



Kwaliteitsnormen praktijkvoering Interne Geneeskunde

Kwaliteitsnormen praktijkvoering Interne Geneeskunde

De kwaliteitsnormen voor de praktijkvoering Interne Geneeskunde zijn verdeeld in vier kwaliteitsdomeinen.

- A. Evaluatie van zorg
- B. Vakgroepfunctioneren
- C. Patiëntenperspectief
- D. Professionele ontwikkeling.

A. Kwaliteitsnormen evaluatie van zorg

Medisch beleid

- 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. Visitefrequentie
Multidisciplinair overleg

Continuïteit patiëntenzorg

- 7. Dossiervoering
- 8. Spoedzorg
- 9. Dienstoverdrachten
Dienstregeling en bereikbaarheid
- 10. Berichtgeving aan de huisarts

Risico's en uitkomsten van zorg

- 11. Risico's en uitkomsten van zorg

Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

- 12. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

B. Kwaliteitsnormen vakgroepfunctioneren

- 13. Schriftelijke werkafspraken
Samenwerking met verwijzers
- 14. Teamklimaat
- 15. Optimaal functioneren

C. Kwaliteitsnormen patiëntenperspectief

- 16. Patiënttevredenheid
- 17. Klachten en claims en juridische procedures

D. Kwaliteitsnormen professionele ontwikkeling

- 18. Onderwijsmomenten
Kennis en vaardigheden vakgroep
(Her)registratie internist
Hercertificering endoscopisten
Refereerbijeenkomsten

A. Kwaliteitsnormen evaluatie van zorg

Medisch beleid

1. Norm werken volgens richtlijnen

De actuele richtlijnen die van toepassing zijn voor de interne geneeskunde zijn opgenomen in de Richtlijnen database van de FMS (<https://richtlijnen database.nl>)*.

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

De vakgroep voldoet aan bovengenoemde 3 punten (norm).

*) 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 (<https://internisten.nl/werken-als-internist/algemeen>).

2. Norm opnamebeleid klinische patiënt

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)

*) Incidenteel betekent dat soms, maar niet wekelijks, patiënten op andere afdelingen worden opgenomen. Dit is nooit meer dan 10% van het aantal beschikbare bedden op de interne afdeling op een dag.

3. Norm medisch beleid klinische patiënt

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.

4. Norm medisch beleid poliklinische patiënt

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.

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

5. Norm intercollegiale toetsing medisch beleid poliklinische patiënt

Het medisch beleid inclusief de klinische redenering wordt intercollegiaal getoetst op basis van een aselecte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar en de resultaten worden in de vakgroep besproken.

Medisch beleid (vervolg)

6. Norm visitefrequentie

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

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

Continuïteit patiëntenzorg

7. Norm dossiervoering

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 (alleen in klinische status)*
- (Differentiaal) diagnose / probleemlijst*
- Decursus (inclusief eventuele complicaties)*
- Informatie aan patiënt en/of familie*
- Allergie, direct zichtbaar voor iedereen die de status inziet*
- Reanimatiebeleid en eventuele behandelbeperkingen moeten bij klinische patiënten direct zichtbaar zijn 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*

De dossiervoering voldoet in meer dan 90% van de dossiers aan bovengenoemde eisen. (norm)

**) 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" (<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/informed-consent.htm>)*

8. Norm Spoedzorg

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.

9. Norm 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) 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 de arts-assistent van de afgelopen dienst en de internist en arts-assistent die de dienst overnemen.*

De dienstoverdrachten vinden op bovengenoemde wijze plaats (norm)

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

10. 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.*

Berichtgeving aan de huisarts vindt in meer op bovenstaande wijze plaats. (norm)

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.

11. Norm 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*

De vakgroep bespreekt de resultaten en analyse van bovengenoemde registraties in de vakgroep en multidisciplinair indien van toepassing en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. (norm)

Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

12. Norm randvoorwaarden voor goede zorgverlening

Het ziekenhuis biedt de benodigde voorzieningen en faciliteert de internist/vakgroep op adequate wijze om goede zorgverlening mogelijk te maken.

B. Kwaliteitsnormen vakgroepfunctioneren

13. Norm schriftelijke werkafspraken

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.*

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

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

14. Norm teamklimaat

De vakgroep vult de Team Climate Inventory minimaal 2x per 5 jaar in, bespreekt de resultaten en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig.

15. Norm 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.*

*Het functioneren van de vakgroep als geheel wordt minimaal één 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)*

*) 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.

C. Kwaliteitsnormen patiëntenperspectief

16. Norm patiënttevredenheid

De vakgroep heeft minimaal 2x per 5 jaar rapportages over de patiënttevredenheid, bespreekt de resultaten op structurele wijze en neemt verbetermaatregelen indien nodig. (norm)*

*) 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.

17. Norm klachten en claims en juridische procedures

De vakgroep levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten. De vakgroep ontvangt en bespreekt minimaal 1x per jaar een overzicht en analyse van ingediende klachten en claims en tuchtzaken inclusief de afhandeling. Indien van toepassing neemt de vakgroep structurele maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten en claims. (norm)

D. Kwaliteitsnormen professionele ontwikkeling

18. Onderwijsmomenten

De vakgroep organiseert minimaal 6x per jaar een onderwijsmoment voor gezamenlijke reflectie op huidige en toekomstige medisch inhoudelijke ontwikkelingen.*

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