



NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR **KLINISCHE FYSICA**

Normen voor de Praktijkvoering van de
Algemene klinische fysica

CONCEPT

Definitielijst

Instelling

Ziekenhuis, zelfstandig instituut

Algemeen klinisch fysicus

Een klinisch fysicus, met OKF registratie voor het werkterrein Algemene klinische fysica

Vakgroep algemene klinische fysica

Alle klinisch fysici werkende voor de algemene klinische fysica van de instelling

Afdeling algemene klinische fysica

De afdeling of groep die verantwoordelijk is voor de algemeen klinisch fysieke aspecten binnen de instelling

AKF

Afkorting voor algemeen klinische fysicus of algemene klinische fysica

Afdeling medische technologie

De afdeling of groep die verantwoordelijk is voor de instandhouding van medische hulpmiddelen / medische technologieën / medische apparatuur; ook afdeling medische techniek, afdeling zorgtechnologie, etc.

Klinisch fysisch medewerkers

Medewerkers / ondersteuners aan de klinisch fysici; eventueel ook (bio)medisch technologen, technisch geneeskundigen, of vergelijkbare beroepen.

Medische Hulpmiddelen (incl medische software)

Conform Wet op de Medische Hulpmiddelen

CONCEPT

Inhoudsopgave

0. Inleiding

- 0.1 Deskundigheid en verantwoordelijkheid AKF conform wet BIG
- 0.2 Kwaliteitsnormen
- 0.3 Visitatieprocedure

1. Fysische agentia en medische apparatuur

- 1.1 Algemeen levenscyclus medische technologie
- 1.2 Aanschaffase
- 1.3 Invoeringsfase
- 1.4 Gebruiksfase
- 1.5 Afstotingsfase

2. Evaluatie van de zorg

- 2.1 Dossiervoering
- 2.2 Kwaliteitssystemen
- 2.3 Procedures levenscyclus apparatuur
- 2.4 Incidenten en calamiteiten
- 2.5 Ondersteuning
- 2.6 Multidisciplinair overleg
- 2.7 Richtlijnen en normen

3. Functioneren vakgroep

- 3.1 Evaluatie vakgroep functioneren
- 3.2 (Meerjaren)beleidsplan/Jaarverslag
- 3.3 Vakgroepvergaderingen
- 3.4 Aanspreken op ongewenst gedrag
- 3.5 Belasting/belastbaarheid
- 3.6 Klinisch fysisch beleid
- 3.7 Melden aan Stafbestuur en Raad van Bestuur
- 3.8 Verantwoordelijkheden, taken, bevoegdheden binnen/buiten de vakgroep

4. Omgeving en samenwerking

- 4.1 Professionele onafhankelijkheid
- 4.2 Relaties met medische staf en Raad van Bestuur
- 4.3 Relaties met medische afdelingen en vakgroepen
- 4.4 Relaties met (medisch) ondersteunende afdelingen
- 4.5 Relaties met collega klinisch fysici buiten de groep AKF (intern)
- 4.6 Relaties met collega klinisch fysici buiten de groep AKF (extern)
- 4.7 Rol in commissies

5. Professionele Ontwikkeling

- 5.1 Kennisdeling
- 5.2 Systematiek voor bewaking van herregistratie.
- 5.3 Individueel functioneren
- 5.4 Actueel houden van kennis
- 5.5 Toetsbaarheid vakgroepleden

6. Klimaat en Omgeving

- 6.1 Omvang instelling
- 6.2 Aantal vakgroepleden
- 6.3 Aantal klinisch fysisch - en administratief medewerkers
- 6.4 Evaluatie van functioneren
- 6.5 Functiebeschrijving
- 6.6 De ligging en omvang van de afdeling algemene klinische fysica
- 6.7 Relevante literatuur
- 6.8 Fantomen en meetapparatuur
- 6.9 Ondersteunende en facilitaire voorzieningen
- 6.10 Nascholing, cursussen en congresbezoek

0. Inleiding

Dit document is het toetsingskader voor de kwaliteitsvisitatie van de algemene klinische fysica. De structuur is gebaseerd op de structuur zoals vastgesteld door de Orde van Medisch Specialist (nu de Federatie Medisch Specialist). De werkzaamheden van een algemeen klinisch fysicus hebben een nauwe verwevenheid met de individuele patiëntenzorg. De invulling van de werkzaamheden is zeer divers en deels afhankelijk van de situatie en de afspraken binnen de instelling waar hij werkzaam is. In oktober 2009 is het beroep van klinisch fysicus opgenomen in artikel 34 van de Wet BIG. Hieraan voorafgaand zijn in een het Staatsbesluit 265 van 25 april 2005 de opleiding en het deskundigheidsgebied van de klinisch fysicus beschreven. Hieronder volgt een korte weergave van de deskundigheid waar de algemeen klinisch fysicus na de opleiding over beschikt en de verantwoordelijkheden die het beroep met zich meebrengt

0.1 Deskundigheid en verantwoordelijkheid AKF conform wet BIG

Een algemeen klinisch fysicus is verantwoordelijk voor de borging van functionaliteit, kwaliteit en veiligheid van de toegepaste fysische agentia. Een algemeen klinisch fysicus moet duidelijke voorlichting kunnen geven aan patiënten en gebruikers over de toepassing en de werking van de fysische agentia. Indien nodig moet de algemeen klinisch fysicus adviezen kunnen geven aan de behandelaar of de patiënt.

De algemeen klinisch fysicus is betrokken bij de aanschaf van medische apparatuur. In dat verband is hij verantwoordelijk voor het (laten) uitvoeren van acceptatietesten en het gereedmaken voor klinisch gebruik. Hij ziet toe dat er onderhoud en kwaliteitsmetingen worden uitgevoerd aan de medische apparatuur.

De algemeen klinisch fysicus stelt (mede) eisen op ten aanzien van veiligheid en het functioneren van de medische apparatuur.

Het begeleiden van of assisteren bij het uitvoeren van diagnostische of therapeutische verrichtingen kan eveneens deel uitmaken van zijn werkzaamheden. Tevens verschaft hij fysisch wetenschappelijke en technische richtlijnen aan de artsen en verpleegkundigen.

De algemeen klinisch fysicus beantwoordt klinische vraagstellingen met betrekking tot medische technologie en de toepassing ervan. Eventueel verricht hij metingen aan patiënten en interpreteert de meetresultaten. De algemeen klinisch fysicus is goed in staat met patiënten om te gaan.

De algemeen klinisch fysicus is in staat een systeem op te zetten ten behoeve van controle en verbetering van de beeldkwaliteit. Tevens geeft hij er uitvoering aan.

Het opstellen en bewaken van stralingshygiënische voorschriften hoort eveneens tot zijn taakgebied, evenals het uitvoeren van berekeningen en metingen van stralingsbelasting aan patiënt, apparatuur en in ruimtes.

De algemeen klinisch fysicus beschikt over stralingsdeskundigheid, niveau 3.

0.2 Kwaliteitsnormen

De Nederlandse Vereniging voor Algemene klinische fysica (NVKF) stelt zich ten doel de kwaliteit van klinisch fysische zorgondersteuning in Nederland te bevorderen. Een onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de NVKF is de uitvoering van de kwaliteitsvisitaties. Bij een kwaliteitsvisitatie wordt binnen een zorginstelling door de visitatiecommissie bekeken onder welke omstandigheden en op welke wijze een vakgroep klinische fysica het beroep uitoefent, waarbij beoordeeld wordt op grond van deze kwaliteitsnormen en waarden. Doel is de praktijkvoering te verbeteren op basis van

de beoordeling. Dit document bevat de kwaliteitsnormen voor de praktijkvoering van Algemene klinische fysica.

Deze kwaliteitsvisitatie betreft de vakgroep algemene klinische fysica/afdeling algemene klinische fysica.

De kwaliteitsnormen zijn ondergebracht in zes verschillende kwaliteitsdomeinen. Dit zijn:

1. Evaluatie van de zorg
2. Fysische Agentia en Medische Apparatuur
3. Vakgroepfunctioneren
4. Omgeving en samenwerking
5. Professionele ontwikkeling
6. Klimaat en omgeving

Van elke norm zijn vijf verschillende mogelijke niveaus beschreven:

1. Streefnorm (S).
Excellent; een voorbeeld voor anderen.
2. Basisnorm (B).
Goed; de norm.
3. Aanbevelingen (A).
Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.
4. 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.
5. 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.

0.3 *Visitatieprocedure*

Voorafgaand aan het bezoek van de visitatiecommissie aan de instelling vult de afdeling/vakgroep algemene klinische fysica /algemeen klinisch fysicus (AKF) per kwaliteitsnorm in op welk niveau de algemene klinische fysica functioneert. Dit dient onderbouwd te worden door bewijsstukken.

NOG UIT TE WERKEN

Visitatie procedure

Aanvraag

tijdsplanning

Samenstelling visitatie commissie

Aan te leveren documentatie

Rapportage

1. Fysische agentia en medische apparatuur

1.1 Algemeen levenscyclus Medische Technologie

1.1.1 Convenant 'Veilige toepassing van Medische Technologie in het ziekenhuis'.

- (S) De AKF werkt aantoonbaar volgens de relevante procedures van het Convenant 'Veilige toepassing van Medische Technologie in het ziekenhuis'. Protocolen hiervoor zijn beschikbaar, worden beheerd in een documentbeheersysteem en verbeterd middels een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd
- (B) De AKF werkt aantoonbaar volgens de relevante procedures van het Convenant 'Veilige toepassing van Medische Technologie in het ziekenhuis'. Protocolen hiervoor zijn beschikbaar, worden beheerd in een documentbeheersysteem, maar worden niet in een PDCA cyclus verbeterd.
- (A) De AKF werkt niet aantoonbaar volgens de relevante procedures van het Convenant 'Veilige toepassing van Medische Technologie in het ziekenhuis'.
- (ZA) De AKF werkt deels volgens de relevante procedures van het Convenant 'Veilige toepassing van Medische Technologie in het ziekenhuis'.
- (V) De AKF heeft geen inzicht in hoeverre zij voldoet aan het convenant 'Veilige toepassing van Medische Technologie in het ziekenhuis'.

