

NIV vragenlijst voor zelfevaluatie en kwaliteitsvisitatie vakgroep

Naam organisatie :

Locatie(s) :

Adres:

Contactpersoon :

Telefoonnummer :

E-mailadres :

Visitatiecommissie ad hoc

Naam :

Naam :

Naam :

Ambtelijk secretaris :

Datum visitatie :

Datum vorige visitatie :

Zelfde dag opleidingsvisitatie? ja / nee

A4. Overige medewerkers

Functie	Aantal	FTE
Arts assistenten in opleiding		
Arts assistenten niet in opleiding		
(Basis)arts/ziekenhuisarts		
SEH arts/poortarts		
Physician assistant		
Verpleegkundig specialisten		
Gespecialiseerd verpleegkundigen		

A5. Werkomgeving vakgroep

	Kliniek
Aantal locaties	
Aantal afdelingen	
	Polikliniek
Aantal locaties	
	Acute opname afdeling/observatorium
Aantal locaties	
	SEH
Aantal locaties	
	Dagbehandeling
Aantal locaties	

B. Resultaat vorige visitatie

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

C. Waardering kwaliteitsnormen

Waardering kwaliteitsnormen		Vakgroep
C1. 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	
<i>Continuïteit patiëntenzorg</i>		
7	Dossiervoering	
8	Spoedzorg	
9	Dienstoverdrachten	
10	Berichtgeving aan de huisarts en verwijzers	
<i>Risico's en uitkomsten van zorg</i>		
11	Risico's en uitkomsten van zorg	
<i>Randvoorwaarden voor goede zorgverlening</i>		
12	Randvoorwaarden voor goede zorgverlening	
C2. Vakgroepfunctioneren		
13	Schriftelijke werkafspraken	
14	Teamklimaat	
15	Optimaal functioneren	
C3. Patiëntenperspectief		
16	Patiënttevredenheid	
17	Klachten, claims en juridische procedures	
C4. Professionele ontwikkeling		
18	Onderwijsmomenten	

C1. Evaluatie van zorg

Medisch beleid

Norm 1. Werken volgens richtlijnen

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

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

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

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

Norm 2. Opnamebeleid klinische patiënt

1. Voldoet aan norm. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks het percentage klinische opnamen op andere afdelingen en de bijbehorende consequenties en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
2. *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. Regelmatig worden 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. Als er buitenbedden zijn 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% van het totale aantal interne bedden 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. Voldoet aan norm. 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. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (Goed voorbeeld)
2. *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 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 50%-90% van de klinische opnamen geldt dat voorafgaand aan of bij opname het voorlopig medisch beleid met een internist is afgestemd 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.
6. 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 (aantoonbaar tijdens visitatie)					

Norm 4. Medisch beleid poliklinische patiënt

1. Voldoet aan norm. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks of de geplande tijd voor een eerste polikliniekbezoek en voor een vervolgconsult voldoende is en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
2. *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 50%-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.
Zwaarwegend advies: Zorg dat voor alle poliklinische patiënten voldoende tijd beschikbaar is om het medisch beleid te bepalen en toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden.
5. Voor minder dan 50% van de poliklinische patiënten is voldoende tijd beschikbaar om het medisch beleid te bepalen en toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden.
Voorwaarde: Zorg dat voor alle poliklinische patiënten voldoende tijd beschikbaar is om het medisch beleid te bepalen en toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden.

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

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. Voldoet aan norm. Bovendien neemt de vakgroep maatregelen ter verbetering indien nodig. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (Goed voorbeeld)
2. *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.
6. 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.
7. 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.

**) Patiëntbesprekingen, MDO's en polikliniek besprekingen waar alle nieuwe patiënten of moeilijke casuïstiek wordt besproken worden niet beschouwd als een aselechte steekproef.*

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

Norm 6. Visitiefrequentie

- 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.

*) Voor de AOA wordt een uitzondering gemaakt mits de opnameduur van patiënten de 72 uur niet overschrijdt.

