

**Waarderingsystematiek  
voor de Kwaliteitsvisitatie  
Versie 2024**

# Inleiding

---

## **Doelstelling en uitgangspunten van Kwaliteitsvisitatie**

Kwaliteitsvisitatie is een uniek instrument voor en door professionals waar medisch specialisten met recht trots op zijn. De doelstellingen en uitgangspunten van visitaties kunnen in de **vier v's van visitatie** worden samengevat:

### **Verbeteren**

Het visitatie instrument is bedoeld om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren door de vakgroep een spiegel voor te houden en niet om af te straffen. Kwaliteitsvisitatie heeft daarmee een kwaliteit bevorderend karakter. Tegelijkertijd kan daar waar beroepsgeenoten onder een afgesproken minimum functioneren, een krachtige verbeterimpuls worden gegeven al dan niet door medewerking van raad van bestuur en/of stafbestuur.

### **Vertrouwen**

Het visitatiemodel is gebaseerd op vertrouwen. Zowel vertrouwen tussen beroepsgeenoten onderling als tussen de medici en 'de maatschappij'. Dat vertrouwen moeten we waarmaken door te blijven anticiperen op de opvattingen en ontwikkelingen die binnen beroepsgroepen gelden, maar ook aan dat wat van 'buiten' op ons afkomt.

### **Verdiepen**

Het in 2005 vernieuwde visitatiemodel was een verdieping van het visitatieproces, aangezien er meer dan voor 2005 werd gekeken naar de inhoud van de zorg en minder naar de randvoorwaarden. Die verdieping zal doorgaan, aangezien dat de drive is van de meeste professionals en omdat steeds meer naar (processen en) resultaten in termen van kwaliteit en veiligheid zal worden gekeken. Bovendien is de verwachting dat steeds meer vakgroepen zich op inhoud zullen willen profileren.

### **Verbinden**

De visitatiemethodiek verbindt vakgroepleden met elkaar doordat het accent ligt op zelfevaluatie en (gezamenlijk) maken van verbeterplannen. Conclusies en adviezen worden standaard ter beschikking gesteld aan de raad van bestuur en het stafbestuur, zodat er in gezamenlijk overleg verbeteringen kunnen worden nagestreefd en monitoring kan plaatsvinden.

In 2009 heeft de Adviescommissie Kwaliteitsvisitaties een rapport uitgebracht naar aanleiding van een evaluatie van het vernieuwde visitatiemodel (CBO 2005). Een van de adviezen was om in de rapportage ten aanzien van de aanbevelingen over te gaan op een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming op basis van voorwaarden, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen met daaraan gekoppelde rapportage termijnen.

Door de Adviescommissie Kwaliteitsvisitaties (Federatie) is een leidraad voor alle wetenschappelijke verenigingen opgesteld (mei 2012): een normeringstelsel en een set van minimale eisen waaraan de kwaliteit van de zorg dient te voldoen. Deze is door de Commissie Kwaliteit van de VRA vertaald naar de praktijkvoering van de revalidatieartsen. Het systematisch toetsen van de activiteiten van een vakgroep aan de hand van normen moet leiden tot een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming waar vervolgens voorwaarden, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen uit voortkomen. De normering en de bijbehorende waarderingssystematiek zijn door de VRA ingevoerd in 2014 en hebben een dynamisch karakter: de opvattingen over wat hoort bij een kwalitatief goede praktijkvoering veranderen in de loop der tijd. Het is daarom dat de Commissie Kwaliteit de normenset evalueert en dat deze wordt aangepast aan de geldende standaarden.

Kwaliteitsvisitaties vinden één keer in de vijf jaar plaats. Participatie is noodzakelijk om te voldoen aan de criteria van de RGS om herregistratie te verkrijgen.

In 2017 is gekeken naar hoe de normen vertaald kunnen worden naar vakgroepen die bestaan uit één revalidatiearts. Dit is gedaan aan de hand van een leidraad opgesteld door de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten. Er is besloten om voor solistisch werkzame revalidatieartsen aansluiting bij een intervisiegroep verplicht te stellen. De intervisiegroep bestaat uit minimaal 6 revalidatieartsen en heeft minimaal 3 keer per jaar overleg. In de intervisiegroep is tenminste aandacht voor kennisdeling, samenwerking met collega's, communicatie, kwaliteit van zorg, toekomstbestendigheid van de praktijk, volgen van de richtlijnen, continuïteit van zorg, belasting/belastbaarheid van de revalidatiearts, klachten, incidenten en calamiteiten. De normen voor kleine vakgroepen zijn hierop aangepast in de waarderingssystematiek.

Het totale kwaliteitsveld is verdeeld in de vier kwaliteitsdomeinen evaluatie van zorg, vakgroep functioneren, patiënten perspectief en professionele ontwikkeling. Binnen elk van deze kwaliteitsdomeinen zijn voor een aantal activiteiten van een vakgroep normen vastgesteld waarbij een omschrijving wordt gegeven van de normale, goede klinische praktijk. Daarnaast is een omschrijving gemaakt van streefnorm. Deze kan gezien worden als realiseerbaar door de beste 10-20% van de vakgroepen. Dit is bedoeld om te benadrukken dat het bij kwaliteitsvisitatie vooral gaat om stimulerende prikkels in te bouwen die uitnodigen om te excelleren. Er zijn geen wetenschappelijk vastgestelde criteria voorhanden om de norm voor het desbetreffende onderwerp te kunnen vaststellen. De Commissie Kwaliteit heeft de norm vastgesteld als "state of the art" voor de kwaliteit van zorg. Met deze normering kan visitatiecommissie ad hoc in de verslaglegging komen tot een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming en aan de hand daarvan voorwaarden, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen benoemen met daaraan gekoppelde rapportagetermijnen.

Het resultaat is een waarderingssystematiek volgens onderstaande 5 punts-schaal.

- **Streefnorm (S)**
  - Excellent, een voorbeeld voor anderen.
- **Norm (N)**
  - Goed, de norm.
- **Aanbevelingen (A)**
  - Indien de praktijkvoering op een of meer onderdelen kan worden verbeterd. Aanbevelingen dienen in principe binnen maximaal vijf jaar te zijn uitgevoerd.
- **Zwaarwegende adviezen (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 maximaal twee jaar te zijn uitgevoerd en daarover dient schriftelijk gerapporteerd te worden, tenzij de plenaire visitatiecommissie anders adviseert.
- **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 zes maanden en daarover dient schriftelijk gerapporteerd te worden, tenzij de plenaire visitatiecommissie anders adviseert.

