

Inhoudsopgave achtergronddocument kwaliteitsnormen en thema's

1. Normenset
2. Relevante NIV thema's

Appendix:

- I. Normen: onderbouwing set
- II. Thema's: onderbouwing en inspiratie per thema

1. Normenset

In bijlage I staat meer informatie over de norm te vinden. Per groepsvisitatie komen er twee domeinen aan bod. Als voorbereiding vullen de vakgroepen een antwoordformulier in door per domein of thema aan te geven hoe het georganiseerd is, waar de vakgroep trots op is en wat er beter kan.

Domein A:

De internisten in de vakgroep verlenen de juiste zorg door de juiste persoon volgens de geldende richtlijnen.

1. Het beleid bij opname is goed afgestemd met de internist
 - a. Elke patiënt wordt overlegd met een internist
 - b. Elke patiënt wordt < 24 h door internist zelf gezien.
 - c. Indien nodig is internist < 30 minuten op de SEH of in huis.
2. Het beleid tijdens opname wordt optimaal gevoerd onder supervisie van de internist.
 - a. De zorg voor alle patiënten is goed gewaarborgd, ongeacht of ze op de interne afdeling of op andere afdelingen liggen.
 - b. Er wordt visite gelopen volgens de afgesproken norm (zie bijlage voor norm).
3. Er is een structuur waar (nieuwe) richtlijnen worden besproken.

Domein B:

Evaluatie van zorg: de zorgverlening wordt op verschillende manieren en verschillende momenten geëvalueerd met als doel verbetering van zorg.

4. Risico's en uitkomsten van zorg worden gemeten, besproken en gebruikt voor verbetering van zorg (uitkomstinformatie (PROMs), kwaliteitsindicatoren, calamiteiten, incident-meldingen)
5. Patiënttevredenheid en klachten/juridische procedures worden gemeten, besproken en gebruikt voor verbetering van zorg.

Domein C:

Continuïteit van zorg: zowel klinisch als poliklinisch is de continuïteit van zorg gewaarborgd binnen en buiten kantoortijden en bij waarneming.

6. Er zijn overdrachten op momenten dat de verantwoordelijkheid voor de zorg overgedragen wordt (ochtend, avond, nacht, weekend).
 - a. Er zijn op de benodigde overdrachtmomenten de juiste personen aanwezig voor een warme overdracht van de zorg.
 - b. Er is ruimte voor discussie van beleid (/leermomenten) bij overdrachten.
 - c. (UMC): Patiënten worden maximaal één keer aan een andere arts-assistenten of fellow overgedragen, daarna aan een internist.
 - d. (UMC): Bij elke patiënten is duidelijk wie de regiebehandelaar is; dit is ook de patiënt bekend.
 - e. Er zijn werkafspraken indien de zorg door een verlengde arm uitgevoerd wordt. (SEH-arts, PA, VS)
 - f. Berichtgeving aan huisartsen is tijdig en volledig

7. De kwaliteit van dossiervoering waarborgt zowel klinisch als poliklinisch adequate overname van zorg.
 - a. Uit dossiers blijkt duidelijk een conclusie/diagnose en plan van aanpak.
 - b. Beleidsoverwegingen en informatievoorziening aan patiënt zijn goed terug te vinden.
 - c. Er vindt structurele intercollegiale toetsing plaats van het poliklinisch beleid/dossier van alle internisten.

Domein D:

De vakgroep streeft actief een optimaal functioneren na opdat zij zo goed mogelijk is toegerust op het vervullen van haar taken.

8. De verhoudingen en de afstemming van werkzaamheden in de vakgroep worden regelmatig gemeten, besproken en leiden zo nodig tot verbetermaatregelen.

3. Relevante NIV thema's

Onderstaande selectie aan thema's komt voor o.a. voort uit de Strategische Visie 2023-2026 van de NIV. In bijlage II is meer informatie over de verschillende thema's te vinden, met bijvoorbeeld relevante achtergronddocumenten of inspirerende voorbeelden. Per groepsvisitatie komen er drie thema's aan bod. Als voorbereiding vullen de vakgroepen een antwoordformulier in door per domein of thema aan te geven hoe het georganiseerd is, waar de vakgroep trots op is en wat er beter kan.

