

# NIV vragenlijst voor zelfevaluatie en kwaliteitsvisitatie ZBC

Naam organisatie :

Locatie(s) :

Contactpersoon :

Telefoonnummer :

E-mailadres :

Visitatiecommissie ad hoc

Naam :

Naam :

Naam :

Ambtelijk secretaris :

Datum visitatie :

Datum vorige visitatie :

Zelfde dag opleidingsvisitatie? ja / nee

## A. Gegevens interne geneeskunde

### A1. Samenstelling vakgroep

Naam	Jaar van vestiging in ZBC	Differentiatie-gebied	Registratie (*)	(her)registratie(**)	FTE

(\*) = geregistreerd voor differentiatiegebied

(\*\*) deelname aan visitatie wordt alleen in GAIA geregistreerd als het herregistratie certificaat van de RGS op de dag van visitatie overlegd wordt aan de visitatiecommissie ad hoc

### A2. Arts-assistenten, physician assistants en verpleegkundig specialisten

Functie	Aantal	FTE
Arts-assistenten in opleiding		
Arts-assistenten niet in opleiding		
Physician assistants		
Verpleegkundig specialisten		
SEH-artsen / Poortartsen		
(Basis)arts/ziekenhuisarts		

### A3. Werkomgeving

Interne kliniek	
Aantal locaties	
Aantal afdelingen	
Interne polikliniek	
Aantal locaties	
Acute Opname Afdeling / Observatorium	
Aantal locaties	

### A4. Intervisiegroep(\*)

Naam	Werkplek	Functie

(\*) minimaal 3 internisten uit dezelfde ZBC of een andere ZBC met wie intervisie en evaluatie plaatsvindt

**A5. Scopierende internisten binnen de organisatie**

naam	Datum verlopen endoscopie certificaat

## B. Resultaat vorige visitatie

<b>Advies</b> (zoals beschreven in voorgaand visitatieverslag)	<b>Categorie</b> - Voorwaarde - Zwaarwegend advies - Aanbeveling	<b>Realisatie</b> - Geheel - Deels - Niet	<b>Toelichting</b>

## C. Waardering kwaliteitsnormen

Waardering kwaliteitsnormen		Vakgroep
<b>Evaluatie van zorg</b>		
<i>Medisch beleid</i>		
1	Werken volgens richtlijnen	
2	Medisch beleid patiënt bij (dag)opname / observatie	
3	Opnamebeleid patiënt indien acute opname nodig is buiten de zbc	
4	Hoofdbehandelaarschap	
5	Medisch beleid poliklinische patiënt	
6	Intercollegiale toetsing medisch beleid poliklinische patiënt	
7	Multidisciplinair overleg	
<i>Continuïteit patiëntenzorg</i>		
8	Dossiervoering	
9	Dienstregeling en bereikbaarheid	
10	Dienstoverdrachten	
11	Berichtgeving aan de huisarts	
<i>Risico's en uitkomsten van zorg</i>		
12	Risico's en uitkomsten van zorg	
<i>Randvoorwaarden voor goede zorgverlening</i>		
13	Randvoorwaarden voor goede zorgverlening	
14	(Meerjaren)beleidsplan/jaarverslag en toekomstbestendigheid	
<b>Vakgroepfunctioneren</b>		
15	Schriftelijke werkafspraken	
16	Samenwerking met verwijzers	
17	Intervisie	
<b>Patiëntenperspectief</b>		
18	Patiënttevredenheid	
19	Klachten, claims en juridische procedures verband houdend met zorgverlening	
20	Informatie voor patiënten	
<b>Professionele ontwikkeling</b>		
21	Kennis en vaardigheden vakgroep	
22	Optimaal functioneren	

## C1. Evaluatie van zorg

### Norm 1. Werken volgens richtlijnen

De actuele richtlijnen die van toepassing zijn voor de interne geneeskunde zijn opgenomen in de "[Richtlijndatabase](#)" van de FMS\*.

- Er wordt gewerkt volgens richtlijnen.
- Er is een structurele aanpak om actuele en relevante richtlijnen te implementeren.
- Er is een structurele aanpak om, indien nodig, bestaande lokale richtlijnen aan te passen en de wijzigingen onder de aandacht te brengen van alle betrokkenen.

\*) Verschillende mogelijkheden om richtlijnen te implementeren en om te evalueren of gewerkt wordt volgens de richtlijnen worden genoemd in de "[Toelichting werken volgens richtlijnen](#)" op de NIV website.

1. Voldoet aan de norm. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks of gewerkt wordt volgens de richtlijnen en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep voldoet aan bovengenoemde 3 punten. (norm)*
3. De vakgroep heeft een structurele aanpak voor de implementatie van actuele en relevante richtlijnen en actueel houden van bestaande richtlijnen. Echter hierbij is niet gewaarborgd dat alle nieuwe of gewijzigde richtlijnen structureel geïmplementeerd worden.  
Aanbeveling: Zorg dat alle nieuw gepubliceerde of gewijzigde relevante richtlijnen op structurele wijze geïmplementeerd worden.
4. De vakgroep heeft een aanpak voor de implementatie van actuele en relevante richtlijnen en actueel houden van bestaande richtlijnen die niet structureel is. Of niet alle betrokkenen worden geïnformeerd over de implementatie van nieuwe richtlijnen of wijzigingen in bestaande richtlijnen.  
Zwaarwegend advies: Zorg voor een structurele aanpak voor de implementatie van de actuele en relevante richtlijnen en actueel houden van bestaande richtlijnen. En informeer alle betrokkenen over nieuwe richtlijnen of wijzigingen in bestaande richtlijnen.
5. De vakgroep heeft geen aanpak voor de implementatie van actuele en relevante richtlijnen of actueel houden van bestaande richtlijnen of er wordt niet gewerkt volgens richtlijnen.  
Voorwaarde: Zorg voor een structurele aanpak voor de implementatie van de actuele en relevante richtlijnen en het actueel houden van bestaande richtlijnen. Zorg dat gewerkt wordt volgens richtlijnen.