# Kwaliteitsdomein: Evaluatie van de zorg

---

1. Dossiervoering
2. Behandelprogramma's
3. Melden van incidenten
4. Registratie van complicaties, welke zijn vastgesteld door de VRA
5. Continuïteit patiëntenzorg (klinisch)
6. Continuïteit patiëntenzorg (poliklinische zorg/ ziekenhuisvakgroep)
7. Continuïteit patiëntenzorg (vervanging bij ziekte en vakantie)
8. Samenwerking met verpleegkundig specialisten en/of physician assistants (VS/PA)
9. Naleven van de richtlijnen (Medical audit) en behandelkaders
10. Kwaliteitsindicatoren
11. Multidisciplinaire teambespreking met adequate verslaglegging
12. Fysiek individueel contact met de patiënt (algemene medisch specialistische revalidatie)
13. Fysiek individueel contact met de patiënt (interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie)
14. Basisedische zorg

<b>1. Dossiervoering</b>	
<i>Onder dossiervoering wordt verstaan de dossiervoering waarin de relevante informatie voor het geneeskundig handelen en de verantwoording daarvan wordt vastgelegd. Voor de eisen van adequate dossiervoering wordt verwezen naar bijlage 1</i>	
<b>5</b>	De vakgroep heeft adequate dossiervoering, evalueert deze dossiervoering regelmatig (bijv. 1x/2jaar), maakt zo nodig een verbeterplan en monitort de uitvoering ervan (S).
<b>4</b>	De vakgroep heeft adequate dossiervoering en evalueert deze in een cyclus van 1 x per 4-5 jaar (bijvoorbeeld gekoppeld aan de visitatie) en maakt zo nodig een verbeterplan en monitort de uitvoering ervan (N).
<b>3</b>	De dossiervoering vertoont incidentele tekortkomingen wat betreft volledigheid en/of en er is geen verbeterplan (A).
<b>2</b>	De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft volledigheid of de kwaliteit en/of evaluatie van het dossieronderzoek is onvoldoende (ZA).
<b>1</b>	De dossiervoering vertoont structurele tekortkomingen wat betreft kwaliteit Externe partijen hebben hierover klachten (V).

<b>2. Behandelprogramma's</b>	
<i>Binnen de kwaliteitsvisitatie wordt getoetst of actuele behandelprogramma's beschikbaar zijn. Onder een behandelprogramma wordt verstaan: een beschrijving van een behandelaanbod voor een specifieke patiënten doelgroep. Een behandelprogramma beschrijft globaal het gehele revalidatieproces en tevens de communicatie tussen behandelteamleden onderling en naar extern. Het beschrijft op hoofdlijnen 'wat' er gebeurt en welke eisen gesteld worden aan voorzieningen en aan deskundigheid van de teamleden.</i>	
<b>5</b>	Er zijn actuele* behandelprogramma's voor minstens 80% van de meest belangrijkste ziektebeelden binnen de vakgroep en deze zijn op een adequate wijze geïmplementeerd. Evaluatie vindt minimaal 1x per 5 jaar plaats (S).
<b>4</b>	Er zijn actuele* behandelprogramma's opgesteld voor minstens 60% van de meest belangrijkste ziektebeelden binnen de vakgroep en evaluatie vindt minimaal 1x per 5 jaar plaats (N).
<b>3</b>	Er zijn actuele* behandelprogramma's voor 30-60% van de meest belangrijkste ziektebeelden en deze zijn op adequate manier geïmplementeerd (A).
<b>2</b>	Er zijn actuele* behandelprogramma's voor minder dan 30% van de meest belangrijkste ziektebeelden binnen de vakgroep (ZA).
<b>1</b>	Deze score wordt bij dit item niet toegepast.

**\*actueel = niet ouder dan 5 jaar**

<b>3. Melden van incidenten</b>	
<i>Een incident is gedefinieerd als een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of nog zou kunnen leiden. (definitie NTA 8009:2007). Het gaat hierbij zowel om incidenten als om bijna-incidenten.</i>	
<b>5</b>	Deze score wordt bij dit item niet toegepast
<b>4</b>	Er is binnen de organisatie een systeem van melden, analyseren van (bijna) incidenten en monitoren van de daaruit voortkomende verbeterplannen; de vakgroep bespreekt de meldingen jaarlijks, maakt zo nodig een (extra) verbeterplan en monitort de uitvoering van dit (extra) verbeterplan (N).
<b>3</b>	Er is binnen de organisatie een systeem van melden en analyseren van (bijna) incidenten, de vakgroep bespreekt de meldingen jaarlijks, maar er worden geen verbeterplannen gemaakt en/of deze verbeterplannen worden niet adequaat uitgevoerd door de organisatie en/of vakgroep (A).
<b>2</b>	Er is binnen de organisatie een systeem van melden van (bijna) incidenten, maar de organisatie analyseert deze meldingen niet en/of de vakgroep bespreekt de (analyse van de) meldingen niet jaarlijks (ZA).
<b>1</b>	Er is binnen de organisatie geen systeem van melden van (bijna) incidenten (V).

<b>4. Registratie van complicaties, welke zijn vastgesteld door de VRA*</b>	
<i>Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch-specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is, dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade. Niet van belang is het resultaat van het feitelijke medisch-specialistische handelen, de waarschijnlijkheid van de complicatie, en de eventuele aan- of afwezigheid van schuld.</i>	
<i>* alleen te scoren indien relevant voor de vakgroep</i>	
<b>5</b>	Deze score wordt bij dit item niet toegepast
<b>4</b>	<b>Complicaties worden geregistreerd, jaarlijks geanalyseerd en besproken binnen de vakgroep. Dit leidt zo nodig tot aantoonbare beleidsaanpassingen (N).</b>
<b>3</b>	Complicaties worden geregistreerd, jaarlijks geanalyseerd en besproken maar leiden niet (indien wel gewenst) tot aantoonbare beleidsaanpassingen (A).
<b>2</b>	Complicaties worden geregistreerd, maar niet geanalyseerd of systematisch besproken (ZA).
<b>1</b>	Er is geen structurele complicatieregistratie (V).
	N.v.t.