1. De internist in de acute zorg
 - a. Acute internistische zorg op de SEH
 - b. Acute internistische zorg in de polikliniek

2. Regievoering
 - a. Multimorbiditeit
 - b. Intramuraal – extramuraal

3. Samen Beslissen in de spreekkamer

4. Vitaliteit (vakoverstijgend)
 - a. Teamklimaat
 - b. Hoe zorg je voor elkaar
 - c. Hoe blijf je in je kracht / vitaal (individueel)

5. Innovatie (vakoverstijgend)

6. Verbreding van de internist (vakoverstijgend)
 - a. Preventie
 - b. Zichtbaarheid
 - c. Transmurale initiatieven

Bijlage I: Normen – onderbouwing normen

Domein A:

1. Het beleid bij opname is goed afgestemd met de internist

Voorafgaand aan of bij opname is het voorlopig medisch beleid met een internist afgestemd. Binnen 24 uur na opname ziet een internist de patiënt en accordeert het medisch beleid. (norm)

Van het specialisme interne geneeskunde kan een specialist binnen 30 minuten aanwezig zijn op de SEH, tenzij de vakgroep/maatschap goed onderbouwde afwijkende aanrijtijden heeft vastgelegd, die afgestemd zijn met en ondertekend door het stafbestuur.

2. Het beleid tijdens opname wordt optimaal gevoerd onder supervisie van de internist

Klinische patiënten worden op de afdeling Interne Geneeskunde opgenomen. Indien patiënten toch op andere afdelingen worden opgenomen, is per patiënt bekend wie de hoofdbehandelaar is en hoe deze bereikt kan worden (norm). Bij deze patiënten wordt ook visite gelopen inclusief verpleegkundige expertise.

- Op doordeweekse dagen wordt bij iedere opgenomen patiënt dagelijks visite gelopen door een (basis)arts samen met een lid van de verpleegkundige staf. Bij afwezigheid van een (basis)arts wordt de visite door een internist gedaan.
- Op doordeweekse dagen neemt een internist in een opleidingskliniek minimaal 1 keer per week deel aan de dagelijkse visite. Indien het geen opleidingskliniek betreft, maar er wel (basis)artsen aanwezig zijn, neemt een internist 2 keer per week deel aan de dagelijkse visite.
- In het weekend loopt een internist of (basis)arts visite bij elke patiënt die medische aandacht behoeft.
- 1 x per week worden alle patiënten besproken in de grote visite in aanwezigheid van minimaal twee internisten, de (basis)arts(en) en een verpleegkundige.

Bij alle opgenomen patiënten wordt, ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen, voldaan aan bovenstaande 4 punten. (norm)

3. Er is een structuur waar (nieuwe) richtlijnen worden besproken

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

- Er is een structurele aanpak om zowel nieuwe richtlijnen als aanpassingen in bestaande richtlijnen onder de aandacht te brengen van alle betrokkenen.

*Aanvullende informatie over de verschillende mogelijkheden om richtlijnen te implementeren en om te evalueren of gewerkt wordt volgens de richtlijnen is terug te vinden op de [NIV website](#).

Domein B:

4. Risico's en uitkomsten van zorg worden gemeten, besproken en gebruikt voor verbetering 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. Voor de visitatie is het de vraag tot welke verbetermaatregelen het bespreken van de diverse indicatoren heeft geleid.

Steeds meer wordt het ook mogelijk om binnen een grotere populatie van patiënten te kijken naar de uitkomsten van zorg. Waar dit voorheen vooral werd gedaan op basis van klinische parameters (bijv. overlijden, complicaties, bloeddruk) zijn er op dit moment veel landelijke initiatieven om naast deze klinische parameters ook te kijken naar zogenaamde *patiënt reported outcomes* (PRO's). Deze geven niet alleen de klinisch relevante informatie, maar dienen ook meer inzicht te geven of de zorg die de patiënt ontvangt ook op de aspecten die de patiënt belangrijk vindt tot verandering zorgt.

Om goede kwaliteit van zorg te leveren en de kwaliteit continu te verbeteren, is inzicht in de risico's en uitkomsten van zorg noodzakelijk.

