

NIV vragenlijst voor zelfevaluatie en kwaliteitsvisitatie cluster/afdeling

Naam organisatie :

Naam cluster/afdeling :

Locatie(s) :

Contactpersoon :

Telefoonnummer :

E-mailadres :

Visitatiecommissie ad hoc

Naam :

Naam :

Naam :

Ambtelijk secretaris :

Datum visitatie :

A. Gegevens cluster/afdeling

A1. Samenstelling cluster/afdeling

Naam	Vestigings-jaar	Differentiatie-gebied	Registratie(*)	FTE	Interne achterwacht dienst (**)	Dagdelen polikliniek (***)	Afdelings-supervisie (****)

(*) = geregistreerd voor differentiatiegebied

(**) = aantal diensten per jaar

(***) = aantal dagdelen polikliniek per week

(****) = aantal weken per jaar

A2. Arts-assistenten, physician assistants en verpleegkundig specialisten cluster/afdeling

Functie	Aantal	FTE
Arts-assistenten in opleiding, jaar 1 t/m 4		
Arts-assistenten/fellows enkelvoudige differentiatie		
Arts-assistenten meervoudige profiel		
Arts-assistenten niet in opleiding		
Arts-assistenten onderzoek		
Physician assistants		
Verpleegkundig specialisten		
SEH-artsen / Poortartsen		

A3. Werkomgeving cluster/afdeling

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

C. Waardering kwaliteitsnormen

Waardering kwaliteitsnormen		Cluster/ Afdeling	Visitatoren
Evaluatie van zorg			
<i>Medisch beleid</i>			
1	Werken volgens richtlijnen		
2	Opnamebeleid klinische patiënt		
3	Medisch beleid klinische patiënt		
4	Medisch beleid poliklinische patiënt: voldoende tijd patiënt		
5	Medisch beleid poliklinische patiënt: arts-assistenten/fellows		
6	Medisch beleid poliklinische patiënt: hoofdbehandelaar		
7	Medisch beleid poliklinische patiënt: waarneming		
8	Medisch beleid poliklinische patiënt: intercollegiale toetsing		
9	Visitafrequentie		
10	Multidisciplinair overleg		
<i>Continuïteit patiëntenzorg</i>			
11	Dossiervoering		
12	Dienstregeling en bereikbaarheid		
13	Dienstoverdrachten		
14	Berichtgeving aan de huisarts		
<i>Risico's en uitkomsten van zorg</i>			
15	Risico's en uitkomsten van zorg		
<i>Randvoorwaarden voor goede zorgverlening</i>			
16	Randvoorwaarden voor goede zorgverlening		
Functioneren cluster/afdeling			
17	Schriftelijke werkafspraken		
18	Samenwerking met verwijzers		
19	Teamklimaat		
Patiëntenperspectief			
20	Patiënttevredenheid		
21	Klachten en claims		
Professionele ontwikkeling			
22	(Her)registratie internist		
23	Optimaal functioneren		
24	Refereerbijeenkomsten		

C1. Evaluatie van zorg

Overzicht kwaliteitsnormen evaluatie van zorg

Medisch beleid

1. Werken volgens richtlijnen
2. Opnamebeleid klinische patiënt
3. Medisch beleid klinische patiënt
4. Medisch beleid poliklinische patiënt: voldoende tijd patiënt
5. Medisch beleid poliklinische patiënt: arts-assistenten/fellows
6. Medisch beleid poliklinische patiënt: hoofdbehandelaar
7. Medisch beleid poliklinische patiënt: waarneming
8. Medisch beleid poliklinische patiënt: intercollegiale toetsing
9. Visitefrequentie
10. Multidisciplinair overleg

Continuïteit patiëntenzorg

11. Dossiervoering
12. Dienstregeling en bereikbaarheid
13. Dienstoverdrachten
14. Berichtgeving aan de huisarts

Risico's en uitkomsten van zorg

15. Risico's en uitkomsten van zorg

Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

16. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

Medisch beleid

Norm 1. Werken volgens richtlijnen

De actuele richtlijnen die van toepassing zijn voor de interne geneeskunde zijn opgenomen in de [NIV database kwaliteit](#). Van internisten wordt verwacht dat zij werken volgens richtlijnen. Indien van de richtlijn wordt afgeweken, wordt dit beargumenteerd vastgelegd in het patiëntendossier. Er zijn verschillende mogelijkheden om richtlijnen te implementeren en om te evalueren of gewerkt wordt volgens richtlijnen. Deze mogelijkheden worden genoemd in de [toelichting](#) op de NIV website.

1. Het cluster/de afdeling heeft een structurele aanpak voor de implementatie van de relevante, actuele richtlijnen. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks of gewerkt wordt volgens de richtlijnen en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *Het cluster/de afdeling heeft een structurele aanpak voor de implementatie van de relevante, actuele richtlijnen. (norm)*
3. Het cluster/de afdeling heeft een structurele aanpak voor de implementatie van richtlijnen, maar deze aanpak is (nog) niet gebruikt voor alle relevante, actuele richtlijnen.
Aanbeveling: Zorg dat alle relevante, actuele richtlijnen op structurele wijze worden geïmplementeerd.
4. Het cluster/de afdeling heeft een aanpak voor de implementatie van richtlijnen die niet structureel is.
Zwaarwegend advies: Zorg voor een structurele aanpak voor de implementatie van de relevante, actuele richtlijnen.
5. Het cluster/de afdeling heeft geen aanpak voor de implementatie van de relevante, actuele richtlijnen.
Voorwaarde: Zorg voor een structurele aanpak voor de implementatie van de relevante, actuele richtlijnen.