Zelfevaluatie vakgroep	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

## Norm 2. Medisch beleid patiënt bij (dag)opname of observatie in de ZBC

1. Zoals punt 2. Bovendien wordt de tevredenheid over het afstemmen van het medisch beleid minimaal jaarlijks met de betrokkenen geëvalueerd en besproken in een vakgroep- of teamvergadering (goed voorbeeld).
2. *Voorafgaand aan of bij (dag)opname/observatie is het voorlopig medisch beleid door een internist bepaald indien deze hoofdbehandelaar is Tijdens opname is deze internist of een vervangend internist verantwoordelijk voor het medisch beleid en hiervoor ook bereikbaar en zo nodig direct beschikbaar (norm).*
3. Voor meer dan 90% van de (dag)opname/observaties geldt dat voorafgaand aan of bij (dag)opname/observatie het voorlopig medisch beleid door een internist is bepaald indien deze hoofdbehandelaar is. Tijdens opname is deze internist of een vervangend internist verantwoordelijk voor het medisch beleid en hiervoor ook bereikbaar en zo nodig direct beschikbaar.  
Aanbeveling: zorg dat voor alle patiënten het voorlopig medisch beleid door een internist is bepaald indien deze hoofdbehandelaar is
4. Voor meer dan 50% van de (dag)opname/observaties geldt dat voorafgaand aan of bij (dag)opname/observatie het voorlopig medisch beleid door een internist is bepaald indien deze hoofdbehandelaar is. Tijdens opname is deze internist of een vervangend internist verantwoordelijk voor het medisch beleid en hiervoor ook bereikbaar en zo nodig direct beschikbaar.  
Zwaarwegend advies: zorg dat voor alle patiënten het voorlopig medisch beleid door een internist is bepaald indien deze hoofdbehandelaar is.
5. Voor minder dan 50% van de (dag)opname/observaties geldt dat - voorafgaand aan of bij (dag)opname/observatie - het voorlopig medisch beleid door een internist is bepaald indien deze hoofdbehandelaar is en/of tijdens opname is deze internist of een vervangend internist verantwoordelijk voor het medisch beleid. De internist is hiervoor niet altijd direct bereikbaar of zo nodig direct beschikbaar.  
Voorwaarde: zorg dat voor alle patiënten het voorlopig medisch beleid door een internist is bepaald indien deze hoofdbehandelaar is en zorg dat de verantwoordelijk internist altijd direct bereikbaar of beschikbaar is.

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b>					

### Norm 3. Opname beleid patiënt indien acute opname nodig is buiten het ZBC

Patiënten die in het ZBC zijn opgenomen of onder controle zijn kunnen bij acute achteruitgang, of als de zorgbehoefte anders of groter is dan in het ZBC geleverd kan worden, doorverwezen worden naar de (SEH, spoedpoli of afdeling van) regionale ziekenhuizen indien acute beoordeling danwel opname noodzakelijk wordt geacht. Hierover zijn schriftelijke afspraken\* opgesteld met de regionale ziekenhuizen en verwijzers.

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks met de betrokken partijen de tevredenheid over het afstemmen van het medisch beleid bij opname elders en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *Er zijn schriftelijke afspraken met de regionale ziekenhuizen en huisartsen over doorverwijzing naar de SEH, spoedpoli of afdeling indien dit noodzakelijk wordt geacht. Deze afspraken en hoe er wordt gehandeld bij een acute situatie zijn voor patiënten en verwijzers inzichtelijk op de website (norm).*
3. Zoals punt 2, maar deze afspraken en hoe er wordt gehandeld bij een acute situatie zijn voor patiënten en verwijzers niet inzichtelijk op de website.  
Aanbeveling: Zorg dat deze afspraken inzichtelijk zijn voor patiënten en verwijzers op de website.
4. Er zijn mondelinge en/of onvolledige schriftelijke afspraken met de regionale ziekenhuizen en verwijzers over doorverwijzing naar de SEH, spoedpoli of afdeling indien dit noodzakelijk wordt geacht.  
Zwaarwegend advies: Zorg voor volledige schriftelijke afspraken met regionale ziekenhuizen en verwijzers over de procedure bij verwijzing naar elders.
5. Er zijn geen afspraken met de regionale ziekenhuizen en verwijzers over doorverwijzing naar de SEH, spoedpoli of afdeling indien dit noodzakelijk wordt geacht.  
Voorwaarde: Zorg voor schriftelijke afspraken met regionale ziekenhuizen en verwijzers en zorg dat deze afspraken inzichtelijk zijn voor patiënten en verwijzers op de website.

\*) De afspraken bevatten minimaal de procedure met betrekking tot herkenning, verwijzing en informatieoverdracht van patiënten die in geval van acute achteruitgang moeten worden doorverwezen en van patiënten die een grotere of andere zorgbehoefte hebben dan in het ZBC mogelijk is.

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b>					



#### Norm 4. Hoofdbehandelaarschap

1. Zoals punt 2. Bovendien worden deze afspraken en of het hoofdbehandelaarschap jaarlijks geëvalueerd met de betrokkenen en besproken in de vakgroep- of teamvergadering (goed voorbeeld).
2. *Het is voor alle medewerkers en de patiënten duidelijk wie binnen het ZBC de hoofdbehandelaar is. Dit staat genoteerd in het medisch dossier en in de brieven. Binnen het ZBC zijn afspraken over het hoofdbehandelaarschap schriftelijk vastgelegd (norm).*
3. Zoals punt 2, maar binnen het ZBC zijn afspraken over het hoofdbehandelaarschap niet vastgelegd.  
Aanbeveling: Zorg dat binnen het ZBC de afspraken over het hoofdbehandelaarschap schriftelijk zijn vastgelegd.
4. Het is incidenteel niet voor alle medewerkers en de patiënten duidelijk wie binnen de ZBC de hoofdbehandelaar is en/of dit staat niet genoteerd in het medisch dossier en/of in de brieven.  
Zwaarwegend advies: Zorg dat voor iedereen duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is en dat deze afspraken schriftelijk zijn vastgelegd.
5. Het is regelmatig voor medewerkers en de patiënten niet duidelijk wie binnen de ZBC de hoofdbehandelaar is.  
Voorwaarde: Zorg dat voor iedereen duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is en dat deze afspraken schriftelijk zijn vastgelegd.