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 op de [NIV website](#))
- Prospectief inventariseren en bespreken van risico's (zie '[Praktijkgids PRI](#)', VMS Veiligheidsprogramma)
- (Multidisciplinaire) necrologie- en obductiebesprekingen
- Casusbesprekingen
- [Verbeterdoelen ziekenhuizen](#)

Inzichten door kwaliteitsregistraties. Kwaliteitsregistraties verzamelen informatie over patiënten ten behoeve van het leren en verbeteren. De kwaliteitsregistraties kunnen zowel de lokale ziekenhuizen inzicht bieden in de kwaliteit van de geleverde zorg, als ook op nationaal vlak meer inzicht geven in de kwaliteit van zorg. Er zijn verschillende kwaliteitsregistraties waar patiënten onder behandeling bij een internist onderdeel van uitmaken:

- Dutch Pediatric and Adult Registration of Diabetes ([DPARD](#))
- Dutch Registry for Acute and Internal Medicine (DRAIM)
- Registratie Nierfunctievervanging Nederland ([RENINE](#))
- Antimicrobial Stewardshipmonitor ([AMSM](#))
- Dutch Head and Neck Audit ([DHNA](#))
- Dutch Pancreatic Cancer Audit ([DPCA](#))
- Dutch ColoRectal Audit ([DCRA](#))
- Dutch Upper GI Cancer Audit ([DUCA](#))
- NABON Breast Cancer Audit ([NABON](#))
- Dutch Melanoma Treatment Registry ([DMTR](#))
- Dutch Gastrointestinal Endoscopy Audit ([DGEA](#))
- Nederlandse Orgaantransplantatie Registratie ([NOTR](#))
- Nationale Intensive Care Evaluatie ([NICE](#))
- Nederlands Hemofilie Register ([HemoNED](#))

5. *Patiënttevredenheid en klachten/juridische procedures worden gemeten, besproken en gebruikt voor verbetering van zorg.*

De vakgroep heeft inzicht in de patiënttevredenheid*, bespreekt de resultaten op structurele wijze en neemt 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 vakgroep rapportages heeft specifiek voor de interne geneeskunde. ZorgkaartNederland wordt niet gezien als een structurele patiënt tevredenheidsmeting.

Klachten, claims en juridische procedures

- De vakgroep heeft inzicht in de klachten, claims en juridische procedures van alle vakgroepleden, bespreekt de resultaten op structurele wijze en neemt verbetermaatregelen indien nodig.

Domein C:

6. *Er zijn overdrachten op momenten dat de verantwoordelijkheid voor de zorg overgedragen wordt (ochtend, avond, nacht, weekend)*

De vakgroep zorgt dat een overdracht* plaatsvindt bij elke wisseling van dienstdoende internist en/of arts-assistent. Tijdens de overdracht wordt de benodigde informatie en de verantwoordelijkheid voor de zorg voor alle nieuw opgenomen patiënten en de klinische patiënten overgedragen aan de volgende dienstdoende. Bij de overdracht is het van belang dat deze fysiek dan wel via telefonisch plaatsvindt, en niet alleen via schrift (mail/sms/app).

- In de ochtendoverdracht op doordeweekse dagen participeren de dienstdoende internist(en) en (basis)artsen van de nacht- en dagdienst, de internist(en) die verantwoordelijk zijn voor de zorg op de klinische afdeling(en) overdag en een vertegenwoordiger van alle differentiaties binnen de interne geneeskunde die betrokken zijn bij de klinische afdelingen.
- Bij de avond- en nachtoverdracht en tevens in het weekend vindt er bij wisselingen van de dienst een mondelinge overdracht plaats tussen de voor de zorg verantwoordelijke internist(en) en de (basis)arts(en) van de afgelopen dienst en de internist(en) en (basis)arts(en) die de dienst overnemen.

- *) Verschillende mogelijkheden om de dienstoverdrachten te optimaliseren worden genoemd in "[Optimaliseren Dienstoverdrachten](#)" op de NIV website. Onder andere de "Handreiking dienstoverdrachten", "Trainingsmodule dienstoverdrachten" en "Evaluatieformulier".

Medisch beleid poliklinische patiënt: arts-assistenten/fellows (UMC normenset)

Poliklinische patiënten op spreekuren van arts-assistenten of fellows wisselen maximaal 1 keer van arts-assistent alvorens naar een internist/stafid over te gaan.

Medisch beleid poliklinische patiënt: hoofdbehandelaar (UMC normenset)

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)

Berichtgeving aan de huisarts

Berichtgeving aan de huisarts vindt op onderstaande wijze plaats.