1. Voldoet aan norm. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks met de betrokkenen of de visitiefrequentie voldoet en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
2. Bij alle opgenomen patiënten wordt, ongeacht de afdeling* waar zij zijn opgenomen, voldaan aan bovenstaande 4 punten. (norm)
3. Voor meer dan 90% van de klinische patiënten geldt minimaal de bovengenoemde visitiefrequentie ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen.
Aanbeveling: Zorg dat voor alle klinische patiënten minimaal de bovengenoemde visitiefrequentie geldt ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen.
4. Voor 50%-90% van de klinische patiënten geldt minimaal de bovengenoemde visitiefrequentie ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen.
Zwaarwegend advies: Zorg dat voor alle klinische patiënten minimaal de bovengenoemde visitiefrequentie geldt ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen.
5. Voor minder dan 50% van de klinische patiënten geldt minimaal de bovengenoemde visitiefrequentie ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen.
Voorwaarde: Zorg dat voor alle klinische patiënten minimaal de bovengenoemde visitiefrequentie 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)					

Continuïteit patiëntenzorg

Norm 7. Dossiervoering

De actuele, relevante informatie voor het medisch handelen inclusief de klinische redenering 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 / problemlijst
- 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 redenering
- 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 dossieronderzoek](#)"*

1. Voldoet aan norm. Bovendien evalueert** de vakgroep minimaal jaarlijks de dossiervoering en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
2. *De dossiervoering voldoet in meer dan 90% van de dossiers aan bovengenoemde eisen. (norm)*
3. De dossiervoering voldoet in 50-90% van de dossiers aan bovengenoemde eisen, blijkend uit een steekproef tijdens de visitatie. In diensten en bij waarneming kan de zorg naadloos worden overgenomen.
Aanbeveling: Zorg dat de actuele, relevante informatie voor het medisch handelen inclusief de klinische redenering is vastgelegd in het patiëntendossier.
4. De dossiervoering Voldoet in minder dan 50% van de dossiers aan bovengenoemde eisen, blijkend uit een steekproef tijdens de visitatie. In diensten en bij waarneming kan de zorg nog wel naadloos worden overgenomen.
Zwaarwegend advies: Zorg dat de actuele, relevante informatie voor het medisch handelen inclusief de klinische redenering is vastgelegd in het patiëntendossier.

Norm 7. Dossiervoering (vervolg)

5. De visitatie commissie ad hoc constateert bij een steekproef dat de dossiervoering van één of meer vakgroepleden belangrijke hiaten vertoont wat betreft volledigheid. Dit is zodanig dat naadloze overname van zorg bij diensten of waarneming in gevaar kan zijn.
Voorwaarde: Zorg dat de actuele, relevante informatie voor het medisch handelen inclusief de klinische redenering is vastgelegd in het patiëntendossier.

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

Norm 8. Spoedzorg

1. Voldoet aan norm. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks met de betrokkenen de haalbaarheid en tevredenheid over de aanrijtijden en neemt verbetermaatregelen indien nodig. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld).
2. *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.*
Norm
3. De aanrijtijd van 30 minuten of de met het stafbestuur overeengekomen aanrijtijden wordt incidenteel niet gehaald, maar wel in meer dan 90%.
Aanbeveling: zorg dat de aanrijtijd van 30 minuten of de met het stafbestuur overeengekomen aanrijtijd altijd gehaald wordt.
4. De aanrijtijd van 30 minuten of de met het stafbestuur overeengekomen aanrijtijden worden in 50%-90% gehaald.
Zwaarwegend advies: zorg dat de aanrijtijd van 30 minuten of de met het stafbestuur overeengekomen aanrijtijd altijd gehaald wordt.
5. De aanrijtijd van 30 minuten of met het stafbestuur overeengekomen aanrijtijden worden in minder dan 50% gehaald.
Voorwaarde: zorg dat de aanrijtijd van 30 minuten of de met het stafbestuur overeengekomen aanrijtijd altijd gehaald wordt.

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

Norm 9. Dienstoverdrachten

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.

- 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".

1. Voldoet aan norm. 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. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
2. *De dienstoverdrachten vinden op bovengenoemde wijze plaats. (norm)*
3. Ochtend, avond- en nachtoverdracht vinden op bovenstaande wijze plaats, maar incidenteel ontbreekt informatie die benodigd is voor de zorg voor de nieuw opgenomen en klinische patiënten of zijn niet alle relevante personen aanwezig.
Aanbeveling: Zorg dat alle benodigde informatie voor de zorg voor de nieuw opgenomen en klinische patiënten wordt overgedragen of dat alle relevante personen aanwezig zijn bij de overdrachten.
4. Ochtend, avond- en nachtoverdracht vinden op bovenstaande wijze plaats, maar in 50-90% van de overdrachten ontbreekt informatie die benodigd is voor de zorg voor de nieuw opgenomen en klinische patiënten of zijn niet alle relevante personen aanwezig.
Zwaarwegend advies: Zorg dat alle benodigde informatie voor de zorg voor de nieuw opgenomen en klinische patiënten wordt overgedragen of dat alle relevante personen aanwezig zijn bij de overdrachten.
5. Ochtend, avond- en nachtoverdracht vinden niet op bovenstaande wijze plaats, of in meer dan 90% van de overdrachten ontbreekt informatie die benodigd is voor de zorg voor de nieuw opgenomen en klinische patiënten of zijn niet alle relevante personen aanwezig.
Voorwaarde: Zorg dat de overdrachten op bovenstaande wijze plaatsvinden of dat alle benodigde informatie voor de zorg voor de nieuw opgenomen en klinische patiënten wordt overgedragen en dat alle relevante personen aanwezig zijn bij de overdrachten.

