

*“Normering Praktijkvoering en
Waarderingssystematiek voor de
Kwaliteitsvisitaties van de Nederlandse Vereniging
voor Kindergeneeskunde”*

Datum: 09-04-2025

Inleiding

De kwaliteitsvisitaties zoals georganiseerd in Nederland is een uniek instrument om de zorg voor kwaliteit van medisch specialisten te borgen. Het is een intercollegiale toetsing op locatie en heeft zowel een kwaliteit bevorderend als een toetsend karakter. In de laatste jaren zijn verschillende adviezen uitgebracht over kwaliteitsvisitaties door de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialist. Een recente aanbeveling was het overgaan op een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming.¹ Het doel van deze aanbeveling was het verminderen van subjectiviteit bij de kwaliteitsvisitaties alsmede het kenbaar en voorspelbaar maken van de oordeelsvorming. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft kennisgenomen van deze leidraad en heeft een normen- en waarderingsstelsel ontwikkeld om zo tot een systematische, objectieve en transparante wijze van visiteren te komen. De oordeelsvorming is rechtstreeks te herleiden tot heldere normen.

De normen zijn afgeleid van de kwaliteitscriteria kindergeneeskunde die zijn aangenomen door de ALV op 6-11-2014. Telkens zijn één of meerdere kwaliteitscriteria gebruikt om een norm te ontwikkelen. Vervolgens is per norm een waarderingsschaal ontwikkeld bestaande uit 5 niveaus:

1. Excellent.
2. Goed, boven de norm.
3. De norm.
4. Matig, er worden tekortkomingen geconstateerd.
5. Onvoldoende, er worden ernstige tekortkomingen geconstateerd.

Op basis van de waarderingsschaal kan gereflecteerd worden op welk niveau de kwaliteit van zorg van een vakgroep kindergeneeskunde zich bevindt ten aanzien van de norm. Wanneer goede zorg wordt geleverd, dus wat de patiënt mag verwachten, voldoet de vakgroep kindergeneeskunde aan de norm. De vakgroep kan beter presteren dan de norm of zelfs een voorbeeld zijn voor anderen als de kwaliteit van zorg boven de gestelde norm is. Wanneer er (ernstige) tekortkomingen worden geconstateerd, zal de vakgroep niet voldoen aan de norm.

Een aantal normen zijn benoemd als speerpunt. Speerpunten zijn de normen die in de huidige visitatiecyclus zijn geselecteerd als criteria die essentieel voor een goede kwaliteit van zorg zijn en extra zwaarte krijgen tijdens het visitatieproces. De speerpunten zijn akkoord bevonden door de leden van de NVK. Wanneer bij een speerpunt (ernstige) tekortkomingen worden geconstateerd, zal dit leiden tot een zwaarwegend advies of voorwaarde. Bij de normen die niet als speerpunt aangemerkt zijn, zullen (ernstige) tekortkomingen leiden tot een aanbeveling of zwaarwegend advies. Aanbevelingen dienen binnen vijf jaar gerealiseerd te worden, zwaarwegende adviezen binnen twee jaar en voorwaarden binnen een half jaar.

Vanwege de ontwikkeling van nieuwe inzichten in het vakgebied en veranderlijke eisen vanuit de samenleving en de politiek heeft dit document een dynamisch karakter. Daarom wordt dit document periodiek geëvalueerd en gereviseerd waar nodig. De laatste evaluatie vond plaats op 1 november 2019.

Daar waar ouder staat bedoelen wij ook ouder/verzorger.

¹ OMS Adviescommissie kwaliteitsvisitaties 2012 – Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties. Een leidraad voor wetenschappelijke verenigingen

Overzicht kwaliteitsaspecten per kwaliteitsdomein

1. Evaluatie van zorg

Medisch handelen

- 1.1 Meten kwaliteit (uitkomsten) van zorg
- 1.2 Zorgprocessen (zorgpaden)*
- 1.3 Up-to-date zorg- of behandelplan
- 1.4 Patiëntendossier*

Samenwerking in patiëntenzorg

- 1.5 Klinische ontslagbrief
- ~~1.6 Medebehandeling kinderarts** vervallen norm~~
- 1.7 Multidisciplinaire besprekingen
- 1.8 Werken volgens richtlijnen*
- 1.9 Continuïteit van zorg
- ~~1.10 Voorbehouden handelingen** vervallen norm~~

Organisatie en financiering

- 1.11 Bezetting neonatologieverpleegkundigen*
- 1.12 Beleidscyclus

2. Vakgroep functioneren

Professionaliteit

- 2.1 'State of the art' praktijkorganisatie*
- ~~2.2 Perinatale audit** vervallen norm~~
- 2.3 Intercollegiale reflectie*

3. Patiëntenperspectief

Patiënteninformatie

- 3.1 Uitleg vertrouwelijkheid jongeren
- 3.2 Eigen regie patiënt

Klachten en claims

- 3.3 Klachten en claims*
- 3.4 Incidenten en complicaties*

4. Professionele ontwikkeling

Deskundigheidsbevordering

- 4.1 Scholing in emergency care voor kinderen*

Individueel functioneren

- 4.2 Jaargesprekken

5. Kwaliteit en patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid

- ~~5.1 Prospectieve risico-inventarisatie** vervallen norm~~
- ~~5.2 LNR/NSCK** vervallen norm~~
- ~~5.3 VMS programma's** vervallen norm~~

*Speerpunten

** Vervallen normen per 9 april 2025 omdat ze op een andere manier belegd zijn, omdat ze niet meer van toepassing zijn of omdat ze altijd boven de norm scorend.