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b>					

## Norm 5. Medisch beleid poliklinische patiënt

1. Zoals punt 2. Bovendien worden de afspraken minimaal jaarlijks met de betrokken partijen geëvalueerd en indien nodig worden maatregelen ter verbetering genomen (goed voorbeeld).
2. *Voor poliklinische patiënten is voldoende tijd\* beschikbaar om het medisch beleid te bepalen, toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden. (norm)*
3. Voor meer dan 90% van de poliklinische patiënten is voldoende tijd beschikbaar om het medisch beleid te bepalen en toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden.  
Aanbeveling: Zorg dat voor alle poliklinische patiënten voldoende tijd beschikbaar is om het medisch beleid te bepalen en toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden.
4. Voor meer dan 50% van de poliklinische patiënten is voldoende tijd beschikbaar om het medisch beleid te bepalen en toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden.  
Zwaarwegend advies: Zorg dat voor alle poliklinische patiënten voldoende tijd beschikbaar is om het medisch beleid te bepalen en toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden.
5. Voor minder dan 50% van de poliklinische patiënten is voldoende tijd beschikbaar om het medisch beleid te bepalen en toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden.  
Voorwaarde: Zorg dat voor alle poliklinische patiënten voldoende tijd beschikbaar is om het medisch beleid te bepalen en toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden.

\*) *Voldoende tijd betekent minimaal 30 minuten voor het eerste polikliniekbezoek en minimaal 10 minuten voor het vervolgconsult.*

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantonbaar tijdens visitatie)</b>					

## Norm 6. Intercollegiale toetsing medisch beleid poliklinische patiënt

1. Zoals punt 2. Bovendien neemt de vakgroep maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *Het medisch beleid inclusief de klinische redentatie wordt intercollegiaal getoetst op basis van een aselechte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar en de resultaten worden in de vakgroep of intervisiegroep besproken. (norm\*)*
3. Het medisch beleid inclusief de klinische redentatie wordt intercollegiaal getoetst, maar niet op basis van een aselechte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar. De vakgroep of intervisiegroep bespreekt de resultaten van de intercollegiale toetsing.  
Aanbeveling: Zorg dat de intercollegiale toetsing gebaseerd is op een aselechte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar.
4. Het medisch beleid inclusief de klinische redentatie voor poliklinische patiënten wordt intercollegiaal getoetst, maar de resultaten worden niet in de vakgroep of intervisiegroep besproken.  
Zwaarwegend advies\*: Zorg dat de resultaten van de intercollegiale toetsing op basis van een aselechte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar in de vakgroep of intervisiegroep worden besproken.
5. Het medisch beleid inclusief de klinische redentatie voor poliklinische patiënten wordt niet intercollegiaal getoetst.  
Voorwaarde\*: Zorg dat het medisch beleid inclusief de klinische redentatie intercollegiaal wordt getoetst op basis van een aselechte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar en de resultaten in de vakgroep of intervisiegroep worden besproken.

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b>					

Norm 7. Multidisciplinair overleg [indien van toepassing]

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks het multidisciplinair overleg met betrokken partijen en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep neemt deel aan multidisciplinair overleg\* en de resultaten worden schriftelijk vastgelegd. (norm)*
3. De vakgroep neemt deel aan multidisciplinair overleg, maar de resultaten worden niet altijd schriftelijk vastgelegd.  
Aanbeveling: Zorg dat de resultaten van het multidisciplinair overleg altijd schriftelijk worden vastgelegd.
4. De vakgroep neemt onvoldoende deel aan multidisciplinair overleg en/of de resultaten worden (bijna) nooit schriftelijk vastgelegd.  
Zwaarwegend advies: Zorg dat de vakgroep altijd deelneemt aan het multidisciplinair overleg en/of de resultaten altijd schriftelijk worden vastgelegd.
5. Multidisciplinair overleg wordt (ten dele) niet georganiseerd en/of de vakgroep neemt zelden deel aan het overleg.  
Voorwaarde: Zorg dat het multidisciplinair overleg wordt georganiseerd en de resultaten schriftelijk worden vastgelegd en/of zorg dat de vakgroep altijd deelneemt aan dit overleg.

\*) *Bij een multidisciplinair overleg wordt op systematische wijze de diagnostiek en het behandelplan van minimaal een patiënt besproken en vastgelegd. Multidisciplinair betekent dat medisch specialisten van minimaal drie verschillende AGB-specialismen deelnemen aan het overleg. In het kader van taakherschikking kan een physician assistant of verpleegkundig specialist in plaats van een medisch specialist participeren. Ook in dat geval geldt dat minimaal drie verschillende specialismen tijdens het overleg aanwezig dienen te zijn.*

Zelfevaluatie vakgroep	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantonbaar tijdens visitatie)					

## Norm 8. Dossiervoering

### *Relevante informatie voor dossiervoering:*

- *Reden van verwijzing/opname*
- *Anamnese (inclusief medicatie)*
- *Lichamelijk onderzoek*
- *Samenvatting (alleen in klinische status)*
- *Differentiaal diagnose*
- *Onderzoekprogramma*
- *Diagnose*
- *Beleid/therapie (inclusief medicatie)*
- *Decursus (inclusief eventuele complicaties)*
- *Informatie aan patiënt en toestemming van patiënt voor eventuele behandeling en behandelbeperkingen (informed consent)*
- *Rapportage van gesprekken met patiënt en/of familie en van overleg met huisartsen*
- *(Ontslag)brief inclusief (ontslag)medicatie*
- *Reanimatiebeleid en eventuele behandelbeperkingen (in klinische status), direct zichtbaar voor iedereen die de status inziet*
- *Allergie (ook indien afwezig), direct zichtbaar voor iedereen die de status inziet.*
- *In de klinische status dient te worden vermeld of na overlijden toestemming voor obductie en weefseldonatie is gevraagd en of deze is verkregen.*

