

Normering Praktijkvoering en  
Waarderingsystematiek voor de  
Kwaliteitsvisitaties van de VKGN



## Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitatie

Kwaliteitsvisitaties vinden één keer in de vijf jaar plaats. Bij kwaliteitsvisitatie wordt ter plaatse onderzoek verricht naar de omstandigheden waarin en de manier waarop collega's het beroep uitoefenen op grond van de op dat moment geldende kwaliteitsnormen. Het is dan ook van groot belang dat er *normen* zijn waaraan tijdens de visitatie kan worden getoetst. Vanuit de Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten heeft de Adviescommissie Visitatie de leidraad *Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties (2012)* opgesteld. De VKGN heeft kennis genomen van de Leidraad en heeft het daarin voorgestelde normeringsstelsel gespecificeerd voor het vakgebied van de klinische genetica. Met deze normering kan de visitatiecommissie ad hoc in de visitatie en bijbehorende verslaglegging komen tot een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming. Wanneer bij een kwaliteitsvisitatie wordt vastgesteld dat niet of niet volledig aan een norm wordt voldaan, komt er een vervolgactie. Voor de mate waarin van de norm wordt afgeweken is een omschrijving gemaakt. Daarnaast is een omschrijving gemaakt voor goede zorg waaraan iedere sectie zou moeten voldoen (basisnorm). Het resultaat is een waarderingsystematiek volgens onderstaande vierpuntsschaal.

### 1. Voorwaarden (V)

*Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen zes maanden.*

### 2. Zwaarwegende adviezen (ZA)

*Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd.*

### 3. Aanbevelingen (A)

*Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.*

### 4. Goede zorg (G)

*Goed, de norm*

De VKGN kijkt met de keuze voor een vierpuntsschaal af van de leidraad *Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties (2012)* van de Adviescommissie Visitatie. In de leidraad wordt een vijfpuntsschaal gehanteerd waarin ook streefnormen zijn geformuleerd. Streefnormen zijn bedoeld om te benadrukken dat het bij kwaliteitsvisitatie vooral gaat om stimulerende prikkels in te bouwen die uitnodigen om te excelleren (Best Practice). Voorliggend document wordt gezien als een groeidocument, dat gebruikt zal worden tijdens de tweede visitatieronde die van start gaat in 2015. Het voornemen is om in

een volgende versie van het document streefnormen toe te voegen, mede aan de hand van de uitkomsten van de kwaliteitsvisitaties op de verschillende afdelingen Klinische genetica.

## Normen & Waarden voor de Praktijkvoering

Normen & Waarden voor de praktijkvoering is een set van waarden met daaraan gekoppelde normering waaraan de praktijkvoering dient te voldoen. De set is onderverdeeld in vier kwaliteitsdomeinen, analoog aan het vernieuwde visitatiemodel (2005): evaluatie van zorg, functioneren van de sectie, patiëntenperspectief en professionele ontwikkeling.

Klinisch genetici zijn verbonden aan de afdelingen Klinische genetica van de acht Universitaire Medische Centra in Nederland en aan het NKI-AVL. De kwaliteitsvisitatie van de VKGN richt zich op het onderdeel van de afdeling Klinische genetica waar de klinisch genetici werkzaam zijn, ook wel de sectie counseling, polikliniek klinische genetica, polikliniek erfelijkheidsonderzoek, -adviesing en/of -voorlichting of de polikliniek familiale tumoren genoemd. In het voorliggende document wordt hiervoor de term sectie gebruikt.

### Kwaliteitsdomein: Evaluatie van de zorg

1. Dossiervoering
2. Brieven
3. Zorgprocessen en/of protocollen – SOP's;
  - a. Organisatorisch
  - b. Zorginhoudelijk
4. VKGN Kwaliteitsindicatoren
5. Melden van klachten
6. Multidisciplinair overleg
7. Naleven van de richtlijnen (Medical Audit)
8. Psychosociale zorg
9. Overleg met genoomlaboratorium
10. Contacten met andere specialisten en disciplines

### 1. Dossiervoering

De VKGN heeft in 2008 voor de dossiervoering een richtlijn opgesteld onder de naam richtlijn Minimum criteria dossiervoering klinische genetica (VKGN, 2008). In deze richtlijn staat beschreven waar de dossiervoering binnen de klinische genetica aan dient te voldoen. Ten behoeve van de kwaliteitsvisitatie is op basis van deze richtlijn een aantal beoordelingscriteria vastgesteld, zowel procedureel als inhoudelijk, aan de hand waarvan de sectie de dossiervoering kan evalueren.

- De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid (0-39% van de dossiers voldoet aan de eisen, wat betekent dat 0-39% een 7 of hoger scoort). Externe partijen hebben hierover klachten (V).