<b>5. Continuïteit patiëntenzorg (klinisch)</b>	
<i>Onder een goede dienstregeling wordt verstaan: bij geen (revalidatie)arts in huis: maximaal 30 minuten aanrijtijd, goede telefonische bereikbaarheid, goede regeling voor acute zorg bijv. via ambulancedienst of SEH-dienst ziekenhuis. Indien een a(n)ios of PA de bereikbaarheidsdienst heeft, dient een revalidatiearts met relevante klinische ervaring als achterwacht beschikbaar te zijn. Voor a(n)ios/PA gelden de vigerende regels van de opleiding/ beroepsgroep. Een alternatief is een regeling met huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde of andere bekwame artsen. Hiervoor geldt ook dezelfde aanrijtijd. Binnen kantoortijden dient een revalidatiearts als achterwacht bereikbaar te zijn. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de afspraken die rondom de dienstregeling formeel of informeel zijn afgesproken, adequaat worden uitgevoerd.</i>	
<b>5</b>	Er is een goede dienstregeling met een goed gestructureerde overdracht welke ook gebruikt wordt voor kennisuitwisseling/onderwijs (S).
<b>4</b>	<b>Er is een goede dienstregeling met een goed gestructureerde overdracht (N).</b>
<b>3</b>	Er is een goede dienstregeling maar er is geen gestructureerde overdracht (A).
<b>2</b>	Deze score wordt bij dit item niet toegepast.
<b>1</b>	Er is geen duidelijke dienstregeling en/of goede bereikbaarheid, bijvoorbeeld in geval van langdurig ziekte en/of vakantie of een van beide schiet (incidenteel) te kort (V).
	N.v.t.

<b>6. Continuïteit patiëntenzorg (poliklinische zorg/ziekenhuisvakgroep)</b>	
5	Deze score wordt voor dit item niet toegepast
4	<b>Er is een revalidatiearts op de locatie aanwezig tijdens de behandelingen of direct bereikbaar voor overleg (N).</b>
3	Deze score wordt voor dit item niet toegepast
2	Deze score wordt voor dit item niet toegepast
1	Er is geen revalidatiearts op de locatie aanwezig tijdens de behandelingen en niet direct bereikbaar voor overleg (V)..

<b>7. Continuïteit patiëntenzorg (vervanging bij ziekte en vakantie)</b>	
5	Er zijn structurele afspraken over vervanging bij ziekte en/of vakantie van de revalidatiearts(en), deze zijn vastgelegd en worden structureel (minimaal 1x per 5 jaar) geëvalueerd (S).
4	<b>Er zijn structurele afspraken over vervanging bij ziekte en/of vakantie van de revalidatiearts(en) en deze zijn vastgelegd (N).</b>
3	Er zijn afspraken over vervanging bij ziekte en/of vakantie maar deze zijn niet vastgelegd (A).
2	Er zijn geen afspraken over vervanging bij ziekte en/of vakantie (ZA).
1	Deze score is niet van toepassing

<b>8. Samenwerking met physician assistants en/of verpleegkundig specialisten (PA/VS)</b>	
<i>Er zijn schriftelijke werkafspraken conform het consensusdocument 'Taakherschikking' in de revalidatiegeneeskunde.</i>	
5	Er zijn schriftelijke werkafspraken over taken die door PA/VS worden uitgevoerd binnen het revalidatiegeneeskundig vakgebied. Tevens participeren de PA/VS in de kwaliteitsinstrumenten (complicatieregistratie, richtlijnbesprekingen, etc.) die binnen de vakgroep gangbaar zijn. De schriftelijke werkafspraken met PA/VS worden jaarlijks geëvalueerd binnen de vakgroep (S).
4	<b>Er zijn schriftelijke werkafspraken over taken die door PA/VS worden uitgevoerd binnen het revalidatiegeneeskundig vakgebied. Tevens participeren de PA/VS in de kwaliteitsinstrumenten (complicatieregistratie, richtlijnbesprekingen, etc.) die binnen de vakgroep gangbaar zijn (N).</b>
3	Er zijn schriftelijke werkafspraken voor taken die door PA/VS worden uitgevoerd binnen het revalidatiegeneeskundig vakgebied. Deze schriftelijke afspraken voldoen niet aan de in het document 'taakherschikking' van de VRA gestelde eisen of de PA/VS participeren niet in de kwaliteitsinstrumenten (complicatieregistratie, richtlijnbesprekingen, etc.) die binnen de vakgroep gangbaar zijn (A).
2	Er zijn mondelinge werkafspraken voor taken die door PA/VS worden uitgevoerd binnen het revalidatiegeneeskundig vakgebied (ZW).
1	Er zijn geen werkafspraken voor taken die door PA/VS worden uitgevoerd binnen het revalidatiegeneeskundig vakgebied (V).
	N.v.t.

<b>9. Naleven van richtlijnen (Medical audit) en behandelkaders</b>	
<b>5</b>	De door de VRA geaccordeerde richtlijnen* en behandelkaders* worden nagekomen of er wordt beargumenteerd van afgeweken. Eventueel afwijken wordt in het patiëntendossier of in een behandelprotocol/-programma vastgelegd. Richtlijnen en behandelkaders worden structureel (minimaal 3 richtlijnen per jaar) in de vakgroep besproken en geëvalueerd en zo nodig wordt er een verbeterplan gemaakt. De vervolg-/ verbeterplannen zijn uitgevoerd en de resultaten inzichtelijk gemaakt (S).
<b>4</b>	<b>De door de VRA geaccordeerde richtlijnen en behandelkaders worden nagekomen of er wordt beargumenteerd van afgeweken. Eventueel afwijken wordt in het patiëntendossier of in een behandelprotocol/-programma vastgelegd. Richtlijnen en behandelkaders worden structureel (1 of 2 richtlijnen per jaar) in de vakgroep besproken en geëvalueerd en zo nodig wordt er een verbeterplan gemaakt. De vervolg-/verbeterplannen zijn uitgevoerd en de resultaten inzichtelijk gemaakt (N).</b>
<b>3</b>	De door de VRA geaccordeerde richtlijnen en behandelkaders worden nagekomen of er wordt beargumenteerd van afgeweken. Eventueel afwijken wordt in het patiëntendossier of in een behandelprogramma vastgelegd. Richtlijnen en behandelkaders worden in de vakgroep besproken en geëvalueerd met een frequentie van minder dan eens per jaar (bijv. alleen ter voor bereiding van de kwaliteitsvisitatie) en zo nodig wordt er een verbeterplan gemaakt of richtlijnen/behandelkaders worden wel (vaker dan) eens per jaar besproken maar eventuele vervolg-/ verbeterplannen zijn niet uitgevoerd en/of de resultaten zijn niet inzichtelijk gemaakt (A).
<b>2</b>	De door de VRA geaccordeerde richtlijnen en behandelkaders worden nagekomen of er wordt beargumenteerd van afgeweken. Eventueel afwijken wordt niet structureel in het patiëntendossier of in een behandelprotocol/-programma vastgelegd of richtlijnen/behandelkaders worden in de vakgroep besproken en geëvalueerd met een frequentie van minder dan eens per jaar (bijv. alleen ter voorbereiding van de kwaliteitsvisitatie) en er is geen verbeterplan gemaakt (ZA).
<b>1</b>	Delen van richtlijn(en) of behandelkaders van de VRA worden niet nagekomen en er is daar geen argumentatie voor of de argumentatie is niet steekhoudend (V).