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

Norm 2. Opnamebeleid klinische patiënt

1. Klinische patiënten worden op de afdeling Interne Geneeskunde opgenomen van het cluster waar zij bekend zijn. Indien dit incidenteel niet mogelijk is, kunnen patiënten op andere afdelingen worden opgenomen. Op de betreffende afdelingen is per patiënt bekend wie de hoofdbehandelaar is en hoe deze bereikt kan worden. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks het percentage klinische opnamen op andere afdelingen en de bijbehorende consequenties en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
 2. *Klinische patiënten worden op de afdeling Interne Geneeskunde opgenomen van het cluster waar zij bekend zijn. Indien dit incidenteel* niet mogelijk is, kunnen patiënten op andere afdelingen worden opgenomen. Op de betreffende afdelingen is per patiënt bekend wie de hoofdbehandelaar is en hoe deze bereikt kan worden. (norm)*
 3. Wekelijks worden klinische patiënten op andere afdelingen dan de afdeling Interne Geneeskunde opgenomen van het cluster waar zij bekend zijn, maar nooit meer dan 10% op een dag. Op de betreffende afdelingen is wel per patiënt bekend wie de hoofdbehandelaar is en hoe deze bereikt kan worden.
Aanbeveling: Zorg dat hooguit incidenteel patiënten op andere afdelingen dan de afdeling Interne Geneeskunde van het cluster waar zij bekend zijn worden opgenomen.
 4. Wekelijks wordt meer dan 10% van de klinische patiënten op een dag op andere afdelingen dan de afdeling Interne Geneeskunde opgenomen van het cluster waar zij bekend zijn. Op de betreffende afdelingen is wel per patiënt bekend wie de hoofdbehandelaar is en hoe deze bereikt kan worden.
Zwaarwegend advies: Zorg dat hooguit incidenteel patiënten op andere afdelingen dan de afdeling Interne Geneeskunde van het cluster waar zij bekend zijn worden opgenomen en nooit meer dan 10% op een dag.
 5. Wekelijks wordt meer dan 10% van de klinische patiënten op een dag op andere afdelingen dan de afdeling Interne Geneeskunde opgenomen van het cluster waar zij bekend zijn. Op de betreffende afdelingen is niet (altijd) bekend wie de hoofdbehandelaar is en hoe deze bereikt kan worden.
Voorwaarde: zorg dat hooguit incidenteel patiënten op andere afdelingen dan de afdeling Interne Geneeskunde van het cluster waar zij bekend zijn worden opgenomen en nooit meer dan 10% per dag en zorg dat op de betreffende afdelingen altijd per patiënt bekend is wie de hoofdbehandelaar is en hoe deze bereikt kan worden.
- *) *Incidenteel betekent dat soms patiënten op andere afdelingen worden opgenomen, maar nooit meer dan 10% op een dag.*

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

Norm 3. Medisch beleid klinische patiënt

1. Voorafgaand aan of bij opname is het voorlopig medisch beleid met een internist of fellow afgestemd. Binnen 24 uur na opname ziet een internist de patiënt en accordeert het medisch beleid. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks met de arts-assistenten (indien van toepassing) de tevredenheid over het afstemmen van het medisch beleid bij opname en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *Voorafgaand aan of bij opname is het voorlopig medisch beleid met een internist of fellow afgestemd. Binnen 24 uur na opname ziet een internist de patiënt en accordeert het medisch beleid. (norm)*
3. Voor meer dan 90% van de klinische opnamen geldt dat voorafgaand aan of bij opname het voorlopig medisch beleid met een internist of fellow is afgestemd en een internist de patiënt binnen 24 uur ziet en het medisch beleid accordeert.
Aanbeveling: Zorg dat altijd voorafgaand aan of bij opname het voorlopig medisch beleid met een internist of fellow is afgestemd en/of een internist binnen 24 uur na opname de patiënt ziet en het medisch beleid accordeert.
4. Voor meer dan 50% van de klinische opnamen geldt dat voorafgaand aan of bij opname het voorlopig medisch beleid met een internist of fellow is afgestemd en een internist de patiënt binnen 24 uur ziet en het medisch beleid accordeert.
Zwaarwegend advies: Zorg dat altijd voorafgaand aan of bij opname het voorlopig medisch beleid met een internist of fellow is afgestemd en/of een internist binnen 24 uur na opname de patiënt ziet en het medisch beleid accordeert.
5. Voor minder dan 50% van de klinische opnamen geldt dat voorafgaand aan of bij opname het voorlopig medisch beleid met een internist of fellow is afgestemd en een internist de patiënt binnen 24 uur ziet en het medisch beleid accordeert.
Voorwaarde: Zorg dat altijd voorafgaand aan of bij opname het voorlopig medisch beleid met een internist of fellow is afgestemd en/of een internist binnen 24 uur na opname de patiënt ziet en het medisch beleid accordeert.