1. Kwaliteitsdomein Evaluatie van zorg – Medisch handelen
1.1 Meten kwaliteit (uitkomsten) van zorg

Kwaliteitscriteria 14 De kinderarts werkt mee aan het meten van de kwaliteit van zorg en het op een begrijpelijke manier inzichtelijk maken van deze informatie voor de patiënt en ouders.	
Toelichting	Definitie ‘indicator’: Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de mate en kwaliteit van de geleverde zorg.
1 Excellent	De vakgroep heeft een systematiek om op basis van de basisset kwaliteitsindicatoren van de IGJ of de NVK uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren. De genomen verbeteracties en protocolwijzigingen worden geëvalueerd. Daarnaast levert de vakgroep een bijdrage in de ontwikkeling van landelijke kwaliteitsindicatoren.
2 Goed	De vakgroep heeft een systematiek om op basis van de basisset kwaliteitsindicatoren van de IGJ of de NVK uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren. De genomen verbeteracties en protocolwijzigingen worden geëvalueerd.
3 Norm	De vakgroep heeft een systematiek om op basis van de basisset kwaliteitsindicatoren van de IGJ of de NVK uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.
4 Matig	De vakgroep levert gegevens voor de kwaliteitsindicatoren van de IGJ of de NVK, maar evalueert de uitkomsten hiervan niet. <i>Aanbeveling: Zorg dat op basis van de basisset kwaliteitsindicatoren van de IGJ of de NVK de uitkomsten geanalyseerd worden, verbeteracties worden vastgesteld en protocolwijzigingen geïmplementeerd worden.</i>
5 Onvoldoende	De vakgroep levert geen gegevens voor de kwaliteitsindicatoren van de IGJ of de NVK. <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat de kwaliteitsindicatoren van de IGJ of de NVK gemeten worden, analyseer de uitkomsten, stel verbeteracties vast en implementeer protocolwijzigingen.</i>

1.2 Zorgprocessen (zorgpaden) (Speerpunt)

Kwaliteitscriteria 15 De patiënt krijgt de meest effectieve behandeling(en) en begeleiding aangeboden, volgens de laatste richtlijnen, (zorg)standaarden, protocollen, procedures en (regionale) samenwerkingsafspraken.	
Toelichting	Definitie ‘zorgpad’: Een zorgpad is een ‘complexe interventie’ om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader. Karakteristieken van een zorgpad zijn: - een expliciete vermelding van de doelen en de sleutelinterventies gebaseerd op ‘evidence’, ‘best practice’ en patiëntverwachtingen en hun kenmerken. - het vergemakkelijken van de communicatie tussen teamleden en met patiënten en hun familie. - het coördineren van het zorgproces door het coördineren van de rollen en de opeenvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie. - het documenteren, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten. - het identificeren van de verantwoorde middelen. Het streefdoel van een zorgpad is de kwaliteit van zorg, over de grenzen van een organisatie heen, te verbeteren door het verbeteren van ‘risk-adjusted’ resultaten, het bevorderen van patiëntveiligheid, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van het middelengebruik. (Bron: Vanhaecht K, Van Gerven E, Deneckere S, Lodewijckx C, Panella M, Vleugels A, Sermeus W. 7 fasen voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. Tijdschr. voor Geneeskunde, 67, nr. 10, 2011) https://nkp.be/zorgpaden/definitie
1 Excellent	Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling en voor minimaal drie ziektebeelden zijn de protocollen verwerkt in een zorgpad. Deze zorgpaden worden systematisch geëvalueerd.
2 Goed	Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling en voor minimaal drie ziektebeelden zijn de protocollen verwerkt in een zorgpad.
3 Norm	Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling en voor minimaal één ziektebeeld zijn de protocollen verwerkt in een zorgpad.
4 Matig	Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling, maar deze zijn nog niet in een zorgpad verwerkt. De ambitie bestaat de protocollen voor de meest belangrijke ziektebeelden binnen 5 jaar te verwerken in een zorgpad. <i>Zwaarwegend advies: Verwerk voor minimaal één ziektebeeld de protocollen in een zorgpad.</i>
5 Onvoldoende	Er zijn geactualiseerde protocollen voor diagnostiek en behandeling, maar er is geen standaardisatie en werkinstructies ontbreken en/of zijn onvoldoende toegankelijk. <i>Voorwaarde: Zorg voor gestandaardiseerde zorgprocessen (zorgpaden) voor de meest belangrijke ziektebeelden en voor voldoende toegankelijke werkinstructies.</i>

1.3 Up-to-date zorg- of behandelplan

Kwaliteitscriteria 16 Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de patiënt. Kwaliteitscriteria 26 Een kinderarts die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante (patiënt)gegevens en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen. Kwaliteitscriteria 38 Relevante gegevens van de patiënt, waaronder ook alle afspraken die gemaakt zijn, worden bij voorkeur in een geïntegreerd (medisch en verpleegkundig) dossier opgenomen, dat door de verschillende zorgverleners kan worden ingezien.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de patiënt. Deze informatie is voor alle betrokkenen eenvoudig toegankelijk middels een EPD. Er is een regiehoudend arts benoemd. De werkwijze wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd binnen de vakgroep en met alle betrokkenen en er worden zo nodig verbetermaatregelen genomen.
2 Goed	Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de patiënt. Deze informatie is voor alle betrokkenen eenvoudig toegankelijk middels een EPD. Er is een regiehoudend arts benoemd. De werkwijze wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd binnen de vakgroep.
3 Norm	Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de patiënt. Deze informatie is voor alle betrokkenen eenvoudig toegankelijk middels een EPD. Er is een regiehoudend arts benoemd.
4 Matig	Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken over een up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de patiënt. De behandelplannen zijn onderling afgestemd, maar vanuit de verschillende disciplines is geen inzage in elkaars patiëntendossiers. <i>Aanbeveling: Zorg dat alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners inzage hebben in elkaars patiëntendossier en benoem een regiehoudend arts.</i>
5 Onvoldoende	De bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken niet over een afgestemd, up-to-date zorg- of behandelplan en hebben geen inzage in elkaars patiëntendossiers. <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan, inzage hebben in elkaars patiëntendossier en dat er een regiehoudend arts benoemd wordt.</i>