\* voor zover van toepassing op de doelgroep



<b>10. Kwaliteitsindicatoren</b>	
<i>Met de actuele basisset kwaliteitsindicatoren wordt bedoeld de indicatoren genoemd in 'Inzicht in Revalidatie'.</i>	
<i>N.B. Elke instelling die Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) aanbiedt, is verplicht de kwaliteitsindicatoren aan te leveren bij het Zorginstituut Nederland.</i>	
<b>5</b>	De vakgroep analyseert de uitkomsten van de actuele basisset kwaliteitsindicatoren van de VRA, maakt zo nodig verbeterplannen en/of protocolwijzigingen en voert deze adequaat uit. De vakgroep levert daarnaast een bijdrage in de ontwikkeling van landelijke kwaliteitsindicatoren (S).
<b>4</b>	<b>De vakgroep analyseert de uitkomsten van de actuele basisset kwaliteitsindicatoren van de VRA, maakt zo nodig verbeterplannen en/of protocolwijzigingen en voert deze adequaat uit. (N).</b>
<b>3</b>	De vakgroep analyseert de uitkomsten van de actuele basisset kwaliteitsindicatoren van de VRA, maakt zo nodig verbeterplannen en/of protocolwijzigingen, echter inzichtelijke follow-up ontbreekt (A).
<b>2</b>	De vakgroep analyseert de uitkomsten van de actuele basisset kwaliteitsindicatoren van de VRA, maar stelt geen verbeterplan op terwijl de analyse daar wel aanleiding toe geeft (ZA).
<b>1</b>	De vakgroep analyseert de uitkomsten van de actuele basisset kwaliteitsindicatoren van de VRA niet (V).

<b>11. Multidisciplinaire teambespreking met adequate verslaglegging</b>	
<i>Onder multidisciplinaire teambespreking wordt verstaan een bespreking in aanwezigheid van de revalidatiearts/ a(nios)/PA/VS en teamleden met adequate verslaglegging. Het verslag heeft een adequate structuur met tenminste rapporteren van hulpvraag, kernprobleem/-problemen, niveau van activiteiten en participatie en SMART geformuleerde behandeldoelstellingen</i>	
<b>5</b>	Multidisciplinaire teambesprekingen vinden plaats volgens een vastgestelde teamrapportagesystematiek met adequate verslaglegging. De werkwijze wordt binnen de teams periodiek, minimaal 1x per jaar geëvalueerd. De revalidatiearts en/of a(n)ios/PA/VS stuurt het team rechtstreeks aan. (S).
<b>4</b>	<b>Multidisciplinaire teambesprekingen vinden plaats volgens een vastgestelde teamrapportagesystematiek met adequate verslaglegging. De werkwijze wordt binnen de teams periodiek, minimaal 1x per 3 jaar geëvalueerd. De revalidatiearts en/of a(n)ios/PA/VS stuurt het team rechtstreeks aan. (N).</b>
<b>3</b>	Multidisciplinaire teambesprekingen vinden plaats volgens een vastgestelde teamrapportagesystematiek met verslaglegging, echter niet adequaat en/of de evaluatie vindt niet minimaal 1x per 3 jaar plaats. De revalidatiearts en/of a(n)ios/PA/VS stuurt het team rechtstreeks aan. (A).
<b>2</b>	De vakgroep hanteert schriftelijke rapportage maar deze is niet optimaal en/of is niet volgens een adequate teamrapportagesystematiek, en/of de revalidatiearts/a(n)ios/PA/VS is niet altijd aanwezig bij de multidisciplinaire teambespreking. (ZA).
<b>1</b>	De vakgroep hanteert geen schriftelijke rapportage van de multidisciplinaire teambesprekingen, en/of de revalidatiearts is nooit aanwezig bij de multidisciplinaire teambespreking (V).



<b>12. Fysiek individueel contact met de patiënt (medisch specialistische revalidatie)</b>	
<i>Deze norm geldt specifiek voor algemene medisch specialistische revalidatie en is gebaseerd op het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde van de VRA</i>	
<b>5</b>	Deze score wordt voor dit item niet toegepast
<b>4</b>	<b>De revalidatiearts en/of physician assistant heeft tijdens (de diagnostische fase van) het revalidatieproces tenminste eenmaal een fysiek individueel contact met de patiënt Bij uitzondering kunnen arts en patiënt in onderling overleg hier gemotiveerd van afwijken (N).*</b>
<b>3</b>	Deze score wordt voor dit item niet toegepast
<b>2</b>	Deze score wordt voor dit item niet toegepast
<b>1</b>	De revalidatiearts en/of physician assistant heeft tijdens (de diagnostische fase van) het revalidatieproces geen fysiek individueel contact met de patiënt (V).

\*Dit geldt ook voor de PA en VS mits voldaan wordt aan het consensusdocument 'Taakherschikking Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de revalidatiegeneeskunde'.