- De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid (40-59% van de dossiers voldoet aan de eisen, wat betekent dat 40-59% een 7 of hoger scoort) (ZA).
- De dossiervoering vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid (60-89% van de dossiers voldoet aan de eisen, wat betekent dat 60-89% een 7 of hoger scoort) (A).
- De sectie heeft papieren en/of elektronische dossiers waarin de relevante informatie<sup>1</sup> voor het geneeskundig handelen is vastgelegd, evalueert jaarlijks de dossiervoering en past die indien gewenst aan (90-100% van de dossiers voldoet aan de eisen, wat betekent dat 90-100% een 7 of hoger scoort) (G).

## 2. Brieven

De VKGN heeft in 2008 voor de dossiervoering een richtlijn opgesteld onder de naam richtlijn Minimum criteria dossiervoering klinische genetica (VKGN, 2008). In deze richtlijn wordt beschreven aan welke eisen de brieven die na afronding van het erfelijkheidsonderzoek geschreven worden dienen te voldoen. Op basis van deze richtlijn is een indicator brieven opgesteld waarin 10 inhoudelijke criteria benoemd worden.

- De correspondentie naar patiënt en/of betrokken artsen is minimaal. Brieven worden niet structureel geschreven en vertonen grote tekortkomingen wat betreft volledigheid en duidelijkheid voor de patiënt. Patiënt en/of betrokken artsen hebben hierover klachten (0-39% van de brieven voldoet aan de eisen, wat betekent dat 0-39% een 7 of hoger scoort) (V).
- De brieven vertonen structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid (40-59% van de brieven voldoet aan de eisen, wat betekent dat 40-59% een 7 of hoger scoort) (ZA).
- De brieven vertonen incidenteel tekortkomingen wat betreft inhoud en leesbaarheid (60-89% van de brieven voldoet aan de eisen, wat betekent dat 60-89% een 7 of hoger scoort) (A).
- De brieven zijn structureel op orde en voldoen wat betreft inhoud aan de criteria van de indicator brieven. Controle van de inhoud van de brieven volgens de indicator Brieven is opgenomen in de kwaliteitscyclus (90-100% van de brieven voldoet aan de eisen, wat betekent dat 90-100% een 7 of hoger scoort) (G).

## 3. Zorgprocessen en/of protocollen – SOP's

### a. Organisatorisch

De VKGN is van mening dat het voor de eenduidigheid en continuïteit van zorg belangrijk is dat zorgprocessen staan beschreven. Voor deze beschrijving rouleren in het land verschillende benamingen, onder meer Standard Operating Procedures (SOP's),

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 1

werkprocessen of (schriftelijke) werkinstructies. In het normenrapport wordt hiervoor de term SOP gebruikt. De VKGN doet in het normenrapport geen uitspraak over welke organisatorische processen beschreven dienen te zijn maar richt zich in de gestelde normering op het vastleggen van SOP's en het periodiek evalueren en actualiseren ervan.

De intentie is om bij een volgende versie van het normenrapport vast te leggen welke organisatorische SOP's minimaal gewenst zijn. In deze norm wordt de term documentbeheersysteem gebruikt, ook wel kwaliteitsmanagementsysteem, kwaliteitshandboek of kwaliteitssysteem genoemd. Hieronder wordt verstaan een centraal, digitaal systeem waarin alle werkinstructies, SOP's, protocollen, procedures en andere belangrijke documenten zijn opgenomen en zijn te raadplegen door de medewerkers. Inherent aan het systeem is een periodieke actualisatie van de verschillende onderdelen.

- De sectie heeft geen SOP's voor organisatorische processen (V).
- De sectie heeft SOP's voor organisatorische processen. Deze zijn echter niet vastgelegd in een documentbeheersysteem (ZA).
- De sectie heeft SOP's voor organisatorische processen; deze zijn echter onvoldoende vastgelegd in een documentbeheersysteem (A).
- De sectie heeft SOP's voor organisatorische processen; deze zijn vastgelegd in een documentbeheersysteem en worden jaarlijks geactualiseerd (G).

#### **b. Zorginhoudelijk**

De VKGN is van mening dat het voor de eenduidigheid en continuïteit van zorg belangrijk is dat medisch-inhoudelijke zorgprocessen staan beschreven in landelijke richtlijnen en lokale protocollen.