1.4 Patiëntendossier (Speerpunt)

Kwaliteitscriteria 17 Informed consent wordt schriftelijk vastgelegd en voldoet aan de WGBO. Kwaliteitscriteria 18 De kinderarts controleert bij voorschrijven van een geneesmiddel of hij beschikt over een actueel medicatieoverzicht. Zo nodig registreert de arts alle door hem geïnitieerde wijzigingen in de medicatie; De kinderarts en de patiënt en/of ouders weten welke medicijnen de patiënt gebruikt op basis van een beschikbaar actueel medicatieoverzicht; De kinderarts vraagt de patiënt en/of ouders naar de zelfzorgmiddelen die de patiënt gebruikt en recente wijzigingen van het medicatiegebruik. Kwaliteitscriteria 36 De inhoud van het patiëntendossier voldoet aan de criteria zoals vastgesteld door de kwaliteitsvisitatiecommissie van de NVK.	
Toelichting	Toelichting: <i>Relevante informatie voor patiëntendossievoering:</i> - Anamnese - Onderzoek - Samenvatting/overweging - Diagnose/differentiaal diagnose - Onderzoek- en behandelplan - Informed consent - Decursus en epicrise - Voorlopige ontslagbrief - Ontslagbrief - Medicatieoverzicht Extra toelichting informed consent: http://www.knmg.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/Patientenrechten/Informed-consent-3.htm
1 Excellent	De vakgroep heeft elektronische patiëntendossiers waarin de relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd. De dossiervoering wordt gemonitord met behulp van dossiertracers volgens een vast systeem. De uitkomsten worden minimaal jaarlijks geëvalueerd en er worden verbeteracties genomen indien nodig.
2 Goed	De vakgroep heeft elektronische patiëntendossiers waarin de relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd. De vakgroep evalueert minimaal jaarlijks de dossiervoering en past die indien gewenst aan.
3 Norm	De vakgroep heeft elektronische patiëntendossiers waarin de relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd.
4 Matig	De patiëntendossievoering vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid (≥90% van de patiëntendossiers voldoet aan de eisen). <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat de relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd in het patiëntendossier.</i>
5 Onvoldoende	De patiëntendossievoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid (<90% van de patiëntendossiers voldoet aan de eisen of één item ontbreekt structureel in de patiëntendossiers). <i>Voorwaarde: Zorg dat de relevante informatie voor het geneeskundig handelen is vastgelegd in het patiëntendossier.</i>

1. Kwaliteitsdomein Evaluatie van zorg – Samenwerking in patiëntenzorg
1.5 Klinische ontslagbrief

Kwaliteitscriteria 21 Van elke opgenomen patiënt wordt een ontslagbericht binnen 2 weken naar de verwijzer verstuurd.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	Van elke opgenomen patiënt wordt binnen 24 uur een voorlopig ontslagbericht en binnen 2 weken een definitief ontslagbericht naar de verwijzer verstuurd. In een steekproef geldt dit bij $\geq 95\%$ van de patiënten. De vakgroep evalueert dit minimaal jaarlijks middels een steekproef. Tevens evalueert de vakgroep de tevredenheid hierover structureel met de verwijzers.
2 Goed	Van elke opgenomen patiënt wordt binnen 24 uur een voorlopig ontslagbericht en binnen 2 weken een definitief ontslagbericht naar de verwijzer verstuurd. In een steekproef geldt dit bij $\geq 95\%$ van de patiënten. De vakgroep evalueert dit minimaal jaarlijks middels een steekproef.
3 Norm	Van elke opgenomen patiënt wordt binnen 24 uur een voorlopig ontslagbericht en binnen 2 weken een definitief ontslagbericht naar de verwijzer verstuurd. In een steekproef geldt dit bij $\geq 95\%$ van de patiënten.
4 Matig	Van de meeste opgenomen patiënt wordt binnen 24 uur een voorlopige ontslagbericht en binnen 2 weken een definitief ontslagbericht naar de verwijzer verstuurd. In een steekproef geldt dit bij $< 95\%$ van de patiënten. <i>Aanbeveling: Zorg dat van elke opgenomen patiënt binnen 2 weken een ontslagbericht naar de verwijzer wordt verstuurd.</i>
5 Onvoldoende	Er wordt niet structureel van elke opgenomen patiënt binnen 24 uur een voorlopige ontslagbericht en binnen 2 weken een definitief ontslagbericht naar de verwijzer verstuurd. In een steekproef geldt dit bij $< 50\%$ van de patiënten. <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat van elke opgenomen patiënt binnen 2 weken een ontslagbericht naar de verwijzer wordt verstuurd.</i>

1.6 Medebehandeling kinderarts (Speerpunt) ****Vervallen norm**

Kwaliteitscriteria 23 In elke instelling waar chirurgie bij kinderen plaatsvindt is de kinderarts betrokken bij de organisatie van de zorg en zijn er afspraken gemaakt over medebehandeling door de kinderarts.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	In elke instelling waar operatieve ingrepen bij kinderen plaatsvinden is de kinderarts betrokken bij de organisatie van de zorg en zijn er afspraken gemaakt over medebehandeling door de kinderarts. De afspraken worden minimaal jaarlijks geëvalueerd met alle betrokkenen.
2 Goed	In elke instelling waar operatieve ingrepen bij kinderen plaatsvinden is de kinderarts betrokken bij de organisatie van de zorg en zijn er afspraken gemaakt over medebehandeling door de kinderarts. De afspraken worden minimaal jaarlijks geëvalueerd binnen de vakgroep.
3 Norm	In elke instelling waar operatieve ingrepen bij kinderen plaatsvinden is de kinderarts betrokken bij de organisatie van de zorg en zijn er afspraken gemaakt over medebehandeling door de kinderarts.
4 Matig	In elke instelling waar operatieve ingrepen bij kinderen plaatsvinden is de kinderarts betrokken bij de organisatie van de zorg, maar er zijn geen afspraken gemaakt over medebehandeling door de kinderarts. <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat in elke instelling waar operatieve ingrepen bij kinderen plaatsvinden afspraken worden gemaakt over de medebehandeling door de kinderarts.</i>
5 Onvoldoende	In de instelling waar operatieve ingrepen bij kinderen plaatsvinden is de kinderarts niet betrokken bij de organisatie van de zorg en zijn er geen afspraken gemaakt over medebehandeling door de kinderarts. <i>Voorwaarde: Zorg dat in elke instelling waar operatieve ingrepen bij kinderen plaatsvinden de kinderarts betrokken is bij de organisatie van de zorg en dat er afspraken worden gemaakt over de medebehandeling door de kinderarts.</i>

1.7 Multidisciplinaire besprekingen

Kwaliteitscriteria 24 De kinderarts neemt regelmatig deel aan zowel mono- als multidisciplinaire besprekingen.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats, hebben een duidelijke agenda en de resultaten worden schriftelijk vastgelegd in het patiëntendossier. Dit leidt tot multidisciplinair vastgestelde zorgpaden en/of beleidsveranderingen. De vakgroep evalueert de besprekingen minimaal jaarlijks met de betrokken partijen en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig.
2 Goed	Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats, hebben een duidelijke agenda en de resultaten worden schriftelijk vastgelegd in het patiëntendossier. Dit leidt tot multidisciplinair vastgestelde zorgpaden en/of beleidsveranderingen.
3 Norm	Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats, hebben een duidelijke agenda en de resultaten worden schriftelijk vastgelegd in het patiëntendossier.
4 Matig	Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats, maar hebben geen duidelijke agenda. <i>Aanbeveling: Zorg voor een duidelijke agenda bij de besprekingen met andere disciplines en leg de resultaten schriftelijk vast in het patiëntendossier.</i>
5 Onvoldoende	Besprekingen met andere disciplines vinden niet structureel plaats. <i>Zwaarwegend advies: Zorg voor structurele besprekingen met andere disciplines met een duidelijk agenda en leg de resultaten schriftelijk vast in het patiëntendossier.</i>

