

# **Normendocument Visitatie Dialysecentra**

Versie 6.0

## Versiebeheer

### **Versie 6.0**

Tekst vastgesteld door Plenaire visitatiecommissie op 28 november 2023.

De tekst is aangenomen door de richtlijnen commissie op 30 januari 2024.

Deze tekst is aangenomen door de klinische vergadering van de NFN op 19 maart 2024 en door V&VN Dialyse & Nefrologie, op 3 april 2024 in een e-mail van de voorzitter van V&VN Dialyse & Nefrologie.

## Inhoud

<b>Versiebeheer</b> .....	<b>2</b>
<b>Uitgangspunten bij herziening 2024</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Faciliteiten</b> .....	<b>6</b>
A. Algemeen .....	6
B. Hemodialyse .....	7
Norm 1.1 Maatschappelijk werk .....	7
Norm 1.2 Diëtetiek .....	8
Norm 1.3 Waterbehandeling conform NFN-richtlijn .....	8
<b>2. Organisatie van zorg</b> .....	<b>9</b>
A. Algemeen .....	9
Norm 2.1 Verpleegkundig zorgconcept .....	9
Norm 2.2 Jaarcontrole .....	10
Norm 2.3 Werken volgens richtlijnen .....	10
Norm 2.4 Omgang met indicatoren .....	11
Norm 2.5 Dossiervoering .....	11
Norm 2.6 PROM .....	11
B. Zorg voor patiënten met eindstadium nierfalen .....	12
Norm 2.7 Nierfalenpolikliniek .....	12
Toetsen aan de hand van indicator voor patiënten .....	12
C. Hemodialyse .....	13
Norm 2.8 Organisatie vaattoegang .....	13
D. Thuisdialyse (TD) /peritoneale dialyse (PD) .....	14
E. Niertransplantatie .....	15
Norm 2.9 Organisatie transplantatievoorbereiding .....	15
Toetsen aan de hand van indicator voor patiënten .....	15
<b>3. Management</b> .....	<b>16</b>
Norm 3.1 Samenwerking met ondersteunend centrum .....	16
Norm 3.2 Samenwerking continue nierfunctievervangende behandeling .....	16
Norm 3.3 Teamklimaat .....	17
<b>4. Patiëntenperspectief</b> .....	<b>18</b>
Norm 4.1 Eigen regie van de dialyse patiënt .....	18
Norm 4.2 Evalueren patiëntervaringen (met b.v. PREMs, spiegelgesprekken) .....	18
Norm 4.3 Gedeelde besluitvorming .....	19
<b>5. Professionele bekwaamheid en ontwikkeling</b> .....	<b>20</b>
Norm 5.1 Bekwaamheid .....	20
Norm 5.2 Leerklimaat individueel .....	21
Norm 5.3 Leerklimaat centrum .....	21
Norm 5.4 Taakherschikking .....	22

## Uitgangspunten bij herziening 2024

Het normendocument is mede gebaseerd op de “Leidraad waarderingssystematiek voor de kwaliteitsvisitaties” van de Orde van Medisch Specialisten 2014 (tegenwoordig Federatie Medisch Specialisten). Zelfevaluatie en beoordeling van de norm vindt plaats op basis van een 3-5 puntsschaal met daaraan gekoppeld een advies:

1. **Streefnorm** (SN). De naleving van de norm is bovengemiddeld goed.
2. **Norm** (N). Het centrum voldoet aan de norm.
3. **Aanbeveling** (A). Indien de praktijkvoering op één of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen binnen een jaar te zijn uitgevoerd.
4. **Zwaarwegend advies** (ZA). Indien ten aanzien van één of meer onderdelen tekortkomingen zijn geconstateerd die weliswaar voor het moment acceptabel zijn, maar die in de naaste toekomst zouden moeten worden verbeterd. Zwaarwegende adviezen dienen binnen 3 maanden na vaststelling van verslag te zijn uitgevoerd.
5. **Voorwaarden** (V). Indien ten aanzien van essentiële onderdelen bepaalde ernstige tekortkomingen zijn geconstateerd. Voorwaarden dienen binnen de tijd die de visitatiecommissie aangeeft te zijn uitgevoerd, maar maximaal binnen drie maanden na visitatiebezoek.

	Aantal	Vervolg (termijn gaat in na datum definitief verslag)
<b>Voorwaarde (V)</b>	1 of meer	Schriftelijke opvolging na 3 maand
<b>Zwaarwegend advies (ZA)</b>	1 of meer	Schriftelijke opvolging na 6 maand
<b>Aanbeveling (A)</b>	1 of meer	Schriftelijke opvolging na 1 jaar
<b>V en/of ZA en/of A</b>	6 of meer	Digitaal vervolgbezoek na 6 maand

Op basis van deze vaste indeling wordt het voor gevisiteerde dialysecentra duidelijk waarop ze getoetst worden (transparantie) en hebben de visitatiecommissies ad hoc een eenduidig toetsingskader (eenduidigheid).

Bij visitatie kan het predicaat “**Goed voorbeeld**” worden toegekend aan een onderdeel van het zorgproces. Voorwaarden voor toekenning zijn:

- Het betreft een vernieuwende wijze van organisatie van de zorg;
- Het centrum is bereid kennis hierover te delen bijvoorbeeld door presentatie of publicatie.

Voorafgaande aan de visitatie kan het centrum zelf een voordracht voor een ‘Goed voorbeeld’ doen. Uiteindelijk beslist de visitatiecommissie of aan de criteria voldaan wordt. Het goede voorbeeld kan gepubliceerd worden op de website van Nefrovisie.

Naast deze normen is een deel van de oorspronkelijke stellingen in deze herziene versie gedefinieerd als **randvoorwaarde** en zal een deel van de stellingen getoetst worden aan de hand van een **indicator**.

Randvoorwaarden zijn voor één uitleg vatbaar: het centrum voldoet wel of niet. Wanneer niet wordt voldaan volgt automatisch een advies, dat - afhankelijk van het risico voor de patiënt - zal bestaan uit een zwaarwegend advies of een voorwaarde.

Bij normen over onderwerpen die op basis van uitkomst (een bruikbare indicator) kunnen worden getoetst, wordt van het centrum verwacht dat bij significante afwijking in negatieve zin (buiten het 95% betrouwbaarheidsinterval van de funnel plot) een oorzakenanalyse wordt verricht door middel van een audit op het proces en, indien nodig, verbeteracties worden uitgezet, bij voorkeur voorafgaande aan het visitatiebezoek. Indien bij visitatie blijkt dat de afwijking niet verklaard kan worden, volgt alsnog het

zwaarwegende advies een audit en verbeteracties uit te voeren die mede gebaseerd zijn op bevindingen tijdens visitatiebezoek.