De VKGN heeft de afgelopen jaren verschillende richtlijnen ontwikkeld ([www.richtlijnenatabase.nl](http://www.richtlijnenatabase.nl)). Voor een actueel overzicht wordt tevens verwezen naar de website van de VKGN ([www.vkgn.nl](http://www.vkgn.nl)). Het is aan de sectie om deze richtlijnen te bespreken en lokale afspraken hierover schriftelijk vast te leggen. Voor deze lokale afspraken rouleren in het land verschillende benamingen, onder meer SOP's, lokale protocollen of richtlijnen of (schriftelijke) werkinstructies. In het normenrapport wordt de term SOP gebruikt. In deze norm wordt de term documentbeheersysteem gebruikt, ook wel kwaliteitshandboek, kwaliteitsmanagementsysteem of kwaliteitssysteem genoemd. Hieronder wordt verstaan een centraal, digitaal systeem waarin alle werkinstructies, SOP's, protocollen, procedures en andere belangrijke documenten zijn opgenomen en zijn te raadplegen door de medewerkers. Inherent aan het systeem is een periodieke actualisatie van de verschillende onderdelen.

- Er zijn geen zorginhoudelijke SOP's (V).
- De sectie heeft SOP's voor zorginhoudelijke processen. Deze zijn echter niet vastgelegd in een documentbeheersysteem (ZA).
- De sectie heeft SOP's voor zorginhoudelijke processen; deze zijn echter onvoldoende vastgelegd in een documentbeheersysteem (A).
- De sectie heeft SOP's voor zorginhoudelijke processen; deze zijn vastgelegd in een documentbeheersysteem en worden jaarlijks geactualiseerd (G).

## 4. VKGN Kwaliteitsindicatoren

Om als wetenschappelijke vereniging zelf de regie te houden en te komen tot steeds betere patiëntenzorg heeft de VKGN in 2010 een start gemaakt met de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsindicatoren voor de beroepsuitoefening. Door interne kwaliteitstoetsing zal een verbetering en uniformering van het vakinhoudelijke werk optreden. De VKGN stelt de indicatoren jaarlijks vast en vraagt ze uit bij de verschillende centra.

- De sectie levert geen gegevens voor de VKGN kwaliteitsindicatoren aan bij de commissie kwaliteit van de VKGN (V).
- De sectie levert jaarlijks gegevens voor de VKGN kwaliteitsindicatoren aan bij de commissie kwaliteit van de VKGN, maar de uitkomsten zijn niet geanalyseerd (ZA).
- De sectie levert jaarlijks gegevens voor de VKGN kwaliteitsindicatoren aan bij de commissie kwaliteit van de VKGN; de uitkomsten zijn geanalyseerd, maar hebben niet geleid tot aantoonbare vervolg- en of verbeteracties (A).
- De sectie levert gegevens voor de VKGN kwaliteitsindicatoren aan bij de commissie kwaliteit van de VKGN, de uitkomsten zijn geanalyseerd, verbeteracties zijn vastgesteld en eventuele protocolwijzigingen zijn geïmplementeerd (G).

## 5. Melden van klachten

Onder (officiële en niet-officiële) klachten verstaat de VKGN ook incidenten, tekortkomingen en meldingen. De VKGN is van mening dat het belangrijk is om deze klachten systematisch te verzamelen, te analyseren en te bespreken in het kader van kwaliteitsverbetering.

- De sectie registreert geen klachten (V).
- De sectie registreert klachten, maar analyseert en bespreekt de meldingen niet en voert geen verbeteracties uit (ZA).
- De sectie registreert klachten en analyseert en bespreekt de meldingen, maar voert geen verbeteracties uit (A).
- Er is een systeem waarmee het proces en de resultaten van de meldingen van klachten wordt geëvalueerd en gerapporteerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren (G).

## 6. Multidisciplinair overleg

De klinische genetica beslaat een groot aantal expertisegebieden, waaronder prenatale diagnostiek, oncogenetica, cardiogenetica en neurogenetica. De VKGN is van mening dat structurele besprekingen met andere disciplines die betrokken zijn bij deze aandachtsgebieden van belang zijn om een goede patiëntenzorg te kunnen waarborgen. Voor de argumentatie wordt verwezen naar de VKGN Indicatorenset 2010, indicator 3.7 Multidisciplinaire samenwerking.

- Besprekingen met andere disciplines vinden niet plaats (V).
- Besprekingen met andere disciplines vinden incidenteel plaats (ZA).

- Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats maar zonder duidelijke agenda en/of patiëntenbespreeklijst en zonder notulen en/of verslaglegging in het patiëntendossier (A).
- Besprekingen met andere disciplines vinden structureel plaats en hebben een duidelijke agenda en/of patiëntenbespreeklijst met notulen en/of verslaglegging in het patiëntendossier (G).