<b>13. Fysiek individueel contact met de patiënt (interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie)</b>	
<i>Deze norm geldt specifiek voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie</i>	
<b>5</b>	Deze score wordt voor dit item niet toegepast
<b>4</b>	<b>De revalidatiearts en/of physician assistant heeft tijdens elke fase (diagnostische fase, behandeling en evaluatie van de behandeling) van het revalidatieproces tenminste eenmaal een individueel contact met de patiënt (N).</b>
<b>3</b>	Deze score wordt voor dit item niet toegepast
<b>2</b>	De revalidatiearts en/of physician assistant heeft tijdens een of meerdere fases (diagnostische fase, behandeling en evaluatie van de behandeling) van het revalidatieproces geen individueel contact met de patiënt (V).
<b>1</b>	<i>Deze score wordt voor dit item niet toegepast.</i>

<b>14. . Basismedische zorg</b>
<p><i>Onder basismedische zorgverlening (BMZ) in revalidatie-instellingen wordt verstaan dat revalidatieartsen in staat zijn adequaat te handelen als een klinisch opgenomen patiënt huisartsgeneeskundige zorg nodig heeft of als er sprake is van spoedeisende gezondheidsproblemen bij klinisch opgenomen of poliklinische patiënten.</i></p> <p><i>De instelling beschikt over een reanimatieprotocol (BLS, inclusief AED), gebaseerd op de richtlijnen opgesteld door de Nederlandse Reanimatie Raad, waarin de randvoorwaarden worden vermeld. De revalidatieartsen en overige zorgverleners zijn aanwezig volgens een overzicht en beschikken over de vaardigheden om te reanimeren volgens de BLS-normen.</i></p> <p><i>Er wordt een herhalingscyclus voor scholing en training gehanteerd, met een frequentie van 1 keer per 2 jaar.</i></p>

<b>5</b>	Deze score wordt voor dit item niet toegepast
<b>4</b>	<b>De vakgroep draagt zorg voor de basismedische zorgverlening en heeft de afspraken hierover schriftelijk vastgelegd (N).</b>
<b>3</b>	Deze score wordt voor dit item niet toegepast
<b>2</b>	Deze score wordt voor dit item niet toegepast
<b>1</b>	De vakgroep draagt onvoldoende zorg voor de basismedische zorg en/of heeft de afspraken hieromtrent niet schriftelijk vastgelegd (V)..

# Kwaliteitsdomein: Patiëntenperspectief

1. Patiëntenperspectief in kaart (laten) brengen
2. Klachten en signalen van onvrede
3. De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling

1. Patiëntenperspectief in kaart (laten) brengen	
<i>De patiënten bevragingen kan plaatsvinden middels enquêtes, spiegelgesprekken, wacht kamerinterviews etc. Bespreking van de resultaten patiëntenperspectief kan zowel in netwerkvakgroep en/of locatievakgroep plaatsvinden. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de activiteiten die de organisatie uitvoert om het patiëntenperspectief in kaart te brengen, als de resultaten maar te herleiden zijn naar de locatievakgroep.</i>	
<b>5</b>	De vakgroep brengt minimaal 1x per 5 jaar het patiëntenperspectief in kaart zodanig dat deze herleidbaar is naar de locatievakgroep. De analyse van het patiëntenperspectief levert niet alleen inzicht in de mening van de patiënten in het algemeen, maar geeft meer gedetailleerde gegevens, bijvoorbeeld per doelgroep, per behandelteam en/of per revalidatiearts. De resultaten worden in de vakgroep besproken, geëvalueerd en er wordt een verbeterplan gemaakt, uitgevoerd en gemonitord (S).
<b>4</b>	<b>De vakgroep brengt minimaal 1x per 5 jaar het patiëntenperspectief in kaart bij de patiëntenpopulatie, zodanig dat dit herleidbaar is naar de locatievakgroep. De resultaten worden in de vakgroep besproken, geëvalueerd en er wordt een verbeterplan gemaakt, uitgevoerd en gemonitord (N).</b>
<b>3</b>	De vakgroep brengt 1x per 5 jaar een deel van het patiëntenperspectief in kaart en de resultaten zijn herleidbaar naar de (netwerk)vakgroep, maar er is geen verbeterplan (A).
<b>2</b>	De vakgroep brengt 1x per 5 jaar minimaal een deel van het patiëntenperspectief in kaart en deze is niet herleidbaar naar de locatie- en/of netwerkvakgroep. (ZA).
<b>1</b>	De vakgroep brengt het patiëntenperspectief niet in kaart (V).

1. Klachten en signalen van onvrede	
<i>Klachten zijn signalen van onvrede die worden gemeld bij de klachtencommissie</i>	
<b>5</b>	De vakgroep heeft een regeling om jaarlijks klachten te analyseren, waar nodig verbeterplannen te maken en uit te voeren. De analyse en verbeterplannen worden jaarlijks in de (netwerk)vakgroep besproken. Tevens is er een systeem om vroegtijdig op eventuele onvrede van een patiënt te reageren waarbij o.a. actief contact met de patiënt gezocht wordt.
<b>4</b>	<b>De vakgroep heeft een regeling om jaarlijks klachten te analyseren, waar nodig verbeterplannen te maken en uit te voeren. De analyse en verbeterplannen worden jaarlijks in de (netwerk)vakgroep besproken (N).</b>
<b>3</b>	De vakgroep heeft een regeling om jaarlijks klachten te analyseren en te bespreken, maar er worden geen verbeterplannen gemaakt of uitgevoerd, terwijl dit wel relevant is (A).
<b>2</b>	De vakgroep heeft een regeling om klachten te analyseren, maar bespreekt de resultaten niet en deze wordt niet gebruikt om verbeterplannen te maken en uit te voeren (ZA).
<b>1</b>	De vakgroep heeft geen regeling om klachten te analyseren, te bespreken of verbeterplannen te maken en uit te voeren (V).

<b>2. De toegangstijd en wachttijd voor diagnostiek en behandeling</b>	
<i>Wat betreft adequate toegangstijden en wachttijden diagnostiek en behandeling wordt uitgegaan van minimaal behalen van de treeknormen, zie bijlage 3.</i>	
<b>5</b>	De toegangstijd en wachttijd voor diagnostiek en behandeling wordt 1 x per week gemonitord, en leidt bij overschrijding van Treeknormen tot verbetering door beleidsaanpassingen (S).
<b>4</b>	<b>De toegangstijd en wachttijd voor diagnostiek en behandeling wordt minimaal 1x per maand gemonitord, en leidt bij overschrijding van Treeknormen tot verbetering door beleidsaanpassingen (N).</b>
<b>3</b>	De toegangstijd en wachttijd voor diagnostiek en behandeling wordt minimaal 1x per maand gemonitord, het resultaat van de monitoring leidt echter niet tot verbetering terwijl dit wel gewenst is of de argumenten om niet tot beleidsaanpassing te komen zijn niet steekhoudend (A).
<b>2</b>	De toegangstijd en wachttijd voor diagnostiek en behandeling wordt onvoldoende (d.w.z. minder dan 1x per maand en/of kwalitatief onvoldoende) gemonitord (ZA).
<b>1</b>	De toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling wordt niet gemonitord (V).

