College Geneeskundige Specialismen

Besluit van 8 juli 2015 houdende de wijziging van de volgende besluiten:
Kaderbesluit CCMS van 11 mei 2009;
Besluit cardio-thoracale chirurgie van 25 november 2010;
Besluit revalidatiegeneeskunde van 12 april 2010;
Besluit interne geneeskunde van 12 april 2010. [*]

Het College Geneeskundige Specialismen,

gelet op artikel 14, tweede lid, onder d. van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg en artikel 11 van de Regeling specialismen en profielen geneeskunst van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

gezien de adviezen van de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, de Vereniging voor Sportgeneeskunde, de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland en de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten;

BESLUIT:

[*] In de Staatscourant van 7 september 2015, nr. 28155 is mededeling gedaan van het besluit tot instemming van de Minister.

I Het Kaderbesluit CCMS wordt als volgt gewijzigd:

A. De toelichting van artikel B.18., derde lid, komt te luiden:
Lid 3: Een onderbreking die tot gevolg heeft dat wordt afgeweken van het eerder ingediende en goedgekeurde opleidingsschema, behoeft de goedkeuring van de oordelend opleider (artikel B.11.). Het is de verantwoordelijkheid van de aios en de opleider gezamenlijk om de RGS te informeren over deze wijziging voor te leggen aan de RGS. Als bij het einde van de opleiding en bij de aanvraag van registratie in het register van het betreffende specialisme blijkt dat ten onrechte niet is gecompenseerd, loopt de aios het risico dat zijn verzoek tot registratie wordt afgewezen omdat hij niet voldoet aan de opleidingseisen.

II Het Besluit cardio-thoracale chirurgie wordt als volgt gewijzigd:

A. Artikel B.7. onder h en i vervalt.

B. In de toelichting van artikel B.4. vervalt "27".

III Het Besluit interne geneeskunde wordt als volgt gewijzigd:

A. Artikel B.3., zesde lid, komt te luiden:
6. De keuzeonderdelen, genoemd in het eerste lid, onder c., elk met een duur van ten minste vier tot ten hoogste zes maanden, zijn:
   a. acute geneeskunde;
   b. allergologie en klinische immunologie;
   c. bloedtransfusiegeneeskunde;
   d. cardiologie;
   e. endocrinologie;
   f. hematologie;
   g. infectieziekten;
   h. interne geneeskunde;
   i. klinische epidemiologie;
   j. klinische farmacologie;
   k. klinisch onderwijs;
   l. longziekten;
   m. maag-darm-leverziekten zonder endoscopie;
   n. nefrologie;
   o. oncologie;
   p. ouderengeneeskunde;
   q. reumatologie;
   r. vasculaire geneeskunde.

B. Artikel B.3., zevende lid onderdeel o. wordt geletterd p.

C. In artikel B.3., zevende lid wordt een onderdeel ingevoegd, luidende:
o. palliatieve zorg;

IV Het Besluit revalidatiegeneeskunde wordt als volgt gewijzigd:

A. Artikel B.3. komt te luiden:
B.3. Structuur van de opleiding
1. De opleiding bestaat inhoudelijk uit:
   a. acht blokthema's genoemd in artikel B.4.;
   b. drie leerthema`s: klinisch redeneren, communicatie en organisatie, kennis en wetenschap die gedurende de opleiding worden ontwikkeld (lijnleren).
2. De opleiding bestaat uit de volgende opleidingsonderdelen:
   a. klinische revalidatiebehandeling in een revalidatiecentrum (volwassenen) gedurende ten minste negen en ten hoogste achttien maanden;

b. poliklinisch spreekuur en intercollegiaal consult in een ziekenhuis (volwassenen) gedurende ten minste negen en ten hoogste achttien maanden;
c. poliklinisch spreekuur en poliklinische revalidatiebehandeling in een ziekenhuis of revalidatiecentrum (volwassenen) gedurende ten minste negen en ten hoogste achttien maanden;
d. poliklinische of klinische revalidatiebehandeling (kinderen of jeugdigen) gedurende ten minste zes en ten hoogste twaalf maanden;
e. één of meerdere onderdelen in een medisch of sociaalgeneeskundig specialisme gedurende in totaal ten hoogste zes maanden (facultatief), te volgen vanaf het tweede opleidingsjaar in een opleidingsinrichting die voor het betreffende specialisme is erkend;
f. de onderdelen, genoemd in het tweede lid, onder a., b. en c. kunnen gecombineerd worden.

3. Het doel, de inhoud, de leerdoelen en de activiteiten die tijdens het onderdeel, bedoeld in het tweede lid, onder e., aan de orde komen zijn door de opleider, die het onderdeel verzorgt en vóór aanvang van het onderdeel, schriftelijk vastgelegd.
4. De volgorde van de (combinatie van) thema`s en opleidingsonderdelen die worden gevolgd, wordt bepaald door het regionale opleidingscircuit en is vastgelegd in het lokale of regionale opleidingsplan.