### Indien het relevant is staat vermeld:

- Klinische redenatie
- Onderzoekprogramma
- Beleid/therapie
- Toestemming van patiënt voor eventuele behandeling en behandelbeperkingen (informed consent)\*
- Rapportage van gesprekken met patiënt en/of familie en van overleg met huisartsen

\*) Toelichting over informed consent en welke risico's met patiënten besproken dienen te worden wordt gegeven op de KNMG website en het KNMG document "[Informed Consent](#)"

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert\* de vakgroep of intervisiegroep minimaal jaarlijks de dossiervoering en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *De actuele, relevante informatie voor het medisch handelen inclusief de klinische redenatie is vastgelegd in het patiëntendossier. (norm)*
3. De dossiervoering vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid.  
*Concreet: Uit de steekproef tijdens de visitatie blijkt dat actuele, relevante informatie ontbreekt in enkele dossiers.*  
Aanbeveling: Zorg dat de actuele, relevante informatie voor het medisch handelen inclusief de klinische redenatie is vastgelegd in het patiëntendossier.
4. De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en leesbaarheid.  
*Concreet: Uit de steekproef tijdens de visitatie blijkt dat actuele, relevante informatie ontbreekt in (bijna) alle dossiers van een of meer vakgroepleden.*  
Zwaarwegend advies: Zorg dat de actuele, relevante informatie voor het medisch handelen inclusief de klinische redenatie is vastgelegd in het patiëntendossier.
5. De dossiervoering vertoont belangrijke hiaten wat betreft volledigheid en leesbaarheid.  
*Concreet: Uit de steekproef tijdens de visitatie blijkt dat dossiers van een of meer vakgroepleden onvoldoende informatie bevatten voor waarneming.*  
Voorwaarde: Zorg dat de actuele, relevante informatie voor het medisch handelen inclusief de klinische redenatie is vastgelegd in het patiëntendossier.

\*) Zie formulier '[Evaluatie dossiervoering](#)'

Norm 8. Dossiervoering (vervolg)

Zelfevaluatie vakgroep	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b> <i>Indien de vakgroep de dossiervoering heeft geëvalueerd, wil de visitatiecommissie ad hoc inzage in de evaluatie.</i>					

### Norm 9. Dienstregeling en bereikbaarheid

1. Zoals punt 2. Bovendien wordt de tevredenheid over de dienstregeling en bereikbaarheid minimaal jaarlijks met de betrokkenen geëvalueerd en worden verbetermaatregelen genomen indien nodig (goed voorbeeld).
2. *De internist(en) heeft/hebben schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist. Voor de patiënt, verwijzers en andere medewerkers is duidelijk met wie tijdens en buiten kantooruren contact opgenomen kan worden( bij acute klachten). De dienstdoende internist heeft toegang tot de medische gegevens van de (acute)betreffende patiënt (norm)*
3. Zoals punt 2, maar voor de patiënt, verwijzers en andere medewerkers is incidenteel niet duidelijk met wie tijdens en buiten kantooruren contact opgenomen kan worden bij acute klachten. De dienstdoende internist heeft toegang tot de medische gegevens van de acute patiënt.  
Aanbeveling: Zorg dat bij de betrokkenen altijd duidelijk is met wie contact opgenomen kan worden bij acute klachten.
4. Zoals punt 2, maar voor de patiënt, verwijzers en andere medewerkers is regelmatig niet duidelijk met wie tijdens en buiten kantooruren contact opgenomen kan worden bij acute klachten. De dienstdoende internist heeft toegang tot de medische gegevens van de acute patiënt.  
Zwaarwegend advies: Zorg dat bij de betrokkenen altijd duidelijk is met wie contact opgenomen kan worden bij acute klachten.
5. De internist(en) heeft/hebben geen schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist. En/of de dienstdoende internist heeft geen toegang tot de medische gegevens van de acute patiënt (voorwaarde).  
Voorwaarde: Zorg voor schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist. Zorg dat bij de betrokkenen altijd duidelijk is met wie contact opgenomen kan worden bij acute klachten. Zorg dat de dienstdoende internist altijd toegang heeft tot de medische gegevens van de acute patient.

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b>					

## Norm 10. Dienstoverdrachten

*De internist(en) zorgt/zorgen dat een overdracht\* plaatsvindt bij elke wisseling van dienstdoende internist. Tijdens de overdracht worden de verantwoordelijkheid en de benodigde informatie voor de zorg voor opgenomen patiënt(en) en patiënt(en) met (wie in de dienst contact is geweest) overgedragen aan de behandelend internist.*

1. Zoals punt 2. Bovendien wordt er minimaal jaarlijks door de vakgroep geëvalueerd met de betrokkenen of de dienstoverdracht adequaat is en neemt men maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *De internist(en) zorgt/zorgen dat een overdracht\* plaatsvindt bij elke wisseling van dienstdoende internist. Tijdens de overdracht wordt de verantwoordelijkheid en de benodigde informatie voor de zorg voor deze patiënt(en) overgedragen aan de behandelend internist. Aan de overdracht nemen alle betrokken specialisten deel (norm).*
3. Zoals punt 2, maar incidenteel ontbreekt informatie die benodigd is voor de zorg voor deze patiënten en/of nemen niet alle relevante personen deel.  
Aanbeveling: Zorg dat alle benodigde informatie voor de zorg voor deze patiënten wordt overgedragen en/of dat alle relevante personen deelnemen aan de overdrachten.
4. Zoals punt 2, maar regelmatig ontbreekt informatie die benodigd is voor de zorg voor deze patiënten en/of nemen niet alle relevante personen deel.  
Zwaarwegend advies: Zorg dat alle benodigde informatie voor de zorg voor deze patiënten wordt overgedragen en/of dat alle relevante personen deelnemen aan de overdrachten.
5. Dienstoverdrachten ontbreken (deels) en/of de informatie die overgedragen wordt, is niet toereikend om de dienst over te nemen.  
Voorwaarde: Zorg dat een overdracht plaatsvindt bij elke wisseling van dienstdoende internist waarbij alle relevante personen deelnemen en/of dat alle benodigde informatie voor de zorg voor deze patiënten wordt overgedragen.