# Kwaliteitsdomein: Vakgroepfunctioneren

1. Quick Scan
2. Medisch beleidsplan
3. Jaarplan en jaarverslag
4. Vakgroep/medische stafvergaderingen (netwerkvakgroep)
5. Vakgroepvergaderingen (locatievakgroep)
6. Positionering van de vakgroep in het netwerk
7. Revalidatiegeneeskundig handelen

<b>1. Quick Scan</b>	
<p><i>Bij een netwerk dient de Quick Scan te worden ingevuld door de netwerkvakgroep. Het staat de locatievakgroep die deel uitmaakt van een netwerkvakgroep vrij om de Quick Scan daarnaast ook lokaal in te vullen. Bij een vakgroep die geen onderdeel is van een netwerkvakgroep, dient de Quick Scan te worden ingevuld indien deze minstens 2 revalidatieartsen omvat. De Quick Scan kan in overleg met de visitatiecommissie ad hoc vervangen worden door een adequate andere wijze van evaluatie van vakgroepfunctioneren.</i></p>	
<b>5</b>	Door de vakgroep wordt de Quick Scan voor evaluatie van het vakgroepfunctioneren structureel (minimaal 1x per 3 jaar) ingevuld, besproken, geëvalueerd en er wordt een verbeterplan gemaakt en uitgevoerd (S).
<b>4</b>	<b>Door de vakgroep wordt de Quick Scan voor evaluatie van het vakgroepfunctioneren structureel (minimaal 1x per 4-5 jaar) ingevuld, besproken, geëvalueerd en er wordt een verbeterplan gemaakt en uitgevoerd (N).</b>
<b>3</b>	Door de vakgroep wordt de Quick Scan voor evaluatie van het vakgroepfunctioneren structureel (minimaal 1x per 5 jaar) ingevuld, besproken en geëvalueerd maar er zijn geen verbeterplannen gemaakt en/of uitgevoerd, hoewel dat wel relevant is gezien de resultaten (A).
<b>2</b>	Door de vakgroep wordt de Quick Scan voor evaluatie van het vakgroepfunctioneren structureel (minimaal 1x per 5 jaar) ingevuld, maar de resultaten zijn niet geanalyseerd en/of besproken (ZA)..
<b>1</b>	De Quick Scan van het vakgroepfunctioneren is door de vakgroep niet uitgevoerd, de vakgroep evalueert haar functioneren ook niet op adequate andere wijze (V).

<b>2. Medisch beleidsplan</b>	
<i>Het medisch beleidsplan is een notitie vervaardigd door de (netwerk)vakgroep. Het kan ook het strategisch beleidsplan van de afdeling/instelling of organisatie betreffen als de vakgroep substantieel heeft bijgedragen aan de totstandkoming van het strategisch beleidsplan en de visie betreffende gewenste revalidatiegeneeskundige ontwikkelingen goed is meegenomen in het strategisch beleidsplan. In het beleidsplan van een netwerk dient aandacht te worden besteed aan de verschillende locaties binnen de instelling, indien dit relevant is.</i>	
<b>5</b>	De vakgroep heeft een medisch beleidsplan. Het medisch beleidsplan is een van de basisdocumenten om te komen tot het strategisch beleidsplan van de instelling of maakt integraal onderdeel uit van het strategisch beleidsplan (S).
<b>4</b>	<b>De vakgroep heeft een medisch beleidsplan . Het medisch beleidsplan is afgestemd of in lijn met de beleidsplannen van de instelling (afstemming = gedeeltelijk of geheel overlappend en/of complementair) (N).</b>
<b>3</b>	De vakgroep heeft een medisch beleidsplan , maar er is onvoldoende afstemming of onvoldoende rekening gehouden met de beleidsplannen van de instelling (A).
<b>2</b>	De vakgroep heeft geen medisch beleidsplan of een medisch beleidsplan onvoldoende geformuleerd op strategisch niveau (ZA)..
<b>1</b>	Deze score wordt voor dit item niet toegepast

<b>3. Jaarplan en jaarverslag</b>	
<i>Een jaarplan van de vakgroep geeft inzicht en overzicht van de behaalde resultaten en ontwikkelingen in het voorgaande kalender jaar o.b.v de plannen en ambities vanuit het jaarplan. Voor eisen van het jaarverslag zie bijlage 2.</i>	
<b>5</b>	De vakgroep heeft een jaarplan met een duidelijke verbinding met het medische beleidsplan en het strategisch beleidsplan van de instelling. Er is inzichtelijke follow up van het jaarplan met een jaarverslag cf. de eisen (zie bijlage 2) (S).
<b>4</b>	<b>De vakgroep heeft een jaarplan met inzichtelijke follow up en een jaarverslag cf de eisen. (N).</b>
<b>3</b>	De vakgroep heeft een jaarplan, maar inzichtelijke follow up of een jaarverslag ontbreekt (A).
<b>2</b>	De vakgroep heeft geen jaarplan(ZA). <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen 2 jaar een jaarplan op te stellen.</i></li> </ul>
<b>1</b>	Deze score wordt voor dit item niet toegepast



<b>4. Vakgroep/medische stafvergaderingen (netwerkvakgroep)</b>	
<b>5</b>	Er worden stafvergaderingen gehouden met de gehele medische staf 8-12x per jaar met voldoende tijdsduur of indien er een kernstaf is: kernstafvergaderingen 8-10 x per jaar en vergaderingen van de gehele medische staf minimaal 4x per jaar. Er wordt genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord en de kwaliteit van de vergaderingen wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd (S).
<b>4</b>	<b>Er worden stafvergaderingen gehouden met de gehele medische staf 8-12x per jaar met voldoende tijdsduur of indien er een kernstaf is: kernstafvergaderingen 8-10x per jaar en vergaderingen van de gehele medische staf minimaal 4x per jaar. Er wordt genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord (N).</b>
<b>3</b>	Stafvergaderingen worden gehouden met structuur en verslaglegging. Echter de frequentie is < 8 x per jaar en/of er is twijfel aan de effectiviteit van vergadering (A).
<b>2</b>	Er worden stafvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur of adequate verslaglegging (ZA)..
<b>1</b>	Er worden geen stafvergaderingen gehouden op netwerkniveau (V).
	N.v.t.