1.8 Werken volgens richtlijnen (Speerpunt)

Kwaliteitscriteria 25 De kinderarts bespreekt afwijkingen van zorg volgens de laatste stand van de wetenschap en praktijk vooraf met een collega en andere betrokken zorgverleners, motiveert dit aan de patiënt en ouders en legt dit vast in het medisch dossier. Kwaliteitscriteria 67 De kinderarts streeft naar zoveel mogelijk interne transparantie over de geboden zorg en de beschikbaarheid en bespreking van de relevante informatie. De arts neemt daarbij kennis waar mogelijk van interdoktervariatie of interpraktijkvariatie van de geleverde zorg. Kwaliteitscriteria 91 De kinderarts hanteert een kwaliteitsbewakingssysteem voor het zorgproces, waarin periodiek het medisch handelen wordt geëvalueerd en de resultaten met collegae worden besproken (medical audit), met als doel verbetering van de zorg.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd. Er vinden minimaal jaarlijks drie medical audits plaats over een richtlijn van de wetenschappelijke vereniging; de uitkomsten worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd.
2 Goed	De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd. Er vindt minimaal jaarlijks een medical audit plaats over een richtlijn van de wetenschappelijke vereniging; de uitkomsten worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd.
3 Norm	De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden structureel in de vakgroep besproken en geëvalueerd.
4 Matig	De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd. <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat richtlijnen structureel in de vakgroep worden besproken en geëvalueerd.</i>
5 Onvoldoende	De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden nagekomen dan wel beargumenteerd van afgeweken maar dit wordt niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd. <i>Voorwaarde: Zorg dat afwijkingen van de richtlijnen worden vastgelegd in het patiëntendossier en dat richtlijnen structureel in de vakgroep worden besproken en geëvalueerd.</i>

1.9 Continuïteit van zorg

Kwaliteitscriteria 28 Waar nodig, voor een goede zorgverlening in situaties van samenwerking door verschillende zorgverleners, wordt voorzien in controlemomenten (overdracht, overleg, evaluatie).	
Toelichting	Er is sprake van continuïteit van zorg indien er gestructureerde overdrachten en overlegmomenten plaatsvinden. Tevens dient de vakgroep goed bereikbaar te zijn en is de continuïteit van supervisie van de kinderafdeling geborgd. Hierbij wordt rekening gehouden met gezond roosteren.
1 Excellent	De vakgroep garandeert eenheid in beleid en continuïteit van zorg. Dit wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd met de betrokkenen (arts-assistenten, verpleegkundigen en aanpalende specialismen). Indien nodig worden verbeteracties uitgevoerd.
2 Goed	De vakgroep garandeert eenheid in beleid en continuïteit van zorg. Dit wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd met de betrokkenen (arts-assistenten, verpleegkundigen en aanpalende specialismen).
3 Norm	De vakgroep garandeert eenheid in beleid en continuïteit van zorg.
4 Matig	De eenheid in beleid en/of continuïteit van zorg vertonen incidentele tekortkomingen. <i>Aanbeveling: Zorg voor eenheid in beleid en continuïteit van zorg.</i>
5 Onvoldoende	Er is geen sprake van eenheid in beleid en continuïteit van zorg. <i>Zwaarwegend advies: Zorg voor eenheid in beleid en continuïteit van zorg.</i>

1.10 Voorbehouden handelingen ****Vervallen norm**

Kwaliteitscriteria 32 In het geval van voorbehouden handelingen door een gespecialiseerd verpleegkundige, een verpleegkundig specialist (VP) of een physician assistant (PA) overtuigt de arts zich van de bekwaamheid van de ander; toezicht en tussenkomst door de arts is mogelijk en indien nodig geeft de arts aanwijzingen.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	In het geval van voorbehouden handelingen door een gespecialiseerd verpleegkundige, een VS of een PA is toezicht en tussenkomst door de kinderarts mogelijk en indien nodig geeft de kinderarts aanwijzingen. Er is een goede samenwerking tussen de kinderarts en de medewerkers. De kinderarts is betrokken bij de toetsing van de voorbehouden handelingen. De gespecialiseerd verpleegkundige, PA of VS maken gebruik van een Persoonlijk Ontwikkel Plan (POP) dat jaarlijks geëvalueerd wordt.
2 Goed	In het geval van voorbehouden handelingen door een gespecialiseerd verpleegkundige, een VS of een PA is toezicht en tussenkomst door de kinderarts mogelijk en indien nodig geeft de kinderarts aanwijzingen. Er is een goede samenwerking tussen de kinderarts en de medewerkers. De kinderarts is betrokken bij de toetsing van de voorbehouden handelingen. De gespecialiseerd verpleegkundige, PA of VS maken gebruik van een Persoonlijk Ontwikkel Plan (POP).
3 Norm	In het geval van voorbehouden handelingen door een gespecialiseerd verpleegkundige, een VS of een PA is toezicht en tussenkomst door de kinderarts mogelijk en indien nodig geeft de kinderarts aanwijzingen. Er is een goede samenwerking tussen de kinderarts en de medewerkers. De kinderarts is betrokken bij de toetsing van de voorbehouden handelingen.
4 Matig	In het geval van voorbehouden handelingen door een gespecialiseerd verpleegkundige, een VS of een PA is toezicht en tussenkomst door de kinderarts mogelijk en indien nodig geeft de kinderarts aanwijzingen. Er is een goede samenwerking tussen de kinderarts en de gespecialiseerd verpleegkundige, een VS of een PA. <i>Aanbeveling: Zorg ervoor dat de kinderarts betrokken is bij de toetsing van de voorbehouden handelingen.</i>
5 Onvoldoende	In het geval van voorbehouden handelingen door een gespecialiseerd verpleegkundige, een VS of een PA is toezicht en tussenkomst door de kinderarts mogelijk en indien nodig geeft de kinderarts aanwijzingen. <i>Zwaarwegend advies: Zorg in het geval van voorbehouden handelingen door een gespecialiseerd verpleegkundig, een VS of een PA voor de mogelijkheid van toezicht en tussenkomst door de kinderarts en voor een goede samenwerking tussen de medewerkers en de kinderarts. De kinderarts is betrokken bij de toetsing van de voorbehouden handelingen.</i>