1.1.2 Levenscyclus medische hulpmiddelen

- (S) In huis zijn er en wordt gewerkt volgens de gestandaardiseerde procedures voor aanschaf, gebruik, afvoer van medische hulpmiddelen. De procedures voldoen aan de inzichten en richtlijnen van beroepsgroepen, orde medisch specialisten en wetgever. De procedures zijn ziekenhuisbreed toegankelijk en worden periodiek geëvalueerd en verbeterd in een PDCA cyclus.
- (B) Er zijn gestandaardiseerde procedures voor aanschaf, gebruik, afvoer van medische hulpmiddelen. De procedures voldoen aan de inzichten en richtlijnen van beroepsgroepen, orde medisch specialisten en wetgever. De procedures zijn ziekenhuisbreed toegankelijk en worden periodiek geëvalueerd en verbeterd in een PDCA cyclus.
- (A) Er zijn gestandaardiseerde procedures voor aanschaf, gebruik, afvoer van medische hulpmiddelen waar de inzichten en richtlijnen van beroepsgroepen, orde medisch specialisten en wetgever een onderdeel van vormen. De procedures zijn ziekenhuisbreed toegankelijk maar maken geen deel uit van een PDCA cyclus.
- (ZA) Er zijn gestandaardiseerde procedures voor risicoanalyse, aanschaf, gebruik, afvoer van medische hulpmiddelen. De procedures voldoen aan de inzichten en richtlijnen van beroepsgroepen, orde medisch specialisten en wetgever. De procedures zijn niet ziekenhuisbreed toegankelijk.
- (V) Er ontbreken gestandaardiseerde procedures voor risicoanalyse, aanschaf, gebruik, afvoer van medische hulpmiddelen.

1.1.3 Verantwoordelijkheid AKF in de levenscyclus medische technologie.

- (S) De AKF neemt de in de ziekenhuisbrede procedures beschreven verantwoordelijkheid betreffende de levenscyclus medische technologie. De verantwoordelijkheid wordt periodiek geëvalueerd in een documentbeheersysteem en is onderwerp van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) De AKF neemt de in de ziekenhuisbrede procedures beschreven verantwoordelijkheid betreffende de levenscyclus medische technologie. De verantwoordelijkheid wordt periodiek geëvalueerd in een documentbeheersysteem. Echter, de verantwoordelijkheid wordt niet in een PDCA cyclus verbeterd.

- (A) De AKF neemt de in de ziekenhuisbrede procedures beschreven verantwoordelijkheid betreffende de levenscyclus medische technologie. De verantwoordelijkheid wordt niet periodiek geëvalueerd.
- (ZA) De AKF neemt de in de ziekenhuisbrede procedures beschreven verantwoordelijkheid voor sommige fasen betreffende de levenscyclus medische technologie.
- (V) De AKF neemt geen verantwoordelijkheid in de ziekenhuisbrede procedures betreffende de levenscyclus medische technologie.

1.2 Aanschaffase

1.2.1 Investeringsbehoefte

- (S) Er wordt gewerkt volgens een ziekenhuisbrede procedure waarin de behoefte van vervangingen en uitbreidingen van medische technologie bepaald en aangevraagd wordt. Deze procedure is conform de aanwezige veldnormen en wordt beheerd in een documentbeheersysteem en wordt continue verbeterd in een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) Er wordt gewerkt volgens een ziekenhuisbrede procedure waarin de behoefte van vervangingen en uitbreidingen van medische technologie bepaald en aangevraagd wordt. Deze procedure is conform de aanwezige veldnormen, maar wordt niet continue verbeterd in een PDCA cyclus.
- (A) Er wordt gewerkt volgens een ziekenhuisbrede procedure waarin de behoefte van vervangingen en uitbreidingen van medische technologie bepaald en aangevraagd wordt. Deze procedure is niet gerelateerd aan veldnormen.
- (ZA) Er wordt gewerkt volgens niet ziekenhuisbrede procedures waarin de behoefte van vervangingen en uitbreidingen van medische technologie bepaald en aangevraagd wordt.
- (V) Er wordt niet gewerkt volgens een ziekenhuisbrede procedure waarin de behoefte van vervangingen en uitbreidingen van medische technologie bepaald en aangevraagd wordt.

1.2.2 Vervanging en uitbreiding van medische technologie.

- (S) De AKF adviseert het ziekenhuis- en het afdelingsmanagement omtrent de noodzaak tot vervanging en uitbreiding van medische technologie. Criteria hiervoor zijn beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem.
- (B) De AKF adviseert het ziekenhuis- en het afdelingsmanagement omtrent de noodzaak tot vervanging en uitbreiding van medische technologie. Criteria zijn niet beschreven.
- (A) De AKF adviseert het afdelingsmanagement omtrent de noodzaak tot vervanging en uitbreiding van medische technologie.
- (ZA) De AKF adviseert het afdelingsmanagement voor een deel van de specialismen de noodzaak tot vervanging en uitbreiding van medische technologie.
- (V) De AKF adviseert de afdelingen niet omtrent de noodzaak tot vervanging en uitbreiding van medische technologie.

1.2.3 Aanschaftrajecten medische technologie

- (S) De AKF is verantwoordelijk voor het veilig aanschaffen en invoeren van medische technologie. Er is een schriftelijke procedure voor aanschaftrajecten van medische technologie. Deze procedure is conform de vaste en standaard methodiek en de aanwezige veldnormen. Deze wordt beheerd in een

documentbeheersysteem en is onderwerp van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.

- (B) De AKF is verantwoordelijk voor het veilig aanschaffen en invoeren van medische technologie. Er is een schriftelijke procedure voor aanschaftrajecten van medische apparatuur en software. Deze procedure is conform de vaste en standaard methodiek en de aanwezige veldnormen, maar wordt niet continue verbeterd in een PDCA cyclus.
- (A) De AKF is verantwoordelijk voor het veilig aanschaffen en invoeren van medische technologie. Er is een schriftelijke procedure voor aanschaftrajecten van medische apparatuur en software. Deze procedure staat los van aanwezige veldnormen.
- (ZA) De AKF is verantwoordelijk voor het veilig aanschaffen en invoeren van medische technologie. Dit is niet vastgelegd in een procedure.
- (V) De AKF is niet verantwoordelijk voor het veilig aanschaffen en invoeren van medische technologie .

1.2.4 Risico-inventarisatie bij aanschaf

- (S) Risico-inventarisaties worden bij aanschaf van medische hulpmiddelen systematisch uitgevoerd volgens vastgestelde protocollen welke voldoen aan de veldnormen en waarmee veilige toepassing gerealiseerd kan worden. Verbetermaatregelen worden voor initieel gebruik vastgesteld en doorgevoerd. Deze risico-inventarisaties worden beheerd in een documentbeheersysteem en de gerelateerde protocollen worden continue verbeterd in een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) Risico-inventarisaties worden bij aanschaf van medische hulpmiddelen systematisch uitgevoerd volgens vastgestelde protocollen welke voldoen aan de veldnormen en waarmee veilige toepassing gerealiseerd kan worden. Verbetermaatregelen worden voor initieel gebruik vastgesteld en doorgevoerd. Deze risico-inventarisaties worden beheerd in een documentbeheersysteem, maar de gerelateerde protocollen worden niet continue verbeterd in een PDCA cyclus.
- (A) Risico-inventarisaties worden bij aanschaf van medische hulpmiddelen systematisch uitgevoerd. Verbetermaatregelen worden vastgesteld en bij gebruik doorgevoerd. Deze risico-inventarisaties worden niet beheerd in een documentbeheersysteem.
- (ZA) Risico-inventarisaties worden bij aanschaf van medische hulpmiddelen ad hoc uitgevoerd.
- (V) Er worden geen risico-inventarisaties uitgevoerd.

1.2.5 Prospectieve risico inventarisatie

- (S) De AKF levert structureel een bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties volgens een vastgestelde methodiek bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen. Beheersmaatregelen die volgen uit de risicoanalyse worden vertaald in acties en geëvalueerd op hun effect volgens de PDCA cyclus.
- (B) De AKF levert structureel een bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties volgens een vastgestelde methodiek bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen. Beheersmaatregelen worden niet vertaald in acties en ook niet geëvalueerd.
- (A) De AKF levert ad hoc bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties volgens een vastgestelde methodiek bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.

- (ZA) De AKF levert ad hoc bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen, echter niet volgens een vastgestelde methodiek.
- (V) De AKF levert geen bijdrage aan de uitvoering van prospectieve risico-inventarisaties bij technische, procedurele, personele en organisatorische veranderingen.

1.2.6 Nieuwe technologieën

- (S) Nieuwe technologieën worden eerst getoetst alvorens te worden ingevoerd. De AKF speelt altijd een rol bij het benoemen en inventariseren van de risico's bij nieuwe technologieën. Er is hiervoor een procedure die wordt beheerd in een documentbeheersysteem en die onderwerp is van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) Nieuwe technologieën worden eerst getoetst alvorens te worden ingevoerd. De AKF speelt altijd een rol bij het benoemen en inventariseren van de risico's bij nieuwe technologieën. Er is hiervoor een procedure die wordt beheerd in een documentbeheersysteem, maar die niet continue verbeterd wordt middels een PDCA cyclus.
- (A) Nieuwe technologieën worden eerst getoetst alvorens te worden ingevoerd. De AKF speelt soms een rol bij het benoemen en inventariseren van de risico's bij nieuwe technologieën
- (ZA) Nieuwe technologieën worden soms getoetst alvorens te worden ingevoerd.
- (V) Nieuwe technologieën worden niet eerst getoetst alvorens te worden ingevoerd.

1.3 Invoeringsfase

1.3.1 Scholings-, Veiligheids- en kwaliteitsbeleid van medische hulpmiddelen.

- (S) Taken en verantwoordelijkheden omtrent het scholings-, veiligheids- en kwaliteitsbeleid van medische hulpmiddelen zijn vastgelegd en voldoen aan de veldnorm. Deze documenten worden beheerd in een documentbeheersysteem en maken deel uit van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) Taken en verantwoordelijkheden omtrent het scholings-, veiligheids- en kwaliteitsbeleid van medische hulpmiddelen zijn vastgelegd en voldoen aan de veldnorm. Deze documenten worden beheerd in een documentbeheersysteem, maar niet continue verbeterd middels een PDCA cyclus.
- (A) Taken en verantwoordelijkheden omtrent het scholings-, veiligheids- en kwaliteitsbeleid van medische hulpmiddelen zijn vastgelegd. Deze documenten worden echter niet beheerd.
- (ZA) Taken en verantwoordelijkheden omtrent het scholings-, veiligheids- en kwaliteitsbeleid van medische hulpmiddelen zijn niet volledig vastgelegd.
- (V) Taken en verantwoordelijkheden omtrent het scholings-, veiligheids- en kwaliteitsbeleid van medische hulpmiddelen zijn niet vastgelegd.

