

Normenrapport Klinische Fysica



Versie 2, oktober 2019

Uitgevoerd door de Nederlandse Vereniging voor Klinisch Fysica (NVKF)

Auteurs:

A. Petoukhova
B. van den Berg
B.J. Arends
H. Tschur
J. Habraken
H.A. Kooistra
V. Lagerburg
M. Steneker
M. Essers
B. Damink

Projectondersteuning: Qualicura

Financiering: het rapport werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Inleiding

De kwaliteitsvisitaties, zoals georganiseerd in Nederland, zijn een uniek instrument om de zorg voor kwaliteit te borgen. Het is een intercollegiale toetsing op locatie en heeft zowel een kwaliteitsbevorderend als een toetsend karakter. In de laatste jaren zijn verschillende adviezen uitgebracht over kwaliteitsvisitaties door de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialististen. Een recente aanbeveling was het overgaan op een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming. Het doel van deze aanbeveling was het verminderen van subjectiviteit bij de kwaliteitsvisitaties en het kenbaar en voorspelbaar maken van de oordeelsvorming.

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF) heeft kennisgenomen van dit advies van de Raad Kwaliteit en heeft middels een werkgroep eigen kwaliteitsnormen ontwikkeld om zo te komen tot een systematische, objectieve en transparante wijze van visiteren. Hierbij was het streven om zoveel mogelijk over te nemen uit deze oorspronkelijke documenten en waar nodig aan te passen aan de voor de klinisch fysici kenmerkende werkwijze. De kwaliteitsnormen zijn derhalve afgeleid van de leidraad, richtlijnen, kwaliteitsindicatoren en andere documenten die specifiek de kwaliteit van klinisch fysieke zorgondersteuning beschrijven.

In dit normenrapport zijn de kwaliteitsnormen opgenomen die van belang zijn voor de borging van functionaliteit, kwaliteit en veiligheid van de klinisch fysieke zorgondersteuning. De kwaliteitsnormen zijn onderverdeeld in vijf groepen, te weten één gezamenlijke groep en vier groepen toegespitst op de subspecialisaties*:

- a. Klinische fysici werkend in de instelling (gezamenlijke groep);
- b. Algemene Klinische Fysica;
- c. Audiologie;
- d. Radiologie en Nucleaire geneeskunde;
- e. Radiotherapie.

*De instelling zal slechts worden getoetst op de kwaliteitsnormen van de groepen die in de instelling aanwezig zijn. Op het moment dat er slechts één klinisch fysicus werkzaam is in de gevisiteerde instelling zal er gekeken worden naar de toepasbaarheid van de normen.

De kwaliteitsnormen zijn afgestemd met de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG) en de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO). De kwaliteitsnormen van de NVNG en NVRO zijn zoveel mogelijk integraal overgenomen, waarbij enkele kleine aanpassingen zijn gedaan ten aanzien van de uniformiteit binnen dit normendocument.

Dit normenrapport en de daarin opgenomen kwaliteitsnormen zijn op 8 oktober 2019 goedgekeurd tijdens de Algemene Leden Vergadering van de NVKF.

Definities van begrippen in dit normendocument:

Instelling:

Ziekenhuis of zelfstandig instituut.

Raad van Bestuur:

De directie of Raad van Bestuur, zoals statutair bepaald, dan wel voor deze het bevoegde management van het ziekenhuis.

Stafbestuur:

Een groep medisch specialisten of medisch afdelingshoofden die alle specialisten in een instelling vertegenwoordigt. Andere benamingen voor Stafbestuur zijn: Stafconvent of Vereniging Medische Staf.

Klinische fysica:

Het vakgebied waarin fysische methoden in de gezondheidszorg worden toegepast.

Klinisch fysicus:

De klinisch fysicus, zoals beschreven in de Algemene Maatregel van Bestuur bij wet BIG, die blijkens inschrijving in het register van de stichting Opleiding Klinisch Fysicus (OKF) is erkend als medisch ondersteunend specialist in het daarbij vermelde vakgebied (Profielchets van de Klinisch Fysicus, NVKF).

Groep klinisch fysici:

Alle klinisch fysici die werkzaam zijn in de instelling. Indien er sprake is van één werkzame klinisch fysicus is de instelling wordt deze gezien als groep.

Groep Algemene Klinische Fysica:

Alle klinisch fysici met OKF-registratie voor het subspecialisme algemene klinische fysica die werkzaam zijn in de instelling.

Groep Klinische Fysica Audiologie:

Alle klinisch fysici met OKF-registratie voor het subspecialisme Audiologie die werkzaam zijn in de instelling.

Groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire geneeskunde:

Alle klinisch fysici met OKF-registratie voor het subspecialisme Radiologie en Nucleaire geneeskunde die werkzaam zijn in de instelling.

Groep Klinische Fysica Radiotherapie:

Alle klinisch fysici met OKF-registratie voor het subspecialisme Radiotherapie die werkzaam zijn in de instelling.

Fysische agentia:

Alle mogelijke hinderlijke omgevingsfactoren waaraan een werknemer kan worden blootgesteld, zoals: elektromagnetische velden, geluid, licht & verlichting, stralingen en trillingen.

Afdeling medische techniek:

De afdeling of groep die verantwoordelijk is voor de instandhouding van medische apparatuur; ook andere benamingen zijn mogelijk, bijvoorbeeld afdeling zorgtechnologie, etc.

Medische hulpmiddelen

Conform Wet op de Medische Hulpmiddelen.

Medische software

Conform Medical Devices: Guidance Document (juli 2016).

Medische technologie

Conform het convenant “Veilige Toepassing van Medische Technologie in de medisch specialistische zorg” (augustus 2016).

Ketentest

QA-procedure waarbij de volledige keten van het zorgproces doorlopen wordt zoals dit bij de patiënt ook zou gebeuren. Alle stappen dienen derhalve te worden uitgevoerd door het personeel die dat in de klinische praktijk ook doet. Een ketentest dient minimaal te omvatten:

- Maken van een CT scan
- Opstellen van een bestralingsplan
- Oversturen van de gegevens naar het bestralingstoestel
- Setupverificatie inclusief eventuele verplaatsing op het bestralingstoestel
- Bestralen van het fantoom en meten van de dosis in een relevant punt
- Vergelijken van gemeten en berekende dosis
- Evaluatie van de resultaten van de uitgevoerde ketentest
- Eventuele voorstellen tot verbetering van het zorgproces voortkomende uit deze of voorgaande ketentest(s).