\*) Zie ook: 'Optimaliseren dienstoverdrachten: handreiking voor de praktijk'

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b> <i>Indien de vakgroep de dienstoverdrachten heeft geëvalueerd, wil de visitatiecommissie ad hoc inzage in de evaluatie.</i>					



## Norm 11. Berichtgeving aan de huisarts en verwijzers

- *Klinische patiënten*
    - *Voorlopig ontslagbericht met de volgende punten dient op de dag van ontslag gestuurd te worden.*
      - *Diagnose*
      - *Behandeling*
      - *Vervolgafspraken*
      - *Medicatie*
      - *Eventuele verzoeken/adviezen aan de huisarts.*
    - *Definitieve ontslagbrief dient binnen 14 dagen te worden verzonden.*
    - *Overlijden dient zo spoedig mogelijk aan de huisarts of diens waarnemer te worden medegedeeld en dezelfde dag bevestigd te worden via e-mail of fax.*
  - *Poliklinische patiënten*
    - *Bericht dient verstuurd te worden zodra de diagnose is gesteld en een plan van aanpak is afgesproken.*
    - *Voor chronische patiënten geldt dat de huisarts een per 18 maanden schriftelijk wordt geïnformeerd en bij iedere essentiële wijziging in het ziektebeloop en/of beleid.*
  - *'Slecht nieuws'-gesprekken dienen zo spoedig mogelijk aan de huisarts of diens waarnemer te worden medegedeeld.*
1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep of intervisiegroep minimaal jaarlijks de wijze van berichtgeving met de huisartsen en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
  2. *Berichtgeving aan de huisarts vindt op bovenstaande wijze plaats. (norm)*
  3. De berichtgeving aan de huisarts vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en tijdigheid.  
Aanbeveling: Zorg dat de berichtgeving aan de huisarts volledig en tijdig plaatsvindt op bovenstaande wijze.
  4. De berichtgeving aan de huisarts vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en tijdigheid.  
Zwaarwegend advies: Zorg dat de berichtgeving aan de huisarts volledig en tijdig plaatsvindt op bovenstaande wijze.
  5. De berichtgeving aan de huisarts vertoont belangrijke hiaten en/of leidt tot klachten van de huisarts.  
Voorwaarde: Zorg dat de berichtgeving aan de huisarts volledig en tijdig plaatsvindt op bovenstaande wijze.

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b>					

## Risico's en uitkomsten van zorg

Om goede kwaliteit van zorg te leveren en de kwaliteit continu te verbeteren, is inzicht in de risico's en uitkomsten van zorg noodzakelijk. Indicatoren die relevant zijn voor internisten en wettelijk verplicht gerapporteerd moeten worden, zijn per aandoening weergegeven in de NIV database kwaliteit. In deze database worden ook de bestaande klinische registraties vermeld.

Aanvullende manieren om inzicht te krijgen in de risico's en uitkomsten van zorg zijn bijvoorbeeld:

- Melden, analyseren en bespreken van incidenten en calamiteiten (zie 'Praktijkgids Veilig Incidenten Melden', VMS Veiligheidsprogramma)
- Registreren, analyseren en bespreken van complicaties (zie toelichting op de NIV website)
- Onderzoek en bespreking van de diagnosespecifieke Standardized Mortality Ratios (zie indicator 12.1.1)
- Dossieronderzoek en bespreking van vermijdbare zorggerelateerde schade (zie indicator 12.2.1)
- Analyseren en bespreken van onverwacht lange opnameduur (zie indicator 12.2.2)
- Prospectief inventariseren en bespreken van risico's (zie 'Praktijkgids PRI', VMS Veiligheidsprogramma)
- (Multidisciplinaire) necrologie- en obductiebesprekingen
- Casusbesprekingen.

## Norm 12. Risico's en uitkomsten van zorg

De vakgroep registreert en analyseert op structurele wijze de risico's en uitkomsten van zorg\*. Dit betreft minimaal:

- Incidenten
- Calamiteiten
- Complicaties
- Resultaten van de landelijk verplichte indicatoren

\*) Voor toelichting zie de volgende websites:

- "Melden onbedoelde gebeurtenissen en uitkomsten van zorg door medisch specialisten" FMS website
- "Melding doen van een Calamiteit IGJ website"
- "Complicatieregistratie NIV website"
- "Basisset Medisch Specialistische Zorg"
- "NIV database kwaliteit"
- "Praktijkgids Veilig Incidenten Melden"

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep structureel de genomen maatregelen maatregelen ter verbetering in de Teamvergaderingen. (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep registreert en analyseert op structurele wijze de risico's en uitkomsten van zorg, bespreekt de resultaten in de vakgroep- of teamvergaderingen (en multidisciplinair indien van toepassing) en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. De registratie en analyse van risico's en uitkomsten van zorg betreffen minimaal de incidenten en calamiteiten, de complicaties en de resultaten van de landelijk verplichte indicatoren. (norm)*
3. Zoals punt 2. De vakgroep gebruikt de resultaten van de analyse en bespreking echter niet om verbetermaatregelen te nemen indien nodig.  
Aanbeveling: Gebruik de resultaten van de analyse en bespreking van de risico's en uitkomsten van zorg om verbetermaatregelen te nemen indien nodig.
4. De vakgroep registreert en analyseert op structurele wijze een deel van de risico's en uitkomsten van zorg en/of de resultaten worden niet besproken in de vakgroep- of teamvergaderingen en multidisciplinair indien van toepassing. De vakgroep gebruikt de resultaten van de analyse en bespreking niet om verbetermaatregelen te nemen indien nodig.  
Zwaarwegend advies: Registreer en analyseer minimaal de incidenten en calamiteiten, de complicaties en de resultaten van de landelijk verplichte indicatoren, bespreek de resultaten in de vakgroep of intervisiegroep en multidisciplinair indien van toepassing en neem verbetermaatregelen indien nodig.
5. De vakgroep registreert en/of analyseert niet op structurele wijze de risico's en uitkomsten van zorg.  
Voorwaarde: Registreer en analyseer minimaal de incidenten en calamiteiten, de complicaties en de resultaten van de landelijk verplichte indicatoren, bespreek de resultaten in de vakgroep of intervisiegroep en multidisciplinair indien van toepassing en neem maatregelen ter verbetering indien nodig.