Bij afwijking in positieve zin (ook 95% betrouwbaarheidsinterval) kan het centrum als “Goed voorbeeld” worden aangemeld als blijkt dat centrum hier een proactief beleid op ingericht heeft dat als voorbeeld voor anderen kan dienen.

De randvoorwaarden, normen en indicatoren zijn ondergebracht in 5 hoofdstukken (domeinen)

- Faciliteiten
  - o Met onderwerpen als apparatuur, watercommissie, beschikbare disciplines en expertise disciplines;
  - o In deze randvoorwaarden wordt een splitsing gemaakt tussen patiënten ouder dan 18 jaar en jonger dan 18 jaar.
- Organisatie van zorg
  - o Met zowel algemene punten als dossiervoering, naleven van richtlijnen en kwaliteitsregistratie als specifieke onderwerpen zoals zorg voor patiënten met eindstadium nierfalen, vaattoegang en jaarcontroles;
- Management en organisatie
  - o Met onderwerpen als kwaliteitssysteem, samenwerking in- en extern en teamklimaat
- Patiëntenperspectief
  - o Met onderwerpen als voorlichting, tevredenheidsmetingen, gemeenschappelijke besluitvorming en patiënten participatie;
- Professionele ontwikkeling
  - o Met onderwerpen als deskundigheid internist-nefrologen, professionele deskundigheid, taakherschikking.

Een deel van de oude normen is niet overgenomen als norm of randvoorwaarde:

1. Normen die in de afgelopen 3 jaar vrijwel nooit tot onderscheid hebben geleid (iedereen voldoet);
2. Normen die voldoende getoetst worden in het kader van andere accreditatie/certificatietrajecten (Qualicor Europe, Q-mentum, JCI, ISO etc.).

Bij het opstellen van de normen is aandacht gegeven aan actuele thema's in de zorg. De keuze van deze thema's is gebaseerd op raadplegingen van kwaliteitsdeskundigen uit andere sectoren in de zorg en raadpleging van de patiëntenvereniging NVN. De thema's zijn:

- Versterking van het patiëntenperspectief;
- Personalisatie van zorg;
- Versterking van het leerklimaat;
- Evaluatie van het teamklimaat;

## 1. Faciliteiten

Apparatuur, waterbehandeling, beschikbare disciplines

### A. Algemeen

#### *Randvoorwaarden*

1. Het dialysecentrum beschikt zelf of via een samenwerkingsovereenkomst over de volgende disciplines met specifieke kennis en deskundigheid van problematiek bij nierfalenpatiënten en nierfunctievervangende therapie:
  - 1.1. Internist-nefroloog
  - 1.2. Dialyseverpleegkundige
  - 1.3. Diëtetiek
  - 1.4. Maatschappelijk werk
  - 1.5. (Dialyse)techniek
  - 1.6. (Toezichthoudend) apotheek
2. Het dialysecentrum beschikt zelf of via een samenwerkingsovereenkomst over de volgende disciplines:
  - 2.1. Vaatchirurg (7 x 24 uur beschikbaar)
  - 2.2. Interventieradioloog (7 x 24 uur beschikbaar)
  - 2.3. Cardioloog (7 x 24 uur beschikbaar)
  - 2.4. Medisch-microbioloog
  - 2.5. Ziekenhuishygiënist
  - 2.6. Geriater/internist-ouderengeneeskunde
  - 2.7. Diabetesverpleegkundige
3. Het dialysecentrum beschikt zelf of via een samenwerkingsovereenkomst over de volgende faciliteiten:
  - 3.1. Laboratorium
  - 3.2. IC
  - 3.3. CCU
  - 3.4. Angiokamer
  - 3.5. Isolatiekamer met drukregulatie
  - 3.6. Spoedeisende hulp
  - 3.7. Verpleegafdeling met verpleegkundigen met nefrologische deskundigheid
4. Het dialysecentrum heeft de mogelijkheid patiënten op een bed te dialyseren.

## B. Hemodialyse

### Randvoorwaarden

1. Het dialysecentrum beschikt over een zodanige dialysecapaciteit dat patiënten conform de behandelafspraken gedialyseerd kunnen worden.
2. Het dialysecentrum beschikt over een calamiteitenplan voor gehele of gedeeltelijke uitval van de dialysecapaciteit.
3. Het dialysecentrum beschikt over de mogelijkheid tot het (laten) inbrengen van centraal veneuze katheters (CVC).
4. Het dialysecentrum beschikt over echoapparatuur om complexe shunts aan te kunnen prikken en/of CVC's onder echogeleiding in te (laten) brengen.
5. De inzetbaarheid van de waterbehandelingsinstallatie en dialysemachine is voor gebruikers op elk moment duidelijk.
6. De huisaanpassingen ten behoeve van thuishemodialyse worden uitgevoerd volgens daartoe geldende NEN-norm.
7. De ruimte, faciliteiten en waterinstallatie thuis worden voorafgaand aan de eerste thuisdialysebehandeling aantoonbaar gekeurd door een daartoe erkend inspecteur.

### Norm 1.1 Maatschappelijk werk

Het dialysecentrum beschikt over een eigen geormerkte en adequate formatie maatschappelijk werk, zodanig dat inhoudelijk gewerkt kan worden volgens de vigerende beroepsnorm "Kwaliteitsstandaarden maatschappelijk werk nefrologie". De maatschappelijk werker neemt deel aan het multidisciplinair overleg (MDO). De maatschappelijk werker voldoet aan minimaal drie van de volgende activiteiten: heeft een proactieve rol in het dialyseteam, is lid van een interne werkgroep, geeft groepsvoorlichting, draagt aantoonbaar bij aan innovatie van de zorg. Daarnaast staat de maatschappelijk werker geregistreerd in het Registerplein. (SN)
Het dialysecentrum beschikt over een eigen geormerkte en adequate formatie maatschappelijk werk, zodanig dat inhoudelijk gewerkt kan worden volgens de vigerende beroepsnorm "Kwaliteitsstandaarden maatschappelijk werk nefrologie". De maatschappelijk werker neemt deel aan het MDO. De maatschappelijk werker heeft een lidmaatschap bij het VMWN en/of BSPW. (N)
De maatschappelijk werker is niet aanwezig bij het MDO. (A)
De formatie is ontoereikend hetgeen aantoonbaar nadelige effecten heeft voor kwaliteit van zorg. (ZA)