Structureel aandacht (bijvoorbeeld geborgd binnen een PDCA-cyclus)

In een aantal normen wordt bij de score gevraagd of er structurele aandacht is (bijvoorbeeld geborgd binnen een PDCA-cyclus) voor de desbetreffende kwaliteitsaspecten. De PDCA-cyclus is een kwaliteitscyclus bestaande uit de fases Plan, Do, Check en Act. Bij de Plan fase dient gekeken te worden naar de huidige werkzaamheden en er dient een plan ontwikkeld te worden voor de verbetering van deze werkzaamheden. Bij de Do fase worden de geplande verbetering uitgevoerd. In de Check fase worden de resultaten van de verbetering gemeten en vergeleken met de oorspronkelijke situatie. Bij de Act fase worden de verbetermaatregelen bijgesteld aan de hand van de gevonden resultaten.

Kwaliteitsnormen praktijkvoering Klinische Fysica

De kwaliteitsnormen voor de praktijkvoering Klinische Fysica zijn verdeeld in vijf groepen (A t/m E), die ieder verder zijn opgedeeld in een aantal kwaliteitsdomeinen.

A. Groep klinische fysica werkend in de instelling

- A.1. Algemeen
- A.2. Medisch fysische agentia, medische apparatuur en de veilige toepassing daarvan
- A.3. Evaluatie van de zorg
- A.4. Groepsfunctioneren
- A.5. Professionele ontwikkeling

B. Groep Algemene Klinische Fysica

- B.1. Functioneren van de groep Algemene Klinische Fysica
- B.2. Straling (ioniserend en niet-ioniserend)
- B.3. Apparatuur

C. Groep Klinische Fysica Audiologie

- C.1. Functioneren van de groep Klinische Fysica Audiologie
- C.2. Patiënten/aanvragersperspectief
- C.3. Apparatuur audiologie

D. Groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde

- D.1. Functioneren van de groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde
- D.2. Apparatuur Nucleaire Geneeskunde
- D.3. Apparatuur Radiologie
- D.4. Straling Nucleaire Geneeskunde
- D.5. Straling Radiologie

E. Groep Klinische Fysica Radiotherapie

- E.1. Evaluatie van zorg
- E.2. Functioneren van de groep Klinische Fysica Radiotherapie
- E.3. Professionele ontwikkeling

A. Groep klinische fysica werkend in de instelling

A.1 Algemeen

A.1.1. Personele formatie / werkdruk

De huidige formatie klinische fysica is voldoende om alle verantwoordelijkheden ten aanzien van de klinische fysica binnen de instelling te dragen en alle daar uit voortvloeiende werkzaamheden adequaat uit te voeren.

A.1.2. Gezamenlijke visie

Binnen de groep klinisch fysici is een gezamenlijke visie ten aanzien van de invulling van de klinische fysica - voor zover meerdere subspecialismen aanwezig zijn. In deze visie wordt aandacht besteed aan subspecialisme overstijgende beleidsmatige en operationeel zaken die van belang zijn voor de klinische fysica binnen de instelling.

A.1.3. Ruimtelijke en facilitaire voorzieningen

De instelling biedt de benodigde voorzieningen en faciliteert de groep klinisch fysici op dusdanige wijze dat de klinische fysica binnen de instelling kan worden gedragen en alle daar uit voortvloeiende werkzaamheden adequaat kunnen worden uitgevoerd.

A.1.4. Beschikbaarheid literatuur

De groep klinisch fysici heeft eenvoudig toegang tot relevante literatuur.

A.1.5. Doelmatige inzet middelen en capaciteit

De groep klinisch fysici is medeverantwoordelijk voor de doelmatige inzet van middelen en capaciteit ten aanzien van medische apparatuur, (bijbehorende) medische software en fysische agentia binnen de instelling.

A.2 Medisch fysische agentia, medische apparatuur en de veilige toepassing daarvan

A.2.1. Beleid en procedures voor aanschaf, gebruik, onderhoud, afvoer van medische hulpmiddelen

Er zijn instellingsbrede procedures voor aanschaf, gebruik en afvoer van medische hulpmiddelen. De procedures voldoen aan de inzichten en richtlijnen van de relevante beroepsgroepen, federatie medisch specialisten en wetgever.

A.2.2. Advisering aanschaf, vervanging en uitbreiding medische technologie

De groep klinisch fysici adviseert het instellings- en het afdelingsmanagement omtrent de noodzaak tot vervanging en uitbreiding van medische apparatuur, (bijbehorende) medische software en klinisch fysische agentia.

A.2.3. Betrokkenheid aanschaf, vervanging en uitbreiding medische technologie

De groep klinisch fysici is medeverantwoordelijk voor de verwerving van medische apparatuur, (bijbehorende) medische software en klinisch fysische agentia.

A.2.4. Prospectieve risico-inventarisaties

De groep klinisch fysici levert structureel een bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties volgens een vastgestelde methodiek bij technische en procedurele veranderingen binnen het werkerrein.

A.2.5. Scholings-, kwaliteits- en veiligheidsbeleid

De groep klinisch fysici is medeverantwoordelijk voor het veiligheids- en kwaliteitsbeleid van de medische apparatuur en (bijbehorende) medische software en is medeverantwoordelijk voor de scholing van de gebruikers met betrekking tot de medische apparatuur en (bijbehorende) medische software.

A.2.6. Vrijgave medische apparatuur

De groep klinisch fysici draagt zorg voor validatie van de medische apparatuur en (bijbehorende) medische

software en geeft deze vrij. Dit gebeurt volgens vaste methodiek en de aanwezige veldnormen. Resultaten worden vastgelegd.

A.2.7. Classificatie, controle en borging medische ruimtes

De groep klinisch fysici draagt mede zorg voor classificering en controle van de medisch gebruikte ruimten, voor zover in de ruimtes apparatuur en fysische agentia worden gebruikt. Dit gebeurt volgens een vaste werkwijze en de aanwezige veldnormen samen met de installatieverantwoordelijke, de gebruiker van de ruimte en eventueel de stralingsbeschermingsdeskundige.