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

Norm 4. Medisch beleid poliklinische patiënt: voldoende tijd patiënt

1. Voor poliklinische patiënten is voldoende tijd beschikbaar om het medisch beleid te bepalen en toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks of de geplande tijd voor een eerste polikliniekbezoek en voor een vervolgsconsult voldoende is en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
 2. *Voor poliklinische patiënten is voldoende tijd* beschikbaar om het medisch beleid te bepalen en 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 vervolgsconsult.*

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

Norm 5. Medisch beleid poliklinische patiënt: arts-assistenten/fellows

1. Poliklinische patiënten op spreekuren van arts-assistenten of fellows wisselen maximaal 1 keer van arts-assistent alvorens naar een internist/staflid over te gaan. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks of er voldoende poliklinische patiënten door internisten/stafleden worden overgenomen. (goed voorbeeld)
2. *Poliklinische patiënten op spreekuren van arts-assistenten of fellows wisselen maximaal 1 keer van arts-assistent alvorens naar een internist/staflid over te gaan. (norm)*
3. Meer dan 90% van de poliklinische patiënten op spreekuren van arts-assistenten of fellows wisselen maximaal 1 keer van arts-assistent alvorens naar een internist/staflid over te gaan.
Aanbeveling: Zorg dat poliklinische patiënten op spreekuren van arts-assistenten of fellows maximaal 1 keer van arts-assistent wisselen alvorens naar een internist/staflid over te gaan.
4. Meer dan 50% van de poliklinische patiënten op spreekuren van arts-assistenten of fellows wisselen maximaal 1 keer van arts-assistent alvorens naar een internist/staflid over te gaan.
Zwaarwegend advies: Zorg dat poliklinische patiënten op spreekuren van arts-assistenten of fellows maximaal 1 keer van arts-assistent wisselen alvorens naar een internist/staflid over te gaan.
5. Minder dan 50% van de poliklinische patiënten op spreekuren van arts-assistenten of fellows wisselen maximaal 1 keer van arts-assistent alvorens naar een internist/staflid over te gaan.
Voorwaarde: Zorg dat poliklinische patiënten op spreekuren van arts-assistenten of fellows maximaal 1 keer van arts-assistent wisselen alvorens naar een internist/staflid over te gaan.

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

Norm 6. Medisch beleid poliklinische patiënt: hoofdbehandelaar

1. Indien een patiënt onder behandeling is bij meerdere deelspecialismen, staat in het patiëntendossier genoteerd wie de hoofdbehandelaar is en wordt dit vermeld in de brieven. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks of het hoofdbehandelaarschap staat vermeld in de patiëntendossiers en de brieven. (goed voorbeeld)
2. *Indien een patiënt onder behandeling is bij meerdere deelspecialismen, staat in het patiëntendossier genoteerd wie de hoofdbehandelaar is en wordt dit vermeld in de brieven. (norm)*
3. Voor meer dan 90% van de poliklinische patiënten die onder behandeling zijn bij meerdere deelspecialismen, staat in het patiëntendossier genoteerd wie de hoofdbehandelaar is en wordt dit vermeld in de brieven.
4. Aanbeveling: Zorg dat voor alle patiënten die onder behandeling zijn bij meerdere deelspecialismen in het patiëntendossier en de brieven vermeld staat wie de hoofdbehandelaar is.
5. Voor meer dan 50% van de poliklinische patiënten die onder behandeling zijn bij meerdere deelspecialismen, staat in het patiëntendossier genoteerd wie de hoofdbehandelaar is en wordt dit vermeld in de brieven.
Zwaarwegend advies: Zorg dat voor alle patiënten die onder behandeling zijn bij meerdere deelspecialismen in het patiëntendossier en de brieven vermeld staat wie de hoofdbehandelaar is.
6. Voor minder dan 50% van de poliklinische patiënten die onder behandeling zijn bij meerdere deelspecialismen, staat in het patiëntendossier genoteerd wie de hoofdbehandelaar is en wordt dit vermeld in de brieven.
Voorwaarde: Zorg dat voor alle patiënten die onder behandeling zijn bij meerdere deelspecialismen in het patiëntendossier en de brieven vermeld staat wie de hoofdbehandelaar is.