1. Kwaliteitsdomein Evaluatie van zorg – Organisatie en financiering

1.11 Bezetting neonatologieverpleegkundigen (Speerpunt)

Kwaliteitscriteria 49c Op elke klinische kinderafdeling is een aantal verpleegkundigen werkzaam met gekwalificeerde neonatologische scholing, zodat te allen tijde tenminste één verpleegkundige aanwezig is die aan deze voorwaarde voldoet.	
Toelichting	Een neonatologie verpleegkundige is een verpleegkundige met gekwalificeerde neonatologische scholing (minimaal aantekening high care neonatologie).
1 Excellent	Op elke klinische kinderafdeling waar neonaten worden opgenomen zijn te allen tijde meerdere neonatologie verpleegkundigen werkzaam. Flexibele uitbreiding van het aantal neonatologie verpleegkundigen is mogelijk bij een toename van zorgzwaarte en calamiteiten.
2 Goed	Op elke klinische kinderafdeling waar neonaten worden opgenomen zijn meerdere neonatologie verpleegkundigen werkzaam, zodat te allen tijde tenminste één neonatologie verpleegkundige aanwezig is. Flexibele uitbreiding van het aantal neonatologie verpleegkundigen is mogelijk bij een toename van zorgzwaarte en calamiteiten.
3 Norm	Op elke klinische kinderafdeling waar neonaten worden opgenomen zijn meerdere neonatologie verpleegkundigen werkzaam, zodat te allen tijde tenminste één neonatologie verpleegkundige aanwezig is.
4 Matig	Op elke klinische kinderafdeling waar neonaten worden opgenomen zijn meerdere neonatologie verpleegkundigen werkzaam. Incidenteel zijn er onvoldoende of geen neonatologie verpleegkundigen aanwezig. <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat er te allen tijde tenminste één neonatologie verpleegkundige aanwezig is op elke klinische kinderafdeling waar neonaten worden opgenomen.</i>
5 Onvoldoende	Er zijn structureel onvoldoende of geen neonatologie verpleegkundigen aanwezig op de klinische kinderafdelingen waar neonaten worden opgenomen. <i>Voorwaarde: Zorg voor voldoende neonatologie verpleegkundigen, zodat er te allen tijde tenminste één neonatologie verpleegkundige aanwezig is op elke klinische kinderafdeling waar neonaten worden opgenomen.</i>

1.12 Beleidscyclus

Kwaliteitscriteria 61 De vakgroep of afdeling stelt jaarlijks een jaarplan op aan de hand van een medisch beleidsplan en registreert indicatoren in overeenstemming met de Kwaliteitswet Zorginstellingen en minimaal de landelijk overeengekomen indicatoren (Inspectie, NVK).	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	De vakgroep heeft een actueel beleidsplan en jaarplan en reflecteert aantoonbaar jaarlijks op het beleidsplan en jaarplan. De plannen zijn afgestemd op het beleidsplan van de instelling en op de regio. De plannen in de beleidscyclus zijn voorzien van een prioritering en een tijdspad (bijvoorbeeld SMART-formulering).
2 Goed	De vakgroep heeft een actueel beleidsplan en jaarplan en reflecteert aantoonbaar jaarlijks op het beleidsplan en jaarplan. De plannen zijn afgestemd op het beleidsplan van de instelling. De plannen in de beleidscyclus zijn voorzien van een prioritering en een tijdspad (bijvoorbeeld SMART-formulering).
3 Norm	De vakgroep heeft een actueel beleidsplan en jaarplan en reflecteert aantoonbaar jaarlijks op het beleidsplan en jaarplan. De plannen zijn afgestemd op het beleidsplan van de instelling.
4 Matig	De vakgroep heeft een actueel beleidsplan en jaarplan, maar reflecteert niet aantoonbaar jaarlijks op het beleidsplan en jaarplan of de plannen zijn niet afgestemd op het beleidsplan van de instelling. <i>Aanbeveling: Zorg dat op het beleidsplan en jaarplan aantoonbaar jaarlijks wordt gereflecteerd en stem deze plannen af op het beleidsplan van de instelling.</i>
5 Onvoldoende	De vakgroep heeft geen actueel beleidsplan en jaarplan. <i>Zwaarwegend advies: Zorg voor een actueel beleidsplan en jaarplan, reflecteer aantoonbaar jaarlijks op het beleidsplan en jaarplan en stem deze plannen af op het beleidsplan van de instelling.</i>

2. Kwaliteitsdomein Vakgroep functioneren – professionaliteit

2.1 ‘State of the art’ praktijkorganisatie (Speerpunt)

Kwaliteitscriteria 62 De kinderarts voert een ‘state of the art’ praktijkorganisatie volgens daartoe ontwikkelde randvoorwaarden.	
Toelichting	N.v.t.
1 Excellent	De vakgroep evalueert ten minste jaarlijks de praktijkvoering met behulp van de Quick Scan en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren en er vindt terugkoppeling plaats conform de PDCA-cyclus. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep.
2 Goed	De vakgroep evalueert ten minste tweemaal per vijf jaar de praktijkvoering met behulp van de Quick Scan en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren en er vindt terugkoppeling plaats conform de PDCA-cyclus.
3 Norm	De vakgroep evalueert ten minste tweemaal per vijf jaar de praktijkvoering met behulp van de Quick Scan. De resultaten worden besproken en er worden verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.
4 Matig	De vakgroep evalueert ten minste eenmaal per vijf jaar de praktijkvoering met behulp van de Quick Scan, maar de resultaten worden niet besproken. <i>Zwaarwegend advies: Evalueer tenminste tweemaal per vijf jaar de praktijkvoering met behulp van de Quick Scan en bespreek de resultaten in de vakgroep.</i>
5 Onvoldoende	De vakgroep evalueert de praktijkvoering niet structureel. <i>Voorwaarde: Evalueer tenminste tweemaal per vijf jaar de praktijkvoering met behulp van de Quick Scan en bespreek de resultaten in de vakgroep.</i>

