

Normen NVMBR visitatie

(v2021)

Onderstaand zijn de NVMBR visitatienormen beschreven.
Per norm zijn, indien van toepassing, maximaal 5 niveaus beschreven.

De waarderingsystematiek is als volgt:

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. Good Practice (G)

Goed, de norm.

5. Best Practice (B)

Excellent, een voorbeeld voor anderen.

1. Evaluatie van zorg (Focus op beleid/kwaliteit/veiligheid)

1. Het (afdelings)beleidsplan wordt geëvalueerd en jaarlijks vertaald in concrete doelstellingen en activiteiten. De MBB'ers zijn hierbij betrokken.

- V: Er is geen (afdelings)beleidsplan beschikbaar.
Het (afdelings)beleidsplan wordt niet geëvalueerd en niet jaarlijks vertaald in concrete activiteiten.
- ZA: Het (afdelings)beleidsplan wordt geëvalueerd maar niet jaarlijks vertaald in concrete activiteiten.
- A: Het (afdelings)beleidsplan wordt geëvalueerd en jaarlijks vertaald in concrete activiteiten. De paramedische discipline is hierbij echter niet betrokken.
- G: Er wordt voldaan aan de norm.

2. De MBB'er is betrokken bij de aanschaf en implementatie van nieuwe apparatuur, onderzoeken en medische hulpmiddelen.

- V: Er is geen werkwijze voor de aanschaf en implementatie
- A: Er is een procedure voor de aanschaf van apparatuur maar de MBB'ers worden niet betrokken
- G: MBB'ers zijn betrokken bij de aanschaf en implementatie.

3. Er is een documentbeheersysteem op de afdeling en de MBB'er zijn betrokken bij het opstellen en actualiseren van de documenten.

- V: Er is geen documentbeheersysteem
- ZA: De protocollen /werkinstructies worden niet op regelmatige basis geactualiseerd.
- A: Protocollen/ werkinstructies worden wel regelmatig geactualiseerd maar de MBB'er is hierbij niet betrokken.
- G: Er wordt voldaan aan de norm.

4. De MBB'er weet aan welke eisen de aanvraag voor behandeling en diagnostiek moet voldoen. Dit is in een procedure vastgelegd.

- V: Er is geen procedure beschikbaar.
- ZA: De eisen waaraan de opdracht moet voldoen zijn deels vastgelegd.
- A: De eisen waaraan de opdracht moet voldoen is niet bekend bij de MBB'ers.
- G: Er wordt voldaan aan de norm.

5. Er is een procedure waarin staat beschreven hoe de identificatie van patiënten plaats moet vinden.

- V: Er is geen procedure beschikbaar.
- ZA: Er is een procedure omtrent maar de procedure en/of werkwijze is niet bekend bij de medewerkers of wordt in de praktijk niet toegepast.
- G: Er wordt voldaan aan de norm.

6. Er is een procedure omtrent het vastleggen van informatie tijdens de behandeling. Er zijn afspraken over welke gegevens worden vastgelegd tijdens de behandeling.

- ZA: Er zijn geen gegevens vastgelegd.
- A: Er zijn afspraken maar deze zijn niet bekend bij de MBB'ers.
- G: Er wordt voldaan aan de norm.

7. Er is een procedure omtrent het voorschrijven en toedienen van contrastmiddel en hoe te handelen bij contrastreacties.

V: Er is geen procedure beschikbaar.

ZA: Er is een procedure maar de procedure en/of werkwijze is niet bekend bij de MBB'ers of wordt in de praktijk niet toegepast.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

8. Er is een procedure met betrekking tot het inzien van- en informatieverstrekking over (digitale) opnamen, uitslagen, status en behandelplan van patiënten aan derden (privacy).

V: Er is geen procedure beschikbaar.

ZA: Er is een procedure beschikbaar maar deze wordt niet gerespecteerd.

A: Er is een procedure maar deze is niet bij de MBB'ers bekend.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

9. Er is een regeling voorbehouden en risicovolle handelingen waarin is opgenomen:

-inventarisatie voorbehouden handelingen

-omschrijving bekwaamheid

-borging en toetsing.

V: Er is geen regeling.

ZA: Er is een regeling voorbehouden en risicovolle handelingen maar niet alle genoemde elementen zijn daarin opgenomen en/of worden nageleefd.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

10. De afdeling heeft een actieve commissie Stralingshygiëne waarin MBB'ers zijn vertegenwoordigd.

V: Er is geen actieve commissie Stralingshygiëne.

ZA: Er is een actieve commissie Stralingshygiëne maar de MBB'ers zijn hierin niet vertegenwoordigd.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

11. Er is een procedure waarin is vastgelegd welke activiteiten met welke frequentie gericht op kwaliteitsbewaking van (medische) apparatuur plaatsvinden. Hierin zijn de taken van de MBB'er opgenomen.

V: Er is geen procedure beschikbaar.

ZA: De taken van de MBB'er zijn niet beschreven.