## 7. Naleven van de richtlijnen (Medical Audit)<sup>2</sup>

De VKGN is van mening dat het voor de eenduidigheid en continuïteit van zorg belangrijk is dat zorgprocessen staan beschreven in landelijke richtlijnen. De VKGN heeft de afgelopen jaren verschillende richtlijnen ontwikkeld. Een sectie dient op de hoogte te zijn van de landelijke richtlijnen, deze met elkaar te bespreken en lokale afspraken te maken over de naleving ervan (zie ook 3b. SOP's voor zorginhoudelijke processen). Naleving van de richtlijnen verdient aanbeveling, met de mogelijkheid er beargumenteerd van af te wijken. De beargumentatie om eventueel van een richtlijn af te wijken dient schriftelijk te worden vastgelegd in het patiëntendossier. Tijdens de kwaliteitsvisite wordt door middel van een medical audit getoetst in hoeverre de sectie een vooraf uitgekozen landelijke richtlijn volgt dan wel hiervan afwijkt.

- De getoetste richtlijn van de VKGN wordt niet nagekomen (V).
- De getoetste richtlijn van de VKGN wordt wel nagekomen, dan wel er wordt beargumenteerd van afgeweken, maar dit wordt niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd (ZA).
- De getoetste richtlijn van de VKGN wordt wel nagekomen, dan wel er wordt beargumenteerd van afgeweken, en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijn wordt echter niet periodiek besproken (A).
- De getoetste richtlijn van de VKGN wordt nagekomen, dan wel er wordt beargumenteerd van afgeweken en dit wordt in het patiëntendossier vastgelegd. De richtlijnen worden periodiek in de sectie besproken (G).

## 8. Psychosociale zorg

Klinisch genetisch onderzoek en de uitkomsten daarvan kunnen ingrijpend zijn voor zowel de adviesvragers als hun familieleden. De VKGN is van mening dat de sectie zorg dient te dragen voor het psychosociale welzijn voor zover dat samenhangt met het klinisch genetische onderzoek. Een adequaat functionerend psychosociaal team, met voldoende formatie om aan de zorgvraag tegemoet te komen, en regelmatige psychosociale besprekingen met counselors en psychosociale medewerkers draagt hieraan bij. Het psychosociaal overleg kan ook onderdeel zijn van een ander overleg binnen de sectie.

- Er is geen psychosociaal team functionerend binnen de sectie (V).

---

- Het psychosociale team is volgens de sectie onvoldoende bemand om aan de zorgvraag te voldoen (ZA).
- Het psychosociaal team is volgens de sectie voldoende bemand om aan de zorgvraag te voldoen, maar er is geen regelmatig psychosociaal overleg (A).
- Het psychosociaal team is voldoende bemand om aan de zorgvraag te voldoen en er is op regelmatige basis een psychosociaal overleg (of het psychosociaal overleg is onderdeel van een breder overleg binnen de sectie) waaraan betrokkenen van de sectie deelnemen (G).

## 9. Overleg met genoomlaboratorium

Klinisch genetisch onderzoek behelst vaak cytogenetisch en moleculair onderzoek. De ontwikkelingen op het gebied van genoomwijde diagnostiek gaan snel, wat veranderingen met zich mee zal brengen voor het diagnostische onderzoek van de klinisch geneticus. De VKGN is van mening dat regelmatige besprekingen met medewerkers van het genoomlaboratorium belangrijk zijn, voor de directe patiëntenzorg, voor de implementatie van nieuwe onderzoekstechnieken, voor het bespreken van de mogelijkheden en beperkingen ervan en voor de wederzijdse deskundigheidsbevordering (zie ook de VKGN indicatorenset 2010, indicator 3.9 Samenwerking laboratoria).

- Er worden geen besprekingen gehouden met medewerkers van het genoomlaboratorium (V).
- Er vinden op onregelmatige basis besprekingen plaats met medewerkers van het genoomlaboratorium (ZA).
- Er vinden regelmatige besprekingen plaats met medewerkers van het genoomlaboratorium, maar zonder agenda of notulen (A).
- Er vinden regelmatige besprekingen plaats met medewerkers van het genoomlaboratorium volgens een vaste agenda; deze besprekingen worden genotuleerd en afgesproken acties worden gemonitord (G).

## 10. Contacten met andere specialismen en disciplines

In vrijwel elk medisch specialisme speelt genetica een rol, waardoor er veel verschillende medisch specialismen en andere disciplines zijn van waaruit patiënten naar de klinisch genetica verwezen kunnen worden (hieronder omschreven als in- en externe contacten). De VKGN acht het van belang dat de sectie contacten met deze groepen goed onderhoudt. In de kwaliteitsvisite is hiervoor onder meer de verwijzersenquête als instrument opgenomen.

- De sectie werkt als een gesloten systeem zonder aantoonbaar open te staan voor in- en externe contacten (V).
- De leden van de sectie individueel staan aantoonbaar open voor zowel in- als externe contacten maar bespreken dit verder niet binnen de sectie (ZA).
- De sectie staat aantoonbaar open voor zowel in- als externe contacten en bespreekt dit binnen de sectie zonder verbeteracties vast te stellen (A).
- De sectie staat open voor zowel in- als externe contacten en gebruikt deze contacten om haar eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen (G).