## Norm 1.2 Diëtetiek

Het dialysecentrum beschikt over een eigen geormerkte en adequate formatie diëtetiek, zodanig dat inhoudelijk gewerkt kan worden volgens het vigerende DNN 'Beroepsprofiel diëtist nierziekten'. De diëtist hanteert de DNN-dieetbehandelingsrichtlijnen en beoordeelt de voedingstoestand van de patiënt zoals deze wordt aanbevolen in deze richtlijnen. De diëtist neemt deel aan het MDO. Minimaal 1 diëtist voldoet aan de DNN-kwaliteitscriteria met aandachtsgebied nierziekten. De vakgroep diëtetiek voldoet aan minimaal drie van de volgende activiteiten: is lid van een interne werkgroep, is lid van een externe werkgroep, ontwikkelt innovatieve (hulp)middelen, geeft groepsvoorlichting, geeft scholing, schrijft wetenschappelijk artikel of richtlijn. (SN)
Het dialysecentrum beschikt over een eigen geormerkte en adequate formatie diëtetiek, zodanig dat inhoudelijk gewerkt kan worden volgens het vigerende DNN 'Beroepsprofiel diëtist nierziekten'. De diëtist hanteert de DNN-dieetbehandelingsrichtlijnen en beoordeelt de voedingstoestand van de patiënt zoals deze wordt aanbevolen in deze richtlijnen. De diëtist neemt deel aan het MDO. Minimaal 1 diëtist voldoet aan de DNN-kwaliteitscriteria diëtist met aandachtsgebied nierziekten. (N)
De diëtist hanteert de DNN-dieetbehandelingsrichtlijnen niet en beoordeelt de voedingstoestand van de patiënt niet zoals deze wordt aanbevolen in deze richtlijnen of de diëtist neemt niet deel aan het MDO. (A)
De diëtist hanteert de DNN-dieetbehandelingsrichtlijnen niet en beoordeelt de voedingstoestand van de patiënt niet zoals deze wordt aanbevolen in deze richtlijnen én de diëtist neemt niet deel aan het MDO. (ZA)
De formatie diëtisten is ontoereikend hetgeen aantoonbaar nadelige effecten heeft op de kwaliteit van zorg, de diëtist hanteert DNN-dieetbehandelingsrichtlijnen niet en de diëtist neemt niet deel aan het MDO. (V)

## Norm 1.3 Waterbehandeling conform NFN-richtlijn

De waterbehandeling voor hemodialyse geschiedt volgens de actuele NFN-richtlijn Waterbehandeling. (N)
De waterbehandeling geschiedt op onderdelen niet volgens de actuele NFN-richtlijn Waterbehandeling met een minimaal risico voor patiëntveiligheid. (A)
De waterbehandeling geschiedt op onderdelen niet volgens de actuele NFN-richtlijn Waterbehandeling met een risico voor de patiëntveiligheid. (V)



## 2. Organisatie van zorg

Algemeen, zorg voor eindstadium nierfalen, hemodialyse, peritoneaal dialyse, thuisdialyse en niertransplantatie.

### A. Algemeen

#### *Randvoorwaarden*

1. De internist-nefroloog is 24/7 bereikbaar voor consultatie en acute nefrologische interventies binnen medisch verantwoorde tijd.
2. Iedere nierfalenpatiënt wordt ten minste eenmaal per jaar besproken in een MDO.
3. De internist-nefrologen en de dialyseverpleegkundigen zorgen voor een overdracht van relevante medische en verpleegkundige gegevens over de dialysebehandeling bij:
  - 3.1. Opname
  - 3.2. Overplaatsing
  - 3.3. Vakantiedialyse

#### **Norm 2.1 Verpleegkundig zorgconcept**

De verpleegkundige zorg wordt gegeven vanuit een patiëntgericht zorgconcept in samenspraak met de patiënt (en/of wettelijk vertegenwoordiging), waarbij de continuïteit van zorg geborgd is. De kwetsbaarheid van de patiënt is in kaart gebracht. Dit leidt, indien relevant, tot doelen en/of acties die in samenspraak met patiënt worden opgesteld. Acties worden aantoonbaar geëvalueerd en gemonitord om te beoordelen of deze leiden tot het gewenste resultaat. Om de patiëntgerichte en planmatige zorg te spiegelen worden intervisies uitgevoerd. (SN)

De verpleegkundige zorg wordt gegeven vanuit een patiëntgericht zorgconcept in samenspraak met de patiënt (en/of wettelijk vertegenwoordiging), waarbij de continuïteit van zorg geborgd is. De kwetsbaarheid van de patiënt is in kaart gebracht. Dit leidt, indien relevant, tot doelen en/of acties die in samenspraak met patiënt worden opgesteld. Acties worden aantoonbaar geëvalueerd en gemonitord om te beoordelen of deze leiden tot het gewenste resultaat. (N)

De verpleegkundige zorg wordt gegeven vanuit een patiëntgericht zorgconcept in samenspraak met de patiënt (en/of wettelijk vertegenwoordiging), waarbij de continuïteit van zorg geborgd is, waarbij de kwetsbaarheid van de patiënt in kaart is gebracht. Dit leidt, indien relevant, tot doelen en/of acties die in samenspraak met patiënt worden opgesteld. Acties worden niet aantoonbaar geëvalueerd en/of gemonitord om te beoordelen of deze leiden tot het gewenste resultaat. (A)

De verpleegkundige zorg wordt gegeven vanuit een patiëntgericht zorgconcept welke in samenspraak met patiënt (en/of wettelijk vertegenwoordiging), wordt opgesteld. De kwetsbaarheid van de patiënt is niet in kaart gebracht. (ZA)

De verpleegkundige zorg wordt niet gegeven vanuit een patiëntgericht zorgconcept. De kwetsbaarheid van de patiënt is niet in kaart gebracht. (V)