B. Artikel B.4. komt te luiden:

B.4. Inhoud van de opleiding

De opleiding omvat de volgende blokthema's:

a. niet-aangeboren hersenletsel;
b. myelum en perifeer zenuwletsel;
c. progressieve neurologische aandoeningen;
d. amputatie en prothesiologie;
e. aandoeningen van het spierskelet systeem;
f. chronische pijn en orgaanaandoeningen;
g. traumatische aandoeningen;
h. aandoeningen bij kinderen, jeugdigen en adolescenten.

C. Aan artikel B.6. wordt na feedback ingevoegd "en de team KPB".

D. Artikel B.8. komt te luiden:

B.8. Plichten aios

De aios houdt een patiëntenregistratie bij per themakaart, per opleidingsonderdeel en per opleidingsinrichting, als bedoeld in artikel B.3., waaruit blijkt dat er sprake is voldoende spreiding over de diagnosegroepen.

E. Artikel C.1. eerste lid komt te luiden:

C.1. Eisen gedeeltelijke opleiding (ten minste één tot ten hoogste drie jaar)

1. De instelling die één of meerdere gedeelten van de opleiding van in totaal ten minste één en ten hoogste drie jaar verzorgt, voldoet aan de volgende eisen:
   a. waarborgt gedurende de volledige werkweek de aanwezigheid van een revalidatiearts;
   b. gaat een samenwerkingsovereenkomst aan, die in aanvulling op de eisen van het Kaderbesluit CCMS tevens voldoet aan de volgende eisen:
      i. van de samenwerkingsovereenkomst maken ten minste twee opleidingsinrichtingen deel uit, waarvan ten minste een klinisch revalidatiecentrum voor volwassenen en een ziekenhuis;
      ii. in de samenwerkingsovereenkomst is vastgelegd welk deel van de opleiding elke opleidingsinrichting verzorgt;
      iii. in de samenwerkingsovereenkomst is voorzien in een opleidingscircuitcommissie die voldoet aan de volgende eisen:
         - is samengesteld uit de opleiders en ten minste twee aios;
         - staat onder voorzitterschap van één van de opleiders;
         - de voorzitter heeft zeggenschap over en is verantwoordelijk voor de samenhang van de verschillende opleidingsonderdelen.
      iv. in de samenwerkingsovereenkomst is voorzien in eenheid van opleidingsactiviteiten, aantoonbaar in het lokale of regionale opleidingsplan, protocollen en gezamenlijke besprekingen;
      v. in de samenwerkingsovereenkomst is tenminste voorzien in de behandeling van tenminste

de volgende aantallen patiënten:
- het aantal nieuwe patiënten dat in het revalidatiecentrum wordt opgenomen voor klinische revalidatiebehandeling voor volwassenen bedraagt ten minste 160 per jaar;
- het aantal opgenomen patiënten dat in het ziekenhuis voor intercollegiaal consult wordt gezien, bedraagt ten minste 300 per jaar;
- ziekenhuis en revalidatiecentrum voldoen samen aan de volgende eisen:
    - het aantal nieuwe patiënten dat in consult worden gezien op de polikliniek voor volwassenen bedraagt ten minste 1000 per jaar;
    - het aantal nieuwe kinderen dat in consult wordt gezien op de polikliniek voor kinderen bedraagt ten minste 100 per jaar;
    - het aantal nieuwe patiënten dat in poliklinische revalidatiebehandeling voor volwassenen wordt genomen bedraagt ten minste 500 per jaar.

vi. in de samenwerkingsovereenkomst is tenminste voorzien in de beschikking over de volgende voorzieningen:
- faciliteiten voor revalidatiegeneeskundige diagnostiek en behandeling, waaronder fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, psychologie of orthopedagogiek, maatschappelijk werk en verpleegkunde;
- diensten van een orthopedisch instrumentmaker en een orthopedisch schoentechnicus;
- in afwijking van het kaderbesluit is in de samenwerkingsovereenkomst voorzien in de beschikking over ten minste één van de volgende laboratoria: een pathologisch, een klinisch-chemisch laboratorium of een medisch-microbiologisch laboratorium. De hoofden van de laboratoria zijn bereid de aios voor te lichten over de onderzoeksmethodieken welke ten behoeve van hun patiënten worden toegepast.

vii. in de samenwerkingsovereenkomst is voorzien in de werkzaamheid van tegelijkertijd tenminste vier aios.

F. De toelichting van artikel A.1. komt te luiden:

Artikel A.1. Begripsomschrijvingen

Onder a: Een meer gedetailleerde beschrijving van het profiel van de revalidatiegeneeskunde is opgenomen in het landelijk opleidingsplan.