## Kwaliteitsdomein: functioneren van de sectie

1. Quickscan
2. (Meerjaren)beleidsplan
3. Jaarrapportage
4. Stafoverleg
5. Medewerkerstevredenheid
6. Supervisie arts-assistenten en genetisch consulenten
7. Bespreekbaar maken en voorkomen van conflicten en/of communicatieproblemen
8. Melden aan divisie- of clustermanager

### 1. Quickscan

De Quickscan is een instrument/hulpmiddel voor zelfevaluatie van secties. De Quickscan maakt onderscheid tussen 'harde' en 'zachte' kanten van het functioneren van de sectie. Harde kanten hebben betrekking op de wijze van besluitvorming, afspraken over registratie, administratie, het organiseren van vergaderingen etc. Het goed regelen van de harde kanten kan onder andere resulteren in duidelijke plannen en slagvaardig optreden van een sectie. Daarnaast zijn een goede mentale fundering en een positief samenwerkingsklimaat (zachte kanten) van belang om als sectie effectief te functioneren. De resultaten van deze meting kunnen worden gebruikt bij het stellen van prioriteiten voor verbetering van het functioneren en (ook) bij het bepalen van de beleidsagenda.

- De Quickscan wordt niet uitgevoerd; de sectie evalueert haar functioneren ook niet op andere wijze (V).
- De Quickscan wordt ten minste iedere vijf jaar uitgevoerd, maar de resultaten worden niet besproken (ZA).
- De Quickscan wordt ten minste iedere vijf jaar uitgevoerd en de resultaten worden besproken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd (A).
- De sectie voert de Quickscan ten minste iedere vijf jaar uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (G).

### 2. (Meerjaren)beleidsplan

Een (meerjaren)beleidsplan geeft inzicht in de manier waarop de sectie het werk heeft georganiseerd en uitvoert om haar doelstelling(en) te bereiken.

- Er is geen (meerjaren)beleidsplan (ZA).
- Er is een (meerjaren)beleidsplan, maar er is onvoldoende afstemming met de beleidsplannen van de afdeling klinische genetica (A).
- De sectie heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan. Dit is afgestemd met de beleidsplannen van de afdeling klinische genetica (G).

### 3. Jaarrapportage

Een jaarrapportage geeft inzicht in wat in het betreffende jaar in de organisatie is gebeurd, en of de gestelde doelen uit het beleidsplan gehaald zijn. De VKGN stelt dat in een jaarrapportage minimaal over de volgende aspecten wordt gerapporteerd en geëvalueerd: aantal verrichtingen, aantal fte dat werkzaam is binnen de sectie, aantal publicaties, onderwijsinspanningen, ziekteverzuimcijfers, ontvangen klachten.

- Er is geen jaarrapportage (ZA).
- Er is een jaarrapportage, maar er is onvoldoende afstemming met de beleidsplannen van de afdeling klinische genetica (A).
- De sectie heeft een actuele jaarrapportage. Dit is afgestemd met de beleidsplannen van de afdeling klinische genetica (G).

### 4. Stafoverleg

Bij het Stafoverleg dienen minimaal de stafleden aanwezig te zijn. Daarnaast kan een afvaardiging van de genetisch consultants, arts-assistenten, het psychosociale team en het secretariaat aanwezig zijn. Ook kan relevante informatie worden teruggekoppeld aan andere medewerkers van de sectie.

- Er worden geen stafvergaderingen gehouden (V).
- Er worden stafvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur, notulen en verslaglegging (ZA).
- Er worden gestructureerde stafvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord (A).
- Er worden gestructureerde stafvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord (G).

### 5. Medewerkerstevredenheid

De VKGN vindt het belangrijk dat de sectie aandacht heeft voor de medewerkerstevredenheid, waar de belasting en de belastbaarheid van haar medewerkers onderdeel van is. Niet tijdig gesignaleerde overbelasting kan negatieve gevolgen hebben voor de betrokken medewerker(s), de kwaliteit van het werk en de sectie als geheel. In de meeste ziekenhuizen is het gangbaar dat periodiek een medewerkerstevredenheidsonderzoek wordt uitgevoerd waarin vragen zijn opgenomen over de werkdruk.

- Er is binnen de sectie geen aandacht voor de medewerkerstevredenheid (V).
- Er is binnen de sectie aandacht voor de medewerkerstevredenheid; er is echter geen werkwijze om dit te analyseren en te bespreken (ZA).
- Er is binnen de sectie aandacht voor de medewerkerstevredenheid en een werkwijze om dat te analyseren en te bespreken. Daar vloeien echter geen verbeteracties uit voort (A).