## Norm 2.2 Jaarcontrole

Vrijwel alle dialysepatiënten ondergaan ten minste eenmaal per jaar een controle in een voor onderzoek bestemde ruimte door hun behandelend internist-nefroloog. De controle omvat ten minste anamnese, lichamelijk onderzoek en bespreking met de patiënt. In dit gesprek komt minimaal aan de orde: huidig en toekomstig behandelplan (inclusief alternatieve behandelmogelijkheden waaronder niertransplantatie en behandelbeperkingen). De behandelend internist-nefroloog brengt ten minste jaarlijks schriftelijk verslag uit van zijn bevindingen en het ingezette beleid aan de huisarts en andere, bij de behandeling betrokken artsen. (N)
Vrijwel alle dialysepatiënten ondergaan ten minste eenmaal per jaar een controle in een voor onderzoek bestemde ruimte door hun behandelend internist-nefroloog. Op onderdelen is deze controle onvolledig dan wel is het jaarlijks verslag aan huisarts en andere behandelaren onvolledig. (A)
Bij meer dan 20% van de dialysepatiënten ontbreekt een jaarlijkse controle in een voor onderzoek bestemde ruimte door hun behandelend internist-nefroloog, dan wel is de controle onvolledig of ontbreekt een jaarlijks verslag aan de huisarts en andere bij de behandeling betrokken artsen. (ZA)
Jaarcontroles worden niet gepland en/of schriftelijke jaarrapportages aan de huisarts en andere bij de behandeling betrokken artsen ontbreken. (V)

## Norm 2.3 Werken volgens richtlijnen

Het dialysecentrum hanteert voor de zorg aan patiënten met eindstadium nierfalen en dialysezorg de actuele richtlijnen van de NFN. Implementatie van nieuwe richtlijnen vindt plaats op gestructureerde wijze. De toepassing van de richtlijn wordt structureel geëvalueerd indien nodig worden verbeteringen uitgevoerd. (SN)
Het dialysecentrum hanteert voor de zorg aan patiënten met eindstadium nierfalen en dialysezorg de actuele richtlijnen van de NFN. Implementatie van nieuwe richtlijnen vindt plaats op gestructureerde wijze. (N)
Het dialysecentrum hanteert voor de zorg aan patiënten met eindstadium nierfalen en dialysezorg de actuele richtlijnen van de NFN echter implementatie van nieuwe richtlijnen vindt niet plaats op gestructureerde wijze. (A).
Op onderdelen wijkt het dialysecentrum af van de actuele richtlijnen van de NFN zonder argumentatie met als gevolg dat er een risico bestaat voor kwaliteit van zorg en veiligheid. (ZA)
Het dialysecentrum wijkt af van de actuele richtlijnen van de NFN zonder argumentatie met als gevolg dat er een hoog risico bestaat voor kwaliteit van zorg en veiligheid. (V)

## Norm 2.4 Omgang met indicatoren

Het dialysecentrum neemt deel aan de landelijke registratie van de dialysegegevens door Nefrovisie, registreert de kwaliteitsindicatoren van de betrokken beroepsgroepen evenals de door het dialysecentrum zelfgekozen indicatoren. Het dialysecentrum evalueert de uitkomsten van de registraties, stelt verbeteracties in en monitort of deze leiden tot het gewenste resultaat. (SN)
Het dialysecentrum neemt deel aan de landelijke registratie van de dialysegegevens door Nefrovisie, registreert de kwaliteitsindicatoren van de betrokken beroepsgroepen evenals de door het dialysecentrum zelfgekozen indicatoren. Het dialysecentrum evalueert de uitkomsten van de registraties en stelt verbeteracties in. (N)
Het dialysecentrum neemt deel aan de landelijke registratie van de dialysegegevens door Nefrovisie, registreert de kwaliteitsindicatoren van de betrokken beroepsgroepen evenals de door het dialysecentrum zelfgekozen indicatoren. Het dialysecentrum evalueert de uitkomsten van de registraties, maar gebruikt deze niet om verbeteracties in te stellen. (A)
Het dialysecentrum neemt deel aan de landelijke registratie van de dialysegegevens door Nefrovisie, registreert de kwaliteitsindicatoren van de betrokken beroepsgroepen evenals de door het dialysecentrum zelfgekozen indicatoren. Het dialysecentrum evalueert de uitkomsten van de registraties niet. (ZA)
Het dialysecentrum neemt niet deel aan de landelijke registratie van de dialysegegevens door Nefrovisie en/of registreert de kwaliteitsindicatoren van betrokken beroepsgroepen en/of de door het dialysecentrum zelfgekozen indicatoren niet. (V)

## Norm 2.5 Dossiervoering

Het dialysecentrum heeft één elektronisch dossier waarin alle relevante informatie voor de bij behandeling betrokken professionals beschikbaar is. De patiënt heeft direct toegang tot dit elektronisch dossier. Het centrum evalueert regelmatig de dossiervoering en past deze, indien gewenst, aan. (SN)
Het dialysecentrum heeft een elektronisch dossier waarin alle relevante informatie voor de bij behandeling betrokken professionals beschikbaar is. Hierbij kan sprake zijn van een dubbel dossier, echter zijn de risico's in kaart gebracht. Eén dossier leidend, dit is vastgelegd. (N)
Het elektronisch dossier vertoont tekortkomingen of er is sprake van dubbele dossiervoering met een minimaal risico voor kwaliteit van zorg of veiligheid van de patiënt. De risico's zijn niet in kaart gebracht. Eén dossier is leidend, dit is vastgelegd. (A)
Het elektronisch dossier vertoont tekortkomingen en er is sprake van dubbele dossiervoering met een minimaal risico voor kwaliteit van zorg of veiligheid van de patiënt. De risico's zijn niet in kaart gebracht ook is het niet duidelijk welk dossier leidend is. (ZA)
Het elektronisch dossier vertoont tekortkomingen en er is sprake van dubbele dossiervoering met een hoog risico voor kwaliteit van zorg of veiligheid van de patiënt. (V)

## Norm 2.6 PROM

Het dialysecentrum biedt de PROM jaarlijks aan. Minimaal 50% van de patiënten vult de PROM in en deze PROM wordt jaarlijks besproken met de patiënt. Hiervoor is een werkwijze vastgelegd en er wordt ook gestuurd op evalueren en verbeteren van deze werkwijze. (SN)
Het dialysecentrum biedt de PROM jaarlijks aan en deze PROM wordt besproken met de patiënt. Hiervoor is een werkwijze vastgelegd. (N)
Het dialysecentrum biedt de PROM jaarlijks aan, maar de deze wordt niet besproken met de patiënt. (A)
Het dialysecentrum biedt de PROM niet aan (ZA)

## B. Zorg voor patiënten met eindstadium nierfalen

### Norm 2.7 Nierfalenpolikliniek

Organisatie multidisciplinaire poli voor patiënten met eindstadium nierfalen (stadia G4 en G5). Buiten de genoemde indicatoren staat in dit traject de begeleiding naar de keuze in nierfunctievervangende therapie centraal.