A: De procedure en/of taakverdeling is niet bekend bij MBB'ers.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

12. Er is een procedure waarin de verantwoordelijkheden staan beschreven bij storingen of uitval van apparatuur en de klinische vrijgave.

V: Er is geen procedure beschikbaar.

ZA: De procedure is niet bekend bij de MBB'ers of wordt in de praktijk niet toegepast.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

14. Er is een registratie van de Veilig Incident Meldingen (VIM). MBB'ers melden actief (bijna) incidenten

- V: MBB'ers melden niet actief (bijna) incidenten.
- ZA: MBB'ers zijn niet bekend met de werkwijze omtrent het melden van incidenten.
- G: Er wordt voldaan aan de norm.

15. De meldingen worden systematisch geëvalueerd, de MBB'ers zijn hierbij betrokken. Uitkomsten en verbeteringen worden gedeeld met de MBB'ers.

- V: De meldingen worden niet systematisch geëvalueerd.
- ZA: De meldingen worden systematisch geëvalueerd maar de MBB'ers zijn hier niet bij betrokken.
- A: De meldingen worden systematisch geëvalueerd, de MBB'ers zijn hierbij betrokken maar de MBB'ers zijn niet op de hoogte van de verbeteringen.
- G: Er wordt voldaan aan de norm.

16. De PRI en/of Safer systematiek wordt toegepast en MBB'ers zijn hierbij betrokken. De afdeling voert risicoanalyses (RI&E, PRI of safer) uit en de MBB'ers zijn hierbij betrokken

- V: De systematiek wordt niet toegepast.
- ZA: De systematiek wordt toegepast maar de MBB'ers zijn hier niet bij betrokken.
- A: De MBB'ers zijn niet bekend met de systematiek.
- G: Er wordt voldaan aan de norm.

17. Er is een actuele Risico-Inventarisatie en -Evaluatie (RIE) omtrent de arbeidsomstandigheden uitgevoerd en geëvalueerd.

- V: Er is geen Risico-Inventarisatie en-Evaluatie (RIE) uitgevoerd.
- ZA: Er is een Risico-Inventarisatie en-Evaluatie (RIE) uitgevoerd, deze is niet geëvalueerd.
- G: Er wordt voldaan aan de norm.

2. Functioneren groep MBB'ers (focus op functie en team)

1. Alle MBB'ers beschikken over een Functie Taak Omschrijving (FTO) waarin de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn beschreven.

- V: Er zijn geen FTO's vastgelegd.
- ZA: Er zijn FTO's, maar deze zijn niet actueel.
- A: Er zijn FTO's maar deze zijn niet volledig.
- G: Er wordt voldaan aan de norm.

2. De leidinggevende voert met iedere MBB'er een jaargesprek.

- ZA: Er is geen systeem van jaargesprekken.
- A: Er is een systeem van jaargesprekken maar niet alle MBB'ers hebben jaarlijks een jaargesprek.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

3. De MBB'ers houden zich aan de gedragsregels zoals die zijn vastgelegd in de NVMBR beroepscode

V: De beroepscode is niet bekend.

ZA: De beroepscode is bekend maar wordt niet structureel toegepast in de praktijk.

A: De beroepscode wordt grotendeels gevolgd in de praktijk.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

4. De samenwerking tussen de leidinggevende en MBB'ers is goed

V: De samenwerking is niet goed.

ZA: De samenwerking is voor verbetering vatbaar.

G: De samenwerking is goed, er wordt voldaan aan de norm.

5. De samenwerking binnen de groep MBB'ers is goed

V: De samenwerking is niet goed.

ZA: De samenwerking is voor verbetering vatbaar.

G: De samenwerking is goed, er wordt voldaan aan de norm.

6. De samenwerking met de groep radiotherapeuten is goed

V: De samenwerking is niet goed.

ZA: De samenwerking is voor verbetering vatbaar.

G: De samenwerking is goed, er wordt voldaan aan de norm.

7. De samenwerking met de groep klinische fysica is goed

V: De samenwerking is niet goed.

ZA: De samenwerking is voor verbetering vatbaar.

G: De samenwerking is goed, er wordt voldaan aan de norm.

8. De tevredenheid van de medewerkers wordt minimaal één keer per 3 jaar gemeten.

Naar aanleiding van de resultaten worden verbeteracties ingezet.

V: Er vindt geen medewerkers tevredenheidsonderzoek plaats.

ZA: Het medewerkers tevredenheidsonderzoek vindt minder dan eens per 3 jaar plaats.

A: Het medewerkers tevredenheidsonderzoek vindt minimaal eens per 3 jaar plaats, maar er worden geen verbeteracties ingezet.

G: De tevredenheid van de medewerkers wordt minimaal één keer per 3 jaar gemeten. Naar aanleiding van de resultaten worden verbeteracties ingezet. Er wordt voldaan aan de norm.

9. Er is een procedure omtrent handelswijze bij ongewenst gedrag en/of conflictsituaties. De afdeling heeft beleid met betrekking tot psychosociale arbeidsbelasting/ PSA- beleid (agressie, ongewenst gedrag, pesten en verstoorde werkrelatie).