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

Norm 7. Medisch beleid poliklinische patiënt: waarneming

1. Bij geplande en ongeplande afwezigheid van een internist van meer dan 1 week is waarneming gewaarborgd, waarbij minimaal verwijzingen en post worden verwerkt. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks de waarneming bij afwezigheid. (goed voorbeeld)
2. *Bij geplande en ongeplande afwezigheid van een internist van meer dan 1 week is waarneming gewaarborgd, waarbij minimaal verwijzingen en post worden verwerkt. (norm)*
3. Voor meer dan 90% van de internisten is waarneming bij geplande en ongeplande afwezigheid van meer dan 1 week gewaarborgd, waarbij minimaal verwijzingen en post worden verwerkt.
Aanbeveling: Zorg dat waarneming bij geplande en ongeplande afwezigheid van meer dan 1 week voor alle internisten is gewaarborgd.
4. Voor meer dan 50% van de internisten is waarneming bij geplande of ongeplande afwezigheid van meer dan 1 week gewaarborgd, waarbij minimaal verwijzingen en post worden verwerkt.
Zwaarwegend advies: Zorg dat waarneming bij geplande en ongeplande afwezigheid van meer dan 1 week voor alle internisten is gewaarborgd.
5. Voor minder dan 50% van de internisten is waarneming bij geplande of ongeplande afwezigheid van meer dan 1 week gewaarborgd, waarbij minimaal verwijzingen en post worden verwerkt.
Voorwaarde: Zorg dat waarneming bij geplande en ongeplande afwezigheid van meer dan 1 week voor alle internisten is gewaarborgd.

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

Norm 8. Medisch beleid poliklinische patiënt: intercollegiale toetsing

1. Het medisch beleid inclusief de klinische redenering wordt intercollegiaal getoetst op basis van een aselecte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar en de resultaten worden in cluster/met de afdeling besproken. Het cluster/de afdeling neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *Het medisch beleid inclusief de klinische redenering wordt intercollegiaal getoetst op basis van een aselecte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar en de resultaten worden in het cluster/met de afdeling besproken. (norm)*
3. Het medisch beleid inclusief de klinische redenering wordt intercollegiaal getoetst, maar niet op basis van een aselecte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar. Het cluster/de afdeling bespreekt de resultaten van de intercollegiale toetsing.
Aanbeveling: Zorg dat de intercollegiale toetsing gebaseerd is op een aselecte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar.
4. Het medisch beleid inclusief de klinische redenering voor poliklinische patiënten wordt intercollegiaal getoetst, maar de resultaten worden niet in het cluster/met de afdeling besproken.
Zwaarwegend advies: Zorg dat de resultaten van de intercollegiale toetsing op basis van een aselecte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar in het cluster/met de afdeling worden besproken.
5. Het medisch beleid inclusief de klinische redenering voor poliklinische patiënten wordt niet intercollegiaal getoetst.
Voorwaarde: Zorg dat het medisch beleid inclusief de klinische redenering intercollegiaal wordt getoetst op basis van een aselecte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar en de resultaten in het cluster/met de afdeling worden besproken.

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

Norm 9. Visitefrequentie

- *Op doordeweekse dagen moet bij iedere patiënt dagelijks visite worden gelopen door een arts-assistent of fellow waarbij een lid van de verpleegkundige staf deelneemt en minimaal 1 keer per week met aanvullend een internist.*
 - *In het weekend moet visite gelopen worden door een internist, fellow of arts-assistent bij elke patiënt die medische aandacht behoeft.*
 - *1 keer per week moet een gezamenlijke papieren visite worden gehouden waarbij alle klinische patiënten worden besproken. Minstens twee internisten, de fellows, de arts-assistenten en verpleegkundigen dienen aanwezig te zijn.*
1. Voor alle klinische patiënten geldt minimaal de bovengenoemde visitefrequentie ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks met de arts-assistenten, fellows en de verpleegkundigen of de visitefrequentie voldoet en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
 2. Voor alle klinische patiënten geldt minimaal de bovengenoemde visitefrequentie ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen. (norm)
 3. Voor meer dan 90% van de klinische patiënten geldt minimaal de bovengenoemde visitefrequentie ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen.
Aanbeveling: Zorg dat voor alle klinische patiënten minimaal de bovengenoemde visitefrequentie geldt ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen.
 4. Voor meer dan 50% van de klinische patiënten geldt minimaal de bovengenoemde visitefrequentie ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen.
Zwaarwegend advies: Zorg dat voor alle klinische patiënten minimaal de bovengenoemde visitefrequentie geldt ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen.
 5. Voor minder dan 50% van de klinische patiënten geldt minimaal de bovengenoemde visitefrequentie ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen.
Voorwaarde: Zorg dat voor alle klinische patiënten minimaal de bovengenoemde visitefrequentie geldt ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen.

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

Norm 10. Multidisciplinair overleg

1. Het cluster/de afdeling neemt deel aan multidisciplinair overleg en de resultaten worden schriftelijk vastgelegd. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks het multidisciplinair overleg met betrokken partijen en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
 2. *Het cluster/de afdeling neemt deel aan multidisciplinair overleg* en de resultaten worden schriftelijk vastgelegd. (norm)*
 3. Het cluster/de afdeling 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. Het cluster/de afdeling neemt niet structureel deel aan multidisciplinair overleg en/of de resultaten worden (bijna) nooit schriftelijk vastgelegd.
Zwaarwegend advies: Zorg dat het cluster/de afdeling altijd deelneemt aan het multidisciplinair overleg en/of de resultaten altijd schriftelijk worden vastgelegd.
 5. Multidisciplinair overleg wordt (ten dele) niet georganiseerd en/of het cluster/de afdeling neemt zelden deel aan het overleg.
Voorwaarde: Zorg dat het multidisciplinair overleg wordt georganiseerd en de resultaten schriftelijk worden vastgelegd en/of zorg dat het cluster/de afdeling 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 cluster/afdeling	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

Continuïteit patiëntenzorg

Norm 11. 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, direct zichtbaar voor iedereen die de status inziet
- Allergie, 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.
- In het dossier dient duidelijk te zijn vermeld wie de auteur is en indien van toepassing met wie het beleid is overlegd.