2.2 Perinatale audit ****Vervallen norm**

Kwaliteitscriteria 64 Vanuit de vakgroep wordt deelgenomen aan de perinatale audit.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	Op indicatie neemt de vakgroep deel aan een (multidisciplinaire) perinatale audit. Er is een regeling om uitkomsten te analyseren en verbeteracties vast te stellen. Verbeteracties worden geëvalueerd en indien nodig worden protocolwijzigingen geïmplementeerd. De uitkomsten van de audit worden besproken in de vakgroep en de vakgroep participeert in de regionale bijeenkomsten waarin de uitkomsten van de audits uit de regio worden besproken. Een van de kinderartsen is tevens lid van het lokale audit team.
2 Goed	Op indicatie neemt de vakgroep deel aan een (multidisciplinaire) perinatale audit. Er is een regeling om uitkomsten te analyseren en verbeteracties vast te stellen. Verbeteracties worden geëvalueerd en indien nodig worden protocolwijzigingen geïmplementeerd. De uitkomsten van de audit worden besproken in de vakgroep en de vakgroep participeert in de regionale bijeenkomsten waarin de uitkomsten van de audits uit de regio worden besproken.
3 Norm	Op indicatie neemt de vakgroep deel aan een (multidisciplinaire) perinatale audit. Er is een regeling om uitkomsten te analyseren en verbeteracties vast te stellen. Verbeteracties worden geëvalueerd en indien nodig worden protocolwijzigingen geïmplementeerd. De uitkomsten van de audit worden besproken in de vakgroep.
4 Matig	Op indicatie neemt de vakgroep deel aan een (multidisciplinaire) perinatale audit. Er is een regeling om de uitkomsten van de audit te analyseren en verbeteracties vast te stellen. De uitkomsten van de audit worden besproken in de vakgroep. <i>Aanbeveling: Evalueer verbeteracties van de perinatale audit en implementeer indien nodig protocolwijzigingen.</i>
5 Onvoldoende	Ziektegeschiedenissen van overleden neonaten worden besproken in de vakgroep. <i>Zwaarwegend advies: Neem op indicatie deel aan een (multidisciplinaire) perinatale audit, analyseer de uitkomsten, stel verbeteracties vast en bespreek de uitkomsten van de audit in de vakgroep. Evalueer verbeteracties en implementeer indien nodig protocolwijzigingen.</i>

2.3 Intercollegiale reflectie (Speerpunt)

Kwaliteitscriteria 65 De kinderarts spreekt zijn collegae/leden van de maatschap/vakgroep/ samenwerkingsverband aan op ongewenst gedrag en neemt zijn verantwoordelijkheid voor collegae/leden van de maatschap/ vakgroep/samenwerkingsverband die geen goede zorg verlenen. Kwaliteitscriteria 79 De kinderarts neemt deel aan een (bij voorkeur) geaccrediteerde groep voor intercollegiale reflectie, conform de eisen voor het desbetreffende specialisme. De arts evalueert periodiek zijn geneeskundig handelen met collegae binnen een geaccrediteerde groep voor intercollegiale reflectie.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	De kinderartsen spreken elkaar indien nodig aan op het geneeskundig handelen en gedrag in de breedste zin van het woord. Er is jaarlijks een reflectiemoment binnen de vakgroep waar het geneeskundig handelen en het gedrag geëvalueerd wordt. De vakgroep besteedt continu aandacht aan de aanspreekcultuur.
2 Goed	De kinderartsen spreken elkaar indien nodig aan op het geneeskundig handelen en gedrag in de breedste zin van het woord. Er is jaarlijks een reflectiemoment binnen de vakgroep waar het geneeskundig handelen en het gedrag geëvalueerd wordt.
3 Norm	De kinderartsen spreken elkaar indien nodig aan op het geneeskundig handelen en gedrag in de breedste zin van het woord.
4 Matig	De kinderartsen spreken elkaar onvoldoende aan op het geneeskundig handelen en gedrag in de breedste zin van het woord. <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat alle kinderartsen elkaar aanspreken op het geneeskundig handelen en gedrag in de breedste zin van het woord.</i>
5 Onvoldoende	De kinderartsen spreken elkaar nooit aan op het geneeskundig handelen en gedrag in de breedste zin van het woord. <i>Voorwaarde: Zorg dat alle kinderartsen elkaar aanspreken op het geneeskundig handelen en gedrag in de breedste zin van het woord.</i>

3. Kwaliteitsdomein Patiëntenperspectief – Patiënteninformatie

3.1 Uitleg vertrouwelijkheid jongeren

Kwaliteitscriteria 98 Aan jongeren worden hun rechten m.b.t. vertrouwelijkheid en inzage door/beslisrecht van ouders uitgelegd.	
Toelichting	<u>Kinderen tot 12 jaar</u> Kinderen tot 12 jaar mogen niet zelf beslissen. Ouders mogen het patiëntendossier van hun kinderen onder de 12 jaar altijd inzien. <u>Kinderen van 12 tot 16 jaar</u> Bij kinderen van 12 tot 16 jaar moeten zowel ouders als het kind toestemming geven voor de behandeling. Ouders hebben toestemming nodig van hun kinderen voor inzage van het patiëntendossier. Hierover dient het kind en ouders geïnformeerd te worden voordat het kind 12 jaar wordt. <u>Jongeren vanaf 16 jaar</u> Vanaf 16 jaar mogen jongeren zelf beslissingen nemen over hun medisch behandelingen. Daarnaast hebben zij het alleenrecht op inzage van hun patiëntendossier. Hierover dient het kind en ouders geïnformeerd te worden voordat het kind 16 jaar wordt.
1 Excellent	N.v.t.
2 Goed	N.v.t.
3 Norm	Aan jongeren wordt standaard voorafgaand aan het consult hun rechten m.b.t. vertrouwelijkheid en inzage door/beslisrecht van kind en ouders uitgelegd. De vakgroep kan dit proces toelichten.
4 Matig	Aan jongeren wordt hun rechten m.b.t. vertrouwelijkheid en inzage door/beslisrecht van kind en ouders uitgelegd. <i>Aanbeveling: Zorg ervoor dat aan jongeren standaard voorafgaand aan het consult hun rechten m.b.t. vertrouwelijkheid en inzage door/beslisrecht van kinderen en ouders uitgelegd wordt.</i>
5 Onvoldoende	Aan jongeren wordt hun rechten m.b.t. vertrouwelijkheid en inzage door/beslisrecht van kind en ouders niet uitgelegd. <i>Zwaarwegend advies: Zorg ervoor dat aan jongeren standaard voorafgaand aan het consult hun rechten m.b.t. vertrouwelijkheid en inzage door/beslisrecht van kinderen en ouders uitgelegd wordt.</i>