- *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 binnen 1 werkdag aan de huisarts of diens waarnemer te worden medegedeeld.*

- *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 eens 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.*

Schriftelijke werkafspraken bij taakherschikking

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)*

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

****) Zie "Dossier Taakherschikking" van de KNMG voor actuele informatie.*

Samenwerking met verwijzers. (toegevoegd uit UMC-normenset)

Het cluster/de afdeling heeft schriftelijke afspraken met de reguliere verwijzers over het verwijs- en terugverwijsbeleid. (norm)*

7. De kwaliteit van dossievoering waarborgt zowel klinisch als poliklinisch adequate overname van zorg

De actuele, relevante informatie voor het medisch handelen inclusief de klinische redentatie is vastgelegd in het patiëntendossier, zodat collega's de zorg naadloos kunnen overnemen.

In het dossier staat minimaal:

- *Reden van verwijzing/opname*
- *Voorgeschiedenis*
- *Anamnese*
- *Medicatie*
- *Lichamelijk onderzoek*
- *Samenvatting (in klinische status)*

- (Differentiaal) diagnose / probleemlijst
- Decursus (inclusief eventuele complicaties)
- Informatie aan patiënt en/of familie
- Allergie (ook indien er geen allergieën zijn), direct zichtbaar voor iedereen die de status inziet
- Reanimatiebeleid en eventuele behandelbeperkingen (in klinische status), direct zichtbaar voor iedereen die de status inziet

Indien het relevant is staat vermeld:

- Klinische redentatie
- 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](#)"

***) Zie formulier "[Evaluatie dossiervoering](#)"

Intercollegiale toetsing medisch beleid poliklinische patiënt

Het medisch beleid inclusief de klinische redentatie wordt intercollegiaal getoetst bij elke internist. De vakgroep heeft afspraken hoe de verslaglegging blijft voldoen aan bovenstaande afspraken: mogelijke voorbeelden zijn steekproefsgewijs dossiers bekijken van collega's, of dossierbesprekingen.

*) Patiëntbesprekingen, MDO's en polikliniek besprekingen waar alle nieuwe patiënten of moeilijke casuïstiek wordt besproken worden hier niet mee bedoeld.

Domein D.

8. De onderlinge verhoudingen en de afstemming van werkzaamheden in de vakgroep worden regelmatig gemeten, besproken en leiden zo nodig tot verbetermaatregelen.

De vakgroep is mede verantwoordelijk voor het optimaal functioneren van al haar leden en de vakgroep als geheel. Hierbij is aandacht voor een veilige sfeer en open aanspreek cultuur.*

- *) 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, jaargesprekken en persoonlijk opleidingsplan.

Bijlage II: Thema's – onderbouwing en inspiratie per thema

Op de [website van de NIV](#) staat de Strategische Visie 2023-2026. In de Strategische Visie staat voor een deel van onderstaande thema's doelstellingen opgenomen, die de vakgroep kan gebruiken om een toelichting te geven over de manier waarop zijn binnen het ziekenhuis actief zijn op de thema's. Verder staan hieronder een aantal andere relevante documenten of plekken opgesomd die ter inspiratie kunnen dienen.

1. De internist in de acute zorg

Een groot aandeel van de patiënten op de SEH komt met interne problematiek in het ziekenhuis. De internist speelt hiermee een belangrijke rol in de acute keten, en met een toename van patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit is te verwachten dat die rol alleen maar zal toenemen.

De SEH is een schakel binnen de acute zorgketen waar de patiënt bij voorkeur zo kort mogelijk verblijft en de behandeling vervolgt in het ziekenhuis. Door de complexiteit van deze patiënten is deze doorstroom niet altijd optimaal. Omdat bij hen niet voor de hand ligt wat de acute klacht heeft veroorzaakt kan dit tot veel diagnostiek leiden en verschillende consulten voor de oorzaak wordt gevonden. Door een internist tijdig te betrekken bij deze patiënten vindt er betere triage plaats en wordt er sneller inzicht geboden in de voor de internist bekende ziektebeelden.

De invulling van hoe de internist is betrokken binnen deze acute keten verschilt per ziekenhuis. Dit kan o.a. te maken hebben met samenstelling van de vakgroep (aanwezigheid acute internisten), maar ook met aanwezigheid van andere groepen in het ziekenhuis (SEH-artsen). De vakgroep is verantwoordelijk om te zorgen dat de patiënt met interne problematiek zo vroeg mogelijk, en zo goed mogelijk, wordt behandeld in het ziekenhuis.