1. De actuele, relevante informatie voor het medisch handelen inclusief de klinische redenatie is vastgelegd in het patiëntendossier. Het cluster/de afdeling evalueert* 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 cluster/afdelingsleden.
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 cluster/afdelingsleden 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 11. Dossiervoering (vervolg)

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

Norm 12. Dienstregeling en bereikbaarheid

1. Het cluster/de afdeling heeft schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist. Voor betrokkenen in het ziekenhuis is bekend wie de dienstdoende internist en/of fellow zijn tijdens de dag-, nacht- en weekenddienst en hoe deze bereikt kan worden. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks de tevredenheid over de dienstregeling, informeert bij betrokkenen naar de bereikbaarheid en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *Het cluster/de afdeling heeft schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist en/of fellow. Voor betrokkenen in het ziekenhuis is bekend wie de dienstdoende internist en/of fellow zijn tijdens de dag-, nacht- en weekenddienst en hoe deze bereikt kan worden. (norm)*
3. Het cluster/de afdeling heeft schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist en/of fellow, maar bij betrokkenen in het ziekenhuis is incidenteel niet bekend wie de dienstdoende internist en/of fellow zijn tijdens de dag-, nacht- en/of weekenddienst en hoe deze bereikt kan worden.
Aanbeveling: Zorg dat bij betrokkenen in het ziekenhuis altijd bekend is wie de dienstdoende internist en/of fellow zijn tijdens de dag-, nacht- en weekenddienst en hoe deze bereikt kan worden.
4. De schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist en/of fellow zijn ontoereikend en/of bij betrokkenen in het ziekenhuis is onvoldoende bekend wie de dienstdoende internist en/of fellow zijn tijdens de dag-, nacht- en/of weekenddienst en hoe deze bereikt kan worden.
Zwaarwegend advies: Zorg voor adequate schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist en/of fellow en/of zorg dat bij betrokkenen in het ziekenhuis altijd bekend is wie de dienstdoende internist en/of fellow zijn tijdens de dag-, nacht- en weekenddienst en hoe deze bereikt kan worden.
5. Het cluster/de afdeling heeft geen schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist en/of fellow en/of bij betrokkenen in het ziekenhuis is (meestal) niet bekend wie de dienstdoende internist en/of fellow is en hoe deze bereikt kan worden.
Voorwaarde: Zorg voor schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist en/of fellow en/of zorg dat bij betrokkenen in het ziekenhuis altijd bekend is wie de dienstdoende internist en/of fellow is tijdens de dag-, nacht- en weekenddienst en hoe deze bereikt kan worden.

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

Norm 13. Dienstoverdrachten

1. Het cluster/de afdeling zorgt dat een overdracht plaatsvindt bij elke wisseling van dienstdoende internist, fellow en/of arts-assistent. Tijdens de overdracht wordt de verantwoordelijkheid en de benodigde informatie voor de zorg voor de klinische patiënten overgedragen aan de volgende dienstdoende. In de ochtendoverdracht participeren op alle doordeweekse dagen ook de superviserende internisten van de betreffende klinische afdeling(en) en zijn alle subdisciplines die betrokken zijn bij deze afdeling(en) vertegenwoordigd. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks met de arts-assistenten (indien van toepassing) of de dienstoverdrachten adequaat zijn* en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *Het cluster/de afdeling zorgt dat een overdracht** plaatsvindt bij elke wisseling van dienstdoende internist, fellow en/of arts-assistent. Tijdens de overdracht wordt de verantwoordelijkheid en de benodigde informatie voor de zorg voor de klinische patiënten overgedragen aan de volgende dienstdoende. In de ochtendoverdracht participeren op alle doordeweekse dagen ook de superviserende internisten van de betreffende klinische afdeling(en) en zijn alle subdisciplines die betrokken zijn bij deze afdeling(en) vertegenwoordigd. (norm)*
3. Het cluster/de afdeling zorgt dat een overdracht plaatsvindt bij elke wisseling van dienstdoende internist, fellow en/of arts-assistent. Tijdens de overdracht wordt de verantwoordelijkheid overgedragen, maar incidenteel ontbreekt informatie die benodigd is voor de zorg voor de klinische patiënten en/of zijn niet alle relevante personen aanwezig.
Aanbeveling: Zorg dat alle benodigde informatie voor de zorg voor de klinische patiënten wordt overgedragen en/of dat alle relevante personen aanwezig zijn bij de overdrachten.
4. Het cluster/de afdeling zorgt dat een overdracht plaatsvindt bij elke wisseling van dienstdoende internist, fellow en/of arts-assistent. Tijdens de overdracht wordt de verantwoordelijkheid overgedragen, maar regelmatig ontbreekt informatie die benodigd is voor de zorg voor de klinische patiënten en/of zijn niet alle relevante personen aanwezig.
Zwaarwegend advies: Zorg dat alle benodigde informatie voor de zorg voor de klinische patiënten wordt overgedragen en/of dat alle relevante personen aanwezig zijn bij 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, fellow en/of arts-assistent waarbij alle relevante personen aanwezig zijn en/of dat alle benodigde informatie voor de zorg voor de klinische patiënten wordt overgedragen.