1.3.2 Verantwoordelijkheid scholings-, veiligheids- en kwaliteitsbeleid

- (S) De algemeen klinisch fysisch is verantwoordelijk voor het scholings-, veiligheids- en kwaliteitsbeleid van de medische apparatuur en bijbehorende software. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem en deel uit maakt van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) De algemeen klinisch fysisch is verantwoordelijk het scholings-, veiligheids- en kwaliteitsbeleid van de medische apparatuur en bijbehorende software. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem, maar niet continue verbeterd wordt in een PDCA.

- (A) De algemeen klinisch fysicus is verantwoordelijk het scholings-, veiligheids- en kwaliteitsbeleid van de medische apparatuur en bijbehorende software. Dit is niet beschreven in een document binnen het documentenbeheersysteem.
- (ZA) De algemeen klinisch fysicus is niet volledig verantwoordelijk voor alle aspecten van het scholings-, veiligheids- en kwaliteitsbeleid van de medische apparatuur en bijbehorende software.
- (V) De algemeen klinisch fysicus is niet verantwoordelijk voor het scholings-, veiligheids- en kwaliteitsbeleid van de medische apparatuur en bijbehorende software.

1.3.3 Vrijgave medische apparatuur en software

- (S) Alle medische apparatuur en software worden onder verantwoordelijkheid van AKF gevalideerd en vrijgegeven volgens vaste en standaard methodiek en de aanwezige veldnormen. Deze procedure wordt beheerd in een documentbeheersysteem en is onderwerp van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) AKF weegt af welke medische apparatuur en software worden gevalideerd en vrijgegeven volgens vaste en standaard methodiek en de aanwezige veldnormen. Deze procedure wordt beheerd in een documentbeheersysteem en is onderwerp van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (A) AKF weegt af welke medische apparatuur en software worden gevalideerd en vrijgegeven volgens vaste en standaard methodiek en de aanwezige veldnormen. Deze methodiek wordt niet continue verbeterd in een PDCA cyclus.
- (ZA) Niet alle medische apparatuur en software worden gevalideerd en vrijgegeven. Vrijgave gebeurt volgens vaste en standaard methodiek en de aanwezige veldnormen.
- (V) Niet alle medische apparatuur en software worden gevalideerd en vrijgegeven. Vrijgave gebeurt niet volgens vaste methodiek.

1.3.4 Validatie en vrijgifte medische ruimtes.

- (S) Alle medisch gebruikte ruimten worden onder verantwoordelijkheid van AKF gevalideerd en vrijgegeven volgens vaste en standaard methodiek en de aanwezige veldnormen. Deze procedure wordt beheerd in een documentbeheersysteem en is onderwerp van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) AKF weegt af welke medisch gebruikte ruimten worden gevalideerd en vrijgegeven volgens vaste en standaard methodiek en de aanwezige veldnormen. Deze procedure wordt beheerd in een documentbeheersysteem en is onderwerp van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (A) AKF weegt af welke medisch gebruikte ruimten worden gevalideerd en vrijgegeven volgens vaste en standaard methodiek en de aanwezige veldnormen. Deze methodiek wordt niet continue verbeterd in een PDCA cyclus.
- (ZA) Niet alle medisch gebruikte ruimten worden gevalideerd en vrijgegeven. Vrijgave gebeurt volgens vaste en standaard methodiek en de aanwezige veldnormen.
- (V) Niet alle medisch gebruikte ruimten worden gevalideerd en vrijgegeven. Vrijgave gebeurt niet volgens vaste en standaard methodiek.

1.4 Gebruiksfase

1.4.1 Registratie beheergegevens van de medische apparatuur en software.

- Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie alsmede de resultaten van kwaliteitscontroles van alle medische apparatuur en software worden systematisch geregistreerd en zijn direct inzichtelijk. Er is hiervoor een procedure

in het kwaliteitsmanagementsysteem die aanleiding geeft tot een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.

- Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie alsmede de resultaten van kwaliteitscontroles van alle medische apparatuur en software worden systematisch geregistreerd en zijn direct inzichtelijk. Er is geen procedure hiervoor,
- Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie alsmede de resultaten van kwaliteitscontroles van alle medische apparatuur en software worden systematisch geregistreerd, maar zijn niet altijd direct inzichtelijk.
- Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie alsmede de resultaten van kwaliteitscontroles van alle medische apparatuur en software worden niet systematisch geregistreerd.
- Storingen, verslagen van onderhoud en reparatie alsmede de resultaten van kwaliteitscontroles van alle medische apparatuur en software worden niet geregistreerd.

1.4.2 Toetsing en optimalisatie protocollen

- (S) De algemeen klinisch fysicus toetst en optimaliseert protocollen voor onderzoeken en therapieën op fysische aspecten en waarborgt aspecten als veiligheid en kwaliteit (en dosimetrie) van deze protocollen. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem. Er is hiervoor een procedure in het kwaliteitsmanagementsysteem die aanleiding geeft tot een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) De algemeen klinisch fysicus toetst en optimaliseert protocollen voor onderzoeken en therapieën op fysische aspecten en waarborgt aspecten als veiligheid en kwaliteit (en dosimetrie) van deze protocollen. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem, maar niet verbeterd wordt in een PDCA cyclus.
- (A) De algemeen klinisch fysicus toetst en optimaliseert protocollen voor onderzoeken en therapieën op fysische aspecten en waarborgt aspecten als veiligheid en kwaliteit (en dosimetrie) van deze protocollen. Dit is echter niet schriftelijk vastgelegd.
- (ZA) De algemeen klinisch fysicus toetst en optimaliseert protocollen voor onderzoeken en therapieën niet allemaal op fysische aspecten en/of waarborgt aspecten als veiligheid en kwaliteit (en dosimetrie) van deze protocollen niet systematisch.
- (V) De algemeen klinisch fysicus toetst en optimaliseert protocollen voor onderzoeken en therapieën niet op fysische aspecten en waarborgt aspecten veiligheid en kwaliteit (en dosimetrie) van deze protocollen niet.

1.4.3 Communicatie patiëntrisico's

- (S) De vakgroep communiceert systematisch over patiëntrisico's en daarmee veiligheidsvoorschriften. Protocollen hiervoor zijn beschikbaar, worden beheerd in een documentbeheersysteem en maken deel uit van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) De vakgroep communiceert systematisch over patiëntrisico's en daarmee veiligheidsvoorschriften. Protocollen hiervoor zijn beschikbaar en worden beheerd in een documentbeheersysteem.

- (A) De vakgroep communiceert systematisch over patiëntrisico's en daarmee veiligheidsvoorschriften.
- (ZA) De vakgroep communiceert niet systematisch over patiëntrisico's en daarmee veiligheidsvoorschriften
- (V) De vakgroep communiceert niet over patiëntrisico's en daarmee veiligheidsvoorschriften.

1.5 Afstotingsfase

1.5.1 Toetsing status medische apparatuur

- (S) De algemeen klinisch fysicus zal bij geconstateerde afwijkingen van de werking en gebruik van medische apparatuur op basis van kwalitatieve- en risicoafwegingen medische apparatuur afkeuren en buitengebruik laten stellen. Dit is aantoonbaar voor de gebruiker en maakt onderdeel uit van het apparatuur beheerssysteem. Er is hiervoor een procedure in het kwaliteitsmanagementsysteem die aanleiding geeft tot een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) De algemeen klinisch fysicus zal bij geconstateerde afwijkingen van de werking en gebruik van medische apparatuur op basis van kwalitatieve- en risicoafwegingen medische apparatuur afkeuren en buitengebruik laten stellen. Dit is aantoonbaar voor de gebruiker en maakt onderdeel uit van het apparatuur beheerssysteem. Er is hiervoor een procedure in het kwaliteitsmanagementsysteem.
- (A) De algemeen klinisch fysicus geeft advies bij geconstateerde afwijkingen van de werking en gebruik van medische apparatuur op basis van kwalitatieve- en risicoafwegingen over het afkeuren en buitengebruik laten stellen van de medische apparatuur. Dit is aantoonbaar voor de gebruiker en maakt onderdeel uit van het apparatuur beheerssysteem. Er is hiervoor een procedure in het kwaliteitsmanagementsysteem.
- (V) De algemeen klinisch fysicus geeft advies bij geconstateerde afwijkingen van de werking en gebruik van medische apparatuur op basis van kwalitatieve- en risicoafwegingen over het afkeuren en buitengebruik laten stellen van de medische apparatuur. Dit is aantoonbaar voor de gebruiker en maakt onderdeel uit van het apparatuur beheerssysteem.
- (ZA) De algemeen klinisch fysicus geeft advies bij geconstateerde afwijkingen van de werking en gebruik van medische apparatuur op basis van kwalitatieve- en risicoafwegingen over het afkeuren en buitengebruik laten stellen van de medische apparatuur.

2. Evaluatie van de zorg

Dit kwaliteitsdomein richt zich op het continue verbeteren van werkzaamheden van de vakgroep AKF.

Vraag

Geef een overzicht voor welke dossiers de vakgroep AKF verantwoordelijk is, een taak en/of een bevoegdheid in heeft. Denk hier bijvoorbeeld aan:

KEW dossier, convenant veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis, aanschaf dossier medische technologie, kwaliteit medische technologie, laserveiligheid, veiligheid medische technologie, etc.

Antwoord:

2.1 Dossiervoering (score per dossier).

2.1.1 Dossiers waar de vakgroep AKF verantwoordelijk voor is.

- (S) Er is een volledig, inzichtelijk en actueel dossier. Er is overzicht wie welk dossier beheert en op welke wijze. Dit wordt nageleefd, uitgevoerd en verbeterd in een PDCA cyclus.
- (B) Er is een volledig, inzichtelijk en actueel dossier. Er is overzicht wie welk dossier beheert en op welke wijze. Dit wordt nageleefd, uitgevoerd.
- (A) Er is een volledig, inzichtelijk en actueel dossier.
- (ZA) Er is een inzichtelijk dossier.
- (V) Er wordt geen dossier bijgehouden.

2.1.2 De evaluatie van de dossiervoering.

- (S) De vakgroep AKF evalueert systematisch de dossiervoering aan de hand van in- en externe richtlijnen en past de dossiervoering daarop aan. Dossiervoering wordt systematisch verbeterd in een PDCA cyclus.
- (B) De vakgroep AKF evalueert systematisch de dossiervoering aan de hand van in- en externe richtlijnen en past de dossiervoering daarop aan.
- (A) De vakgroep AKF evalueert ad hoc de dossiervoering en past de dossiervoering aan.
- (ZA) De vakgroep AKF evalueert ad hoc de dossiervoering,
- (V) De vakgroep AKF evalueert de dossiervoering niet.