3.2 Eigen regie patiënt

Kwaliteitscriteria 70 De kinderarts stimuleert proactief het voeren van de eigen regie door de patiënt (bijv. d.m.v. 'decision sharing', voorlichting, lidmaatschap patiëntenvereniging, zelfmanagement, lotgenotencontact en eigen verslaglegging) en maakt afspraken over de rol die de patiënt en/of verzorgers spelen in het behandeltraject.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	De patiënt voert de eigen regie. De kinderartsen maken afspraken over de rol die de patiënt en/of verzorgers spelen in het behandeltraject. De vakgroep evalueert dit structureel met de betrokkenen en neemt verbeteracties indien nodig.
2 Goed	De kinderartsen stimuleren aantoonbaar het proactief voeren van de eigen regie door de patiënt en maken afspraken over de rol die de patiënt en/of verzorgers spelen in het behandeltraject.
3 Norm	De kinderartsen stimuleren proactief het voeren van de eigen regie door de patiënt. Dit kan aangetoond worden middels een voorbeeld.
4 Matig	De patiënt heeft de mogelijkheid voor het voeren van de eigen regie, maar dit wordt niet proactief gestimuleerd door de kinderartsen. <i>Aanbeveling: Stimuleer proactief het voeren van de eigen regie door de patiënt, dat aantoonbaar is middels een voorbeeld.</i>
5 Onvoldoende	De patiënt krijgt niet de mogelijkheid voor het voeren van de eigen regie. <i>Zwaarwegend advies: Stimuleer proactief het voeren van de eigen regie door de patiënt, dat aantoonbaar is middels een voorbeeld.</i>

3. Kwaliteitsdomein Patiëntenperspectief – Klachten en claims

3.3 Klachten en claims (Speerpunt)

Kwaliteitscriteria 72 De kinderarts registreert en analyseert meldingen van klachten en claims en bespreekt deze met alle betrokkenen en hij gebruikt de uitkomsten om verbeteringen in de zorg te bewerkstelligen.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	N.v.t.
2 Goed	De vakgroep heeft een systeem (of maakt gebruik van een systeem van de instelling) om klachten en claims te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. Het proces hiervan wordt geëvalueerd, waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces te verbeteren, conform de PDCA-cyclus.
3 Norm	De vakgroep heeft een systeem (of maakt gebruik van een systeem van de instelling) om klachten en claims te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.
4 Matig	De vakgroep heeft een systeem (of maakt gebruik van een systeem van de instelling) om klachten en claims te analyseren en te bespreken. <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd worden.</i>
5 Onvoldoende	De vakgroep heeft een systeem (of maakt gebruik van een systeem van de instelling) om klachten en claims te analyseren, maar bespreekt de klachten en claims niet en er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd. <i>Voorwaarde: Zorg dat de klachten en claims besproken worden, stel verbeteracties vast en voer deze uit.</i>

3.4 Incidenten en complicaties (Speerpunt)

Kwaliteitscriteria 89 De kinderarts registreert en analyseert meldingen van incidenten en complicaties en meldingen van patiënten en bespreekt deze met alle betrokkenen en deze gebruikt de uitkomsten om verbeteringen in de zorg te bewerkstelligen. Kwaliteitscriteria 90 Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) wordt het volgende gedaan (conform Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)): - naar de patiënt wordt openheid over incidenten betracht; - incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt; - een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	De vakgroep registreert complicaties en hanteert de gedragscode GOMA met betrekking tot incidenten. De vakgroep analyseert en bespreekt de complicaties en incidenten en neemt verbeteracties indien nodig. Het proces van de meldingen wordt geëvalueerd, waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces te verbeteren, conform de PDCA-cyclus.
2 Goed	De vakgroep registreert complicaties en hanteert de gedragscode GOMA met betrekking tot incidenten. De vakgroep analyseert en bespreekt de complicaties en incidenten en neemt verbeteracties indien nodig.
3 Norm	De vakgroep registreert complicaties en hanteert de gedragscode GOMA met betrekking tot incidenten. De vakgroep analyseert en bespreekt de complicaties en incidenten.
4 Matig	De vakgroep registreert complicaties en hanteert de gedragscode GOMA met betrekking tot incidenten, maar analyseert en bespreekt incidenten en/of complicaties niet, en voert geen verbeteracties uit indien nodig. <i>Zwaarwegend advies: Bespreek de incidenten en/of complicaties in de vakgroep.</i>
5 Onvoldoende	De vakgroep registreert geen complicaties en/of hanteert de gedragscode GOMA met betrekking tot incidenten niet. <i>Voorwaarde: Registreer complicaties en hanteer de gedragscode GOMA met betrekking tot incidenten, analyseer en bespreek de complicaties en incidenten.</i>

4. Kwaliteitsdomein Professionele ontwikkeling – Deskundigheidsbevordering
4.1 Scholing in emergency care voor kinderen (Speerpunt)

Kwaliteitscriteria 76 Artsen zijn adequaat geschoold in Emergency care voor kinderen. De kennis en vaardigheden worden periodiek geëvalueerd.	
Toelichting	CRM: Crew Resource Management
1 Excellent	De kinderartsen hebben het elke 5 jaar volgen van de NLS - en APLS-scholing (of equivalente geaccrediteerde scholing) en het onderhouden van vaardigheden verplicht gesteld. De kinderartsen participeren regelmatig in CRM-scenariotrainingen in de instelling. Dit is opgenomen in het huishoudelijke reglement van de vakgroep. Het volgen van de scholing wordt gedocumenteerd.
2 Goed	De kinderartsen hebben het elke 5 jaar volgen van de NLS- en APLS-scholing (of equivalente geaccrediteerde scholing) en het onderhouden van de vaardigheden verplicht gesteld. De kinderartsen participeren regelmatig in CRM-scenariotrainingen in de instelling.
3 Norm	Alle kinderartsen volgen elke 5 jaar de NLS- en APLS-scholing (of equivalente geaccrediteerde scholing) en de vaardigheden worden onderhouden.
4 Matig	Het volgen van de NLS- en APLS-scholing (of equivalente geaccrediteerde scholing) heeft de aandacht van de vakgroep, maar enkele kinderartsen volgen deze niet elke vijf jaar. <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat alle kinderartsen elke 5 jaar de NLS- en APLS-scholing (of equivalente scholing) volgen en onderhoudt de vaardigheden.</i>
5 Onvoldoende	Het volgen van de NLS- en APLS-scholing (of equivalente geaccrediteerde scholing) heeft geen aandacht van de vakgroep. Enkele kinderartsen volgen niet elke 5 jaar de APLS en/of NLS-scholing. <i>Voorwaarde: Zorg dat alle kinderartsen elke 5 jaar de NLS- en APLS-scholing (of equivalente scholing) volgen en onderhoudt de vaardigheden.</i>