De vakgroep kan binnen dit thema o.a. reflecteren op:

- Wat is de rol (incl. de aanwezigheid) van de internist binnen de organisatie van acute keten? (SEH/AOA)
 - Hoe is de consultvoering op de SEH georganiseerd? (bijv. avond-nacht-weekend)
 - Hoe is point-of-care echografie in de dagelijkse praktijk geïmplementeerd?
- Hoe is de internist het aanspreekpunt voor de huisarts voor acute problematiek?
- De aanwezigheid van afspraken met SEH artsen, ambulancezorg, huisartsen en poortspecialismen over specifieke patiëntstromen?
- Hoe wordt omgegaan met de (kwetsbare) oudere patiënt zonder opname-indicatie?
- De monitoring (bijv. adhv kwaliteitsregistratie/dashboarding) van de SEH-patiënten

2. Regievoering

Vanwege stijgende prevalentie van chronische ziektes en multimorbiditeit, is er wereldwijd vraag naar organisatievormen om de kwaliteit van zorg voor deze patiëntengroepen te verbeteren (WHO, 2018). Zowel patiënten als betrokken zorgverleners ervaren door huidige organisatievorm gefragmenteerde zorg, wat kan leiden tot onnodig zorgverbruik, zoals over- of onder- diagnostiek en -behandeling, en potentieel vermijdbare uitkomsten, zoals spoedopnames in het ziekenhuis of

geneesmiddelen gerelateerde opnames. Patiënten ervaren zorg waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn vaak als veeleisend, tijdrovend en moeilijk. Voor huisartsen is hierbij het houden van overzicht en bewaken van behandeling lastig.

Het adviesrapport Multimorbiditeit en regievoering is te vinden op de [NIV-website](#). Daarnaast is hier ook een samenvattingsdocument van het rapport, een implementatieplan en handvatten voor het ziekenhuis opgenomen. Er kan zowel voor de poliklinische als klinische multimorbide patiënt regievoering worden georganiseerd in het ziekenhuis.

De vakgroep kan binnen het thema o.a. reflecteren op:

- Is er een vorm van regievoering voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis aanwezig? (klinisch/poliklinisch), voorbeelden als MDO complexe patienten, overlegstructuur tussen poortspecialismen etc.
 - Zo ja, wat zijn de ervaringen daarmee?
 - Zo nee, welke plannen heeft de vakgroep om dit te gaan organiseren?

3. In de spreekkamer

In aanvulling op richtlijnen en leidraden worden er verschillende kwaliteitsinstrumenten ontworpen die kunnen bijdragen aan een goed gesprek met de patiënten in de spreekkamer.

Samen Beslissen en keuzehulpen

Het Samen Beslissen van patiënt en zorgverlener kan bijdragen aan een hogere tevredenheid, therapietrouw, betrokkenheid en informatievoorziening bij de patiënt. Er zijn verschillende landelijke initiatieven die deze vorm van besluitvorming proberen onder de aandacht te brengen, zoals "[Begin een goed gesprek](#)" en "[3 goede vragen](#)". Op deze websites staan verschillende algemene informatiematerialen om je als zorgverlener hierin te ondersteunen. Op de [website](#) van de Federatie Medisch Specialisten staan verschillende producten die mede op initiatief van de NIV zijn ontwikkeld, zoals een *trainingsvideo* en een *eLearning bespreekbaar maken van behandelwensen- en grenzen*. In mei 2022 is daarnaast een [FMS-brede leidraad](#) gepubliceerd welke ingaat op het moment van het voeren van gesprekken over behandelafspraken.

Daarnaast zijn er verschillende aandoeningsspecifieke [consultkaarten](#) met medewerking van de NIV ontwikkeld. Deze kunnen een waardevolle toevoeging zijn aan de mondelinge toelichting van de specialist in de spreekkamer. In aanvulling op de consultkaarten worden verschillende *interactieve keuzehulpen* ontwikkeld, een deel hiervan op initiatief van de NIV (zie de projecten-pagina voor meer informatie).

De vakgroep kan binnen het thema o.a. reflecteren op:

- Op welke manier komt Samen Beslissen terug in de spreekkamer?
 - Maakt de vakgroep bijv. gebruik van ondersteunende keuzeinstrumenten zoals consultkaarten of keuzehulpen?
 - Hoe voorkomt de vakgroep dat het gesprek over behandelafspraken- en beperkingen waar mogelijk plaatsvindt in de acute setting?
 - Hoe zorgt de vakgroep dat er voldoende tijd is om met de patiënt te kunnen Samen Beslissen?