2.2 Kwaliteitssystemen

2.2.1 Procesmatige en organisatorische aspecten van AKF werkzaamheden.

- (S) De vakgroep AKF beschikt over een operationeel kwaliteitssysteem waarin alle procesmatige aspecten van de klinisch fysische werkzaamheden zijn opgenomen. De processen worden geborgd in een PDCA cyclus waarbij verbeteracties zo nodig SMART worden vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) De vakgroep AKF beschikt over een operationeel kwaliteitssysteem waarin alle procesmatige aspecten van de klinisch fysische werkzaamheden zijn opgenomen.
- (A) De vakgroep AKF beschikt over een operationeel kwaliteitssysteem waarin enkele procesmatige aspecten van de klinisch fysische werkzaamheden zijn opgenomen.
- (ZA) De vakgroep AKF beschikt over een kwaliteitssysteem.
- (V) De vakgroep AKF beschikt niet over een kwaliteitssysteem.

2.2.2 NVKF Prestatie-indicatoren proces medische technologie

- (S) De vakgroep AKF heeft volledig inzicht in de status van het proces medische technologie volgens de veldnorm NVKF prestatie-indicatoren en evalueert deze tenminste jaarlijks volgens een PDCA cyclus waarbij verbeteracties zo nodig SMART worden vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) De vakgroep AKF heeft volledig inzicht in de status van het proces medische technologie volgens de veldnorm NVKF prestatie-indicatoren en evalueert deze tenminste jaarlijks.
- (A) De vakgroep AKF heeft deels inzicht in de status van het proces medische technologie volgens de veldnorm NVKF prestatie-indicatoren en evalueert deze tenminste jaarlijks.
- (ZA) De vakgroep AKF heeft deels inzicht in de status van het proces medische technologie volgens de veldnorm NVKF prestatie-indicatoren en evalueert deze.
- (V) De vakgroep AKF heeft geen inzicht in de status van het proces medische technologie volgens de veldnorm NVKF prestatie-indicatoren.

2.2.3 Participatie in auditprogramma's.

- (S) De AKF participeert in auditprogramma's m.b.t. alle dossiers waar de klinisch fysicus verantwoordelijkheid in heeft. Er is hiervoor een procedure die via een PDCA cyclus continu verbeterd wordt. Naar aanleiding van aanbevelingen worden verbeteracties zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) De AKF participeert in auditprogramma's m.b.t. alle dossiers waar de klinisch fysicus verantwoordelijkheid in heeft. Naar aanleiding van aanbevelingen wordt er actie ondernomen en gerapporteerd.
- (A) De AKF participeert in auditprogramma's m.b.t. een aantal dossiers waar de klinisch fysicus verantwoordelijkheid in heeft. Naar aanleiding van aanbevelingen wordt er actie ondernomen.
- (ZA) De AKF participeert in auditprogramma's m.b.t. een aantal dossiers waar de klinisch fysicus verantwoordelijkheid in heeft.
- (V) De AKF participeert niet in auditprogramma's m.b.t. dossiers waar de klinisch fysicus verantwoordelijkheid in heeft.

2.3 Incidenten en calamiteiten

2.3.1 Zelf melden van incidenten en calamiteiten

- (S) De vakgroep AKF maakt melding van (bijna) incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia in een ziekenhuisbreed meldingssysteem waarin de analyse en afhandeling van de meldingen worden opgeslagen en gerapporteerd. De AKF zet verbeteracties uit zowel binnen als buiten eigen afdeling en evalueert de effecten hiervan.
- (B) De vakgroep AKF maakt melding van (bijna) incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia in een ziekenhuisbreed meldingssysteem waarin de analyse en afhandeling van de meldingen worden opgeslagen en gerapporteerd. De AKF zet verbeteracties uit zowel binnen als buiten eigen afdeling.
- (A) De vakgroep AKF maakt melding van (bijna) incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia in een lokaal systeem. De AKF zet verbeteracties uit binnen de eigen afdeling.
- (ZA) De vakgroep AKF maakt melding van (bijna) incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia in een lokaal systeem.
- (V) De vakgroep AKF maakt geen melding van (bijna) incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia in een meldsysteem.

2.3.2 Signaleren van relevante meldingen van (bijna) incidenten en calamiteiten uit het ziekenhuis

- (S) De vakgroep AKF krijgt alle meldingen van incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia vanuit het hele ziekenhuis. De vakgroep AKF analyseert de meldingen en zet verbeteracties uit zowel binnen als buiten eigen afdeling en evalueert de effecten van de verbeteracties.
- (B) De vakgroep AKF krijgt alle meldingen van incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia vanuit het hele ziekenhuis. De vakgroep AKF analyseert de meldingen en zet verbeteracties uit zowel binnen als buiten eigen afdeling.
- (A) De vakgroep AKF krijgt enkele meldingen van incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia vanuit het hele ziekenhuis. De vakgroep AKF analyseert de meldingen en zet verbeteracties uit zowel binnen als buiten eigen afdeling.
- (ZA) De vakgroep AKF krijgt enkele meldingen van incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia vanuit het hele ziekenhuis. De vakgroep AKF analyseert de meldingen en zet verbeteracties uit binnen eigen afdeling.
- (V) De vakgroep AKF krijgt geen meldingen vanuit het ziekenhuis.

2.3.3 Signaleren van relevante meldingen, incidenten en calamiteiten buiten de eigen zorginstelling

- (S) De vakgroep AKF wordt systematisch op de hoogte gehouden van incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia van buiten de eigen zorginstelling, zet aan de hand daarvan verbeteracties uit zowel binnen als buiten eigen afdeling. De vakgroep AKF analyseert en evalueert de effecten van de verbeteracties.
- (B) De vakgroep AKF wordt systematisch op de hoogte gehouden van incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia van buiten de eigen zorginstelling, zet aan de hand daarvan verbeteracties uit zowel binnen als buiten eigen afdeling.
- (A) De vakgroep AKF wordt ad hoc op de hoogte gehouden van incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia van buiten de eigen zorginstelling, zet aan de hand daarvan verbeteracties uit zowel binnen als buiten eigen afdeling.
- (ZA) De vakgroep AKF wordt ad hoc op de hoogte gehouden van incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia van buiten de eigen zorginstelling, zet aan de hand daarvan verbeteracties uit zowel binnen eigen afdeling.
- (V) De vakgroep AKF wordt niet op de hoogte gehouden van incidenten en calamiteiten aangaande fysische agentia van buiten de eigen zorginstelling.

2.4 Verleende ondersteuning

Aan welke afdelingen geeft de AKF ondersteuning en wat is de afweging voor deze keuze?

Antwoord:

2.4.1 Ondersteuning medische afdelingen

- (S) De vakgroep AKF is beschikbaar voor alle medische afdelingen en daar waar noodzakelijk en gewenst nauw betrokken bij die medische afdelingen.
- (B) De vakgroep AKF is beschikbaar voor alle medische afdelingen en daar waar noodzakelijk en gewenst nauw betrokken bij een deel van de medische afdelingen.
- (A) De vakgroep AKF is beschikbaar voor alle medische afdelingen.
- (ZA) De vakgroep AKF is beschikbaar voor een deel van de medische afdelingen.
- (V) De vakgroep AKF is beschikbaar voor één medische afdeling.

2.4.2 Continuïteit in ondersteuning

- (S) De vakgroep AKF is goed bereikbaar, kent een goede gestructureerde en gedocumenteerde overdracht van taken en activiteiten. Vragende afdelingen zijn op de hoogte van de bereikbaarheid vakgroep AKF.
- (B) De vakgroep AKF is goed bereikbaar, kent een goede gestructureerde overdracht van taken en activiteiten. Vragende afdelingen zijn op de hoogte van de bereikbaarheid vakgroep AKF.
- (A) De vakgroep AKF is goed bereikbaar. Vragende afdelingen zijn op de hoogte van de bereikbaarheid vakgroep AKF.
- (ZA) De vakgroep AKF is slecht bereikbaar. Vragende afdelingen zijn op de hoogte van de bereikbaarheid vakgroep AKF.
- (V) De vakgroep AKF is slecht bereikbaar.

2.4.3 Evaluatie van ondersteuning

- (S) Ondersteuning door de vakgroep AKF wordt periodiek zowel binnen als buiten de vakgroep geëvalueerd. De ondersteuning wordt continue verbeterd met de PDCA cyclus waarbij zo nodig verbeteracties SMART worden vastgesteld en doorgevoerd. De vakgroep AKF heeft een procedure voor klachtenafhandeling.
- (B) Ondersteuning door de vakgroep AKF wordt periodiek binnen als buiten de vakgroep geëvalueerd. De ondersteuning wordt daarmee verbeterd. De vakgroep AKF heeft een procedure voor klachtenafhandeling.
- (A) Ondersteuning door de vakgroep AKF wordt periodiek binnen de vakgroep geëvalueerd. De ondersteuning wordt daarmee verbeterd. De vakgroep AKF heeft een procedure voor klachtenafhandeling.
- (ZA) Ondersteuning door de vakgroep AKF wordt ad hoc binnen de vakgroep geëvalueerd. De ondersteuning wordt daarmee verbeterd.
- (V) Ondersteuning door de vakgroep AKF wordt niet geëvalueerd.

2.4.4 Evaluatie beantwoording adviezen en vraagstukken

- (S) Vragen vanuit het ziekenhuis aangaande fysieke agentia worden systematisch beantwoord. Antwoorden worden systematisch gedocumenteerd. De doorlooptijd van beantwoording wordt gemonitord en geëvalueerd volgens de PDCA cyclus.
- (B) Vragen vanuit het ziekenhuis aangaande fysieke agentia worden systematisch beantwoord. Antwoorden worden systematisch gedocumenteerd. De doorlooptijd van beantwoording wordt gemonitord.

- (A) Vragen vanuit het ziekenhuis aangaande fysische agentia worden systematisch beantwoord. Antwoorden worden gedocumenteerd.
- (ZA) Vragen vanuit het ziekenhuis aangaande fysische agentia worden beantwoord.
- (V) Het is onduidelijk of de vragen aangaande fysische agentia worden beantwoord.

