijke kennis en vaardigheden

Voor optimaal professioneel functioneren van de psychiater en de vakgroep zijn alle in CanMeds beschreven domeinen van belang. Spreiding van deskundigheidsbevordering over die verschillende domeinen wordt aanbevolen.

Uitstekend	De vakgroep besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar leden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle leden en daarmee aan de patiëntenzorg en evalueert het systeem regelmatig.
Goed	De vakgroep besteedt aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar leden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle leden en daarmee aan de patiëntenzorg.
Voldoende	De vakgroep heeft kennis van de professionele ontwikkeling van haar leden.
Onvoldoende	De professionele ontwikkeling van de leden van de vakgroep wordt op individueel niveau ingevuld, niet gedeeld en ook niet gefaciliteerd.
Zwaar onvoldoende	Er is onvoldoende of geen aandacht voor de professionele ontwikkeling.

4.2 Individueel functioneren

Gericht vragen van feedback over het individueel functioneren helpt blinde vlekken ten aanzien van dit functioneren te voorkomen.

Uitstekend	De leden van de vakgroep evalueren eenmaal per twee jaar systematisch en gestructureerd het individueel functioneren en op basis daarvan worden verbeteringen doorgevoerd en de resultaten gemonitord (IFMS, 360° feedback of een andere methode).
Goed	De leden van de vakgroep evalueren systematisch en gestructureerd het individueel functioneren en op basis daarvan worden verbeteringen doorgevoerd (IFMS, 360° feedback of een andere methode).
Voldoende	De leden van de vakgroep evalueren eens in de vijf jaar het individueel functioneren op (IFMS, 360° feedback of een andere methode).
Onvoldoende	Alleen bij een aanleiding evalueren de leden van de vakgroep het individueel functioneren.
Zwaar onvoldoende	De leden van de vakgroep doen zelden of niet aan evaluatie van het individueel functioneren.

4.3 Psychiater-intervisie

Deelname aan een intervisiegroep met andere psychiaters wordt belangrijk geacht in verband met de specifieke positie en verantwoordelijkheden van de psychiater, die veelal in een multidisciplinair team functioneert. De intervisie heeft tot doel een veilig platform te bieden, waar de individuele psychiater met feedback, emotionele steun, delen van deskundigheid en ervaringen van collega's wordt geholpen in een proces van doorlopend verbeteren van de kwaliteit van persoonlijk en/of gezamenlijk functioneren in de beroepsuitoefening.

Uitstekend	ledere psychiater van de vakgroep neemt minimaal zesmaal per jaar deel aan een psychiater-intervisie in een vaste groep met schriftelijke verslaglegging hiervan.
Goed	ledere psychiater neemt minimaal zesmaal per jaar deel aan psychiater-intervisie in een vaste groep.
Voldoende	ledere psychiater neemt incidenteel minder dan zesmaal per jaar deel aan psychiater-intervisie in een vaste groep.
Onvoldoende	ledere psychiater neemt deel aan een psychiater-intervisie in wisselende samenstelling.
Zwaar onvoldoende	Niet alle psychiaters nemen deel aan een intervisiegroep.

4.4 Innovatie, participatie in wetenschappelijk onderzoek en in onderwijs

Aandacht voor mogelijkheden van innovaties in de zorgprocessen komen kwaliteit en/of kosteneffectiviteit van zorg ten goede. Participatie in wetenschappelijk onderzoek en in onderwijs leveren input voor innovatie en voor professionele ontwikkeling

Goed	De vakgroep is op de hoogte van de ontwikkelingen binnen de psychiatrische diagnostiek en behandeling en deze wordt waar mogelijk geïmplementeerd in de dagelijkse praktijkvoering. Waar mogelijk wordt geparticipeerd in wetenschappelijk onderzoek en in onderwijs.
------	---