Het dialysecentrum heeft een gestructureerde nierfalenpoli, waarbij alle vormen van nierfunctievervangende therapieën (inclusief (pre-emptieve) transplantatie) en het afzien van nierfunctievervangende therapie (voortzetting conservatieve behandeling) worden besproken. De voorlichting over behandeling wordt afgestemd op de behoefte en vaardigheden van de patiënt en de fase c.q. behandelingsvorm waarin de patiënt zich bevindt. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van landelijk voorlichtingsmateriaal en wordt de mogelijkheid van contact met andere ervaringsdeskundigen en voorlichtingsbijeenkomsten aangeboden. Het centrum evalueert het functioneren van de nierfalenpoli in een PDCA-cyclus. Onderdeel van de evaluatie is een patiënten raadpleging. (SN)
Het dialysecentrum heeft een gestructureerde nierfalenpoli, waarbij alle vormen van nierfunctievervangende therapieën (inclusief (pre-emptieve) transplantatie) en het afzien van nierfunctievervangende therapie (voortzetting conservatieve behandeling) worden besproken. De voorlichting over behandeling wordt afgestemd op de behoefte en vaardigheden van de patiënt en de fase c.q. behandelingsvorm waarin de patiënt zich bevindt. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van landelijk voorlichtingsmateriaal en wordt de mogelijkheid van contact met andere ervaringsdeskundigen en voorlichtingsbijeenkomsten aangeboden. (N)
Het dialysecentrum heeft een gestructureerde nierfalenpoli waarbij alle vormen van nierfunctievervangende therapieën (inclusief (pre-emptieve) transplantatie) en het afzien van nierfunctievervangende therapie (voortzetting conservatieve behandeling) worden besproken. De voorlichting over behandeling wordt afgestemd op de behoefte en vaardigheden van de patiënt en de fase c.q. behandelingsvorm waarin de patiënt zich bevindt. Bij de voorlichting wordt onvoldoende gebruik gemaakt van landelijk voorlichtingsmateriaal, de mogelijkheid van contact met andere ervaringsdeskundigen en/of voorlichtingsbijeenkomsten. (A)
Het dialysecentrum heeft een gestructureerde nierfalen poli waarbij echter niet alle vormen van nierfunctievervangende therapieën (inclusief (pre-emptieve) transplantatie) of het afzien van nierfunctievervangende therapie (voortzetting conservatieve behandeling) worden besproken. (ZA)
Het dialysecentrum heeft geen gestructureerde nierfalenpoli (V)

### Toetsen aan de hand van indicator voor patiënten

1. Functionerende shunt hetzij PD katheter zoals omschreven in *indicator Zorginstituut no 3 (te vinden op <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/chronische-nierschade-indicatoren>)*, *Nefrodata Benchmark rapport funnelplot 7.3*.
2. Percentage iv katheters incidentie HD-patiënten zoals omschreven in *Nefrodata Benchmark rapport funnelplot 5.6*
3. Percentage iv katheters prevalentie HD-patiënten zoals omschreven in *Nefrodata Benchmark rapport funnelplot 5.5*

## C. Hemodialyse

### **Randvoorwaarden**

1. Binnen vier weken na aanvraag zijn electieve vaattoegangsoperaties mogelijk.
2. Er is minimaal één keer per maand gestructureerd vaattoegangsoverleg tussen internist-nefroloog, dialyseverpleegkundige, vaatchirurg en interventieradioloog.
3. Indien in het dialysecentrum de voor het vaattoegangsoverleg vereiste disciplines ontbreken, neemt de internist-nefroloog van dat betreffende dialysecentrum deel aan het gestructureerde vaattoegangsoverleg in het dialysecentrum waarmee een samenwerkingsovereenkomst is afgesloten.
4. Er wordt wekelijks visite gelopen door internist-nefroloog (in opleiding), meervoudig gedifferentieerd internist, AIOS, PA en/of VS samen met een dialyseverpleegkundige.
  - a. Als er visite gelopen wordt door een meervoudig gedifferentieerd internist, NIO, AIOS, PA of VS vindt nabespreking plaats in dezelfde week.
  - b. De internist-nefroloog bezoekt minimaal eenmaal per maand de patiënt zelf.
5. Nachtelijke centrumhemodialysepatiënten worden minimaal 1x per 8 weken aan de stoel/bed of op de polikliniek door hun behandelend internist-nefroloog gezien.
6. Bij nachtelijke centrumhemodialysepatiënten analyseert de internist-nefroloog minimaal wekelijks het behandeldossier van de patiënt en neemt daarop indien nodig actie.

### **Norm 2.8 Organisatie vaattoegang**

De zorg rondom vaattoegang voor hemodialyse geschiedt volgens de actuele NFN-richtlijn vaattoegang. Het centrum evalueert de implementatie en past indien nodig verbeteringen toe. (SN)
De zorg rondom vaattoegang voor hemodialyse geschiedt volgens de actuele NFN-richtlijn vaattoegang. (N)
De zorg rondom vaattoegang voor hemodialyse geschiedt op onderdelen niet volgens de actuele NFN-richtlijn met een minimaal risico voor de kwaliteit van zorg. (A)
De zorg rondom vaattoegang voor hemodialyse geschiedt op onderdelen niet volgens de richtlijn van de NFN met een hoog risico voor kwaliteit van zorg. (ZA)