Norm 9. Dienstoverdrachten (vervolg)

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

Norm 10. 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.*
 1. Voldoet aan norm. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks de berichtgeving met de huisartsen en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
 2. *Berichtgeving aan de huisarts vindt op bovenstaande wijze plaats. (norm)*
 3. De berichtgeving aan de huisarts vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid of 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 of leidt tot klachten van de huisarts.
Voorwaarde: Zorg dat de berichtgeving aan de huisarts volledig en tijdig plaatsvindt op bovenstaande wijze.

Norm 10. Berichtgeving aan de huisarts (vervolg)

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 11. Risico's en uitkomsten van zorg

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

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

*) Voor toelichting zie de volgende websites:

- "[Melden onbedoelde gebeurtenissen en uitkomsten van zorg door medisch specialisten](#)" FMS website
 - "[Melding doen van een Calamiteit IGJ website](#)"
 - "[Complicatieregistratie NIV website](#)"
 - "[Basisset Medisch Specialistische Zorg](#)"
 - "[NIV database kwaliteit](#)"
 - "[Praktijkgids Veilig Incidenten Melden](#)"
1. Voldoet aan norm. Bovendien evalueert de vakgroep structureel de genomen maatregelen ter verbetering. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). Goed voorbeeld
 2. De vakgroep bespreekt de resultaten en analyse van de 4 bovengenoemde registraties in de vakgroep en multidisciplinair indien van toepassing en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (norm)
 3. De vakgroep bespreekt de resultaten en analyse van de 4 bovengenoemde registraties in de vakgroep en multidisciplinair indien van toepassing, maar neemt geen maatregelen ter verbetering 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 de 4 bovengenoemde items, maar de resultaten of analyse worden niet in de vakgroep en multidisciplinair besproken indien van toepassing.
Zwaarwegend advies: Bespreek de resultaten van de analyse van de risico's en uitkomsten van zorg in de vakgroep en multidisciplinair indien van toepassing en gebruik dit om verbetermaatregelen te nemen indien nodig.
 5. De vakgroep registreert slechts een deel van de bovengenoemde 4 items.
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.

Norm 11. Risico's en uitkomsten van zorg (vervolg)

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

Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

Norm 12. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

1. Voldoet aan norm. 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. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
2. *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 ten dele onvoldoende voorzieningen en ondersteuning om goede zorgverlening mogelijk te maken. De kwaliteit van zorg wordt hierdoor niet beïnvloed.
Aanbeveling: Vraag aantoonbaar bij de Raad van Bestuur om de benodigde voorzieningen en ondersteuning om goede zorgverlening mogelijk te maken.
4. Het ziekenhuis biedt onvoldoende voorzieningen en ondersteuning om goede zorgverlening mogelijk te maken. Dit leidt tot verminderde efficiëntie, maar de kwaliteit van zorg is niet in gevaar.
Zwaarwegend advies: 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 de kwaliteit van 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	4	5
Kruis aan wat van toepassing is					
Verplichte onderbouwing zelfevaluatie (aantoonbaar tijdens visitatie)					

C2. Vakgroepfunctioneren

Norm 13. Schriftelijke werkafspraken

1. Voldoet aan norm. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks de schriftelijke werkafspraken met betrokken partijen en past de afspraken aan indien nodig. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep 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)					

Norm 14. Teamklimaat

1. Voldoet aan norm. Bovendien bespreekt de vakgroep tegelijk de belasting/ belastbaarheid van haar leden en neemt verbetermaatregelen indien nodig. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep 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)					

Norm 15. Optimaal functioneren

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.

1. Voldoet aan norm.. Bovendien wordt naar aanleiding van de bespreking van het vakgroepfunctioneren een verbetertraject opgesteld indien nodig en de voortgang van dit traject wordt geevalueerd. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
2. *Het functioneren van de vakgroep als geheel wordt minimaal een keer per jaar expliciet besproken door de vakgroep. Alle individuele 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 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, jaargesprekken en persoonlijk opleidingsplan.