Onder b: Het landelijk opleidingsplan wordt ook wel aangeduid als BETER (Beschrijving Eerste Toetsbare Eindtermen Revalidatiegeneeskunde).

G. De toelichting van artikel B.3., vierde lid komt te luiden:

Lid 4: Gedurende de opleiding worden vooral de niet-thema afhankelijke competenties door middel van lijnleren onderwezen. Deze zgn. drie leerthema's kennen in het opleidingsplan een beschrijving van de ontwikkeling ('de lijn') gedurende de vier opleidingsjaren. Als concreet thema wetenschappelijk onderzoek is het leeronderzoek verplicht gesteld dat aan het eind van de opleiding moet zijn verricht.

H. De toelichting van artikel B.4. komt te luiden:

Artikel B.4. Inhoud van de opleiding

De inhoud van de opleiding wordt beschreven aan de hand van acht blokthema's die in themakaarten zijn uitgewerkt. De inhoud van de thema's is onderverdeeld in competenties. Elke themakaart kent per competentie opleidingsdoelen en beschrijft het beheersingsniveau, het toetsinstrument en de evt. de opleidingsonderdelen (spreekuur, intercollegiaal consult, poliklinische revalidatiebehandeling en/of klinische revalidatiebehandeling).

I. De toelichting van artikel B.6. komt te luiden:

Artikel B.6. Specialismespecifieke toetsing en beoordeling

De voor alle aios verplichte toetsinstrumenten zijn de KPB, de CAT en de kennistoets. Deze toetsinstrumenten zijn opgenomen in het Kaderbesluit CCMS. Per specialisme kunnen daarnaast ook andere instrumenten worden gebruikt. Voor de revalidatiegeneeskunde is dat de 360°feed back en de team KPB. De team KPB is een KPB waarbij specifiek gelet wordt op de wijze waarop de aios in teambesprekingen functioneert. Het opleidingsplan kent een toetsmatrix als bijlage waarin per (half) jaar is opgenomen welke toetsinstrumenten wanneer worden ingezet.

J. De bijlage bij Besluit revalidatiegeneeskunde, bedoeld in artikel B.2. komt te luiden overeenkomstig bijlage 1 van dit Besluit.

V Bekendmaking

1. Dit besluit behoeft instemming van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
2. In de Staatscourant wordt mededeling gedaan van dit besluit. Daarnaast wordt mededeling gedaan in het officiële orgaan van de KNMG.
3. De mededeling in het officiële orgaan van de KNMG bedoeld in het tweede lid bevat tenminste de titel van het besluit of wijziging en de datum van inwerkingtreding van het besluit of wijziging.
4. De integrale tekst van dit besluit zal op de website van de KNMG worden geplaatst (www.knmg.nl/opleidingenregistratie).

VI Inwerkingtreding

1. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2016.
2. Indien de Staatscourant waarin de vaststelling van dit besluit en het instemmingsbesluit bedoeld in artikel IV, eerste lid, worden geplaatst, wordt uitgegeven na 1 januari 2016 treedt dit besluit in. werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij worden geplaatst, en werkt zij terug tot en met 1 januari 2016.

Utrecht, 8 juli 2015

dr. G.A. van Essen,
voorzitter CGS

mr. M.C.J. Rozijn,
secretaris CGS

Toelichting algemeen

Het CGS heeft mede vanwege kwaliteitsbewaking besloten periodiek zijn regelgeving te evalueren. Hierbij wordt nadrukkelijk de kanttekening geplaatst dat het CGS terughoudend om gaat met wijzigingen van de regelgeving met name vanuit het oogpunt van duidelijkheid naar het veld. Naast evaluatie van regelgeving is aan de wetenschappelijke verenigingen aangegeven dat (verzoeken tot) wijzigingen van specifieke besluiten worden gebundeld en jaarlijks door het CGS worden besproken. Tegen die achtergrond heeft het CGS geïnventariseerd welke wijzigingen in de regelgeving noodzakelijk en wenselijk waren. In dat kader zijn ook de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen en de registratiecommissie (RGS) door het CGS schriftelijk benaderd om hun wensen kenbaar te maken. Er is een aantal wijzigingsvoorstellen ontvangen. Deze zijn door het CGS gewogen en hebben geresulteerd in dit besluit.

Bijlage bij Besluit revalidatiegeneeskunde, bedoeld in artikel B.2.