## D. Thuisdialyse (TD) /peritoneale dialyse (PD)

### *Randvoorwaarden*

1. Peritoneale of thuishemodialysepatiënten worden minimaal éénmaal per 8 weken poliklinisch gezien door de behandelend internist-nefroloog. Alternierend kan monitoring op afstand mogelijk zijn.
2. De internist-nefroloog wordt bij de PD en THD-poli ondersteund door (informatie over de patiënt van) de verantwoordelijk PD of THD-verpleegkundige.
3. In een dialysecentrum ziet een NIO, meervoudig gedifferentieerd internist, VS of PA, indien onderdeel van het behandelteam, onder verantwoordelijkheid van de bij de behandeling betrokken internist-nefroloog zelfstandig PD- of THD-patiënten op de polikliniek.
  - a. De verantwoordelijk internist-nefroloog ziet de patiënt eenmaal in de vier maanden zelf op het spreekuur.
  - b. Er vindt wekelijks een nabespreking plaats tussen NIO, meervoudig gedifferentieerd internist, VS of PA en internist-nefroloog over de patiënten die in die week zelfstandig door de NIO, meervoudig gedifferentieerd internist, VS of PA zijn gezien.
4. Ten behoeve van peritoneale dialysezorg beschikt het centrum over adequaat geschoolde verpleegkundigen.
5. Ten behoeve van thuishemodialysezorg beschikt het centrum over adequaat geschoolde verpleegkundigen.
6. Ten behoeve van patiënten die peritoneaal dialyseren is een opleidingsplan aanwezig.
7. Ten behoeve van patiënten die thuis hemodialyseren is een opleidingsplan aanwezig.
8. Ondersteuning bij de uitvoering van peritoneale dialyse door een thuiszorgverpleegkundige gebeurt op basis van een samenwerkingsovereenkomst.
9. Ondersteuning bij de uitvoering van thuishemodialyse door een externe partij gebeurt op basis van een samenwerkingsovereenkomst.

## E. Niertransplantatie

### Randvoorwaarden

1. De transplantabiliteit van patiënten, die voorbereid worden op transplantatie of op de wachtlijst staan voor transplantatie, wordt jaarlijks besproken met het transplantatiecentrum.
2. Patiënten zijn te allen tijde op de hoogte van de status van de voorbereiding op niertransplantatie.

### Norm 2.9 Organisatie transplantatievoorbereiding

Bij de voorbereiding van potentiële niertransplantatiepatiënten wordt aantoonbaar gestreefd naar een minimale doorlooptijd en bestaat er een daartoe ingericht samenwerkingsverband met het transplantatiecentrum. Het centrum evalueert de transplantatievoorbereiding en past deze indien nodig aan. (SN)
Bij de voorbereiding van potentiële niertransplantatiepatiënten wordt aantoonbaar gestreefd naar een minimale doorlooptijd en bestaat er een daartoe ingericht samenwerkingsverband met het transplantatiecentrum. (N)
Op onderdelen is de organisatie van de transplantatievoorbereiding, dan wel de samenwerking met het transplantatiecentrum onvoldoende met minimale effecten op de doorlooptijd. (A)
Op onderdelen is de organisatie van de transplantatievoorbereiding onvoldoende waardoor er significante effecten op de doorlooptijd ontstaan. (ZA)
De organisatie van de transplantatievoorbereiding is onvoldoende waardoor de patiënt ernstig benadeeld wordt. (V)

### Toetsen aan de hand van indicator voor patiënten

1. Transplantatievoorbereiding zoals omschreven in *indicator Zorginstituut 2 (te vinden op: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/chronische-nierschade-indicatoren> ) en in *Nefrodata benchmark rapport funnelplot 7.2.**
2. Pré emptieve transplantaties dan wel verwijzingen zoals omschreven in *indicator zorginstituut 4 (te vinden op: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/chronische-nierschade-indicatoren> )*
3. Percentage transplantaties zoals omschreven in *Nefrodata benchmark funnelplot 3.3.*
4. Percentage pre emptieve transplantaties (levend en overleden donor) zoals omschreven in *Nefrodata benchmark funnelplot 3.4.*
5. Aandeel pre emptief getransplanteerden als percentage van aantal transplantaties zoals omschreven in *Nefrodata benchmark funnelplot 3.5.*

### 3. Management

Kwaliteitssysteem, samenwerking in- en extern

#### Randvoorwaarden

1. Het dialysecentrum beschikt over een adequaat functionerend kwaliteitssysteem dat extern wordt gevalideerd door een certificerende of accrediterende instelling en stelt de rapportage ter inzage van de visitatiecommissie.
2. Een internist-nefroloog maakt deel uit van het managementteam of heeft aantoonbaar inbreng op medisch inhoudelijk en bedrijfsmatig vlak van het dialysecentrum.

#### Norm 3.1 Samenwerking met ondersteunend centrum

Voor alle voor de dialyse van belang zijnde disciplines en faciliteiten en voor de dialysemodaliteiten waarover een dialysecentrum niet beschikt, heeft het dialysecentrum schriftelijke afspraken met één of meerdere organisaties, waardoor elke vorm van nierfunctievervangende therapie (inclusief zorg na afzien van de behandeling) laagdrempelig beschikbaar is. Deze afspraken worden minimaal 1x per drie jaar aantoonbaar geëvalueerd en indien nodig worden verbeteringen doorgevoerd. (N)

Het dialysecentrum voldoet aan de norm, maar op onderdelen is de samenwerkingsovereenkomst onvolledig, waardoor niet alle vormen van nierfunctievervangende behandeling laagdrempelig beschikbaar zijn en/of er een risico bestaat voor de patiëntveiligheid en/of kwaliteit van zorg of de driejaarlijkse evaluatie van de samenwerking wordt niet uitgevoerd. (A)

Het dialysecentrum heeft voor één of meer voor de dialyse van belang zijnde disciplines en faciliteiten, en voor de dialysemodaliteiten waarover men niet zelf beschikt geen schriftelijke afspraken met één of meerdere organisaties, waardoor bepaalde vormen van nierfunctievervangende behandeling niet beschikbaar zijn en/of er een hoog risico voor de patiëntveiligheid en/of kwaliteit van zorg bestaat. (ZA)

Het dialysecentrum heeft voor geen van de voor de dialyse van belang zijnde disciplines en faciliteiten en voor dialysemodaliteiten waarover men niet zelf beschikt, schriftelijke afspraken met één of meerdere organisaties, waardoor bepaalde vormen van nierfunctievervangende behandeling niet beschikbaar zijn en/of er een hoog risico voor de patiëntveiligheid en/of kwaliteit van zorg bestaat. (V)

#### Norm 3.2 Samenwerking continue nierfunctievervangende behandeling

Ten behoeve van nierfunctievervangende behandeling op de IC en of CCU heeft het centrum een schriftelijke afspraak met de betreffende afdeling waarin wederzijdse verantwoordelijkheden zijn vastgelegd. De afspraken worden minimaal 1x per drie jaar aantoonbaar geëvalueerd en indien nodig worden verbeteringen doorgevoerd. (N)

Er is een schriftelijke afspraak met de betreffende afdeling, maar op onderdelen is de samenwerkingsovereenkomst onvolledig met een beperkt risico voor patiëntveiligheid en/of kwaliteit van zorg, of de driejaarlijkse evaluatie van de samenwerking wordt niet uitgevoerd. (A)