- Er is binnen de sectie aandacht voor de medewerkerstevredenheid en een werkwijze operationeel om deze tevredenheid te analyseren, te bespreken en te verbeteren (G).

## 6. Supervisie arts-assistenten en genetisch consulenten

Arts-assistenten en genetisch consulenten verbonden aan de sectie werken onder supervisie van de klinisch genetici. De VKGN is van mening dat hierover binnen de sectie duidelijke afspraken over dienen te bestaan die voor iedereen helder zijn.

- De sectie heeft geen duidelijke afspraken over de supervisie van de genetisch consulenten en arts-assistenten (V).
- De sectie heeft wel duidelijke afspraken over de supervisie van de genetisch consulenten en arts-assistenten, maar deze afspraken zijn niet schriftelijk vastgelegd. (ZA).
- De sectie heeft duidelijke afspraken over de supervisie van de genetisch consulenten en arts-assistenten en deze afspraken zijn schriftelijk vastgelegd. De afspraken worden niet regelmatig geëvalueerd (A).
- De sectie heeft duidelijke afspraken over de supervisie van de genetisch consulenten en arts-assistenten en deze afspraken zijn schriftelijk vastgelegd. De afspraken worden regelmatig geëvalueerd (G).

## 7. Bespreekbaar maken en voorkomen van conflicten en/of communicatieproblemen

Het bestaan van conflicten en/of communicatieproblemen binnen de sectie kan leiden tot gevoelens van onvrede en onveiligheid, wat van grote invloed is op het welzijn en de kwaliteit van werken van zowel de individuele medewerkers als de sectie als geheel. Idealiter worden conflicten door het sectie- of het afdelingshoofd met direct betrokkenen besproken. Als zij de hele sectie aangaan worden zij ook binnen de sectie besproken, waarop verbeteracties worden geformuleerd en geïmplementeerd. Het verdient sterke aanbeveling om een vertrouwenspersoon aan te wijzen binnen de sectie of binnen het centrum bij wie iemand terecht kan in geval van een conflictsituatie.

- Conflicten en/of communicatieproblemen binnen de sectie worden geaccepteerd als zijnde een individueel probleem en niet besproken met het afdelingshoofd (V).
- Conflicten en/of communicatieproblemen binnen de sectie worden als onwenselijk benoemd, maar er is geen structureel plan van aanpak hoe hiermee om te gaan (ZA).
- Conflicten en/of communicatieproblemen binnen de sectie worden als onwenselijk benoemd en besproken met het afdelingshoofd. Als zij de hele sectie aangaan worden zij ook binnen de sectie besproken. Er is geen vertrouwenspersoon binnen de sectie of in het eigen centrum (A).
- Conflicten en/of communicatieproblemen binnen de sectie worden als onwenselijk benoemd en besproken met het afdelingshoofd. Als zij de hele sectie aangaan worden zij ook binnen de sectie besproken en verbeteracties worden geformuleerd

en geïmplementeerd. Er is een vertrouwenspersoon binnen de sectie of in het eigen centrum (G).

## 8. Melden aan divisie- of clustermanager

De klinisch geneticus is verantwoordelijk voor de zorg, de raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Om die reden is het dan ook wenselijk dat een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening wordt gemeld aan zowel het stafbestuur als aan de raad van bestuur van de instelling. Klinische genetici die werkzaam zijn binnen de sectie dienen deze procedures te melden bij de divisie- of clustermanager.

- De leden van de sectie melden een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening die tegen (één van) hen is aangespannen niet aan elkaar, noch aan het divisie-/clustermanagement of de raad van bestuur (V).
- De sectie meldt een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening die tegen (één van) hen is aangespannen niet aan het divisie-/clustermanagement en/of aan de raad van bestuur (ZA).
- De sectie meldt een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening die tegen (één van) hen is aangespannen aan het divisie-/clustermanagement en aan de raad van bestuur maar maakt geen gebruik van de juridische afdeling van het ziekenhuis (A).
- De sectie meldt meteen aan het divisie-/clustermanagement en aan de raad van bestuur indien een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verband houdend met de zorgverlening tegen (één van) hen is aangespannen, bewandelt gezamenlijk het juridische traject en komt daarbij tot (breed gedragen) verbetervoorstellen (G).

## Kwaliteitsdomein: Patiëntenperspectief

1. Patiëntenperspectief in kaart (laten) brengen
2. De toegangstijd counseling
3. De doorlooptijd counseling (tijd tussen eerste en eindgesprek)
4. De tijd tussen eindgesprek en versturen eindbrief
5. Openheid over incidenten
6. Informatievoorziening

### 1. Patiëntenperspectief in kaart (laten) brengen

De VKGN vindt het belangrijk dat de sectie oog heeft voor de mening van de patiënt en aan de hand van uitgevoerde patiëntenenquête verbeterplannen/acties formuleert voor de sectie.