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b>					

Norm 13. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

1. Zoals punt 2. Bovendien worden wijzigingen in de voorzieningen die door het ZBC worden geïnitieerd of die gewenst worden door de vakgroep, tijdig besproken door de Raad van Bestuur en de vakgroep om in onderlinge afstemming de adequate ondersteuning van de zorgverlening te organiseren. (goed voorbeeld)
2. *Het ZBC biedt de benodigde voorzieningen en faciliteert de internist/vakgroep op adequate wijze om goede zorgverlening mogelijk te maken. (norm)*
3. Het ZBC biedt onvoldoende voorzieningen en ondersteuning om goede zorgverlening mogelijk te maken.  
Aanbeveling: Vraag aantoonbaar bij de Raad van Bestuur om de benodigde voorzieningen en ondersteuning om goede zorgverlening mogelijk te maken.
5. Het ZBC biedt onvoldoende voorzieningen en ondersteuning waardoor patiëntenzorg in het gedrang is.  
Voorwaarde: Vraag aantoonbaar bij de Raad van Bestuur om de benodigde voorzieningen en ondersteuning om goede zorgverlening mogelijk te maken.

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3		5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b>					

Norm 14. (Meerjaren)beleidsplan/jaarverslag en toekomstbestendigheid.

1. Zoals punt 2. Bovendien wordt dit meerjarenbeleidsplan jaarlijks met de betrokkenen binnen het ZBC besproken en geëvalueerd (goed voorbeeld)
2. *De internist(en) is/zijn betrokken bij het opstellen van een (meerjaren)beleidsplan en jaarverslag, waarbij tenminste aandacht is voor de kwaliteit van zorg en de toekomstbestendigheid van de praktijk (norm).*
3. De internisten zijn onvoldoende betrokken bij het opstellen van een (meerjaren)beleidsplan en jaarverslag.  
Aanbeveling: zorg voor meer betrokkenheid van de internisten bij het opstellen van een (meerjaren)beleidsplan en jaarverslag.
4. De internist(en) is/zijn niet betrokken bij het opstellen van een (meerjaren)beleidsplan en jaarverslag.  
Zwaarwegend advies: zorg voor betrokkenheid van de internisten bij het opstellen van een (meerjaren)beleidsplan en jaarverslag.
5. Er is geen (meerjaren)beleidsplan en/of jaarverslag.  
Voorwaarde: Zorg voor een (meerjaren)beleidsplan en/of jaarverslag.

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b>					

## C2. Vakgroepfunctioneren

### Norm 15. Schriftelijke werkafspraken

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks de schriftelijke werkafspraken met betrokken partijen en past de afspraken aan indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep heeft schriftelijke werkafspraken\* voor taken die onder de eindverantwoordelijkheid van de internist door anderen worden uitgevoerd of in het kader van taakherschikking\*\*. De werkafspraken hebben betrekking op de vakinhoudelijke zorgverlening en de bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden. (norm)*
3. De vakgroep heeft onvolledige schriftelijke werkafspraken voor taken die onder de eindverantwoordelijkheid van de internist door anderen worden uitgevoerd of in het kader van taakherschikking.  
Aanbeveling: Maak de benodigde aanvulling op de schriftelijke werkafspraken voor taken die onder de eindverantwoordelijkheid van de internist door anderen worden uitgevoerd of in het kader van taakherschikking.
4. De vakgroep heeft mondelinge werkafspraken voor taken die onder de eindverantwoordelijkheid van de internist door anderen worden uitgevoerd of in het kader van taakherschikking.  
Zwaarwegend advies: Maak schriftelijke werkafspraken voor taken die onder de eindverantwoordelijkheid van de internist door anderen worden uitgevoerd of in het kader van taakherschikking.
5. De vakgroep heeft geen werkafspraken voor taken die onder de eindverantwoordelijkheid van de internist door anderen worden uitgevoerd of in het kader van taakherschikking.  
Voorwaarde: Maak schriftelijke werkafspraken voor taken die onder de eindverantwoordelijkheid van de internist door anderen worden uitgevoerd of in het kader van taakherschikking.

\*) *Werkafspraken kunnen vastgelegd zijn in bijvoorbeeld protocollen en procedures.*

\*\*) *Zie '[Dossier Taakherschikking](#)' van de KNMG voor actuele informatie.*

Zelfevaluatie vakgroep	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b> <i>De visitatiecommissie ad hoc wil inzage in de schriftelijke werkafspraken indien aanwezig.</i>					

### Norm 16. Samenwerking met verwijzers

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks de schriftelijke afspraken met de verwijzers en past de afspraken aan indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *De internist(en) heeft (hebben) schriftelijke afspraken met de reguliere verwijzers\* over het verwijs- en terugverwijsbeleid. Deze afspraken zijn in te zien op de website van het ZBC. (norm)*
3. Zoals punt 2. Echter zijn de afspraken niet volledig en/of niet met alle reguliere verwijzers gemaakt.  
Aanbeveling: Maak de benodigde aanvulling op de schriftelijke afspraken over het verwijs- en terugverwijsbeleid.
4. De internist(en) heeft (hebben) mondelinge afspraken met (een deel van de) verwijzers over het verwijs- en terugverwijsbeleid en of de afspraken zijn niet in te zien op de website van de ZBC.  
Zwaarwegend advies: Maak schriftelijke afspraken met de reguliere verwijzers over het verwijs- en terugverwijsbeleid en zorg dat de afspraken zijn in te zien op de website van de ZBC.
5. De internist(en) heeft (hebben) geen afspraken met verwijzers over het verwijs- en terugverwijsbeleid.  
Voorwaarde: Maak schriftelijke afspraken met de reguliere verwijzers over het verwijs- en terugverwijsbeleid.