Er is een schriftelijke afspraak met de betreffende afdeling, maar op onderdelen is de samenwerkingsovereenkomst onvolledig met een risico voor patiëntveiligheid en/of kwaliteit van zorg. (ZA)

Er is geen schriftelijke afspraak met de betreffende afdeling. (V)



### Norm 3.3 Teamklimaat <sup>1</sup>

Het teamklimaat tussen alle medewerkers die bij de zorg van dialyse patiënten betrokken zijn wordt 1 x per 3 jaar besproken. Indien nodig worden er maatregelen genomen ter verbetering. (SN)
Het teamklimaat binnen het team van dialyseverpleegkundigen en internist-nefrologen wordt 1x per 3 jaar besproken. (N)
Het teamklimaat binnen het team van dialyseverpleegkundigen en internist-nefrologen wordt minder dan 1x per 3 jaar besproken. (A)

---

<sup>1</sup> Onder teamklimaat wordt verstaan de structuur- en procesaspecten die een rol spelen bij het functioneren van het team dat betrokken is bij de zorg voor dialysepatiënten. Structuuraspecten zijn teamsamenstelling, teamgrootte, teamleiderschap verantwoordelijkheden, werkverdeling en werkbelasting.

Onder procesaspecten staan o.a. de volgende zaken centraal: hoe gaan teamleden met elkaar om, worden teamleden voldoende geïnformeerd en heeft men invloed op de besluitvorming.

De beoordeling van het teamklimaat vindt bij voorkeur plaats via een meting. Daarop volgt een teamklimaatbespreking. Hier wordt het volgende onder verstaan: tijdens een reguliere teambespreking (minimaal 1x per 3 jaar), kunnen o.a. de volgende aspecten aan de orde komen: teamvisie, interactie en delen van informatie, ondersteuning bij innovatie, taakgerichtheid, vertrouwen, veiligheid en invloed. Indien nodig worden er maatregelen genomen ter verbetering. Zie ook op [de site van de internisten het artikel over het meten van het teamklimaat \(TCI\)](#)

## 4. Patiëntenperspectief

Voorlichting, tevredenheidsmetingen en gemeenschappelijke besluitvorming, patiënten participatie

### Randvoorwaarde

1. De uitkomsten van de visitatie van patiëntenperspectief worden met (een vertegenwoordiging van) de patiënten gedeeld.

### Norm 4.1 Eigen regie van de dialyse patiënt

Het centrum streeft naar maximale eigen regie van de patiënt bij zijn behandeling en heeft daarvoor een specifiek programma ingericht. Het centrum heeft inzichtelijk welk percentage van patiënten op de verschillende onderdelen <sup>2</sup> behaald zijn. Voor de patiënt is zijn eigen leercurve inzichtelijk. Het centrum evalueert de resultaten van dit programma op afdelingsniveau om verbeteracties uit te voeren en evalueert deze. (SN)
Het centrum streeft naar maximale eigen regie van de patiënt bij zijn behandeling en heeft daarvoor een specifiek programma ingericht. Het centrum evalueert het programma op afdelingsniveau om verbeteracties uit te voeren. (N)
Het centrum streeft naar maximale eigen regie van de patiënt bij zijn behandeling en heeft daarvoor een specifiek programma ingericht. Het centrum evalueert het programma op afdelingsniveau niet en/of voert geen verbeteracties. (A)
Het centrum streeft naar eigen regie van de patiënt bij zijn behandeling, maar heeft daarvoor geen specifiek programma ingericht. (ZA)
Het dialysecentrum biedt geen mogelijkheden voor actieve betrokkenheid van de patiënt bij zijn behandeling. (V)

### Norm 4.2 Evalueren patiëntervaringen (met b.v. PREMs, spiegelgesprekken)

Het dialysecentrum brengt jaarlijks de patiënttevredenheid in kaart, bespreekt de uitkomsten met patiëntenvertegenwoordiging en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren. Het dialysecentrum evalueert de genomen verbetermaatregelen op effectiviteit. (SN)
Het dialysecentrum brengt jaarlijks de patiënttevredenheid in kaart, bespreekt de uitkomsten met patiëntenvertegenwoordiging en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren. (N)
Het dialysecentrum brengt jaarlijks de patiënttevredenheid in kaart, maar bespreekt de uitkomsten met de patiëntenvertegenwoordiging niet of gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren. (A)
Het dialysecentrum brengt jaarlijks de patiënttevredenheid in kaart, bespreekt de uitkomsten hiervan niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren. (ZA)
Het dialysecentrum brengt de patiënttevredenheid niet jaarlijks in kaart. (V)

<sup>2</sup> Het centrum mag hier zelf een protocol of checklist voor opstellen. Voorbeelden hierbij zijn: zelf opbouwen, laboratoriumuitslagen inzage en bespreken, actieve rol met de diëtist, aanprikken van de shunt, medicatie controle enz.

### Norm 4.3 Gedeelde besluitvorming <sup>3</sup>

De principes van gedeelde besluitvorming worden structureel toegepast bij het opstellen van behandelplannen. Daarbij worden naast medisch-technische aspecten ook kwaliteit van leven, voorkeuren, mogelijkheden en behoeften van de patiënt meegenomen. (N)
De principes van gedeelde besluitvorming worden gedeeltelijk toegepast bij het opstellen van behandelplannen. Daarbij worden naast medisch-technische aspecten ook kwaliteit van leven, voorkeuren, mogelijkheden en behoeften van de patiënt meegenomen. (A)
De principes van gedeelde besluitvorming worden niet toegepast bij het opstellen van behandelplannen. (ZA)

---

<sup>3</sup> De richtlijn van de FMS kan als leidraad voor de deze norm gebruikt worden [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nierfunctievervangende\\_behandeling/gedeelde\\_besluitvorming\\_en\\_tevredenheid.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nierfunctievervangende_behandeling/gedeelde_besluitvorming_en_tevredenheid.html)

## 5. Professionele bekwaamheid en ontwikkeling

Deskundigheid internist-nefrologen, professionele deskundigheid, taakherschikking

### Randvoorwaarden

1. Internisten betrokken bij de dialysebehandeling beschikken over een geldige registratie in het aandachtsgebied nefrologie.
2. Indien dialyse gerelateerde, verpleegkundige taken op het dialysecentrum structureel worden gedelegeerd aan derden (zoals een dialyse assistent) geschiedt dit via vastgestelde procedures en protocollen.