A.2.8. Beleid onderhoud en reparaties

De groep klinisch fysici is medeverantwoordelijk voor het beleid ten aanzien van onderhoud en reparaties van medische apparatuur en (bijbehorende) medische software.

A.2.9. Beleid modificaties, ontwikkeling en innovatie

De groep klinisch fysici is medeverantwoordelijk voor het beleid ten aanzien van modificaties, ontwikkelingen en innovaties van medische apparatuur en (bijbehorende) medische software.

A.2.10. Kwaliteitscontroles

De groep klinisch fysici is verantwoordelijk voor beleid en betrokken bij de uitvoering en registratie van kwaliteitscontroles. De resultaten worden systematisch geregistreerd en zijn direct inzichtelijk.

A.2.11. Toetsen en optimaliseren protocollen

De groep klinisch fysici is medeverantwoordelijk voor de toetsing en optimalisatie van protocollen voor onderzoeken en therapieën op fysische aspecten en waarborgt aspecten als kwaliteit en veiligheid hiervan.

A.2.12. Statustesten medische apparatuur

Bij geconstateerde afwijkingen van medische apparatuur is de groep klinisch fysici medeverantwoordelijk voor een eventueel besluit tot afkeur en/of concessie. Dit is aantoonbaar voor de gebruiker en wordt geregistreerd in een apparatuurbeheerssysteem.

A.2.13. Validatie medische software

De groep klinisch fysici is medeverantwoordelijk voor de uitvoering van de validatie van medische software bij invoering en na wijzigingen en voor het afkeuren bij geconstateerde afwijkingen.

A.2.14. Instellingsbrede organisatie stralingsbescherming

De groep klinisch fysici is medeverantwoordelijk voor het opstellen en bewaken van stralingshygiënische voorschriften en het uitvoeren van berekeningen en metingen van stralingsbelasting aan patiënt, medewerker, bezoeker en milieu.

A.2.15. Beleidvorming ten aanzien van innovaties en wetenschappelijk onderzoek

De groep klinisch fysici is betrokken bij beleidvorming en implementatie van innovaties en wetenschappelijk onderzoek ten aanzien van medische hulpmiddelen en fysische agentia.

A.2.16. Uitvoering innovaties en wetenschappelijk onderzoek

De groep klinisch fysici is betrokken bij de uitvoering en toetsing van innovaties en wetenschappelijk onderzoek ten aanzien van medische hulpmiddelen en fysische agentia.

A.3 Evaluatie van de zorg

A.3.1. Volledige, inzichtelijke en actuele dossiervoering

Er wordt een volledige en inzichtelijke dossiervoering (bijvoorbeeld KEW, laserveiligheid, productdossiers etc.) bijgehouden. Er is hiervoor een procedure opgesteld waarin beschreven is welke gegevens op welke manier worden ingevoerd.

A.3.2. Afhandeling van incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia en medische technologie

De groep klinisch fysici participeert actief in het analyseren, voorkomen en terugdringen van incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia en medische technologie.

A.3.3. Continuïteit ondersteuning, bereikbaarheid en overdracht

Binnen de groep klinisch fysici is een regeling voor continuïteit van zorg opgenomen, waarmee ook de adequate bezetting van eventuele locatie(s) wordt geborgd. De groep klinisch fysici is goed bereikbaar en kent een goede gestructureerde delegatie van taken en activiteiten.

A.3.4. Naleven van relevante richtlijnen / veldnormen

Voor de klinisch fysische zorgondersteuning binnen de instelling hanteert de groep klinisch fysici de relevante en geldende richtlijnen/veldnormen systematisch. Er wordt slechts beargumenteerd van afgeweken en dit wordt geregistreerd.

A.3.5. Participatie in auditprogramma's

De klinisch fysische ondersteuning wordt periodiek getoetst door deelname aan auditprogramma's die plaatsvinden binnen de instelling en relevant zijn voor de groep klinisch fysici. Naar aanleiding van aanbevelingen wordt er actie ondernomen en gerapporteerd door de groep klinisch fysici.

A.3.6. Introductie van een nieuwe techniek

Er is een werkwijze waarin staat hoe nieuwe technieken / apparatuur geïntroduceerd worden. Deze werkwijze beschrijft de documentatie van de testen, een beoordeling of een risicoanalyse en / of een deelketentest verricht moeten worden, en dat de groep klinische fysici verantwoordelijk is voor klinische vrijgave.

A.4 Groepsfunctioneren

A.4.1. Groepsvergaderingen

De groep klinisch fysici heeft periodiek overleg dat genotuleerd wordt. De uitvoering van de besluiten wordt gemonitord.

A.4.2. Evaluatie groepsfunctioneren (bijv. Quickscan, IFMS op groepsniveau)

De groep klinisch fysici toetst periodiek het groepsfunctioneren, analyseert uitkomsten, stelt verbeteracties vast en voert deze uit.

A.4.3. Beleidscyclus ((meerjaren)beleidsplan en jaarverslag)

De groep klinisch fysici heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en een jaarverslag. Dit is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling.

A.4.4. Aanspreekcultuur

Gewenst en ongewenst gedrag wordt structureel besproken binnen de groep klinisch fysici. Er worden verbeteracties benoemd en geïmplementeerd.

A.4.5. Relatie met Medische Techniek en ICT

De groep klinisch fysici heeft periodiek overleg met de afdeling Medische Techniek, inclusief aanverwante beroepen en de afdeling ICT over beleidsmatige en operationele medisch technologische zaken. De resultaten worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

A.4.6. Relatie met stralingsbeschermingsdeskundige

Eén van de klinisch fysici neemt vaak de functie van stralingsbeschermingsdeskundige op zich. De groep klinisch fysici heeft periodiek overleg met de stralingsbeschermingsdeskundige, inclusief aanverwante beroepen over beleidsmatige en operationele stralingsbeschermingszaken. De resultaten worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

A.4.7. Relatie met overige dienstverleners

De groep klinisch fysici heeft periodiek overleg met overige dienstverleners (inkoop, bouw en technische dienst) over beleidsmatige en operationele medisch technologische zaken. De resultaten worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

A.4.8. Relatie met Raad van Bestuur en Stafbestuur

De groep klinisch fysici heeft periodiek overleg met de Raad van Bestuur en Stafbestuur over beleidsmatige medisch technologische zaken. De resultaten worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

A.4.9. Melden risico's aan Raad van Bestuur en Stafbestuur

De groep klinisch fysici communiceert op eigen initiatief met Raad van Bestuur en Stafbestuur over klinisch fysische zaken die een risico vormen voor de patiënt, medewerker en/of instelling.