<b>5. . Vakgroep vergaderingen (locatievakgroep)</b>	
<b>5</b>	Er worden vakgroepvergaderingen (minimaal 8-10 keer per jaar, afhankelijk van de duur van de vergadering en grootte van de vakgroep) gehouden en genotuleerd, de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord en er wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd (S).
<b>4</b>	<b>Er worden vakgroepvergaderingen (minimaal 8-10 keer per jaar, afhankelijk van de duur van de vergadering en grootte van de vakgroep) gehouden en genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord (N).</b>
<b>3</b>	Er worden vakgroepvergaderingen gehouden en genotuleerd, maar de uitvoering van de besluiten wordt niet gemonitord en/of de vergaderfrequentie is tussen de 5-8 x per jaar (A). <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>De visitatiecommissie beveelt aan om naar aanleiding van de vakgroepvergaderingen besluiten te monitoren en/of de vergaderfrequentie te verhogen tot minstens 8x per jaar met voldoende tijdsduur.</i></li> <li>•</li> </ul>
<b>2</b>	Er worden vakgroepvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur en/of adequate verslaglegging en/of met een frequentie van minder dan 5 x per jaar (ZA). <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>De visitatiecommissie adviseert dringend om binnen 2 jaar de vakgroepvergaderingen te structureren en/of adequate verslaglegging te verzorgen en/of de frequentie te verhogen tot minstens 8x per jaar met voldoende tijdsduur.</i></li> </ul>
<b>1</b>	Er worden geen vakgroepvergaderingen gehouden op locatieniveau (V). <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>De visitatiecommissie stelt als voorwaarde dat de vakgroep structureel minstens 8 vakgroepvergaderingen per jaar instelt met voldoende tijdsduur en te zorgen voor adequate verslaglegging.</i></li> </ul>

<b>6. Positionering van de vakgroep in het regionaal zorgnetwerk</b>	
<i>De positionering van de vakgroep in het netwerk betreft de contacten met collega-specialisten in dezelfde zorginstelling, met bedrijfsartsen, huisartsen, de eerstelijns paramedici etc. en deelname in stafcommissies en dergelijke.</i>	
<b>5</b>	Deze score wordt bij dit item niet toegepast.
<b>4</b>	<b>De vakgroep heeft een proactief beleid om contacten in het regionaal zorgnetwerk te onderhouden en gebruikt deze contacten voor de evaluatie van de kwaliteit van zorg en zo nodig verbeteringen door te voeren (N).</b>
<b>3</b>	De vakgroep heeft een proactief beleid om contacten in het regionaal zorgnetwerk te onderhouden, maar gebruikt deze contacten niet voor de evaluatie van de kwaliteit van zorg om zo nodig verbeteringen door te voeren (A).
<b>2</b>	De vakgroep heeft een passief beleid t.a.v. het onderhouden van contacten in het regionaal zorgnetwerk en analyseert deze contacten niet (ZA).
<b>1</b>	De vakgroep onderhoudt geen contacten in het regionaal zorgnetwerk (V).

<b>7. Revalidatiegeneeskundig handelen</b>	
<b>5</b>	De vakgroepleden hebben eenduidige opvattingen over diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en nazorg, en hebben een systematiek om eenduidigheid van beleid regelmatig (minimaal jaarlijks) te evalueren en zo nodig te verbeteren. (S).
<b>4</b>	<b>De vakgroepleden hebben eenduidige opvattingen over diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en nazorg en hebben een systeem om eenduidigheid van beleid regelmatig (minimaal 1x per 3 jaar) te evalueren en zo nodig te verbeteren. (N).</b>
<b>3</b>	De vakgroepleden hebben eenduidige opvattingen over diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en nazorg, maar er is geen systeem om eenduidigheid van beleid regelmatig te evalueren en te verbeteren of dat gebeurt minder dan 1x per 3 jaar (A).
<b>2</b>	Er zijn afspraken over eenduidigheid m.b.t. diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en nazorg, maar de vakgroepleden houden zich daar niet (helemaal) aan (ZA).
<b>1</b>	Er zijn geen afspraken over eenduidige opvattingen over diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en nazorg (V).

# Kwaliteitsdomein: Professionele ontwikkeling

1. Kennisdeling (t.a.v. vakinhoudelijke kennis en vaardigheden)
2. Innovatie
3. Onderwijs
4. Wetenschap

<b>1. Kennisdeling (t.a.v. vakinhoudelijke kennis en vaardigheden)</b>	
<i>Afstemming kan plaatsvinden zowel op lokaal als netwerkniveau</i>	
<b>5</b>	De vakgroep heeft systematisch aandacht voor de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en evalueert dit minimaal 1x per jaar (S).
<b>4</b>	<b>De vakgroep besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en evalueert dit minimaal 1x/2 jaar.(N).</b>
<b>3</b>	De vakgroep besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden maar evalueert dit minder dan 1x per 2 jaar (A).
<b>2</b>	De vakgroep besteedt niet systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden of zorgt er niet voor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden (ZA).
<b>1</b>	Individuele kennis en kwaliteiten zijn niet op elkaar afgestemd en leidt tot een wisselend beleid binnen de vakgroep (V).