*) Zie '[Evaluatieformulier dienstoverdrachten](#)'

**) Voor het optimaliseren van dienstoverdrachten, zie de '[handreiking voor de praktijk](#)'.

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

Norm 14. 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 en eventueel verwijzer jaarlijks 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. Berichtgeving aan de huisarts en verwijzer vindt op bovenstaande wijze plaats. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks de berichtgeving met de huisartsen en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
 2. *Berichtgeving aan de huisarts en verwijzer vindt op bovenstaande wijze plaats. (norm)*
 3. De berichtgeving aan de huisarts en verwijzer vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en tijdigheid.
Aanbeveling: Zorg dat de berichtgeving aan de huisarts en verwijzer volledig en tijdig plaatsvindt op bovenstaande wijze.
 4. De berichtgeving aan de huisarts en verwijzer vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid en tijdigheid.
Zwaarwegend advies: Zorg dat de berichtgeving aan de huisarts en verwijzer volledig en tijdig plaatsvindt op bovenstaande wijze.
 5. De berichtgeving aan de huisarts en verwijzer vertoont belangrijke hiaten en/of leidt tot klachten van de huisarts.
Voorwaarde: Zorg dat de berichtgeving aan de huisarts en verwijzer volledig en tijdig plaatsvindt op bovenstaande wijze.

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

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 15. Risico's en uitkomsten van zorg

1. Het cluster/de afdeling registreert en analyseert op structurele wijze de risico's en uitkomsten van zorg, bespreekt de resultaten in het cluster/de afdeling en multidisciplinair indien van toepassing, neemt maatregelen ter verbetering indien nodig en evalueert de resultaten van deze maatregelen. De registratie en analyse van risico's en uitkomsten van zorg betreft minimaal de incidenten en calamiteiten, de complicaties en de resultaten van de landelijk verplichte indicatoren. (goed voorbeeld)
2. *Het cluster/de afdeling registreert en analyseert op structurele wijze de risico's en uitkomsten van zorg, bespreekt de resultaten in het cluster/de afdeling en multidisciplinair indien van toepassing en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. De registratie en analyse van risico's en uitkomsten van zorg betreft minimaal de incidenten en calamiteiten, de complicaties en de resultaten van de landelijk verplichte indicatoren. (norm)*
3. Het cluster/de afdeling registreert en analyseert op structurele wijze de risico's en uitkomsten van zorg, bespreekt de resultaten in het cluster/de afdeling en multidisciplinair indien van toepassing. De registratie en analyse van risico's en uitkomsten van zorg betreft minimaal de incidenten en calamiteiten, de complicaties en de resultaten van de landelijk verplichte indicatoren. Het cluster/de afdeling gebruikt de resultaten van de analyse en bespreking 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. Het cluster/de afdeling registreert en analyseert op structurele wijze een deel van de risico's en uitkomsten van zorg en/of de resultaten worden niet besproken in het cluster/de afdeling en multidisciplinair indien van toepassing. Het cluster/de afdeling 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 het cluster/de afdeling en multidisciplinair indien van toepassing en neem verbetermaatregelen indien nodig.
5. Het cluster/de afdeling 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 het cluster/de afdeling en multidisciplinair indien van toepassing en neem maatregelen ter verbetering indien nodig.

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

Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

Norm 16. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

1. Het ziekenhuis biedt de benodigde voorzieningen en faciliteert de internist/vakgroep op adequate wijze om goede zorgverlening mogelijk te maken. Wijzigingen in de voorzieningen die door het ziekenhuis worden geïnitieerd of die gewenst worden door het cluster/de afdeling, worden 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 ziekenhuis biedt de benodigde voorzieningen en faciliteert de internist/vakgroep op adequate wijze om goede zorgverlening mogelijk te maken. (norm)*
3. Het ziekenhuis 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 ziekenhuis biedt onvoldoende voorzieningen en ondersteuning waardoor patiëntenzorg in gedrang is.
Voorwaarde: Vraag aantoonbaar bij de Raad van Bestuur om de benodigde voorzieningen en ondersteuning om goede zorgverlening mogelijk te maken.