2.5 Bilateraal overleg

2.5.1 Bilateraal overleg

- (S) Besprekingen tussen de vakgroep AKF en alle medische disciplines vinden tenminste jaarlijks plaats. De besprekingen hebben een agenda en leiden tot vastgelegde afspraken. Afspraken worden systematisch gevolgd in een PDCA cyclus.
- (B) Besprekingen tussen de vakgroep AKF en alle medische disciplines vinden periodiek plaats. De besprekingen hebben een agenda en leiden tot vastgelegde afspraken.
- (A) Besprekingen tussen de vakgroep AKF en medische disciplines vinden naar behoefte plaats. De besprekingen hebben een agenda en leiden tot vastgelegde afspraken.
- (ZA) Besprekingen tussen de vakgroep AKF en medische disciplines vinden ad hoc plaats.
- (V) Besprekingen tussen de vakgroep AKF en medische disciplines vinden niet plaats.

2.6 Richtlijnen en normen

Vraag

Geef de lijst met alle normen/richtlijnen binnen uw zorginstelling m.b.t. medische apparatuur/fysische agentia, bijvoorbeeld rondom elektrochirurgie, pacemakers, laserveiligheid

Antwoord:

2.6.1 Naleven van richtlijnen

- (S) De vakgroep AKF komt relevante en geldende richtlijnen/veldnormen na, past deze toe en refereert hiernaar in verslaglegging. De vakgroep AKF beschikt over een volledige lijst met geldende nationale en internationale richtlijnen/veldnormen. Deze lijst wordt periodiek geactualiseerd.
- (B) De vakgroep AKF komt relevante en geldende richtlijnen/veldnormen na, past deze toe en refereert hiernaar in verslaglegging. De vakgroep AKF beschikt over een volledige lijst met geldende nationale en internationale richtlijnen/veldnormen.
- (A) De vakgroep AKF komt relevante en geldende richtlijnen/veldnormen na en past deze toe en refereert hiernaar in verslaglegging. De vakgroep AKF beschikt over een onvolledige lijst met geldende nationale en internationale richtlijnen/veldnormen.
- (ZA) De vakgroep AKF komt relevante en geldende richtlijnen/veldnormen na.
- (V) De vakgroep AKF komt relevante en geldende richtlijnen/veldnormen niet na.

3. Functioneren vakgroep

Dit domein is bestemd voor analyse t.b.v. het functioneren van de vakgroep. Daar waar een algemeen klinisch fysicus als enige algemeen klinisch fysicus werkzaam is in een ziekenhuis wordt verwacht dat hij/zij dit op een andere manier inricht, denk hierbij bv. aan een regionale / specialisme overstijgende vakgroep.

3.1 Evaluatie vakgroep functioneren (zie Quickscan vragenlijst van de Orde/Federatie zie bijlage 2)

- (S) De vakgroep evalueert jaarlijks het vakgroepfunctioneren (bijvoorbeeld mbv de Quickscan) en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep.
- (B) De vakgroep evalueert tenminste vijfjaarlijks het vakgroepfunctioneren (bijvoorbeeld mbv de Quickscan) en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De resultaten zijn niet gekoppeld aan het beleidsplan.
- (A) De vakgroep evalueert teminste vijfjaarlijks het vakgroepfunctioneren (bijvoorbeeld mbv de Quickscan), de resultaten worden besproken maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.
- (ZA) De vakgroep evalueert teminste vijfjaarlijks het vakgroepfunctioneren (bijvoorbeeld mbv de Quickscan), maar de resultaten worden niet besproken.
- (V) De vakgroep evalueert haar functioneren niet.

3.2 (Meerjaren)beleidsplan/Jaarverslag

- (S) De vakgroep hanteert een systeem waarmee het beleidsplan/jaarplan en jaarverslag aantoonbaar wordt geëvalueerd en waarover jaarlijks wordt gerapporteerd. Het beleidsplan is in afstemming met de beleidsplannen van de instelling.
- (B) De vakgroep heeft een actueel (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en een jaarverslag. Dit is afgestemd met de beleidsplannen van de instelling, maar wordt niet geëvalueerd.
- (A) De vakgroep heeft een (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en een jaarverslag maar er is onvoldoende afstemming met de beleidsplannen van de instelling.
- (ZA) Er is geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en/of geen jaarverslag.
- (V) Er is geen (meerjaren)beleidsplan/jaarplan en/of geen jaarverslag ondanks een aanbeveling in deze bij de voorgaande visitatie.

3.3 Vakgroepvergaderingen

- (S) Er is een systeem waarmee de vakgroepvergaderingen worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepvergaderingen te verbeteren.
- (B) Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord. De vakgroepvergaderingen zelf worden niet gemonitord of verbeterd.
- (A) Er worden gestructureerde vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord.
- (ZA) Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur, notulen en verslaglegging.

- (V) Er worden geen vakgroepvergaderingen gehouden.

3.4 Aanspreken op ongewenst gedrag

- (S) Het voorkómen van ongewenst gedrag is onderdeel van de kwaliteitscyclus van de vakgroep, wordt structureel besproken en maakt onderdeel uit van het (meerjaren)beleidsplan.
- (B) Ongewenst gedrag wordt structureel besproken en er worden verbeteracties benoemd en geïmplementeerd. Dit maakt geen deel uit van het meerjarenbeleidsplan.
- (A) Ongewenst gedrag wordt als onwenselijk benoemd, wordt structureel besproken, maar er worden geen verbeteracties geïmplementeerd.
- (ZA) Ongewenst gedrag binnen de vakgroep wordt als onwenselijk benoemd maar niet structureel besproken.
- (V) Ongewenst gedrag binnen de vakgroep wordt geaccepteerd als zijnde een individueel probleem.

3.5 Belasting/belastbaarheid

- (S) Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat evenwicht regelmatig te evalueren en te verbeteren en de resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep.
- (B) Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat te analyseren, te bespreken en te verbeteren.
- (A) Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's en een systeem om dat te analyseren en te bespreken. Daar vloeien echter geen verbeteracties uit voort.
- (ZA) Er is binnen de vakgroep oog voor de belasting van collega's zonder dat dit leidt tot verandering.
- (V) Er is binnen de vakgroep geen oog voor collega's die te veel belast worden.

3.6 Klinisch fysisch beleid

- (S) De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken klinisch fysisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep.
- (B) De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken klinisch fysisch beleid en hebben een systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn niet gekoppeld aan het beleidsplan.
- (A) De vakgroepleden houden zich aan het afgesproken klinisch fysisch beleid, maar er is geen systeem om dat beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren.
- (ZA) Er zijn afspraken over het klinisch fysisch beleid, maar de vakgroepleden houden zich daar niet (helemaal) aan (ZA).
- (V) Er zijn geen afspraken over het klinisch fysisch beleid (V).

3.7 Melden aan Stafbestuur en Raad van Bestuur

- (S) De vakgroep bespreekt en meldt (meteen) aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur indien zij zaken zien, verbandhoudend met de klinisch fysische zorgverlening, die kunnen leiden tot onaanvaardbare risico's voor patiënt en/of medewerker en komt daarbij met (breed gedragen) verbetervoorstellen.
- (B) De vakgroep meldt (meteen) aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur indien zij zaken zien, verbandhoudend met de klinisch fysische zorgverlening, die

kunnen leiden tot onaanvaardbare risico's voor patiënt en/of medewerker en komt, samen met hen, tot verbetervoorstellen.

- (A) De vakgroep meldt zaken, verbandhoudend met de klinisch fysische zorgverlening, die kunnen leiden tot onaanvaardbare risico's voor patiënt en/of medewerker aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur, maar komt niet met verbetervoorstellen.
- (ZA) De vakgroep meldt zaken, verbandhoudend met de klinisch fysische zorgverlening, die kunnen leiden tot onaanvaardbare risico's voor patiënt en/of medewerker niet aan het stafbestuur en aan de raad van bestuur.
- (V) De vakgroepleden melden zaken, verbandhoudend met de klinisch fysische zorgverlening, die kunnen leiden tot onaanvaardbare risico's voor patiënt en/of medewerker niet aan elkaar, noch aan het stafbestuur of aan de raad van bestuur.

3.8. Verantwoordelijkheden, taken, bevoegdheden binnen/buiten de vakgroep

3.8.1 Onderlinge verantwoordelijkheden inzake de klinisch fysische zorg

- (S) Binnen de vakgroep zijn de onderlinge verantwoordelijkheden inzake de klinisch fysische zorg beschreven, is een regeling voor continuïteit opgenomen als wel de bezetting voor de locatie(s). Dit plan wordt beheerd in een documentbeheerssysteem en is onderwerp van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd
- (B) Binnen de vakgroep zijn de onderlinge verantwoordelijkheden inzake de klinisch fysische zorg beschreven, is een regeling voor continuïteit opgenomen als wel de bezetting voor de locatie(s). Dit plan wordt beheerd in een documentbeheerssysteem en systematisch geëvalueerd, echter niet verbeterd middels een PDCA cyclus.
- (A) Binnen de vakgroep zijn de onderlinge verantwoordelijkheden inzake de klinisch fysische zorg beschreven, is een regeling voor continuïteit opgenomen als wel de bezetting voor de locatie(s). Dit plan wordt niet systematisch geëvalueerd.
- (ZA) De vakgroep beschikt niet over een op schrift gesteld organisatieplan waarin de onderlinge verantwoordelijkheden inzake de klinisch fysische zorg beschreven zijn, een regeling voor continuïteit opgenomen is als wel de bezetting voor de locatie(s) beschreven wordt.
- (V) De vakgroep beschikt niet over een organisatieplan waarin de onderlinge verantwoordelijkheden inzake de klinisch fysische zorg beschreven zijn, een regeling voor continuïteit opgenomen is als wel de bezetting voor de locatie(s) beschreven wordt.

3.8.2 AKF en andere materie deskundigen

- (S) De onderlinge verantwoordelijkheden tussen vakgroep AKF en andere materie deskundigen zijn beschreven en worden nageleefd. Deze afspraken worden beheerd in een documentbeheerssysteem en is onderwerp van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) De onderlinge verantwoordelijkheden tussen vakgroep AKF en andere materie deskundigen zijn beschreven en worden nageleefd.
- (A) De onderlinge verantwoordelijkheden tussen vakgroep AKF en andere materie deskundigen zijn bekend.
- (ZA) De onderlinge verantwoordelijkheden tussen vakgroep AKF en enkele materie deskundigen zijn bekend.
- (V) De onderlinge verantwoordelijkheden tussen vakgroep AKF en andere materie deskundigen zijn niet bekend.

CONCEPT

4. Omgeving en samenwerking

4.1 Professionele onafhankelijkheid (de positie van de klinisch fysici is zodanig dat zij onafhankelijk te werk kunnen gaan. De klinisch fysici hebben toegang tot het hoger management en RvB)

Vraag

Hoe is uw professionele autonomie en onafhankelijkheid georganiseerd en geborgd?