V: Er zijn geen afspraken om klachten en signalen van onvrede te analyseren, te bespreken en verbeteracties vast te stellen en uit te voeren

ZA: Er is een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren, maar de uitkomsten worden niet besproken en de uitkomsten worden niet gebruikt om verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

A: Er is een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.

Er is een geen PSA- beleid op de afdeling.

G: Er is een en regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

10. De MBB'er weet welke stappen er ondernomen moeten worden als er sprak is van een verstoorde samenwerking en/of conflictsituaties zoals pesten en ongewenst gedrag

A: Nee.

G: Ja.

3. Professionele ontwikkeling (focus op individueel functioneren)

1. De bekwaamheidseisen MBB'er (conform model NVMBR) zijn beschreven en betreffende medewerkers voldoen aan de eisen.

ZA: Er is geen beschrijving bekwaamheidseisen.

A: Er is een beschrijving maar betreffende MBB'er voldoet niet aan de eisen.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

2. De MBB'ers zijn kwaliteitsgeregistreerd (inclusief herregistratie) in het Kwaliteitsregister Paramedici.

ZA: < 25 % geregistreerd.

A: 25-75% geregistreerd.

G: 75%-90% geregistreerd.

B: > 90 % geregistreerd.

3. Er is een opleidingsplan (deskundigheids- en kwaliteitsbevordering) inclusief middelen (tijd en geld) ten behoeve van de gediplomeerde MBB'ers.

ZA: Er is geen opleidingsplan.

A: Er is een opleidingsplan maar doelen worden niet gerealiseerd.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

4. Er wordt systematisch aandacht besteed aan beroepsinhoudelijke kwaliteitsbevordering zoals intercollegiaal overleg, toetsing van de bekwaamheid, visitatie en kwaliteitsregistratie.

ZA: Er is geen aandacht voor kwaliteitsbevorderende activiteiten.

A: Er is aandacht voor kwaliteitsbevorderende activiteiten maar deze worden niet geëvalueerd en leidt niet tot verbeteracties.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

5. De MBB'ers worden minimaal 1 x per 2 jaar getraind in het toepassen van het reanimatieprotocol.

V: De MBB'ers volgen niet 1 x per 2 jaar een reanimatietraining.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

6. De MBB'ers zijn lid van de NVMBR.

ZA: < 25% is lid.

- A: 25-60% is lid.
G: > 60% is lid.

7. Er is een opleidingsplan ten behoeve van de student MBB'ers

- V: Er is geen opleidingsplan voor student MBB'ers.
G: Er wordt voldaan aan de norm.

8. Het opleidingsplan omvat de onderwerpen praktijkopleiding en methodische werkbegeleiding.

- ZA: Geen van beide onderwerpen zijn beschreven.
A: Alleen de praktijkopleiding is beschreven.
G: Er wordt voldaan aan de norm.

9. De praktijkopleider heeft minimaal 2 uur per student per week te besteden.

- ZA: De praktijkopleider heeft minder dan 2 uren per student per week beschikbaar.
G: Er wordt voldaan aan de norm.

10. De werkbegeleiders zijn specifiek geschoold.

- ZA: De werkbegeleiders hebben geen specifieke scholing gevolgd.
A: Een deel van de werkbegeleiders heeft specifieke scholing gevolgd.
G: Er wordt voldaan aan de norm.

11. De praktijkopleider(s) is (zijn) geschoold

- ZA: De praktijkopleider(s) heeft geen specifieke scholing gevolgd.
G: Er wordt voldaan aan de norm.

4. Patiënten perspectief

1. De afdeling hanteert specifiek beleid voor patiëntenvoorlichting

A: Er is geen specifiek beleid voor patiëntenvoorlichting.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

2. Binnen dit beleid is vastgelegd welke functionaris op welk moment welke informatie aan de patiënt verstrekt.

ZA: Dit is niet vastgelegd.

A: Dit is ten dele vastgelegd.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

3. De klachten van patiënten worden geëvalueerd met de betrokkenen en er worden verbeteracties ingezet naar aanleiding van de evaluatie.

V: Klachten van patiënten worden niet geëvalueerd.

ZA: Klachten van patiënten worden geëvalueerd maar er worden geen verbeteracties ingezet.

A: Klachten van patiënten worden geëvalueerd inclusief verbeteracties maar deze zijn niet bekend bij de medewerkers.

G: Er wordt voldaan aan de norm.

4. De tevredenheid van de patiënten wordt minimaal 1x per jaar gemeten. Naar aanleiding van de resultaten worden verbeteracties ingezet. De MBB'ers worden betrokken bij verbeteracties.

V: De patiënttevredenheid wordt niet minimaal 1x per jaar gemeten.

ZA: De patiënttevredenheid wordt eens per jaar gemeten, maar er worden geen verbeteracties ingezet.

A: De patiënttevredenheid wordt eens per jaar gemeten, maar de verbeteracties zijn niet bekend bij de medewerkers.

G: Er wordt voldaan aan de norm.