Zelfevaluatie cluster/afdeling	1	2	3		5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

C2. Functioneren cluster/afdeling

Overzicht kwaliteitsnormen functioneren cluster/afdeling

17. Schriftelijke werkafspraken
18. Samenwerking met verwijzers
19. Teamklimaat

Norm 17. Schriftelijke werkafspraken

1. Het cluster/de afdeling 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. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks de schriftelijke werkafspraken met betrokken partijen en past de afspraken aan indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *Het cluster/de afdeling 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. Het cluster/de afdeling 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. Het cluster/de afdeling 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. Het cluster/de afdeling 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 cluster/afdeling	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie) <i>De visitatiecommissie ad hoc wil inzage in de schriftelijke werkafspraken indien aanwezig.</i>					

Norm 18. Samenwerking met verwijzers

1. Het cluster/de afdeling heeft schriftelijke afspraken met de reguliere verwijzers over het verwijs- en terugverwijsbeleid. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks de schriftelijke afspraken met de verwijzers en past de afspraken aan indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *Het cluster/de afdeling heeft schriftelijke afspraken met de reguliere verwijzers* over het verwijs- en terugverwijsbeleid. (norm)*
3. Het cluster/de afdeling heeft schriftelijke afspraken met verwijzers over het verwijs- en terugverwijsbeleid. De afspraken zijn echter 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. Het cluster/de afdeling heeft mondelinge afspraken met (een deel van de) verwijzers over het verwijs- en terugverwijsbeleid.
Zwaarwegend advies: Maak schriftelijke afspraken met de reguliere verwijzers over het verwijs- en terugverwijsbeleid.
5. Het cluster/de afdeling heeft 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.*

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

Norm 19. Teamklimaat

1. Het cluster/de afdeling vult de Team Climate Inventory minimaal 2x per 5 jaar in, bespreekt de resultaten en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. Het cluster/de afdeling bespreekt tegelijk de belasting/ belastbaarheid van haar leden. (goed voorbeeld)
2. *Het cluster/de afdeling vult de Team Climate Inventory minimaal 2x per 5 jaar in, bespreekt de resultaten en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (norm)*
3. Het cluster/de afdeling vult de Team Climate Inventory 1x per 5 jaar in, bespreekt de resultaten en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig.
Aanbeveling: Vul de Team Climate Inventory minimaal 2x per 5 jaar in, bespreek de resultaten en neem maatregelen ter verbetering indien nodig.
4. Het cluster/de afdeling vult de Team Climate Inventory minimaal 1x per 5 jaar in, bespreekt de resultaten maar gebruikt de resultaten niet om verbetermaatregelen te nemen indien nodig.
Zwaarwegend advies: Vul de Team Climate Inventory minimaal 2x per 5 jaar in, bespreek de resultaten en neem maatregelen ter verbetering indien nodig.
5. Het cluster/de afdeling vult de Team Climate Inventory minimaal 1x per 5 jaar in, maar bespreekt de resultaten niet en gebruikt de resultaten niet om verbetermaatregelen te nemen indien nodig.
Voorwaarde: Vul de Team Climate Inventory minimaal 2x per 5 jaar in, bespreek de resultaten en neem maatregelen ter verbetering indien nodig.

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

C3. Patiëntenperspectief

Overzicht kwaliteitsnormen patiëntenperspectief

20. Patiënttevredenheid

21. Klachten en claims

Norm 20. Patiënttevredenheid

1. Het cluster/de afdeling heeft periodieke rapportages over de patiënttevredenheid per klinische afdeling en per polikliniek, bespreekt de resultaten op structurele wijze en neemt verbetermaatregelen indien nodig. (goed voorbeeld)
 2. *Het cluster/de afdeling heeft periodieke rapportages over de patiënttevredenheid*, bespreekt de resultaten op structurele wijze en neemt verbetermaatregelen indien nodig. (norm)*
 3. Het cluster/de afdeling heeft periodieke rapportages over de patiënttevredenheid, bespreekt de resultaten op structurele wijze 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. Het cluster/de afdeling 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. Het cluster/de afdeling 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 ziekenhuis zelf of door externe partijen. Bij de norm wordt verwacht dat de periodieke rapportages specifiek betrekking hebben op het cluster/de afdeling.*

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

Norm 21. Klachten en claims

1. Het cluster/de afdeling levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten. Het cluster/de afdeling ontvangt en bespreekt minimaal twee keer per jaar het overzicht van ingediende klachten en claims inclusief de afhandeling. Indien van toepassing neemt Het cluster/de afdeling structurele maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten en claims en evalueert de resultaten van deze maatregelen. (goed voorbeeld)
2. *Het cluster/de afdeling levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten. Het cluster/de afdeling ontvangt en bespreekt minimaal twee keer per jaar het overzicht van ingediende klachten en claims inclusief de afhandeling. Indien van toepassing neemt het cluster/de afdeling structurele maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten en claims. (norm)*
3. Het cluster/de afdeling levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten. Het cluster/de afdeling ontvangt en bespreekt minimaal twee keer per jaar het overzicht van ingediende klachten en claims inclusief de afhandeling, maar gebruikt de resultaten niet om structurele maatregelen te nemen ter voorkoming van vergelijkbare klachten en claims indien van toepassing.
Aanbeveling: Gebruik de bespreking van het overzicht van ingediende klachten en claims inclusief de afhandeling om structurele maatregelen te nemen ter voorkoming van vergelijkbare klachten en claims indien van toepassing.
4. Het cluster/de afdeling levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten. Het cluster/de afdeling ontvangt minimaal twee keer per jaar het overzicht van ingediende klachten en claims inclusief de afhandeling, maar bespreekt de resultaten niet en gebruikt de resultaten niet om structurele maatregelen te nemen ter voorkoming van vergelijkbare klachten en claims indien van toepassing.
Zwaarwegend advies: Bespreek het overzicht van ingediende klachten en claims inclusief de afhandeling en neem structurele maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten en claims indien van toepassing.
5. Het cluster/de afdeling 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.
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 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 cluster/afdeling	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