Antwoord:

4.2 Relaties met medische staf en Raad van Bestuur

4.2.1 Medische Staf (of vergelijkbaar)

- (S) Alle leden van de vakgroep algemene klinische fysica zijn volwaardig lid van de medische staf.
- (B) Eén of meerdere leden van de vakgroep algemene klinische fysica zijn volwaardig lid van de medische staf.
- (A) Alle leden van de vakgroep algemene klinische fysica zijn bijzonder lid van de medische staf.
- (ZA) Eén of meerdere leden van de vakgroep algemene klinische fysica zijn bijzonder lid van de medische staf.
- (V) De vakgroep algemene klinische fysica is geen lid van de medische staf

4.2.2 De vakgroep wordt adequaat betrokken en vertegenwoordigd in overleggen aangaande het ziekenhuisbeleid in de vereniging Medische Staf en Raad van Bestuur.

- (S) De vakgroep wordt adequaat betrokken en vertegenwoordigd in overleggen aangaande het ziekenhuisbeleid in de Medische Staf en Raad van Bestuur. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem en onderwerp is van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) De vakgroep wordt adequaat betrokken en vertegenwoordigd in overleggen aangaande het ziekenhuisbeleid in de Medische Staf en Raad van Bestuur. Dit is beschreven in een document dat wordt beheerd in een documentbeheersysteem.
- (A) De vakgroep wordt adequaat betrokken en vertegenwoordigd in overleggen aangaande het ziekenhuisbeleid in de Medische Staf en Raad van Bestuur.
- (ZA) De vakgroep wordt niet altijd adequaat betrokken en vertegenwoordigd in overleggen aangaande het ziekenhuisbeleid in de Medische Staf en Raad van Bestuur.
- (V) De vakgroep wordt niet adequaat betrokken en vertegenwoordigd in overleggen aangaande het ziekenhuisbeleid in de Medische Staf en Raad van Bestuur.

4.2.3 Onderlinge verhoudingen tussen vakgroep AKF en overige medische beroepsbeoefenaren staan goede kwalitatieve zorg niet in de weg.

- (S) Onderlinge verhoudingen staan goede kwalitatieve zorg niet in de weg. Alle beroepsbeoefenaren stellen zich met respect voor elkaars verantwoordelijkheden op en zijn samen betrokken op de afdeling. Dit wordt actief gemonitord. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd. Er is hiervoor een procedure die wordt beheerd in een documentbeheersysteem en onderwerp is van een PDCA cyclus.
- (B) Onderlinge verhoudingen staan goede kwalitatieve zorg niet in de weg. Alle beroepsbeoefenaren stellen zich met respect voor elkaars verantwoordelijkheden op en zijn samen betrokken op de afdeling. Dit wordt actief gemonitord.

- (A) Onderlinge verhoudingen staan goede kwalitatieve zorg niet in de weg. Alle beroepsbeoefenaren stellen zich met respect voor elkaars verantwoordelijkheden op en zijn samen betrokken op de afdeling.
- (ZA) Onderlinge verhoudingen staan goede kwalitatieve zorg soms in de weg. De beroepsbeoefenaren stellen zich niet altijd met respect voor elkaars verantwoordelijkheden en/of zijn soms onvoldoende betrokken op de afdeling.
- (V) Onderlinge verhoudingen staan goede kwalitatieve zorg in de weg.

4.3 Relaties met medische afdelingen en vakgroepen

4.3.1 Relatie AKF met de medische afdelingen

- (S) De AKF heeft periodiek overleg met relevante medische afdelingen en stelt samen ziekenhuisbreed beleid en procedures op aangaande medische technologie.
- (B) De AKF heeft ad hoc overleg met medische afdelingen en stelt samen ziekenhuisbreed beleid en procedures op aangaande medische technologie.
- (A) De AKF heeft ad hoc overleg met medische afdelingen maar stelt niet samen ziekenhuisbreed beleid en procedures op aangaande medische technologie.
- (ZA) De AKF heeft ad hoc overleg met medische afdelingen maar hebben nooit afstemming over medische technologie.
- (V) De AKF heeft geen overleg met medische afdelingen.

4.3.2 Evaluatie relatie met medische afdelingen en vakgroepen (middels, gesprekken, enquêtes)

- (S) De vakgroep evalueert jaarlijks de contacten met andere afdelingen (soort contact, inhoud, frequentie) en bespreekt binnen de vakgroep de uitkomsten. De uitkomsten worden gebruikt om verbeteracties uit te voeren.
- (B) De vakgroep brengt periodiek de contacten met andere afdelingen in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren.
- (A) De vakgroep brengt periodiek de contacten met andere afdelingen in kaart, bespreekt de uitkomsten maar gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren.
- (ZA) De vakgroep brengt periodiek de contacten met andere afdelingen in kaart, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze ook niet om verbeteracties uit te voeren.
- (V) De vakgroep brengt de contacten met andere afdelingen periodiek niet in kaart.

4.4 Relaties met (medisch) ondersteunende afdelingen

4.4.1 Relatie AKF met de Medische Techniek

- (S) De AKF heeft periodiek overleg met medische techniek over beleidsmatige, functionele en controlerende medische technologische zaken. De hieruit volgende acties maken deel uit van een PDCA cyclus.
- (B) De AKF heeft periodiek overleg met medische techniek over beleidsmatige, functionele en controlerende medische technologische zaken.
- (A) De AKF heeft periodiek overleg met medische techniek over medische technologische zaken.
- (ZA) De AKF heeft ad hoc overleg met medische techniek over medische technologische zaken.
- (V) De AKF heeft geen overleg met medische techniek.

4.4.2 Relaties t.a.v. medische ICT

- (S) De AKF heeft periodiek overleg met afdeling ICT over beleidsmatige, functionele en controlerende medische ICT zaken. De hieruit volgende acties maken deel uit van een PDCA cyclus.

- (B) De AKF heeft periodiek overleg met afdeling ICT over beleidsmatige, functionele en controlerende medische ICT zaken.
- (A) De AKF heeft periodiek overleg met afdeling ICT over medische ICT zaken.
- (ZA) De AKF heeft ad hoc overleg met afdeling ICT over medische ICT zaken.
- (V) De AKF heeft geen overleg met afdeling ICT.

4.4.3 Relatie met (ge)bouwbeheer, inkoop en overige ondersteunende afdelingen

- (S) De AKF heeft periodiek overleg met afdelingen (ge)bouwbeheer, inkoop en overige ondersteunende afdelingen over beleidsmatige, functionele en controlerende zaken gerelateerd aan medische technologie. De hieruit volgende acties maken deel uit van een PDCA cyclus.
- (B) De AKF heeft periodiek overleg met afdelingen (ge)bouwbeheer, inkoop en overige ondersteunende afdelingen over beleidsmatige, functionele en controlerende zaken gerelateerd aan medische technologie.
- (A) De AKF heeft periodiek overleg met afdelingen (ge)bouwbeheer, inkoop en overige ondersteunende afdelingen over zaken gerelateerd aan medische technologie.
- (ZA) De AKF heeft ad hoc overleg met afdelingen (ge)bouwbeheer, inkoop en overige ondersteunende afdelingen over zaken gerelateerd aan medische technologie.
- (V) De AKF heeft geen overleg met afdelingen (ge)bouwbeheer, inkoop en/of overige ondersteunende afdelingen.

Vraag

Zijn er binnen de instelling naast algemeen klinisch fysici nog andere klinisch fysici werkzaam binnen een ander erkend werkterrein?

Aantal:

Werkterrein:

...
...

Vraag

Vormen alle klinisch fysici binnen de instelling één vakgroep? Of wordt er evt. op een andere manier samengewerkt?

...

4.5 Relaties met collega klinisch fysici buiten de groep AKF (intern)

- (S) De vakgroep heeft periodiek overleg met collega klinisch fysici (intern) buiten de groep AKF en stemt activiteiten met elkaar af. De hieruit volgende acties maken deel uit van een PDCA cyclus.
- (B) De vakgroep heeft periodiek overleg met collega klinisch fysici (intern) buiten de groep AKF en stemt activiteiten met elkaar af.
- (A) De vakgroep heeft ad hoc overleg met collega klinisch fysici (intern) buiten de groep AKF en stemt activiteiten daarin met elkaar af.
- (ZA) De vakgroep heeft ad hoc overleg met collega klinisch fysici (intern) buiten de groep AKF.
- (V) De vakgroep heeft geen overleg met collega klinisch fysici (intern) buiten de groep AKF.

4.6 Relaties met collega klinisch fysici buiten de groep AKF (extern)

- (S) De vakgroep heeft geaccrediteerd periodiek overleg met collega klinisch fysici (extern) buiten de groep AKF en wisselt informatie uit conform vaste agenda en met notulen.
- (B) De vakgroep heeft periodiek overleg met collega klinisch fysici (extern) buiten de groep AKF en wisselt informatie uit conform vaste agenda en met notulen.

- (A) De vakgroep heeft periodiek overleg met collega klinisch fysici (extern) buiten de groep AKF en wisselt informatie.
- (ZA) De vakgroep heeft ad hoc overleg met collega klinisch fysici (extern) buiten de groep AKF en wisselt informatie uit (A).
- (V) De vakgroep heeft geen overleg met collega klinisch fysici (extern) buiten de groep AKF.

4.7 Rol in commissies

- (S) De AKF neemt als volwaardig lid zitting in relevante ziekenhuisbrede commissies (geaccordeerd door RvB) namens de medische staf en algemene klinische fysica.
- (B) De AKF neemt als volwaardig lid zitting in relevante ziekenhuisbrede (geaccordeerd door RvB) commissies namens de algemene klinische fysica.
- (A) De AKF neemt als volwaardig lid alleen zitting in lokale commissies.
- (ZA) De AKF neemt als volwaardig lid alleen zitting in werkgroepen die opereren namens een commissie.
- (V) De AKF neemt geen zitting in werkgroepen of commissies.

CONCEPT

5. Professionele Ontwikkeling

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

- (S) De vakgroep heeft (in haar beleidsplan) systematisch aandacht voor de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten overgedragen wordt aan alle vakgroepleden en alle disciplines waarvoor werkzaamheden plaatsvinden. De vakgroep evalueert deze kennisoverdracht periodiek en borgt dit in een PDCA cyclus.
- (B) De vakgroep besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten overgedragen wordt aan alle vakgroepleden en alle disciplines waarvoor werkzaamheden plaatsvinden. De vakgroep evalueert deze kennisoverdracht ad hoc.
- (A) Er vindt afstemming plaats over de kennisontwikkeling. Kennis wordt wel gedeeld.
- (ZA) Er vindt geen afstemming plaats over de kennisontwikkeling. Kennis wordt wel gedeeld.
- (V) Individuele kennis en kwaliteiten worden niet gedeeld.