A.4.10. Participatie Medische Staf en Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD)

De leden van de groep klinisch fysici zijn volwaardig lid van de medische staf en van de VMSD (of gelijkwaardig alternatief) binnen de instelling.

A.4.11. Bijdrage aan ziekenhuisbeleid

De groep klinisch fysici wordt adequaat betrokken en vertegenwoordigd in overleggen aangaande het instellingsbeleid in de medische staf en Raad van Bestuur.

A.4.12. Zichtbaarheid klinische fysica

Zowel voor belanghebbenden binnen de instelling als buiten de instelling zijn de rol en werkzaamheden van de groep klinisch fysici zichtbaar.

A.5 Professionele ontwikkeling

A.5.1. Kennisdeling onderling

De groep klinisch fysici besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar groepsleden. De individuele kennis en kwaliteit wordt, daar waar relevant, overgedragen aan alle groepsleden.

A.5.2. Deskundigheidsbevordering t.a.v. klinisch fysische zorg

De groep klinisch fysici is verantwoordelijk voor het up-to-date houden van de inhoudelijke expertise ten aanzien van de klinisch fysische ondersteuning.

A.5.3. Mogelijkheid en facilitering nascholing, cursussen en congresbezoeken

De groep klinisch fysici heeft voldoende mogelijkheden tot het volgen van nascholing, cursussen en congresbezoek. Noodzaak en wensen met betrekking tot individuele bij- en nascholing worden systematisch binnen de groep klinisch fysici besproken.

B. Groep Algemene Klinische Fysica

B.1 Functioneren van de groep Algemene Klinische Fysica

B.1.1. Overleg binnen groep Algemene Klinische Fysica

Binnen de groep Algemene Klinische Fysica is er periodiek overleg met de collega klinisch fysici van de subspecialisatie. Dit overleg wordt genoteerd en de besluiten worden gemonitord.

B.1.2. Evaluatie functioneren van de groep Algemene Klinische Fysica

De groep Algemene Klinische Fysica toetst periodiek het groepsfunctioneren en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

B.1.3. Relatie groep Algemene Klinische Fysica met de medisch specialisten in de instelling

De groep Algemene Klinische Fysica heeft periodiek overleg met de medisch specialisten binnen de instelling over beleidsmatige, functionele en controlerende medische technologische zaken. De resultaten worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

B.1.4. Afbakening werkveld

Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over het werkterrein en de taken en verantwoordelijkheden van de groep Algemene Klinische Fysica.

B.1.5. Afstemming met andere locaties van de instelling

De groep Algemene Klinische Fysica heeft duidelijke afspraken gemaakt over de tijdsbesteding, de taken en verantwoordelijkheden op andere (satelliet) locaties van de instelling.

B.1.6. Relatie groep Algemene Klinische Fysica met externe instanties

De groep Algemene Klinische Fysica heeft periodiek overleg met externe instanties. De resultaten worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

B.2 Straling (ioniserend en niet-ioniserend)

B.2.1. Stralingshygiëne operationeel

Er zijn duidelijke afspraken wie er verantwoordelijk is voor het stralingshygiëne beleid per afdeling in de instelling, zodat de instelling voldoet aan de kernenergiewet en aanverwante wet- en regelgeving.

B.2.2. Toetsing en optimaliseren protocollen ioniserende straling, lasers, MRI, en andere technologie

De klinisch fysicus toetst en optimaliseert protocollen voor onderzoeken en therapieën op fysische aspecten en waarborgt aspecten inzake patiëntdosimetrie van deze protocollen. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem. Ook draagt de klinisch fysicus zorg voor MRI-veiligheid.

B.2.3. Voorschriften omgaan met radioactieve stoffen, ingekapselde bronnen en toestellen

De groep Algemene Klinische Fysica draagt mede zorg voor het stralingshygiënisch verantwoord omgaan met radioactieve stoffen, ingekapselde bronnen en toestellen.

B.2.4. Risico-inventarisaties

Risico-inventarisaties worden uitgevoerd waarmee aantoonbaar is dat de inrichting van de afdeling en de gehanteerde werkwijze voldoen aan de wettelijke norm.

B.2.5. Zorg voor laserveiligheid

De klinisch fysicus is medeverantwoordelijk voor de zorg voor laserveiligheid binnen de instelling.

B.3 Apparatuur

B.3.1. Verantwoordelijkheid klinisch fysicus

De klinisch fysicus is medeverantwoordelijk voor het adequaat en veilig functioneren van de medische apparatuur en (bijbehorende) medische software binnen de instelling. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

B.3.2. Deskundigheidsbevordering

De klinisch fysici beschikken over een registratie Algemene Klinische Fysica en volgen gericht nascholing. Opedane kennis vanuit deze nascholing resulteert met enige regelmaat tot kwaliteitsverbetering initiatieven.

B.3.3. Acceptatie– status- en constantheidstesten

De klinisch fysicus is verantwoordelijk voor het controleren van de kwaliteit en veiligheid van apparatuur op basis van risicoclassificatie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van acceptatie– status- en constantheidstesten. Er is hiervoor een procedure in het kwaliteitsmanagementsysteem waarin de wijze van testen alsmede de afkeurcriteria zijn beschreven.

B.3.4. Validatie beeldverwerking en beeldbewerkingssoftware

Er is een procedure volgens welke beeldverwerking en beeldbewerkingssoftware wordt gevalideerd. De klinisch fysicus is verantwoordelijk voor deze procedure en de zorg voor optimaal gebruik van de mogelijkheden van deze medische software. De wijze van testen alsmede de afkeurcriteria zijn beschreven en documenten worden beheerd in een documentbeheersysteem.

B.3.5. Schriftelijke instructies gebruik medische apparatuur en medische software

Er bestaan schriftelijke instructies voor het gebruik van medische apparatuur en (bijbehorende) medische software. De documenten worden beheerd in een documentbeheersysteem.

B.3.6. Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie en resultaten van kwaliteitscontroles

Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie alsmede de resultaten van kwaliteitscontroles van de medische apparatuur worden systematisch geregistreerd en zijn direct inzichtelijk.