- De sectie brengt het patiëntenperspectief niet in kaart (V).
- De sectie brengt het patiëntenperspectief in kaart, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren (ZA).
- De sectie brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten, maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren (A).
- De sectie brengt jaarlijks het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren en te evalueren (G).

### 2. De toegangstijd counseling

De VKGN vindt het belangrijk dat de sectie de toegangstijden voor de counseling monitort. Onder toegangstijd wordt de daadwerkelijke wachttijd tussen aanmelding en het eerste gesprek verstaan. Als uitgangspunt bij het bewaken van de toegangstijd wordt de Treeknorm aangehouden (toegangstijd ziekenhuiszorg: 80% binnen 3 weken, maximaal 4 weken).

- De toegangstijd counseling wordt niet gemonitord (V).
- De toegangstijd counseling wordt onvoldoende gemonitord om beleidsaanpassingen te rechtvaardigen (ZA).
- De toegangstijd counseling wordt gemonitord, maar dit leidt niet tot verbetering door aanpassing van beleid (A).
- De toegangstijd counseling wordt maandelijks gemonitord en dit leidt indien nodig tot verbetering door aanpassing van beleid (G).

### 3. De doorlooptijd van de counseling (tijd tussen eerste gesprek en eindgesprek)

De VKGN vindt het belangrijk dat de sectie zicht heeft op de doorlooptijden van de counseling. Onder doorlooptijd wordt de tijd tussen het eerste gesprek en het eindgesprek

verstaan. Als uitgangspunt voor de doorlooptijd wordt gesteld dat 70% van de counselingen binnen 4 maanden dient te zijn afgerond.

- De doorlooptijd counseling wordt niet gemonitord (V).
- De doorlooptijd counseling wordt onvoldoende gemonitord om beleidsaanpassingen te rechtvaardigen (ZA).
- De doorlooptijd counseling wordt gemonitord, maar dit leidt niet tot verbetering door aanpassing van beleid (A).
- De doorlooptijd counseling wordt periodiek gemonitord, en dit leidt indien nodig tot verbetering door aanpassing van beleid (G).

#### **4. De tijd tussen eindgesprek en versturen eindbrief**

De VKGN vindt het belangrijk dat de sectie zicht heeft op de tijd tussen het eindgesprek en het versturen van de brief, waarbij een termijn van 2 tot 4 weken als wenselijk wordt aangehouden.

- De tijd tussen eindgesprek en versturen eindbrief wordt niet gemonitord (V).
- De tijd tussen eindgesprek en verzenddatum eindbrief wordt onvoldoende gemonitord om beleidsaanpassingen te rechtvaardigen (ZA).
- De tijd tussen eindgesprek en versturen eindbrief wordt gemonitord, maar leidt niet tot verbetering door aanpassing van beleid (A).
- De tijd tussen eindgesprek en versturen eindbrief wordt periodiek gemonitord, wat indien nodig leidt tot verbetering door aanpassing van beleid (G).

#### **5. Openheid over incidenten**

De VKGN is van mening dat het belangrijk is om open te zijn over incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen, deze terug te koppelen aan de patiënt en systematisch te verzamelen. Om herhaling te voorkomen dienen incidenten geanalyseerd en besproken te worden in het kader van kwaliteitsverbetering.

- De sectie informeert de patiënt niet over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt medisch inhoudelijk merkbare gevolgen (V).
- De sectie informeert de patiënt beperkt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt medisch inhoudelijk merkbare gevolgen en legt dit niet vast in het medisch dossier van die patiënt of een ander daarvoor bestemd systeem (ZA).
- De sectie informeert de patiënt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt medisch inhoudelijk merkbare gevolgen en legt dit vast in het medisch dossier van die patiënt. Daarnaast worden alle gegevens van incidenten verzameld en geanalyseerd. Er wordt geen verbeterplan gemaakt aan de hand van deze analyse (A).

- De sectie heeft een SOP voor het structureel verzamelen van de aard en de toedracht van incidenten en de wijze waarop de patiënt geïnformeerd wordt in geval van een incident met voor de patiënt medisch inhoudelijk merkbare gevolgen. De sectie informeert meteen de patiënt over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit vast in het medisch dossier van die patiënt / en gebruikt (bespreking van) dergelijke incidenten structureel om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren (G).

## 6. Informatievoorziening

De VKGN vindt het belangrijk dat de patiënt goed geïnformeerd wordt over het erfelijkheidsonderzoek en de betreffende aandoening. Dit kan bijvoorbeeld middels informatiebrieven, folders en websites van de eigen sectie of andere organisaties.