\*) *Onder verwijzers wordt verstaan de huisartsen en/of organisaties die patiënten naar de vakgroep verwijzen.*

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b> <i>De visitatiecommissie ad hoc wil inzage in de schriftelijke afspraken met verwijzers indien aanwezig.</i>					

## Norm 17. Intervisie

1. Zoals punt 2. Bovendien bespreekt de intervisiegroep tegelijk de belasting/ belastbaarheid van haar leden, de samenwerking met collega's, de toekomstbestendigheid van de praktijk en continuïteit van zorg en intercollegiale toetsing medisch beleid poliklinische patiënt. (goed voorbeeld)
2. *De internist(en) neemt/nemen minimaal tweemaal per jaar deel aan een intervisiegroep, waarbij tenminste aandacht is voor de onderdelen: communicatie, incidenten, klachten, calamiteiten, complicaties, civiel-, tucht-, en strafrechtelijke procedures die verband houden met zorgverlening, de resultaten van de landelijk verplichte indicatoren, de patienttevredenheid en [volgen van] de relevante richtlijnen. (norm)*
3. Er is tenminste tweemaal per jaar een intervisiebijeenkomst geweest, maar niet alle bij punt 2 genoemde onderdelen zijn besproken.  
Aanbeveling: Zorg dat alle bij punt 2 genoemde onderdelen tijdens intervisie besproken worden.
4. Er is minder dan 2x per jaar een intervisiebijeenkomst geweest.  
Zwaarwegend advies: Zorg dat er minimaal 2x per jaar een intervisiebijeenkomst is.
5. Er is geen deelname aan intervisie.  
Voorwaarde: Zorg voor deelname aan een intervisiegroep.

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantonbaar tijdens visitatie)</b>					



### C3. Patiëntenperspectief

#### Norm 18. Patiënttevredenheid

1. De vakgroep heeft periodieke rapportages over de patiënttevredenheid per klinische afdeling en per polikliniek, bespreekt de resultaten op structurele wijze in het Teamoverleg en neemt verbetermaatregelen indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep heeft periodieke rapportages over de patiënttevredenheid\*, bespreekt de resultaten op structurele wijze in het Teamoverleg en neemt verbetermaatregelen indien nodig. (norm)*
3. Zoals punt 2, maar gebruikt de resultaten niet om verbetermaatregelen te nemen indien nodig.  
Aanbeveling: Gebruik de rapportages over de patiënttevredenheid om verbetermaatregelen te nemen indien nodig.
4. De vakgroep heeft periodieke rapportages over de patiënttevredenheid, maar bespreekt de resultaten niet op structurele wijze en gebruikt de resultaten niet om verbetermaatregelen te nemen indien nodig.  
Zwaarwegend advies: Bespreek de periodieke rapportages over de patiënttevredenheid op structurele wijze en neem verbetermaatregelen indien nodig.
5. De vakgroep heeft geen periodieke rapportages over de patiënttevredenheid voor de interne geneeskunde.  
Voorwaarde: Zorg voor periodieke rapportages over de patiënttevredenheid voor de interne geneeskunde, bespreek deze rapportages op structurele wijze en neem verbetermaatregelen indien nodig.

\*) *Patiënttevredenheid kan op diverse wijzen gemeten worden door de vakgroep of het ZBC zelf of door externe partijen. Bij de norm wordt verwacht dat het ZBC rapportages heeft specifiek voor de interne geneeskunde.*

Zelfevaluatie vakgroep	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b> <i>De visitatiecommissie ad hoc wil inzage in recente rapportages over de patiënttevredenheid indien aanwezig.</i>					

Norm 19. Klachten, claims en juridische procedures verband houdend met de zorgverlening

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep de resultaten van deze maatregelen. (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten. De vakgroep ontvangt en bespreekt minimaal twee keer per jaar het overzicht van ingediende klachten en claims inclusief de afhandeling in de vakgroep- of teamvergadering. De vakgroep bespreekt civiel-, tucht- en strafrechtelijke procedures die verband houden met zorgverlening in de vakgroep- of teamvergaderingen. Indien van toepassing neemt de vakgroep structurele maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten, gerechtelijke procedures en claims. (norm)*
3. De vakgroep levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten. De vakgroep ontvangt en bespreekt minimaal twee keer per jaar het overzicht van ingediende klachten en claims inclusief de afhandeling. De vakgroep bespreekt civiel-, tucht- en strafrechtelijke procedures die verband houden met zorgverlening in de vakgroep- of teamvergaderingen. De vakgroep gebruikt deze besprekingen echter niet om structurele maatregelen te nemen ter voorkoming van vergelijkbare klachten, gerechtelijke procedures en claims indien van toepassing.  
Aanbeveling: Gebruik de bespreking van het overzicht van ingediende klachten, gerechtelijke procedures en claims inclusief de afhandeling om structurele maatregelen te nemen ter voorkoming van vergelijkbare klachten en claims indien van toepassing.
4. De vakgroep levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten. De vakgroep ontvangt een overzicht van ingediende klachten en claims inclusief de afhandeling. De vakgroep bespreekt klachten, civiel-, tucht- en strafrechtelijke procedures die verband houden met zorgverlening en claims niet in de vakgroep- of teamvergadering en gebruikt de resultaten niet om structurele maatregelen te nemen ter voorkoming van vergelijkbare klachten, gerechtelijke procedures en claims indien van toepassing.  
Zwaarwegend advies: Bespreek het overzicht van ingediende klachten, gerechtelijke procedures en claims inclusief de afhandeling en neem structurele maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten en claims indien van toepassing.
5. De vakgroep levert geen constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten en/of ontvangt geen overzicht van ingediende klachten en claims inclusief de afhandeling. De vakgroep bespreekt klachten, civiel-, tucht- en strafrechtelijke procedures die verband houden met zorgverlening en claims niet in de vakgroep- of teamvergadering en gebruikt de resultaten niet om structurele maatregelen te nemen ter voorkoming van vergelijkbare klachten, gerechtelijke procedures en claims indien van toepassing.  
Voorwaarde: Lever een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten en/of zorg dat minimaal twee keer per jaar het overzicht van ingediende klachten gerechtelijke procedures en claims inclusief de afhandeling wordt ontvangen, bespreek het overzicht en neem structurele maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten en claims indien van toepassing.