B.3.7. Eindverantwoordelijkheid voor (her)acceptatie en vrijgifte van apparatuur

De eindverantwoordelijkheid voor (her)acceptatie en vrijgifte van medische apparatuur is schriftelijk vastgelegd. De klinisch fysicus is hier medeverantwoordelijk voor. Het document wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

C. Groep Klinische Fysica Audiologie

C.1 Functioneren van de groep Klinische Fysica Audiologie

C.1.1. Overleg binnen groep Klinische Fysica Audiologie

Binnen de groep Klinische Fysica Audiologie is er periodiek overleg met de collega klinisch fysici van de subspecialisatie. Dit overleg wordt genotuleerd en de besluiten worden gemonitord.

C.1.2. Evaluatie functioneren van de groep Klinische Fysica Audiologie

De groep Klinische Fysica Audiologie toetst periodiek het groepsfunctioneren en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

C.1.3. Relatie groep Klinische Fysica Audiologie met de medisch specialisten in de instelling

De groep Klinische Fysica Audiologie heeft periodiek overleg met de medisch specialisten binnen de instelling over beleidsmatige, functionele en controlerende medische technologische zaken. De resultaten worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

C.1.4. Relatie groep Klinische Fysica Audiologie met verwijzers

De groep Klinische Fysica Audiologie heeft periodiek overleg met de verwijzend specialisten over beleidsmatige, functionele en controlerende medische technologische zaken. De resultaten worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

C.1.5. Inrichting hoofdbehandelaarschap

De groep Klinische Fysica Audiologie heeft duidelijke afspraken gemaakt over het hoofdbehandelaarschap.

C.1.6. Afbakening werkveld

Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over het werkveld en de taken en verantwoordelijkheden van de groep Klinische Fysica Audiologie.

C.1.7. Afstemming met andere locaties van de instelling

De groep Klinische Fysica Audiologie heeft duidelijke afspraken gemaakt over de tijdsbesteding, de taken en verantwoordelijkheden op andere (satelliet) locaties.

C.1.8. Relatie groep Klinische Fysica Audiologie met externe instanties

De groep Klinische Fysica Audiologie heeft periodiek overleg met externe instanties. De resultaten worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

C.1.9. Continuïteit binnen en buiten bedrijfsuren

De groep Klinische Fysica Audiologie is aanwezig tijdens reguliere bedrijfsuren en er zijn afspraken over de bereikbaarheid van de groep buiten reguliere bedrijfsuren.

C.2 Patiënten/aanvragersperspectief

C.2.1. Patiënttevredenheid in kaart (laten) brengen (middels enquêtes, spiegelgesprekken, etc.)

De groep Klinische Fysica Audiologie is medeverantwoordelijk voor het in kaart brengen van de patiënttevredenheid, het bespreken van de uitkomsten en het uitvoeren van verbeteracties.

C.2.2. Aanvragerstevredenheid in kaart brengen (middels enquêtes, spiegelgesprekken)

De groep Klinische Fysica Audiologie is medeverantwoordelijk voor het in kaart brengen van de aanvragerstevredenheid, het bespreken van de uitkomsten en het uitvoeren van verbeteracties.

C.2.3. Klachten en juridische procedures verbandhoudend met zorgverlening

De instelling heeft een regeling ten aanzien van civiel-, straf-, of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de audiologische zorgverlening. Uitkomsten van dergelijke procedures worden geanalyseerd, besproken binnen de groep Klinische Fysica Audiologie en verbeteracties worden vastgesteld en uitgevoerd.

C.2.4. Klachten en signalen van onvrede

De groep Klinische Fysica Audiologie heeft een regeling ten aanzien van klachten en onvrede van patiënten. Eventuele klachten worden geanalyseerd, besproken en verbeteracties worden vastgesteld en uitgevoerd.

C.2.5. De toegangstijd en wachttijd

De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt gemonitord door de instelling en dit leidt zo nodig tot verbetering door aanpassing van beleid door de groep Klinische Fysica Audiologie.

C.2.6. Volledige, inzichtelijke en actuele dossiervoering

Er wordt een volledige en inzichtelijke (elektronische) dossiervoering bijgehouden. Er is hiervoor een procedure opgesteld waarin beschreven is welke gegevens op welke manier worden ingevoerd.

C.3 Apparatuur

C.3.1. Verantwoordelijkheid klinisch fysicus

De klinisch fysicus is medeverantwoordelijk voor het adequaat en veilig functioneren van de medische apparatuur en (bijbehorende) medische software op de afdeling audiologie. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

C.3.2. Deskundigheidsbevordering

De klinisch fysici beschikken over een registratie Klinische Fysica Audiologie en volgen gericht nascholing. Opedane kennis vanuit deze nascholing resulteert met enige regelmaat tot kwaliteitsverbetering initiatieven op de afdeling audiologie.

C.3.3. Acceptatie– status- en constantheidstesten

De klinisch fysicus is verantwoordelijk voor het controleren van de kwaliteit en veiligheid van apparatuur op basis van risicoclassificatie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van acceptatie– status- en constantheidstesten. Er is hiervoor een procedure in het kwaliteitsmanagementsysteem waarin de wijze van testen alsmede de afkeurcriteria zijn beschreven.

C.3.4. Schriftelijke instructies gebruik apparatuur en medische software

Er bestaan schriftelijke instructies voor het gebruik van medische apparatuur en (bijbehorende) medische software. De documenten worden beheerd in een documentbeheersysteem.

C.3.5. Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie en resultaten van kwaliteitscontroles

Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie alsmede de resultaten van kwaliteitscontroles van de medische apparatuur worden systematisch geregistreerd en zijn direct inzichtelijk.

C.3.6. Eindverantwoordelijkheid voor (her)acceptatie en vrijgifte van apparatuur

De eindverantwoordelijkheid voor (her)acceptatie en vrijgifte van apparatuur is schriftelijk vastgelegd. De klinisch fysicus is hier medeverantwoordelijk voor. Het document wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

D. Groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde

D.1 Functioneren van de groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde

D.1.1. Overleg binnen groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde

Binnen de groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde is er periodiek overleg met de collega klinisch fysici van de subspecialisatie. Dit overleg wordt genoteerd en de besluiten worden gemonitord.