C4. Professionele ontwikkeling

Overzicht kwaliteitsnormen professionele ontwikkeling

- 22. (Her)registratie internist
- 23. Optimaal functioneren
- 24. Refereerbijeenkomsten

Norm 22. (Her)registratie internist

- 2. *Elke praktiserende internist is door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten ge(her)registreerd. (norm)*
- 5. Een of meer praktiserende internisten zijn niet ge(her)registreerd.
Voorwaarde:
Zorg dat elke praktiserende internist ge(her)registreerd is door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten.

Zelfevaluatie cluster/afdeling		2			5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie) <i>De visitatiecommissie ad hoc wil het certificaat van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten zien voor elke internist.</i>					

Norm 23. Optimaal functioneren

1. Het cluster/de afdeling is mede verantwoordelijk voor het optimaal functioneren van al haar leden. Minder goed functioneren of disfunctioneren wordt voorkomen door onder andere goede selectie van nieuwe collegae, intervisie, goed bestuur van het cluster/de afdeling en tijdige en heldere onderlinge communicatie. Het functioneren van het cluster/de afdeling wordt minimaal een keer per jaar expliciet besproken door het cluster/de afdeling. Alle leden van het cluster/de afdeling nemen deel aan een systeem om het individueel functioneren periodiek te evalueren en te verbeteren. Een of meer leden hebben een actieve rol in het systeem, bijvoorbeeld als gespreksleider. (goed voorbeeld)
2. *Het cluster/de afdeling is mede verantwoordelijk voor het optimaal functioneren* van al haar leden. Het functioneren van het cluster/de afdeling wordt minimaal een keer per jaar expliciet besproken door het cluster/de afdeling. Alle leden van het cluster/de afdeling nemen deel aan een systeem om het individueel functioneren** periodiek te evalueren en te verbeteren. (norm)*
3. Het cluster/de afdeling is mede verantwoordelijk voor het optimaal functioneren van al haar leden. Het functioneren het cluster/de afdeling wordt minimaal een keer per jaar expliciet besproken door het cluster/de afdeling. Enkele leden van het cluster/de afdeling nemen niet deel aan een systeem om het individueel functioneren periodiek te evalueren en te verbeteren.
Aanbeveling: Zorg dat alle leden van het cluster/de afdeling deelnemen aan een systeem om het individueel functioneren periodiek te evalueren en te verbeteren.
4. Het cluster/de afdeling is mede verantwoordelijk voor het optimaal functioneren van al haar leden. Het functioneren van het cluster/de afdeling wordt minimaal een keer per jaar expliciet besproken door het cluster/de afdeling het cluster/de afdeling neemt niet deel aan een systeem om het individueel functioneren periodiek te evalueren en te verbeteren.
Zwaarwegend advies: Zorg dat alle leden van het cluster/de afdeling deelnemen aan een systeem om het individueel functioneren periodiek te evalueren en te verbeteren.
5. Het cluster/de afdeling is mede verantwoordelijk voor het optimaal functioneren van al haar leden. Het functioneren van het cluster/de afdeling wordt niet besproken door het cluster/de afdeling en/of het ziekenhuis heeft geen systeem om het individueel functioneren periodiek te evalueren en te verbeteren.
Voorwaarde: Zorg dat het functioneren van het cluster/de afdeling minimaal een keer per jaar expliciet wordt besproken door de vakgroep 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.

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

Norm 24. Refereerbijeenkomsten

1. Ieder cluster/afdeling participeert minimaal 6x per jaar in een interne of externe refereerbijeenkomst. Het cluster/de afdeling evalueert minimaal jaarlijks de refereerbijeenkomsten en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *Het cluster/de afdeling participeert minimaal 6x per jaar in een interne of externe refereerbijeenkomst. (norm)*
3. Het cluster/de afdeling participeert minimaal 3x per jaar in een interne of externe refereerbijeenkomst. Aanbeveling: Zorg dat minimaal 6x per jaar aan een interne of externe refereerbijeenkomsten wordt deelgenomen.
4. Het cluster/de afdeling participeert 1 à 2x per jaar in een interne of externe refereerbijeenkomsten. Zwaarwegend advies: Zorg dat minimaal 6x per jaar aan een interne of externe refereerbijeenkomsten wordt deelgenomen.
5. Het cluster/de afdeling participeert niet in een interne of externe refereerbijeenkomsten. Voorwaarde: Zorg dat minimaal 6x per jaar aan een interne of externe refereerbijeenkomsten wordt deelgenomen.

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