5.2 Systematiek voor bewaking van herregistratie.

- (S) De vakgroep heeft een geborgde systematiek waarbij jaarlijks de vereiste accreditatie en de daarvoor benodigde bijscholing/werkzaamheden door iedere algemeen klinisch fysicus worden ingepland, gerealiseerd en geregistreerd in PE-online. Er is jaarlijks een controlemoment m.b.t. het nakomen van de afspraken.
- (B) De vakgroep heeft een geborgde systematiek waarbij voor 5 jaar de vereiste accreditatie en de daarvoor benodigde bijscholing/werkzaamheden door iedere algemeen klinisch fysicus worden ingepland, gerealiseerd en geregistreerd in PE-online. Er is na 5 jaar een controlemoment m.b.t. het nakomen van de afspraken.
- (A) Er is een afspraak dat iedere algemeen klinisch fysicus jaarlijks de vereiste accreditatie en de daarvoor benodigde bijscholing/werkzaamheden inplant, realiseert en registreert in PE-online.
- (ZA) Er is een afspraak dat iedere algemeen klinisch fysicus voor 5 jaar de vereiste accreditatie en de daarvoor benodigde bijscholing/werkzaamheden inplant, realiseert en registreert in PE-online.
- (V) Er zijn op dit gebied geen afspraken.

5.3 Individueel functioneren (IFMS of een vergelijkbaar systeem)

- (S) Alle leden van de vakgroep nemen deel aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren en één of meer van hen hebben daarin een actieve rol, bijvoorbeeld als gespreksleider.
- (B) De leden van de vakgroep doen mee aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren.
- (A) De leden van de vakgroep doen mee aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren.
- (ZA) Sommige leden van de vakgroep doen mee aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren.
- (V) Geen van de leden van de vakgroep doet mee aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren.

5.4 De vakgroep is verantwoordelijk voor het actueel houden van de inhoudelijke expertise ten aanzien van geleverde klinisch fysieke zorg. Dit gebeurt onder andere middels het door de NVKF ingerichte accreditatiesysteem

- (S) De vakgroep is verantwoordelijk voor het up-to-date houden van de inhoudelijke expertise ten aanzien van geleverde klinisch fysieke zorg. Dit gebeurt onder andere middels het door de NVKF ingerichte accreditatiesysteem. Noodzaak en wensen met betrekking tot individuele bij- en nascholing worden systematisch binnen de vakgroep besproken. Er bestaat een integraal opleidingsplan wat onderwerp is van een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) De vakgroep is verantwoordelijk voor het up-to-date houden van de inhoudelijke expertise ten aanzien van geleverde klinisch fysieke zorg. Dit gebeurt onder andere middels het door de NVKF ingerichte accreditatiesysteem. Noodzaak en wensen met betrekking tot individuele bij- en nascholing worden systematisch binnen de vakgroep besproken.
- (A) De vakgroep is verantwoordelijk voor het up-to-date houden van de inhoudelijke expertise ten aanzien van geleverde klinisch fysieke zorg. Dit gebeurt onder andere middels het door de NVKF ingerichte accreditatiesysteem.
- (ZA) De individuele beroepsbeoefenaar is verantwoordelijk voor zijn of haar inhoudelijke expertise. Het hoofd van de vakgroep bespreekt dit periodiek met de individuele beroepsbeoefenaar.
- (V) De individuele beroepsbeoefenaar is verantwoordelijk voor zijn of haar inhoudelijke expertise.

5.5 Toetsbaarheid vakgroepsleden

- (S) Alle vakgroepsleden stellen zich toetsbaar op, op basis van het door het ziekenhuis geformuleerde kwaliteitsbeleid. Er is hiervoor een procedure in het kwaliteitsmanagementsysteem die aanleiding geeft tot een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) Alle vakgroepsleden stellen zich toetsbaar op, op basis van het door het ziekenhuis geformuleerde kwaliteitsbeleid. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (A) De vakgroepsleden stellen zich toetsbaar op, op basis van het door de het ziekenhuis geformuleerde kwaliteitsbeleid.
- (ZA) Niet alle vakgroepsleden stellen zich toetsbaar op, op basis van het door het ziekenhuis geformuleerde kwaliteitsbeleid.
- (V) De vakgroepsleden stellen zich niet toetsbaar op.

6. **Klimaat en Omgeving**

Het functioneren van een afdeling of vakgroep algemene klinische fysica is niet alleen afhankelijk van de eigen werkwijze en de organisatie binnen de afdeling zelf. Voor een medisch ondersteunend specialisme als algemene klinische fysica is het van belang dat de vakgroep kan opereren in een omgeving die de inbreng van de algemene klinische fysica als vanzelfsprekend acht. Tevens dient er een (overleg)structuur in het instituut te zijn waarbij vraagstellingen tijdig bij de algemene klinische fysica neergelegd worden en andersom de klinisch fysische inbreng op directe wijze binnen de organisatie gecommuniceerd kan worden. E.e.a. vraagt een goede inbedding van de afdeling binnen de instelling t.o.v. de zorg en de andere (technische) ondersteunende afdelingen.

Los van de inrichting van de omgeving is ook het klimaat waarbinnen de werkzaamheden in de instelling plaatsvinden een bepalende factor voor het functioneren.

6.1 **Omvang instelling**

- Aantal geregistreerde bedden
- Aantal opnames
- Aantal verrichtingen
- Ziekenhuis omzet
- Aantal medewerkers
- Aantal medisch specialisten
- Vervangingswaarde medische apparatuur
- Boekwaarde medische apparatuur
- Aantal AKF'ers binnen de vakgroep
- Aantal ondersteunende medewerkers (KF medewerkers/BMTer)

M€

M€

M€

6.2 **Het aantal vakgroepleden is in overeenkomst met de behoefteraming vastgesteld door de NVKF**

- (S) Het aantal vakgroepleden is aantoonbaar in overeenkomst met de adherentie, productie, grootte, taken en verantwoordelijkheden van het ziekenhuis. Dit wordt systematisch gemonitord en uitkomsten worden gedeeld met bestuur en medische staf van het ziekenhuis.
- (B) Het aantal vakgroepleden is aantoonbaar in overeenkomst met de adherentie, productie, grootte, taken en verantwoordelijkheden van het ziekenhuis. Dit wordt systematisch gemonitord.
- (A) Het aantal vakgroepleden is aantoonbaar in overeenkomst met de adherentie, productie, grootte, taken en verantwoordelijkheden van het ziekenhuis.
- (ZA) Het aantal vakgroepleden is waarschijnlijk in overeenkomst met de adherentie, productie, grootte, taken en verantwoordelijkheden van het ziekenhuis.
- (V) Het aantal vakgroepleden is niet in overeenkomst met de adherentie, productie, grootte, taken en verantwoordelijkheden van het ziekenhuis..

6.3 **Het aantal ondersteunende medewerkers is voldoende.**

- (S) Het aantal ondersteunende medewerkers is aantoonbaar voldoende. Dit wordt systematisch gemonitord. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) Het aantal ondersteunende medewerkers is aantoonbaar voldoende. Dit wordt systematisch gemonitord.
- (A) Het aantal ondersteunende medewerkers is aantoonbaar voldoende.
- (ZA) Het aantal ondersteunende medewerkers is waarschijnlijk voldoende.
- (V) Het aantal ondersteunende medewerkers is onvoldoende.

6.4 Er is een procedure voor de evaluatie van functioneren van medewerkers

- (S) Er is een schriftelijke procedure voor de evaluatie van functioneren van medewerkers van ?. Dit document wordt beheerd in een documentbeheersysteem en geeft aanleiding tot een PDCA cyclus. Verbeterpunten worden zo nodig SMART vastgesteld en doorgevoerd.
- (B) Er is een schriftelijke procedure voor de evaluatie van functioneren van medewerkers. Dit document wordt beheerd in een documentbeheersysteem en wordt systematisch gereviseerd.
- (A) Er is een schriftelijke procedure voor de evaluatie van functioneren van medewerkers. Deze procedure wordt echter niet systematisch gereviseerd.
- (ZA) Er is geen schriftelijke procedure voor de evaluatie van functioneren van medewerkers.
- (V) Er is geen procedure voor de evaluatie van functioneren van medewerkers

6.5 Functiebeschrijving

- (S) Er is een functiebeschrijving AKF die in overeenkomst is met de definitie van de KF, zoals deze in de Wet BIG is opgenomen (o.a. stralingsverantwoordelijkheid). Deze is door de ziekenhuisorganisatie erkend en gewogen.
- (B) Er is een functiebeschrijving voor de klinisch fysicus. Deze is door de vakgroep en de ziekenhuisorganisatie goedgekeurd en gewogen.
- (A) Er is een functiebeschrijving goedgekeurd en gewogen door de ziekenhuisorganisatie. De vakgroep is het niet (geheel) eens met deze functiebeschrijving.
- (ZA) De vakgroep heeft een functiebeschrijving voor de functie van klinisch fysicus. Formeel kent de ziekenhuisorganisatie echter geen functiebeschrijving voor een klinisch fysicus.
- (V) Er is in het geheel geen functiebeschrijving.

6.6 De ligging en omvang van de afdeling klinische fysica zijn zodanig dat de dienstverlening naar behoren kan worden uitgevoerd.

- (S) De fysieke ligging en omvang van de afdeling klinische fysica zijn zodanig dat de dienstverlening naar behoren kan worden uitgevoerd. Dit wordt systematisch gemonitord en teruggekoppeld naar bestuur en medische staf.
- (B) De fysieke ligging en omvang van de afdeling klinische fysica zijn zodanig dat de dienstverlening naar behoren kan worden uitgevoerd. Dit wordt systematisch gemonitord.
- (A) De fysieke ligging en omvang van de afdeling klinische fysica zijn zodanig dat de dienstverlening naar behoren kan worden uitgevoerd.
- (ZA) De fysieke ligging en omvang van de afdeling klinische fysica zijn zodanig dat de dienstverlening niet volledig naar behoren kan worden uitgevoerd.
- (V) De fysieke ligging en omvang van de afdeling klinische fysica zijn zodanig dat de dienstverlening niet naar behoren kan worden uitgevoerd.

