

NIV vragenlijst voor zelfevaluatie en kwaliteitsvisitatie vakgroep

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	Vestigingsjaar	Differentiatiegebied	Registratie (*)	FTE

(*) = geregistreerd voor differentiatiegebied

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		

A3. Werkomgeving

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

B. Resultaat vorige visitatie

Advies (zoals beschreven in voorgaand visitatieverslag)	Categorie <ul style="list-style-type: none">- Voorwaarde- Zwaarwegend advies- Aanbeveling	Realisatie <ul style="list-style-type: none">- Geheel- Deels- Niet	Toelichting

C. Waardering kwaliteitsnormen

Waardering kwaliteitsnormen		Vakgroep
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	
5	Intercollegiale toetsing medisch beleid poliklinische patiënt	
6	Visitiefrequentie	
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	
Vakgroepfunctioneren		
14	Schriftelijke werkafspraken	
15	Samenwerking met verwijzers	
16	Teamklimaat	
Patiëntenperspectief		
17	Patiënttevredenheid	
18	Klachten en claims	
Professionele ontwikkeling		
19	Kennis en vaardigheden vakgroep	
20	(Her)registratie internist	
21	Hercertificering endoscopisten	
22	Optimaal functioneren	
23	Refereerbijeenkomsten	

C1. Evaluatie van zorg

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. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks of gewerkt wordt volgens de richtlijnen en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep heeft een structurele aanpak voor de implementatie van de relevante, actuele richtlijnen. (norm)*
3. Zoals punt 2. Echter is deze aanpak (nog) niet gebruikt voor alle relevante, actuele richtlijnen.
Aanbeveling: Zorg dat alle relevante, actuele richtlijnen op structurele wijze worden geïmplementeerd.
4. De vakgroep 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. De vakgroep 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 vakgroep	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

Norm 2. Opnamebeleid klinische patiënt

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep 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. 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, 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 worden opgenomen.
 4. Wekelijks wordt meer dan 10% van de klinische patiënten op een dag op andere afdelingen dan de afdeling Interne Geneeskunde opgenomen. 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 worden opgenomen en nooit meer dan 10% op een dag.
 5. Zoals punt 4. Echter is op de betreffende afdelingen 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 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 niet wekelijks en nooit meer dan 10% op een dag.*

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

Norm 3. Medisch beleid klinische patiënt

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep 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 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 is afgestemd en/of 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 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 is afgestemd en/of 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 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 is afgestemd en/of 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 is afgestemd en/of een internist binnen 24 uur na opname de patiënt ziet en het medisch beleid accordeert.

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

Norm 4. Medisch beleid poliklinische patiënt

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep 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 vakgroep	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

Norm 5. 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 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 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 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 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 worden besproken.

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

Norm 6. Visitefrequentie

- *Op doordeweekse dagen moet bij iedere patiënt dagelijks visite worden gelopen door een arts-assistent waarbij een lid van de verpleegkundige staf deelneemt en aanvullend een internist volgens onderstaande frequentie:*
 - *Minimaal 1 keer per week indien opleidingskliniek;*
 - *2 keer per week indien geen opleidingskliniek, maar wel arts-assistenten aanwezig zijn;*
 - *Minimaal dagelijks indien geen arts-assistenten aanwezig zijn.*
 - *In het weekend moet visite gelopen worden door een internist 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 arts-assistenten en verpleegkundigen dienen aanwezig te zijn.*
1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks met de arts-assistenten (indien van toepassing) 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 vakgroep	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

Norm 7. Multidisciplinair overleg

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, 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.

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert* de vakgroep 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 redentatie 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 redentatie 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 redentatie 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 redentatie 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					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie) <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 evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks de tevredenheid over de dienstregeling, informeert bij betrokkenen naar de bereikbaarheid en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep heeft schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist. Voor betrokkenen in het ziekenhuis is bekend wie de dienstdoende internist is tijdens de dag-, nacht- en weekenddienst en hoe deze bereikt kan worden. (norm)*
3. De vakgroep heeft schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist, maar bij betrokkenen in het ziekenhuis is incidenteel niet bekend wie de dienstdoende internist is 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 is 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 zijn ontoereikend en/of bij betrokkenen in het ziekenhuis is onvoldoende bekend wie de dienstdoende internist is 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 zorg dat bij betrokkenen in het ziekenhuis altijd bekend is wie de dienstdoende internist is tijdens de dag-, nacht- en weekenddienst en hoe deze bereikt kan worden.
5. De vakgroep heeft geen schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist en/of bij betrokkenen in het ziekenhuis is (meestal) niet bekend wie de dienstdoende internist is en hoe deze bereikt kan worden.
Voorwaarde: Zorg voor schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist en/of zorg dat bij betrokkenen in het ziekenhuis altijd bekend is wie de dienstdoende internist is tijdens de dag-, nacht- en weekenddienst en hoe deze bereikt kan worden.

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

Norm 10. Dienstoverdrachten

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks met de arts-assistenten (indien van toepassing) of de dienstoverdrachten adequaat zijn* en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
 2. *De vakgroep zorgt dat een overdracht** plaatsvindt bij elke wisseling van dienstdoende internist 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. De vakgroep zorgt dat een overdracht plaatsvindt bij elke wisseling van dienstdoende internist 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. De vakgroep zorgt dat een overdracht plaatsvindt bij elke wisseling van dienstdoende internist 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 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 vakgroep	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie) <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 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. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks de 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.