- Bij de informatievoorziening aan de patiënt wordt geen gebruik gemaakt van informatiebrieven, folders en/of relevante websites (V).
- Bij de informatievoorziening aan de patiënt wordt gebruik gemaakt van informatiebrieven, folders en/of relevante websites; dit wordt niet vastgelegd in het medisch dossier of vermeld in de medische correspondentie (ZA).
- Bij de informatievoorziening aan de patiënt wordt gebruik gemaakt van informatiebrieven, folders en/of relevante websites; dit wordt vastgelegd in het medisch dossier of vermeld in de medische correspondentie. Het is onduidelijk of en hoe vaak de informatiebrieven, folders en relevante websites gecontroleerd worden op het geven van de meest recente informatie (A).
- Bij de informatievoorziening aan de patiënt wordt gebruik gemaakt van informatiebrieven, folders en relevante websites; dit wordt vastgelegd in het medisch dossier of vermeld in de medische correspondentie. Er is een vastgelegd systeem hoe vaak en op welke manier de informatievoorziening gecontroleerd wordt op het geven van de meest recente informatie (G).

## Kwaliteitsdomein: Professionele ontwikkeling

1. Kennisdeling t.a.v. vakinhoudelijke kennis en vaardigheden
2. Jaargesprek

### 1. Kennisdeling t.a.v. vakinhoudelijke kennis en vaardigheden

In het kader van de herregistratie zijn klinisch genetici verplicht om elke vijf jaar minimaal 200 accreditatiepunten te behalen. Zij kunnen dit onder meer verkrijgen door het volgen van vakinhoudelijke of algemene nascholing. Het verdient aanbeveling om (individueel) opgedane kennis en vaardigheden binnen een sectie te delen, zodat dit (zoveel mogelijk) ten goede komt aan alle leden en patiënten van de sectie. Dit kan leiden tot aanpassing van het (medisch) beleid en verbetering van de kwaliteit van zorg.

- Vakinhoudelijke kennis en kwaliteiten zijn niet op elkaar afgestemd en dit leidt tot een wisselend beleid binnen de sectie (V).
- Er zijn geen afspraken die ervoor zorgen dat individuele vakinhoudelijke kennis ten goede kan komen aan alle leden en patiënten van de sectie (ZA).
- Er zijn afspraken die ervoor zorgen dat individuele vakinhoudelijke kennis ten goede kan komen aan alle leden en patiënten van de sectie. Deze worden echter niet gebruikt om verbeteracties te formuleren en te implementeren. (A).
- De sectie besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar leden, zorgt ervoor dat vakinhoudelijke kennis ten goede komt aan alle leden en patiënten van de sectie en evalueert dit aspect regelmatig (G).

### 2. Jaargesprek

De VKGN vindt het belangrijk dat alle klinisch genetici en genetisch consulenten van de sectie uitgenodigd worden voor een jaargesprek om zo ieder jaar het individueel functioneren te evalueren, wat zowel voor leidinggevende als voor de klinisch genetici en genetisch consulenten een moment is om afspraken te maken voor het komende jaar om het functioneren te optimaliseren en verbeteringen door te voeren.

- Binnen de sectie worden geen jaargesprekken gevoerd (V).
- Binnen de sectie worden jaargesprekken gevoerd, maar niet alle klinisch genetici en genetisch consulenten van de sectie doen daar (nog) aan mee (ZA).
- Binnen de sectie worden jaargesprekken gevoerd waaraan de (meeste) leden van de sectie meedoen; het jaargesprek wordt echter niet gebruikt om individuele ontwikkelingsdoelen te implementeren (A).
- De leden van de sectie hebben jaarlijks een jaargesprek om op deze wijze periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan ontwikkeldoelen vast te stellen en te implementeren (G).



## Overige punten

Bij geconstateerde tekortkomingen op elk van onderstaande overige punten volgt een aanbeveling

- De sectie ervaart voldoende werkruimte om geconcentreerd te werken.
- De sectie beschikt over computers (inclusief internetverbinding) in de spreekkamer.
- De sectie beschikt over de mogelijkheid om een grote ruimte te gebruiken voor familiegesprekken (ook wel familiekamer).
- De sectie waarborgt de privacy bij de balie.
- De onderzoekkamers zijn voldoende toegerust, dat wil zeggen dat een meetlat, weegschaal, onderzoeksbank (hoog/laag) en wastafel aanwezig zijn.
- De sectie ervaart voldoende secretariële ondersteuning.
- De sectie beschikt over voldoende wachtruimte.
- Een vertegenwoordiger van de sectie neemt zitting in het plenaire bestuur van de VKGN.
- Een aantal leden van de sectie neemt zitting in commissies en/of werkgroepen van de VKGN.
- De sectie monitort de telefonische bereikbaarheid.
- De sectie beschikt over een informed consent document voor het aanvragen van whole exome sequencing (WES).