Zelfevaluatie vakgroep	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantonbaar tijdens visitatie)</b>					

Norm 20. Informatie voor patienten.

1. Zoals punt 2 en de informatie sluit aan bij de behoeften van patienten en verwijzers. Dit wordt met de betrokkenen geëvalueerd. Er worden verbetermaatregelen genomen indien nodig (goed voorbeeld)
  2. *De medisch specialist/organisatie heeft een website met correcte informatie specifiek voor patiënten en verwijzers\*, met achtergrondinformatie over ziektebeelden, diagnostiek en behandelingen. De informatie wordt 1x per jaar door de medisch specialist(en) herzien (norm).*
  3. Zoals punt 2, maar de informatie wordt minder dan 1x per jaar door de medisch specialisten herzien.  
Aanbeveling: zorg dat de informatie op de website jaarlijks door de medisch specialisten wordt herzien.
  4. De medisch specialist/organisatie heeft een website met informatie specifiek voor patiënten en verwijzers, met achtergrondinformatie over ziektebeelden, diagnostiek en behandelingen, echter de informatie is onvolledig of incorrect.  
Zwaarwegend advies: zorg voor volledige en correcte informatie op de website.
  5. De medisch specialist/organisatie heeft geen website met informatie voor patienten en verwijzers.  
Voorwaarde: zorg voor een website met informatie voor patienten en verwijzers.
- \*) informatie: minimaal ... [zie ook normen bovenstaand over dienstregeling, afspraken met andere ziekenhuizen e.d.]

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b>					

## C4. Professionele ontwikkeling

### Norm 21. Kennis en vaardigheden vakgroep

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep met de verwijzers of de beperkingen/verwijsmogelijkheden bekend zijn en neemt de vakgroep maatregelen ter verbetering indien nodig.  
(goed voorbeeld)
2. *De vakgroep heeft de omvang, kennis en vaardigheden om de interne geneeskunde in de volle breedte uit te oefenen. Indien dit niet het geval is, is voor verwijzers bekend wat de beperking is en naar welke organisatie de patiënt verwezen kan worden. (norm)*
4. De vakgroep heeft niet de omvang, kennis en vaardigheden om de interne geneeskunde in de volle breedte uit te oefenen. Het is voor verwijzers niet bekend wat de beperking is en naar welke organisatie de patiënt verwezen kan worden.  
Zwaarwegend advies: Informeer verwijzers wat de beperking is en naar welke organisatie de patiënt verwezen kan worden.
5. De vakgroep heeft niet vastgesteld of de omvang, kennis en vaardigheden toereikend zijn om de interne geneeskunde in de volle breedte uit te oefenen.  
Voorwaarde: Bepaal of de omvang, kennis en vaardigheden toereikend zijn om de interne geneeskunde in de volle breedte uit te oefenen. Indien dit niet het geval is, informeer verwijzers wat de beperking is en naar welke organisatie de patiënt verwezen kan worden.

Zelfevaluatie vakgroep	1	2		4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

## Norm 22. Optimaal functioneren

1. Zoals punt 2. Bovendien worden er maatregelen genomen ter verbetering of wordt er – indien nodig - een verbeterplan gemaakt (goed voorbeeld).
2. *Elke internist neemt deel aan een systeem om het individueel functioneren\*\* periodiek te evalueren en te verbeteren. Hierbij wordt werkdruk expliciet besproken. De resultaten worden in de intervisiegroep of vakgroep besproken (norm).*
3. Elke internist neemt deel aan een systeem om het individueel functioneren\*\* periodiek te evalueren en te verbeteren. Hierbij wordt werkdruk niet expliciet besproken. De resultaten worden in de intervisiegroep of vakgroep besproken.  
Aanbeveling: bespreek de werkdruk tijdens het evalueren van het individueel functioneren.
4. Elke internist neemt deel aan een systeem om het individueel functioneren\*\* periodiek te evalueren en te verbeteren. De resultaten worden niet in de intervisiegroep of vakgroep besproken.  
Zwaarwegend advies: bespreek het individueel functioneren in de intervisiegroep of vakgroep
5. Er wordt niet door elke internist deelgenomen aan een systeem om het individueel functioneren\*\* periodiek te evalueren en te verbeteren.  
Voorwaarde: Zorg dat het individueel functioneren periodiek wordt geëvalueerd en/of vraag aantoonbaar bij de Raad van Bestuur om het implementeren van een systeem om het individueel functioneren periodiek te evalueren en te verbeteren.

\*) Zie 'Optimaal functioneren van medisch specialisten' voor meer informatie.

\*\*\*) Het individueel functioneren kan op diverse wijzen geëvalueerd worden, bijvoorbeeld via IFMS, multisource feedback, appraisal & assessment, jaargesprek en persoonlijk opleidingsplan.

<b>Zelfevaluatie vakgroep</b>	1	2	3	4	5
<b>Kruis aan wat van toepassing is</b>					
<b>Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)</b>					