Zelfevaluatie vakgroep	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 12. Risico's en uitkomsten van zorg

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep structureel de genomen maatregelen maatregelen ter verbetering. (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep registreert en analyseert op structurele wijze de risico's en uitkomsten van zorg, bespreekt de resultaten in de vakgroep 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. Zoals punt 2. Echter gebruikt de vakgroep 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. 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 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 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 en multidisciplinair indien van toepassing en neem maatregelen ter verbetering indien nodig.

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

Norm 13. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

1. Zoals punt 2. Bovendien worden wijzigingen in de voorzieningen die door het ziekenhuis 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 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 vakgroep	1	2	3		5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

C2. Vakgroepfunctioneren

Norm 14. 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					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie) <i>De visitatiecommissie ad hoc wil inzage in de schriftelijke werkafspraken indien aanwezig.</i>					

Norm 15. 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 vakgroep heeft schriftelijke afspraken met de reguliere verwijzers* over het verwijs- en terugverwijsbeleid. (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 vakgroep 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. De vakgroep 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 vakgroep	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 16. Teamklimaat

1. Zoals punt 2. Bovendien bespreekt de vakgroep tegelijk de belasting/ belastbaarheid van haar leden. (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep vult de Team Climate Inventory minimaal 2x per 5 jaar in, bespreekt de resultaten en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (norm)*
3. De vakgroep 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. De vakgroep 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. De vakgroep 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 vakgroep	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

C3. Patiëntenperspectief

Norm 17. Patiënttevredenheid

1. De vakgroep 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. *De vakgroep heeft periodieke rapportages over de patiënttevredenheid*, bespreekt de resultaten op structurele wijze en neemt verbetermaatregelen indien nodig. (norm)*
3. De vakgroep 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. 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 ziekenhuis zelf of door externe partijen. Bij de norm wordt verwacht dat de vakgroep rapportages heeft specifiek voor de interne geneeskunde.*

Zelfevaluatie vakgroep	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 18. Klachten en claims

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. Indien van toepassing neemt de vakgroep structurele maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten 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, 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. De vakgroep levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten. De vakgroep 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. 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.
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 vakgroep	1	2	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

C4. Professionele ontwikkeling

Norm 19. Kennis en vaardigheden vakgroep

1. Zoals punt 2. Bovendien 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)*
3. De vakgroep heeft niet de omvang, kennis en vaardigheden om de interne geneeskunde in de volle breedte uit te oefenen. Het is voor verwijzers bekend wat de beperking is, maar niet naar welke organisatie de patiënt verwezen kan worden.
Aanbeveling: Informeer verwijzers naar welke organisatie de patiënt verwezen kan worden.
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	3	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

Norm 20. (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 vakgroep		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 21. Herculicering endoscopisten

Voor herculicering als endoscopist dient voldaan te worden aan de onderstaande vereisten.

1. Aantal scopieën (per te certificeren onderdeel)
 - Diagnostische oesofagogastroduodenoscopie *minimaal 200 per jaar*
 - Therapeutische oesofagogastroduodenoscopie *minimaal 12 per jaar*
 - Colonoscopie *minimaal 100 per jaar*
 - Sigmoidoscopie (eventueel verrichte coloscopieën tellen mee voor dit getal) *minimaal 100 per jaar*
 - ERCP *minimaal 30 per jaar*
2. Minimaal 75 uur per vijf jaar scholing gastro-enterologie.
3. Indien het verplichte aantal scopieën niet wordt gehaald dan heeft de scopist 2 jaar de tijd om de juiste aantallen te halen om alsnog voor certificering in aanmerking te komen. Dit dient twee jaar na het uitbrengen van dit advies aan het Forum Visitorum te worden gerapporteerd. Gedurende deze tijd moet de scopist werken onder eindverantwoordelijkheid van een gecertificeerd scopist.

Naam internist	Aanvraag certificaat (per te certificeren onderdeel)

Behalve bovenstaande tabel dient iedere scopist afzonderlijk het formulier '[Aanvraag voor certificaat endoscopie](#)' in te vullen en te ondertekenen. Tevens dient het formulier '[Endoscopiegegevens](#)' door alle scopiërende internisten ingevuld te worden.

Norm 22. Optimaal functioneren

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

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

Norm 23. Refereerbijeenkomsten

1. Zoals punt 2. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks de refereerbijeenkomsten en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep organiseert minimaal 6x per jaar een interne of externe refereerbijeenkomst. (norm)*
3. De vakgroep organiseert minimaal 3x per jaar een interne of externe refereerbijeenkomst.
Aanbeveling: Zorg dat minimaal 6x per jaar interne of externe refereerbijeenkomsten worden georganiseerd.
4. De vakgroep organiseert 1 à 2x per jaar interne of externe refereerbijeenkomsten.
Zwaarwegend advies: Zorg dat minimaal 6x per jaar interne of externe refereerbijeenkomsten worden georganiseerd.
5. De vakgroep organiseert geen interne of externe refereerbijeenkomsten.
Voorwaarde: Zorg dat minimaal 6x per jaar interne of externe refereerbijeenkomsten worden georganiseerd.

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