D.1.2. Evaluatie functioneren van de groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde

De groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde toetst periodiek het groepsfunctioneren en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

D.1.3. Relatie groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde met de medisch specialisten in de instelling

De groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde heeft periodiek overleg met de radiologen, respectievelijk de nucleair geneeskundigen en de radiofarmaceuten binnen de instelling over beleidsmatige, functionele en controlerende medische technologische zaken. De resultaten worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

D.1.4. Afbakening werkveld

Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over het werkterrein en de taken en verantwoordelijkheden van de groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde.

D.1.5. Afstemming met andere locaties van de instelling

De groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde heeft duidelijke afspraken gemaakt over de tijdsbesteding, de taken en verantwoordelijkheden op andere (satelliet) locaties van de instelling.

D.1.6. Relatie groep Klinische Fysica Radiologie met externe instanties

De groep Klinische Fysica Radiologie en Nucleaire Geneeskunde heeft periodiek overleg met externe instanties. De resultaten worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

D.2 Apparatuur Nucleaire Geneeskunde¹

D.2.1. Verantwoordelijkheid klinisch fysicus

De klinisch fysicus is medeverantwoordelijk voor het adequaat en veilig functioneren van de medische apparatuur en (bijbehorende) medische software op de afdeling nucleaire geneeskunde. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

D.2.2. Acceptatie- status- en constantheidstesten

Alle apparatuur wordt regelmatig gecontroleerd op veiligheid en kwaliteit van functioneren middels acceptatie- status- en constantheidstesten. Er is hiervoor een procedure in het kwaliteitsmanagementsysteem waarin de wijze van testen alsmede de afkeurcriteria zijn beschreven.

D.2.3. Validatie beeldverwerking en beeldbewerkingssoftware

Er is een procedure volgens welke alle beeldverwerking en beeldbewerkingssoftware wordt gevalideerd. De

¹ De kwaliteitsnormen onder hoofdstuk D.2. 'Apparatuur Nucleaire Geneeskunde' zijn overgenomen uit het normenkader van de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG).

klinisch fysicus is verantwoordelijk voor deze procedure en de zorg voor optimaal gebruik van de mogelijkheden van deze medische software. De wijze van testen alsmede de afkeurcriteria zijn beschreven en documenten worden beheerd in een documentbeheersysteem.

D.2.4. Schriftelijke instructies gebruik apparatuur en medische software

Er bestaan schriftelijke instructies voor het gebruik van medische apparatuur en (bijbehorende) medische software. De documenten worden beheerd in een documentbeheersysteem.

D.2.5. Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie en resultaten van kwaliteitscontroles

Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie alsmede de resultaten van kwaliteitscontroles van de apparatuur worden systematisch geregistreerd en zijn direct inzichtelijk.

D.2.6. Eindverantwoordelijkheid voor (her)acceptatie en vrijgifte van apparatuur

De eindverantwoordelijkheid voor (her)acceptatie en vrijgifte van medische apparatuur is schriftelijk vastgelegd. Deze verantwoordelijkheid is primair belegd bij de klinisch fysicus; specifiek voor apparatuur ten behoeve van bereiding en kwaliteitscontrole van radiofarmaca moet dit ook de ziekenhuisapotheker zijn. Het document wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

D.3 Apparatuur Radiologie

D.3.1. Verantwoordelijkheid klinisch fysicus

De klinisch fysicus is medeverantwoordelijk voor het adequaat en veilig functioneren van de medische apparatuur en (bijbehorende) medische software op de afdeling radiologie. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

D.3.2. Deskundigheidsbevordering

De verantwoordelijke klinische fysici volgen voldoende gerichte nascholing op het gebied van de Klinische Fysica Radiologie om de ontwikkelingen in de Radiologie bij te houden. Opgedane kennis vanuit deze nascholing resulteert met enige regelmaat in kwaliteitsverbetering initiatieven op de afdeling radiologie.

D.3.3. Acceptatie- status- en constantheidstesten

Alle apparatuur wordt regelmatig gecontroleerd op veiligheid en kwaliteit van functioneren middels acceptatie- status- en constantheidstesten. Er is hiervoor een procedure in het kwaliteitsmanagementsysteem waarin de wijze van testen alsmede de afkeurcriteria zijn beschreven.

D.3.4. Validatie beeldverwerking en beeldbewerkingssoftware

Er is een procedure volgens welke alle beeldverwerking en beeldbewerkingssoftware wordt gevalideerd. De klinisch fysicus is verantwoordelijk voor deze procedure en de zorg voor optimaal gebruik van de mogelijkheden van deze medische software. De wijze van testen alsmede de afkeurcriteria zijn beschreven en documenten worden beheerd in een documentbeheersysteem.

D.3.5. Schriftelijke instructies gebruik apparatuur en medische software

Er bestaan schriftelijke instructies voor het gebruik van medische apparatuur en (bijbehorende) medische software. De documenten worden beheerd in een documentbeheersysteem.

D.3.6. Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie en resultaten van kwaliteitscontroles

Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie alsmede de resultaten van kwaliteitscontroles van de apparatuur worden systematisch geregistreerd en zijn direct inzichtelijk.

D.3.7. Eindverantwoordelijkheid voor (her)acceptatie en vrijgifte van apparatuur

De eindverantwoordelijkheid voor (her)acceptatie en vrijgifte van medische apparatuur is schriftelijk vastgelegd. Deze verantwoordelijkheid is primair belegd bij de klinisch fysicus. Het document wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

D.4 Straling Nucleaire Geneeskunde²

D.4.1. Stralingshygiëne

Er zijn duidelijke afspraken wie er verantwoordelijk is voor het stralingshygiëne beleid op de afdeling nucleaire geneeskunde, zodat de afdeling voldoet aan de kernenergiewet en aanverwante wet- en regelgeving. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

D.4.2. Stralingscommissie

De klinisch fysicus is lid van de stralingscommissie van het ziekenhuis en onderhoudt nauw contact met de stralingsbeschermingsdeskundige / toezichthoudend medewerker(s) stralingsbescherming. Beleidsmatige en operationele stralingsbeschermingszaken (specifiek patiëntdosimetrie) worden periodiek geëvalueerd en indien nodig wordt het beleid bijgesteld.