6.7 Relevante literatuur.

- (S) De vakgroep AKF heeft de snel en eenvoudig de beschikking over relevante literatuur. Dit wordt systematisch gemonitord en noodzakelijke aanpassingen kunnen en worden snel uitgevoerd.
- (B) De vakgroep AKF heeft de eenvoudig de beschikking over relevante literatuur. Dit wordt systematisch gemonitord.
- (A) De vakgroep AKF heeft de beschikking over relevante literatuur.
- (ZA) De vakgroep AKF heeft beschikking over de meeste relevante literatuur.
- (V) De toegang tot relevante literatuur is onvoldoende.

6.8 Benodigde fantomen en meetapparatuur.

- (S) De vakgroep AKF heeft de beschikking over benodigde fantomen en meetapparatuur. Dit wordt systematisch gemonitord en noodzakelijke aanpassingen kunnen en worden snel uitgevoerd.
- (B) De vakgroep heeft de beschikking over benodigde fantomen en meetapparatuur. Dit wordt systematisch gemonitord.
- (A) De vakgroep heeft de beschikking over benodigde fantomen en meetapparatuur.
- (ZA) De vakgroep heeft een deel van de benodigde fantomen en meetapparatuur tot zijn beschikking.
- (V) De vakgroep heeft geen fantomen en meetapparatuur tot zijn/haar beschikking.

6.9 Ondersteunende en facilitaire voorzieningen. (Denk hierbij aan geschikte PC-voorzieningen met up-to-date kantoorsoftware, print-, scan-, kopieervoorzieningen, software zoals MATLAB, SPSS enz.).

- (S) De vakgroep heeft de beschikking over benodigde ondersteunende en facilitaire voorzieningen. Dit wordt systematisch gemonitord en noodzakelijke aanpassingen kunnen en worden snel uitgevoerd.
- (B) De vakgroep heeft de beschikking over benodigde ondersteunende en facilitaire voorzieningen. Dit wordt systematisch gemonitord.
- (A) De vakgroep heeft de beschikking over benodigde ondersteunende en facilitaire voorzieningen.
- (ZA) De vakgroep heeft een deel van de benodigde ondersteunende en facilitaire voorzieningen tot zijn beschikking.
- (V) De toegang tot ondersteunende en facilitaire voorzieningen is onvoldoende.

6.10 Mogelijkheden nascholing, cursussen en congresbezoek.

- (S) De vakgroep heeft voldoende mogelijkheden tot het volgen van nascholing, cursussen en congresbezoek. Dit wordt systematisch gemonitord en noodzakelijke aanpassingen kunnen en worden snel uitgevoerd.
- (B) De vakgroep heeft voldoende mogelijkheden tot het volgen van nascholing, cursussen en congresbezoek. Dit wordt systematisch gemonitord.
- (A) De vakgroep heeft voldoende mogelijkheden tot het volgen van nascholing, cursussen en congresbezoek.
- (ZA) De vakgroep kan een deel van de gewenste nascholing, cursussen en congresbezoek volgen.
- (V) De vakgroep kan alleen dat deel van de gewenste nascholing, cursussen en congresbezoek volgen dat noodzakelijk is voor de herregistratie.

Bijlage 1

Functie	soort verantwoordelijkheid (RACI)	Betrokkenheid
Patiëntenzorg		
Ontwikkeling en onderzoek		
Innovatie		
Bestuur en organisatie		
Veiligheid medische apparatuur en ruimten		
Doelmatigheid (gebruik) medische apparatuur		
Opleiding klinisch fysici		
Instructie/training anderen (technici/medici)		
Verzorging (wetenschappelijk) onderwijs		
Kwaliteit medische apparatuur		
Onderhoud		
Installatie en in gebruik name apparatuur		
Investeringsbeleid		
ICT en automatisering		
Stralingshygiëne (per afdeling)		
Stralingshygiëne (ziekenhuisbreed)		
Mathematische/statistische ondersteuning		
Kwaliteit Nucleaire geneeskunde *		
Kwaliteit Radiologie *		
Diensten aan derden		
Laserveiligheid		

CONCEPT

QUICK SCAN VRAGENLIJST

Naam

--

Huidige Status Belang Prioriteit

Gedeelde doelen / Taakopdracht

1.1	We hebben als vakgroep duidelijk voor ogen wat we over 5 jaar bereikt willen hebben			
1.2	We weten wat onze prioriteiten zijn			
1.3	We treden als eenheid naar buiten			
1.4	Iedereen voelt zich medeverantwoordelijk voor het resultaat van de vakgroep			
1.5	De leden van onze vakgroep zijn goed op de hoogte van relevante ontwikkelingen in het ziekenhuis, de regio en in het land			
1.6	Mijn collega's kennen mijn ambities, kwaliteiten en zwakke punten			
1.7	Ik ken de ambities, kwaliteiten en zwakke punten van mijn collega's			
1.8	We maken gebruik van elkaars sterke kanten			
1.9	We weten op welke punten van het vakgroep functioneren we sterker en zwakker zijn dan onze collegavakgroepen in de regio			
1.10	In onze vakgroep is uitgesproken wat een ieder verwacht van het vakgroepslid van de vakgroep.			
1.11	We hebben afgestemde opvattingen over de klinisch fysische zorg.			

Huidige Status Belang Prioriteit

vakgroepstructuur

2.1	We hebben duidelijke afspraken over de verdeling van organisatorische taken			
2.2	De (hiërarchische) relatie tussen de medewerkers van de afdeling algemene klinische fysica is duidelijk.			
2.3	Het is duidelijk wie van ons aanspreekpunt is voor de verpleging, de staf, het management, de directie en extern			
2.4	De manier waarop wij georganiseerd zijn, past goed bij mij (mijn persoonlijkheid)			
2.5	We weten waar we elkaar op kunnen aanspreken			
2.6	Onze organisatievorm is effectief en doelmatig			
2.7	De organisatorische taken die ik heb, kan ik goed aan			
2.8	We hebben duidelijke afspraken, die ik onderschrijf, over de vakinhoudelijke werkverdeling			
2.9	We nemen adequaat het werk van elkaar over			
2.10	Onze werkbelasting levert geen structurele problemen op			
2.11	Werkoverleggen zijn goed geregeld en worden adequaat bezocht			
2.12	Ik ben tevreden over de verdeling van het werk over de verschillende locaties			

Huidige Status Belang Prioriteit

Besluitvorming en ondersteunende systemen

3.1	De planning van de werk- en dienstroosters is goed verzorgd			
3.2	De werk- en dienstroosters worden goed nageleefd			

3.3	vakgroepsvergaderingen zijn zelden overbodig en/of inefficiënt			
3.4	Agendering en voorzitterschap zijn goed verzorgd			
3.5	Onze vergaderingen gaan altijd door			
3.6	Ik beschik tijdig en over voldoende informatie voor een vakgroepsvergadering			
3.7	We bereiden de vergaderingen goed voor			
3.8	De besluitvorming verloopt helder en efficiënt			
3.9	Besluiten worden in samenspraak genomen			
3.10	Afspraken worden nagekomen			
3.11	Detailzaken worden snel afgehandeld of gedelegeerd			
3.12	Van een besluit wordt de afhandeling bewaakt			
3.13	De aanwezigheid op vergaderingen is goed			
3.14	Onze vakgroepsondersteuning is goed georganiseerd			
3.15	We zijn in staat om taken te delegeren			

Huidige Status Belang Prioriteit

Communicatie en klimaat				
4.1	Ieder krijgt voldoende ruimte om een inbreng te leveren in de vakgroep			
4.2	Er wordt goed naar elkaar geluisterd			
4.3	Er heerst een open en veilige sfeer			
4.4	De communicatie met de rest van de staf verloopt goed			
4.5	De communicatie met de afdeling medische technologie verloopt goed			
4.6	Het overleg met het secretariaat verloopt goed			
4.7	Er heerst een productief, taakgericht klimaat			
4.8	Fouten zijn goed bespreekbaar en we durven ze te bespreken en te corrigeren			
4.9	We zijn op de hoogte van elkaars vakgerelateerde externe activiteiten			
4.10	Iedereen houdt zich aan het afgesproken klinisch fysisch beleid			
4.11	Niemand loopt er de kantjes af			
4.12	We signaleren conflicthaarden tijdig en reageren alert			
4.13	Waardering voor elkaar (elkaars werk) wordt getoond			
4.14	We spreken elkaar rechtstreeks aan op ongewenst gedrag			
4.15	Over eventuele klachten en/of tuchtzaken wordt in de vakgroep openlijk gesproken			
4.16	Ik ben met plezier lid van deze vakgroep			
4.17	We ondernemen regelmatig gezamenlijk sociale activiteiten			
4.18	Ik ben tevreden over de inzet van alle vakgroepsleden			

Huidige Status Belang Prioriteit

Resultaten en reputatie				
5.1	Ten aanzien van onze primaire taken ((ondersteuning van) zorg en evt. onderwijs en onderzoek) leveren we goede kwaliteit			
5.2	We leveren een goede bijdrage aan de organisatie van de medische staf en het ziekenhuis			
5.3	Onze reputatie bij de staf is goed			
5.4	Onze reputatie op de arbeidsmarkt (binnen de beroepsgroep) is goed			
5.5	Onze reputatie bij het management is goed			
5.6	We hebben een duidelijke invloed in het ziekenhuisbeleid			

5.7	Collega-specialisten werken graag met ons samen			
5.8	De vakgroep is tevreden over mijn bijdrage aan de productie ((ondersteuning van) zorg, en evt onderwijs en onderzoek)			
5.9	Ik ben tevreden over mijn beloning vanuit de vakgroep/het ziekenhuis			
5.10	We hebben goed inzicht in onze eigen uitkomsten van de klinisch fysisch zorg			
5.11	Wij rapporteren over onze klachten en MIP-meldingen			
5.12	De RvB en medewerkers op de afdelingen zien ons als goede specialisten			
5.13	We rapporteren periodiek over onze uitkomsten van klinisch fysische zorg			

CONCEPT

Bijlage 2 Tabel score formulier

normelement	S	B	A	ZA	V
1.1.1					
1.1.2					
1.1.3					
1.2.1					
1.2.2					
1.2.3					
1.2.4					
1.2.5					
1.2.6					
1.3.1					
1.3.2					
1.3.3					
1.3.4					
1.4.1					
1.4.2					
1.5.1					
2.1.1					
2.1.2					
2.2.1					
2.2.2					
2.2.3					
2.3.1					
2.3.2					
2.3.3					
2.4.1					
2.4.2					
2.4.3					
2.4.4					
2.5.1					
2.6.1					
3.1					
3.2					
3.3					
3.4					
3.5					
3.6					
3.7					
3.8.1					
3.8.2					
4.2.1					
4.2.2					
4.2.3					
4.3.1					
4.3.2					
4.4.1					
4.4.2					
4.4.3					
4.5					