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

C3. Patiëntenperspectief

Norm 16. Patiënttevredenheid

1. Voldoet aan norm. Bovendien zijn de rapportages apart opgesteld per klinische afdeling en per polikliniek. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
2. De vakgroep heeft *minimaal 2x per 5 jaar rapportages over de patiënttevredenheid**, bespreekt de resultaten op structurele wijze en neemt verbetermaatregelen indien nodig. (norm)
3. De vakgroep heeft *minimaal 2x per 5 jaar 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 *minimaal 2x per 5 jaar* 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. 5. De vakgroep heeft minder dan 2x per 5 jaar 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. ZorgkaartNederland wordt niet gezien als een structurele patiënt tevredenheidsmeting.

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

Norm 17. Klachten, claims en juridische procedures

- De vakgroep levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten van (poli)klinische patiënten.
 - De vakgroep ontvangt en bespreekt minimaal 1x per jaar een overzicht en analyse van ingediende klachten inclusief de afhandeling.
 - Indien individuele vakgroep leden betrokken zijn bij klachten, claims of civiel-, tucht- en strafrechtelijke procedures die verband houden met zorgverlening wordt dit gezamenlijk in de vakgroep besproken.
 - Indien van toepassing neemt de vakgroep structurele maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten, claims en tuchtzaken.
1. Voldoet aan norm. Bovendien evalueert de vakgroep de resultaten van deze maatregelen. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
 2. *De vakgroep voldoet aan bovengenoemde 4 punten. (norm)*
 3. De vakgroep levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten. De vakgroep bespreekt minimaal 1x per jaar het overzicht van ingediende klachten, claims en juridische procedures inclusief de afhandeling. Klachten, claims en juridische procedures tegen individuele vakgroepleden worden in de vakgroep besproken. De vakgroep 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, claims en juridische procedures inclusief de afhandeling en de bespreking van klachten claims en juridische procedures waar vakgroepleden bij betrokken zijn om structurele maatregelen te nemen ter voorkoming van vergelijkbare klachten, claims en juridische procedures indien van toepassing.
 4. De vakgroep levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten. De vakgroep bespreekt het overzicht van ingediende klachten, claims en juridische procedures inclusief de afhandeling niet in de vakgroep of klachten, claims en juridische procedures tegen individuele vakgroepleden worden niet in de vakgroep besproken.
Zwaarwegend advies: Bespreek het overzicht van ingediende klachten en claims inclusief de afhandeling of bespreek klachten claims en juridische procedures waar vakgroepleden bij betrokken zijn en neem structurele maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten, claims en juridische procedures indien van toepassing.
 5. De vakgroep levert geen constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten.
Voorwaarde: Lever een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten, claims en juridische procedures van (poli)klinische patiënten, zorg dat minimaal 1x per jaar het overzicht van ingediende klachten, claims en juridische procedures inclusief de afhandeling wordt besproken, bespreek klachten, claims en juridische procedures waarbij vakgroepleden betrokken zijn en neem maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten, claims en juridische procedures indien van toepassing.

Norm 17. Klachten, claims en juridische procedures (vervolg)

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

C4. Professionele ontwikkeling

Norm 18. Onderwijsmomenten

1. Voldoet aan norm. Bovendien evalueert de vakgroep minimaal jaarlijks de onderwijsmomenten en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. Stukken waaruit dit blijkt zijn tegelijk met het visitatie document aangeleverd (voorafgaand aan de visitatie) en de relevantie hiervan wordt beoordeeld door de visitatie commissie ad hoc (bv verslagen, agenda's van vergaderingen, notulen van vergaderingen). (goed voorbeeld)
2. *De vakgroep organiseert minimaal 6x per jaar een onderwijsmoment* voor gezamenlijke reflectie op huidige en toekomstige medisch inhoudelijke ontwikkelingen. (norm)*
3. De vakgroep organiseert minimaal 3x per jaar een onderwijsmoment.
Aanbeveling: Zorg dat minimaal 6x per jaar een onderwijsmoment wordt georganiseerd.
4. De vakgroep organiseert 1 à 2x per jaar een onderwijsmoment.
Zwaarwegend advies: Zorg dat minimaal 6x per jaar een onderwijsmoment wordt georganiseerd.
5. De vakgroep organiseert geen interne of externe een onderwijsmomenten.
Voorwaarde: Zorg dat minimaal 6x per jaar een onderwijsmoment wordt georganiseerd.

*) Voorbeelden van onderwijsmomenten kunnen zijn: refereerbijeenkomsten, klinische les met verwijzing naar richtlijn of literatuur, bespreking probleempatiënten, terugkoppeling congres, CAT, MKSAP.