D.4.3. Toetsing en optimaliseren protocollen

De klinisch fysicus toetst en optimaliseert protocollen voor onderzoeken en therapieën op fysische aspecten en waarborgt aspecten inzake patiëntdosimetrie van deze protocollen. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

D.4.4. Voorschriften omgaan met radioactieve stoffen, ingekapselde bronnen en toestellen

Er bestaan complete voorschriften voor het stralingshygiënisch verantwoord omgaan met radioactieve stoffen, ingekapselde bronnen en toestellen. De documenten worden beheerd in een documentbeheersysteem.

D.4.5. Contaminatie en decontaminatie

Er zijn materialen en middelen voor het controleren op contaminatie en voor decontaminatie. Het beheer hiervan is geregeld en beschreven in een document beheerd in een documentbeheersysteem.

D.4.6. Risico-inventarisaties

Risico-inventarisaties worden uitgevoerd waarmee aantoonbaar is dat de indeling van het personeel in wel/geen blootgestelde medewerkers, inrichting van de afdeling en de gehanteerde werkwijze voldoen aan de wettelijke norm. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

D.5 Straling Radiologie

D.5.1. Stralingshygiëne

Er zijn duidelijke afspraken wie er verantwoordelijk is voor het stralingshygiëne beleid op de afdeling, zodat de instelling voldoet aan de kernenergiewet en aanverwante wet- en regelgeving. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

D.5.2. Toetsing en optimaliseren protocollen ioniserende straling en MRI

De klinisch fysicus is medeverantwoordelijk voor de toetsing en optimalisering van protocollen voor onderzoeken en therapieën op fysische aspecten, en waarborgt aspecten inzake patiëntdosimetrie van deze protocollen. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem. Ook draagt de klinisch fysicus zorg voor MRI-veiligheid.

D.5.3. Voorschriften omgaan met toestellen

Er bestaan complete voorschriften voor het stralingshygiënisch verantwoord omgaan met toestellen. De documenten worden beheerd in een documentbeheersysteem.

D.5.4. Risico-inventarisaties

Risico-inventarisaties worden uitgevoerd waarmee aantoonbaar is dat de indeling van het personeel in

² De kwaliteitsnormen onder hoofdstuk D.4. 'Straling Nucleaire Geneeskunde' zijn overgenomen uit het normenkader van de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG).

wel/geen blootgestelde medewerkers, de inrichting van de afdeling en de gehanteerde werkwijze voldoen aan de wettelijke norm. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem.

D.5.5. Volledige, inzichtelijke en actuele dossiervoering

Er wordt een volledige en inzichtelijke (elektronische) dossiervoering bijgehouden. Er is hiervoor een procedure opgesteld waarin beschreven is welke gegevens op welke manier worden ingevoerd.

E. Groep Klinische Fysica Radiotherapie³

E.1 Evaluatie van zorg

E.1.1. De medisch-fysische verantwoordelijkheid bij patiëntbehandeling en zorgpaden

De groep Klinische Fysica Radiotherapie is verantwoordelijk voor een goede toepassing van medisch-fysische kennis bij het creëren en ten uitvoer brengen van bestralingsplannen, voor de kwaliteit en veiligheid van medische technologie, zoals de diagnostische en bestralingsapparatuur en het TPS, en voor een betrouwbaar systeem van overdracht van gegevens tussen de verschillende apparatuur.

E.1.2. Individuele patiëntbehandeling

De groep Klinische Fysica Radiotherapie is nauw betrokken bij de individuele patiëntbehandeling.

E.1.3. Controle van bestralingsplannen

Op een structurele manier worden bestralingsplannen, op fysische aspecten, waaronder dosis en dosisverdeling, gecontroleerd onder verantwoordelijkheid van de groep Klinische Fysica Radiotherapie. De resultaten worden gedocumenteerd en accordering is traceerbaar.

E.1.4. Ondersteuning complicatieregistratie

De groep Klinische Fysica Radiotherapie neemt regelmatig deel aan de complicatiebespreking en biedt waar nodig ondersteuning door het uitvoeren van analyses ten behoeve van de complicatieregistratie.

E.1.5. Melden van incidenten

De groep Klinische Fysica Radiotherapie participeert actief in een Radiotherapie afdelingsbreed systeem om meldingen van incidenten m.b.t. patiëntenzorg te registreren en te analyseren en naar aanleiding hiervan verbeteracties uit te voeren.

E.1.6. Medisch- technisch innovatiebeleid

De groep Klinische Fysica Radiotherapie is medeverantwoordelijk voor het medisch-technisch innovatiebeleid. Medisch-technische innovaties worden structureel en in overleg met de vakgroep radiotherapeuten en de vakgroep laboranten vastgesteld.

E.1.7. Introductie van een nieuwe techniek

Er is een werkwijze waarin staat hoe nieuwe technieken / apparatuur geïntroduceerd worden. Deze werkwijze beschrijft de documentatie van de testen, een beoordeling of een risicoanalyse en /of een deelketentest verricht moeten worden, en dat de afdeling Klinische Fysica verantwoordelijk is voor klinische vrijgave.

E.1.8. State of the art radiotherapie

De afdeling Radiotherapie volgt de internationale en landelijke richtlijnen met betrekking tot medisch fysische technologie.

E.1.9. Continuïteit binnen en buiten bedrijfsuren

Een klinisch fysicus is aanwezig tijdens reguliere bedrijfsuren en er zijn afspraken over de bereikbaarheid van de groep Klinische Fysica Radiotherapie buiten reguliere bedrijfsuren.

E.1.10. Specialisaties binnen de groep Klinische Fysica Radiotherapie

De specialisaties van de klinisch fysici zijn bekend op de afdeling Radiotherapie en de continuïteit van zorgverlening op alle specialisaties is geborgd.

E.1.11. Convenant Medische Technologie

De verantwoordelijkheid voor de veilige toepassing van medische hulpmiddelen ten behoeve van de Radiotherapie, als omschreven in het Convenant Medische Technologie, is belegd bij een klinisch fysicus die deel uitmaakt van de groep Klinische Fysica Radiotherapie.

³ De kwaliteitsnormen uit hoofdstuk E. 'Groep Klinische Fysica Radiotherapie' zijn overgenomen uit het normenkader van de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO).