4. Kwaliteitsdomein Professionele ontwikkeling – Individueel functioneren

4.2 Jaargesprekken

Kwaliteitscriteria 80 In de instelling is een systeem van jaargesprekken tussen afdelingshoofd (medisch specialist) en de individuele medisch specialist in de instelling ingevoerd.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	Er is minimaal jaarlijks aandacht voor individuele wensen en behoeften van alle vakgroepleden in een veilige sfeer, bijvoorbeeld via een jaargesprek. Er worden ontwikkeldoelen vastgesteld, geïmplementeerd en geëvalueerd.
2 Goed	Er is minimaal jaarlijks aandacht voor individuele wensen en behoeften van alle vakgroepleden in een veilige sfeer, bijvoorbeeld via een jaargesprek. Er worden ontwikkeldoelen vastgesteld.
3 Norm	Er is minimaal jaarlijks aandacht voor individuele wensen en behoeften van alle vakgroepleden in een veilige sfeer, bijvoorbeeld via een jaargesprek.
4 Matig	Er is niet structureel aandacht voor individuele wensen en behoeften van alle vakgroepleden in een veilige sfeer, bijvoorbeeld via een jaargesprek. <i>Aanbeveling: Zorg dat er minimaal jaarlijks aandacht is voor individuele wensen en behoeften van alle vakgroepleden in een veilige sfeer, bijvoorbeeld via een jaargesprek.</i>
5 Onvoldoende	Er is geen aandacht voor individuele wensen en behoeften van alle vakgroepleden, bijvoorbeeld via een jaargesprek. <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat er minimaal jaarlijks aandacht is voor individuele wensen en behoeften van alle vakgroepleden in een veilige sfeer, bijvoorbeeld via een jaargesprek.</i>

5. Kwaliteitsdomein Kwaliteit – patiëntveiligheid

5.1 ~~Prospectieve risico-inventarisatie~~ **Vervallen norm

Kwaliteitscriteria 88 Bij vernieuwingen of organisatorische veranderingen die van invloed zijn op patiëntveiligheid wordt een prospectieve risico-inventarisatie uitgevoerd.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	De vakgroep initieert de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij elke grote of kleine technische, procedurele, personele en organisatorische verandering. De uitkomsten van de prospectieve risico-inventarisaties worden besproken in de vakgroep.
2 Goed	De vakgroep initieert de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij elke grote, belangrijke technische, procedurele, personele en organisatorische verandering.
3 Norm	De vakgroep is bekend met prospectieve risico-inventarisaties en levert een bijdrage aan de uitvoering bij grote, belangrijke technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.
4 Matig	De vakgroep is bekend met prospectieve risico-inventarisaties, maar levert onvoldoende of geen bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen. <i>Aanbeveling: Zorg dat de vakgroep een bijdrage levert aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij grote, belangrijke technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.</i>
5 Onvoldoende	De vakgroep heeft geen kennis genomen van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen. <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat de vakgroep bekend is met en een bijdrage levert aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij grote, belangrijke technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.</i>

5.2 ~~LNR/NSCK~~ **Vervallen norm

Kwaliteitscriteria 101 De kinderarts neemt deel aan Landelijke Neonatale Registratie/Landelijke Perinatale Registratie/Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde.	
Toelichting	n.v.t.
1 Excellent	De vakgroep neemt deel aan de Landelijke Neonatale Registratie en het Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde. De registratie is bij alle patiënten compleet.
2 Goed	n.v.t.
3 Norm	De vakgroep neemt deel aan de Landelijke Neonatale Registratie en het Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde.
4 Matig	n.v.t.
5 Onvoldoende	De vakgroep neemt geen deel aan de Landelijke Neonatale Registratie en het Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde. <i>Zwaarwiegend advies: Neem deel aan de Landelijke Neonatale Registratie en het Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde.</i>

5.3 VMS programma's (Speerpunt) ****Vervallen norm**

Kwaliteitscriteria 92 De kinderafdeling voldoet aan het VMS programma betreffende: Medicatieverificatie bij opname en ontslag. Kwaliteitscriteria 93 De kinderafdeling voldoet aan het VMS programma betreffende: Verwisseling. Kwaliteitscriteria 94 De kinderafdeling voldoet aan het VMS programma betreffende High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia. Kwaliteitscriteria 95 De kinderafdeling voldoet aan het VMS programma betreffende: Voorkomen lijnsepsis en behandeling sepsis. Kwaliteitscriteria 96 De kinderafdeling voldoet aan het VMS programma betreffende: Vitaal bedreigde patiënt. Kwaliteitscriteria 97 De kinderafdeling voldoet aan het VMS programma betreffende: Vroege herkenning en behandeling van pijn. Hierbij worden ook andere (niet-medicamenteuze) maatregelen genomen om pijn te verlichten.	
Toelichting	Deze norm heeft betrekking op de volgende VMS programma's: - Medicatieverificatie bij opname en ontslag - Verwisseling - High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia - Voorkomen lijnsepsis en behandeling sepsis (indien van toepassing) - Vitaal bedreigde patiënt - Vroege herkenning en behandeling van pijn
1 Excellent	De VMS programma's zijn adequaat geïmplementeerd op de kinderafdeling, de vakgroep heeft hierbij de leiding genomen en evalueert de implementatie van de VMS programma's structureel.
2 Goed	De VMS programma's zijn adequaat geïmplementeerd op de kinderafdeling en de vakgroep heeft hierbij de leiding genomen.
3 Norm	De VMS programma's zijn adequaat geïmplementeerd op de kinderafdeling en de vakgroep is hierbij betrokken.
4 Matig	De VMS programma's zijn adequaat geïmplementeerd op de kinderafdeling. <i>Zwaarwegend advies: Zorg dat de vakgroep betrokken is bij de implementatie van de VMS programma's.</i>
5 Onvoldoende	De VMS programma's zijn adequaat geïmplementeerd op de kinderafdeling, maar niet alle kinderartsen handelen hiernaar. <i>Voorwaarde: Zorg dat alle kinderartsen handelen volgens de VMS programma's.</i>