<b>2. Innovatie</b>	
<i>Innovatie is een ruim begrip. Innovatie of vernieuwing is het invoeren van nieuwe ideeën, goederen, diensten en processen die waarde voor de vakgroep toevoegen. Zo gezien is een vakgroep bijvoorbeeld innovatief als het zelf iets nieuws ontwikkelt, maar ook als de vakgroep een elders ontwikkelde behandeling invoert, regelmatig state-of-the-art behandelprotocollen introduceert of de eerste consult wachttijden kan reduceren door een online-afspraken systeem.</i>	
<b>5</b>	Innovatie van de werkwijze van de vakgroep, zowel logistiek als medisch inhoudelijk vormt een fundamenteel onderdeel van het beleid van de vakgroep. Jaarlijks wordt dit innovatiebeleid geëvalueerd en eventueel bijgesteld (S).
<b>4</b>	<b>De vakgroep is innovatief en de innovaties zijn vastgelegd in het beleids/jaarplan (N).</b>
<b>3</b>	De vakgroep is innovatief, maar deze innovaties zijn niet vastgelegd in het beleids/jaarplan (A).
<b>2</b>	De vakgroep is in beperkte mate innovatief (ZA).
<b>1</b>	De vakgroep is niet innovatief (V).

<b>3. Onderwijs</b>	
<i>Opleiding van aios wordt geëvalueerd bij de opleidingsvisitaties. Bij de kwaliteitsvisitatie gaat het om onderwijs: onderling, aan teamleden, aan verpleging, andere afdelingen in het ziekenhuis, bijscholing aan huisartsen, collega's in ziekenhuis, etc.</i>	
<b>5</b>	Het leveren van een kwantitatieve en kwalitatieve bijdrage aan opleiding en onderwijs van medische en andere zorgprofessionals is aantoonbaar met een rooster van regelmatig terugkerend onderwijs en er zijn aantoonbare onderwijsmomenten ondernomen n.a.v. geconstateerde tekortkomingen bij medisch en/of paramedisch personeel. (S).
<b>4</b>	<b>Het leveren van een kwantitatieve en kwalitatieve bijdrage aan opleiding en onderwijs van medische en andere zorgprofessionals is aantoonbaar met een rooster van regelmatig terugkerend onderwijs (N).</b>
<b>3</b>	De revalidatieartsen leveren een kwantitatieve en kwalitatieve bijdrage aan opleiding en onderwijs van medische en andere zorgprofessionals binnen de zorginstelling waar zij werkzaam zijn. Binnen deze groepen leven echter nog wel wensen op dit gebied (A).
<b>2</b>	De revalidatieartsen leveren een minimale bijdrage aan opleiding en onderwijs van medische en andere zorgprofessionals binnen de zorginstelling waar zij werkzaam zijn (ZA).
<b>1</b>	De revalidatieartsen leveren geen bijdrage aan opleiding en onderwijs van medische en andere zorgprofessionals binnen de zorginstelling waar zij werkzaam zijn (V).

<b>4. Wetenschap*</b>	
<i>* alleen te scoren indien relevant voor vakgroep; de beoordeling is relevant voor vakgroepen die bijdragen aan de opleiding van aios en die verbonden zijn aan een topklinisch ziekenhuis en/of UMC.</i>	
<b>5</b>	Ontwikkeling en uitvoering van wetenschappelijke activiteiten vormen een fundamenteel onderdeel van het beleid van de vakgroep. Afspraken dienaangaande zijn vastgelegd in beleidsplan. Voortgang wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd (S).
<b>4</b>	<b>Er zijn expliciete afspraken binnen de vakgroep over wetenschappelijke activiteiten en er wordt actief geparticipeerd; voortgang wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd (N).</b>
<b>3</b>	Er zijn wetenschappelijk activiteiten door de vakgroepleden. Er zijn tevens afspraken binnen de vakgroep hieromtrent. Voortgang wordt niet geëvalueerd of minder dan 1 x per jaar (A).
<b>2</b>	Er zijn wetenschappelijke activiteiten, doch er zijn geen afspraken binnen de vakgroep hieromtrent (ZA).
<b>1</b>	Er wordt niet of nauwelijks geparticipeerd in wetenschappelijke activiteiten. Er zijn geen afspraken binnen de vakgroep over wetenschappelijk activiteiten (V).
	N.v.t.

#### **Overige Kwaliteitsaspecten**

<b>4</b>	<b>De vakgroep waarborgt de privacy bij de balie</b>
<b>3</b>	Geconstateerde tekortkoming (A).
<b>4</b>	<b>Leden van de vakgroep hebben zitting in bestuur/commissies en/of werkgroepen van de VRA</b>
<b>3</b>	Geconstateerde tekortkoming (A).

## Bijlage 1 Relevante items voor adequate dossiervoering

---

### Poliklinisch dossier

- Brief aan verwijzer aanwezig (minimaal bij start en einde van behandeling, bij langdurige trajecten minimaal 1 x per jaar)
- Is de behandeling over te nemen op basis van het dossier?
- Is de (revalidatie)diagnose beschreven volgens het ICF-model?\*
- Bij patiënt(en) die in revalidatiebehandeling is/zijn geweest: Is het hoofdoel beschreven in het beoordeelde dossier ?

*\*hiermee wordt bedoeld diagnosebeschrijving op zowel stoornis-, activiteiten- en participatieniveau*

### Bij klinisch opgenomen patiënten:

- Medicatie en allergie (indien van toepassing) op duidelijke plaats in status, moet goed vindbaar zijn.
- Reanimatiebeleid en eventuele behandelbeperkingen indien van toepassing, moet goed vindbaar zijn.

## Bijlage 2 Eisen aan het jaarverslag

---

Waaraan moet een jaarverslag (minimaal) voldoen:

- Kwantitatieve gegevens.
- Personeels- en organisatorische aspecten.
- Complicatieregistratie.
- Wetenschappelijke activiteiten zoals voordrachten, publicaties en onderzoek (kan ook als apart document).
- Voortgang van in het jaarplan en/of beleidsplan verwoorde ontwikkelingen
- Relevante veranderingen binnen de vakgroep of revalidatieafdeling
- Andere relevante (patiëntgebonden) ontwikkelingen

## Bijlage 3 Treeknormen

---

- Wachtijd diagnostiek/indicatiestelling: 80 % binnen 3 weken, maximaal 4 weken
- Wachtijd poliklinische behandeling: 80 % < 3 weken, maximaal 4 weken
- Wachtijd klinische behandeling: 80 % < 5 weken, maximaal 7 weken
- Wachtijd klinische behandeling acuut CVA: 80% < 2 weken

## Bronnen

---

1. Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties, een leidraad voor wetenschappelijke verenigingen (Federatie Medisch Specialisten).
2. Adviescommissie kwaliteitsvisitation van de OMS, 24 mei 2012.
3. Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (17 november 2021)