E.1.12. Vrijgave medische hulpmiddelen Radiotherapie

Medische hulpmiddelen mogen uitsluitend klinisch gebruikt worden na vrijgave door of namens de groep klinische fysica Radiotherapie..

E.1.13. Dosimetrie en QA protocollen van medische hulpmiddelen Radiotherapie

De afdeling hanteert dosimetrie en QA protocollen van medische hulpmiddelen Radiotherapie die gebaseerd zijn op relevante (inter-)nationale richtlijnen (denk aan NCS protocollen). Waar het afdelingsprotocol afwijkt van (inter)nationale richtlijnen gebeurt dit beargumenteerd.

E.1.14. Kwaliteitsborgingssysteem

De afdeling gebruikt een kwaliteitsborgingssysteem en alle protocollen en werkinstructies worden periodiek geactualiseerd. De verantwoordelijkheid voor de protocollen is vastgelegd.

E.1.15. Ketentest

Onder verantwoordelijkheid van de groep Klinische Fysica Radiotherapie wordt minimaal 1x/jaar een ketentest op de afdeling RT uitgevoerd. Alle relevante ketens dienen minimaal eens per 5 jaar te worden getest.

E.1.16. Overzicht kwaliteitsborging van medische hulpmiddelen Radiotherapie

Voor alle medische hulpmiddelen Radiotherapie is een actueel overzicht van uitgevoerd en uit te voeren onderhoud, en kwaliteitscontrole beschikbaar.

E.1.17. Toleranties medische hulpmiddelen Radiotherapie

Voor alle medische hulpmiddelen Radiotherapie zijn toleranties aangegeven waarbinnen deze moeten functioneren in klinisch gebruik. Tevens is in een overzicht duidelijk aangegeven of resultaten binnen of buiten de toleranties vallen en wat voor acties eventueel ondernomen worden/zijn.

E.1.18. Werkinstructies voor medische hulpmiddelen Radiotherapie

Voor alle medische hulpmiddelen Radiotherapie zijn werkinstructies voor de klinische gebruikers beschikbaar.

E.1.19. Veiligheidsinstructies voor medische hulpmiddelen Radiotherapie

De veiligheidsinstructies van Medische hulpmiddelen Radiotherapie, die de leverancier verstuurt, worden opgeslagen, beoordeeld en afgehandeld. Deze zijn in te zien voor belanghebbenden.

E.1.20. Externe dosimetrie audits

De groep Klinische Fysica Radiotherapie neemt minimaal 1x per 2 jaar deel aan externe dosimetrie audits door een officiële instantie (zoals VSL, IROC) en de resultaten worden aantoonbaar in een vakgroepoverleg besproken.

E.1.21. Secundaire dosimetrie standaard

De op de afdeling Radiotherapie aanwezige secundaire standaard voor geabsorbeerde dosis is uiterlijk 3 jaar geleden gekalibreerd blijkens een certificaat van een standaard laboratorium.

E.2 Functioneren van de groep Klinische Fysica Radiotherapie

E.2.1. Strategisch beleid

De groep Klinische Fysica Radiotherapie is actief betrokken bij het vaststellen van het strategisch beleid met betrekking tot de Radiotherapie.

E.2.2. Beleidsplan/Jaarplan

De groep Klinische Fysica Radiotherapie is actief betrokken bij de ontwikkeling van het beleidsplan/jaarplan van de afdeling Radiotherapie en de werkzaamheden van de afdeling Klinische Fysica zijn afgestemd op het RT afdelingsbrede beleidsplan/jaarplan.

E.2.3. Overleg binnen groep Klinische Fysica

Er vindt periodiek overleg plaats binnen de groep Klinische Fysica Radiotherapie, van het overleg wordt een

besluitenlijst of notulen gemaakt.

E.2.4. Overleg binnen afdeling Klinische Fysica

Er vindt periodiek overleg plaats binnen de afdeling Klinische Fysica. Van het overleg wordt een besluitenlijst of notulen gemaakt.

E.2.5. Evaluatie functioneren van de groep Klinische Fysica Radiotherapie (intern)

Minstens 1x per 5 jaar evalueert de groep Klinische Fysica Radiotherapie intern haar functioneren aan de hand van zo goed mogelijk objectieve reflectiemethoden, bespreekt de uitkomsten en stelt verbeteracties op in een PDCA cyclus.

E.2.6. Evaluatie functioneren van de groep Klinische Fysica Radiotherapie (extern)

De groep Klinische Fysica Radiotherapie evalueert en verbetert het eigen functioneren extern, bv door een 360 graden feedback, minstens eens per vijf jaar en stelt verbeteracties op (PDCA cyclus).

E.2.7. Aanspreken op ongewenst gedrag

Leden van de afdeling Klinische Fysica worden aangesproken op ongewenst gedrag. Waar ongewenst gedrag onderdeel uitmaakt van een cultuur van (een geleding van) de afdeling, wordt dat gedrag binnen die geleding besproken. Op ongewenst gedrag volgen altijd per direct verbeteracties vanuit de betrokkenen middels een PDCA cyclus.

E.2.8. Contacten in- en extern (relatie met collega's, deelname stafcommissies, contacten collega's extern)

Er zijn goede contacten, zowel in- als extern, en de groep Klinische Fysica Radiotherapie gebruikt deze contacten om het eigen functioneren te analyseren en zo nodig aan te passen.

E.2.9. Openheid over incidenten

De leden van de groep Klinische Fysica Radiotherapie informeren een behandelend arts meteen over de aard en de toedracht van incidenten waar zij bij betrokken is met voor een patiënt (mogelijk) merkbare gevolgen. Het betreft hier alle incidenten die door leden van de afdeling Klinische Fysica worden opgemerkt en/of (mede) veroorzaakt zijn.

E.3 Professionele ontwikkeling

E.3.1. Kennisdeling (t.a.v. vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, wetenschap, innovatie en opleiding en onderwijs)

De groep Klinische Fysica Radiotherapie besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar groepsleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle groepsleden. Dit systeem wordt regelmatig geëvalueerd.

E.3.2. Individueel functioneren (IFMS of functioneringsgesprek/jaargesprek)

De leden van de groep Klinische Fysica Radiotherapie doen mee aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren.

E.3.3. (Her)registratie

Leden van de groep Klinische Fysica Radiotherapie zijn ge(her)registreerd in het NVKF register.