### Norm 5.1 Bekwaamheid

De professionals betrokken bij de dialysezorg zijn bekwaam in het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen. De dialyseverpleegkundigen zijn geregistreerd in het kwaliteitsregister V&VN in het deskundigheidsgebied Dialyse. Het centrum heeft een regeling voor het op peil houden en toetsen van deze deskundigheid. Indien de medewerker niet aantoonbaar bekwaam, dan is met de leidinggevende een afspraak gemaakt hoe deze bekwaamheid wordt verworven. De wijze van toetsen wordt geëvalueerd en indien relevant worden verbeteringen doorgevoerd. (SN)

De professionals betrokken bij de dialysezorg zijn bekwaam in het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen. De dialyseverpleegkundigen zijn geregistreerd in het kwaliteitsregister V&VN in het deskundigheidsgebied Dialyse of in een lokaal digitaal registratiesysteem<sup>4</sup>. Het centrum heeft een regeling voor het op peil houden en toetsen van deze deskundigheid. Indien de medewerker niet aantoonbaar bekwaam is, dan is met de leidinggevende een afspraak gemaakt hoe deze bekwaamheid wordt verworven. (N)

Een deel van de professionals betrokken bij de dialysezorg is niet getoetst op voorbehouden- en risicovolle handelingen zonder dat er corrigerende afspraken gemaakt zijn, of een deel van de risicovolle handelingen is niet opgenomen in het toetsingsprogramma of er zijn geen afspraken met medewerkers die niet aantoonbaar bekwaam zijn over het alsnog verwerven van deze bekwaamheid. (A)

De voorbehouden en/of risicovolle handelingen worden niet structureel getoetst. (ZA)

#### <sup>4</sup> Toelichting op norm 5.1

- Verpleegkundigen van het dialysecentrum tonen hun deskundigheid aan door ingeschreven te staan in het kwaliteitsregister van de V&VN of in een lokaal digitaal registratiesysteem.
- In het (lokale of V&VN) registratiesysteem heeft iedere werknemer een apart dossier waarin de gevolgde scholing staat beschreven:
  - Uitgangspunt is dat alle dialyseverpleegkundigen in staat worden gesteld om in totaal 184 nascholingspunten in vijf jaar te behalen.
  - Voor de scholing gelden de volgende voorwaarden:
    - In de vijfjaarscyclus moeten 80 punten worden besteed aan door de V&VN geaccrediteerde scholing, waarvan minimaal 40 dialyse gerelateerde, geaccrediteerde punten.
  - Ieder uur scholing is 1 punt.

### Norm 5.2 Leerklimaat individueel

De professional wordt door het centrum in staat gesteld zich te ontwikkelen in het vakgebied, onder andere door het bijwonen van nascholingen, symposia en congressen. Het centrum heeft afspraken hoe om te gaan met de medewerker bij het niet voldoen aan de vereiste scholing. Opgedane kennis wordt aantoonbaar gebruikt voor projecten ter verbetering van de kwaliteit van zorg. (SN)
De professional wordt door het centrum in staat gesteld zich te ontwikkelen in het vakgebied, onder andere door het bijwonen van nascholingen, symposia en congressen. Het centrum heeft afspraken hoe om te gaan met de medewerker bij het niet voldoen aan de vereiste scholing. (N)
De professional wordt door het centrum onvoldoende in staat gesteld zich te ontwikkelen in het vakgebied, onder andere door het bijwonen van nascholingen, symposia en congressen, of het centrum heeft geen afspraken hoe om te gaan met de medewerker bij het niet voldoen aan de vereiste scholing. (A)
De professional wordt door het centrum onvoldoende in staat gesteld zich te ontwikkelen in het vakgebied, onder andere door het bijwonen van nascholingen, symposia en congressen en het centrum heeft geen afspraken hoe om te gaan met de medewerker bij het niet voldoen aan de vereiste scholing. (ZA)

### Norm 5.3 Leerklimaat centrum

Het dialysecentrum maakt deel uit van een lerend netwerk met ten minste twee verschillende dialysecentra waarbij actieve onderlinge uitwisseling <sup>5</sup> plaats vindt door werkbezoek, consultatie, benchmarking en/of intervisie. De uitwisseling heeft een structurele plaats in het verbetertraject van het centrum. (SN)
Het dialysecentrum maakt deel uit van een lerend netwerk met ten minste één verschillend dialysecentrum waarbij actieve onderlinge uitwisseling plaats vindt door werkbezoek, consultatie, benchmarking en/of intervisie. (N)
Het dialysecentrum maakt geen deel uit van een lerend netwerk. (A)

---

<sup>5</sup> **Toelichting op norm 5.3**

Voorbeelden op actieve onderlinge uitwisseling: Online benchmark rapport bespreking, over en weer werkbezoeken, onderlinge audits, protocollen met elkaar bespreken enz. Dit is aantoonbaar aanwezig.

### Norm 5.4 Taakherschikking

*Alleen van toepassing indien het centrum over een meervoudig gedifferentieerd internist, een verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), arts-assistent in opleiding tot specialist (AIOS) en/of een nefroloog-in-opleiding (NIO) beschikt.*

De taken en verantwoordelijkheden van de meervoudig gedifferentieerd internist, de verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), arts-assistent in opleiding tot specialist (AIOS) en de nefroloog-in-opleiding (NIO) zijn volledig en duidelijk gedocumenteerd, er is adequate supervisie en de afspraken worden nageleefd. (N)

De taken en verantwoordelijkheden van de meervoudig gedifferentieerd internist, de verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), arts-assistent in opleiding tot specialist (AIOS) en de nefroloog-in-opleiding (NIO) zijn gedocumenteerd maar de beschrijving is onvolledig of onduidelijk, er is adequate supervisie en de afspraken worden nageleefd. (A)

De taken en verantwoordelijkheden van de meervoudig gedifferentieerd internist, de verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), arts-assistent in opleiding tot specialist (AIOS) en de nefroloog-in-opleiding (NIO) zijn gedocumenteerd. Adequate supervisie is niet geborgd of de afspraken worden niet nageleefd. (ZA)

De taken en verantwoordelijkheden van de meervoudig gedifferentieerd internist, de verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), arts-assistent in opleiding tot specialist (AIOS) en de nefroloog-in-opleiding (NIO) zijn niet gedocumenteerd en adequate supervisie is niet geborgd en de afspraken worden niet nageleefd. (V)