4. Vitaliteit (vakoverstijgend)

Een van de voorwaarden voor het leveren van goede zorg voor de patiënt is dat er binnen de vakgroep op een goede manier wordt samenwerkt. De samenwerking binnen de vakgroep, en hoe hier aandacht aan wordt gegeven is een van de onderwerpen die terugkomt in de normenset (norm 8). Om echt de potentie van de gehele vakgroep te benutten, is de aandacht voor de individu onmisbaar. De individu verdient ruimte zich te ontwikkelen, breder dan alleen medisch inhoudelijk. Er wordt aandacht geschonken aan de werkomstandigheden van het individu, waar het werkplezier en belasting van elk van de vakgroepleden van belang is. Daarnaast is er ruimte voor diversiteit in de vakgroep; zowel diversiteit van individuen, als diversiteit in competenties en interesses. De vakgroep benut waar mogelijk de diversiteit.

De vakgroep kan binnen het thema o.a. reflecteren op:

- Op welke manier is er binnen de vakgroep aandacht voor vitaliteit van de individu?
- Op welke manier is er aandacht voor persoonlijke ontwikkeling?
- Op welke manier is er binnen de vakgroep aandacht voor diversiteit?
- Op welke manier is er binnen de vakgroep aandacht voor capaciteitsplanning mede in verband met afbouw richting pensionering

5. Innovatie (vakoverstijgend)

De (verwachte) toename van het aantal patiënten in de zorg maakt de aandacht voor innovatie binnen het vakgebied enorm relevant. Innovatie is hierbij een breed begrip waar zowel de technologische ontwikkelingen als thuismonitoring, eHealth-oplossingen, en Artificial Intelligence onder vallen, maar ook de organisatorische innovaties zoals de transmurale samenwerking, internist in de anderhalve lijn (JZOJP). De toepassing van de innovaties verschilt op dit moment erg binnen de diverse patiëntenpopulaties en ziekenhuizen.

De vakgroep kan binnen het thema o.a. reflecteren op:

- Met welke innovaties (technisch/organisatorisch) is reeds ervaring opgedaan?
- Welke innovaties zou het ziekenhuis graag willen gebruiken?
 - Hoe is het ziekenhuis hiermee bezig om dit te organiseren?

6. Verbreding van de internist (vakoverstijgend)

Er zijn verschillende mogelijkheden als vakgroep om met verbreding om te gaan. Preventie is hierin een vrij duidelijk voorbeeld, maar ook op het gebied van verbreding van de competenties van de internist op bijvoorbeeld het gebied van IT of management, of een intensievere samenwerking met de eerste lijn zijn voorbeelden hoe de internist, de vakgroep maar hierbij ook de hele beroepsgroep zich kan verbreden.

Op het gebied van de preventie kan de vakgroep bijvoorbeeld actief zijn binnen de vier verschillende type vormen van preventie (zorggerelateerde, geïndiceerde, selectieve en universele). De vakgroep kan binnen deze verschillende types een andere rol vervullen : bijvoorbeeld door het agenderen van belangrijke preventie-thema's in de eigen regio, het participeren binnen netwerken buiten het

ziekenhuis, maar bijvoorbeeld ook binnen het ziekenhuis door de focus op gezonde voeding (op de afdeling én de kantine), maar ook de relevantie van gezonde voeding in de spreekkamer te benoemen.

De verbreding van competenties kan zowel interessant zijn voor de individu, maar ook voor de vakgroep. Op welke manier is de interne betrokken bijvoorbeeld binnen de technische ontwikkelingen in het ziekenhuis (bijv. CMIO), of is de vakgroep betrokken bij ziekenhuisbrede kwaliteitsprojecten of actief binnen de ziekenhuisbestuur. De actieve betrokkenheid van de internist in de (crisis-)organisatie van COVID-afdelingen in het ziekenhuis is een goed voorbeeld hiervan.

De vakgroep kan binnen het thema o.a. reflecteren op:

- Op welke manier is de vakgroep actief binnen het thema preventie?
 - Is de vakgroep al actief in regionale initiatieven?
 - Op welke manier besteedt de vakgroep aandacht aan preventie binnen het ziekenhuis (bijv. voeding en omgeving)?
- Is er aandacht voor de vertegenwoordiging van internisten binnen de organisatie binnen ziekenhuis? (bijv. management, kwaliteit, CMIO)
- Biedt de vakgroep ruimte voor de (door)ontwikkeling van de internist buiten het ziekenhuis als de mogelijkheid zich voordoet? (GGZ/revalidatie/huisarts)