De in artikel B.2., tweede lid bedoelde specialismegebonden competenties zijn de volgende:

a. ten aanzien van medisch handelen:
   i. De revalidatiearts bezit adequate kennis en vaardigheden naar de stand van het vakgebied:
      1e. Gegeven een ziekte, diagnose of ongeval kan de revalidatiearts:
         – verstoorde basisfuncties verklaren uit de pathofysiologie;
         – klachten en bevindingen benoemen in termen van verstoorde basisfunctie, activiteiten en participatie;
         – de rol van persoonsgebonden en omgevingsgebonden factoren aangeven.
      2e. Gegeven de uitkomsten van ad 1 kan de revalidatiearts noodzakelijk aanvullend onderzoek benoemen en beargumenteren ter aantoning van:
         – de aard en kwaliteit van de verstoorde basisfuncties en zonodig van intacte basisfuncties;
         – de onderliggende pathofysiologie;
         – de rol van persoonsgebonden aspecten en omgevingsfactoren in samenhang met deze verstoorde basisfuncties.
      3e. Gegeven de uitslag van onderzoek kan de revalidatiearts de prognose of beloop benoemen en beargumenteren betreffende:
         – de verstoorde basisfuncties en evt. complicerende verstoring van andere basisfuncties;
         – onderliggende pathofysiologie, ook in termen van complicaties;
         – persoonsgebonden aspecten en omgevingsfactoren in samenhang met deze verstoorde basisfuncties.
      4e. Gegeven de prognose en eventueel risico's kan de revalidatiearts een behandelplan benoemen en de aard, de werking, het indicatiegebied en het te verwachten effect beargumenteren van:
         – preventieve maatregelen;
         – maatregelen ter bevordering van herstel;
         – maatregelen ter ondersteuning van functie bij onvolledig herstel;
         – vervanging van functie als deze verloren is gegaan;
         – inschakelen van een multidisciplinair revalidatie behandelteam.
   ii. De revalidatiearts past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en evidence-based toe:
      1e. Hij heeft kennis van het ICF model en van de uitwerking van de gevolgen van een ziekte, aandoening of ongeval aan de hand van dit model.
      2e. Klinische besluitvorming vindt plaats aan de hand van onderstaand ordenend principe:
      Globale probleemoriëntatie
         – wie is de verwijzer/wat is de verwijsvraag?
         – wat is de aard en de oorsprong van het gepresenteerde probleem?
         – wat zijn de ideeën van patiënt over aard en oorsprong van probleem?
      Gegevensverzameling
         - medische gegevens: huidige situatie, voorgeschiedenis, interpretatie

door andere revalidatiearts;
- huidig functioneren, verstoord en intact, in termen van basisfuncties, basisvaardigheden en doelgerichte activiteiten;
- invloeden door persoonlijke en omgevingsfactoren, op het functioneren;
- individuele waarden/ standaard bij probleemervaring (verwachting, premorbide functioneren, premorbide verwachtingen en strevingen) bij patiënt en naasten.

Analyse
- (differentiële) diagnose: vaststellen van relaties tussen functionele niveaus en relaties tussen functioneren en persoonsgebonden en omgevingsgebonden eigenschappen;
- inschatting van de prognose en van de risico's;
- inschatten en bespreken van impact/probleemervaring voor patiënt (en naasten);
- identificatie van aangrijpingspunten voor interventie.

Indicatiestelling
- identificatie van relevant geachte interventies;
- selectie van beschikbare interventies waarbij systematisch gezocht wordt naar onderbouwing in de literatuur;
- uitspreken van een verwachting van de uitkomst van de interventies.

In overleg met de patiënt (en naasten) behandelplan opstellen
- identificeren van behandeldoelen van patiënt en naasten;
- formuleren van professionele doelen(o.a. enkelvoudig, korte en lange termijn); waarbij kritische evaluatie van medische literatuur en ander bewijs wordt gebruikt om de besluitvorming te optimaliseren;
- bereiken van overeenstemming met patiënt en naasten over de doelen.

Behandeling
- realiseren van de behandeling (plannen, uitvoeren, delegeren);
- vervolgen van de behandeling (vastleggen resultaten, interpreteren);
- leiding geven aan team (bereid tot overleg en afstemming; in staat tot selectie van informatie).

Evaluatie
- vaststellen van verandering: (mate; al of niet gewenst; al of niet beoogd);
- vaststellen van de reden tot verandering ('natuurlijk' beloop, proces, interventie);
- bijstellen beleid.

iii. De revalidatiearts levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg:
1e. Behandeldoelen worden volgens SMART principes geformuleerd.
2e. Relevante behandelrichtlijnen en -protocollen van een bepaalde aandoening worden toegepast. Wijkt, indien nodig, goed gemotiveerd af van protocollen.

iv. De revalidatiearts vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe:
1e. Beschikbare informatie (handboeken, tijdschriftartikelen internet databases) wordt gebruikt om snel en adequaat informatie om de gevolgen van ziekte, aandoening of ongeval te vergaren.

b. ten aanzien van communicatie:

i. De revalidatiearts bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op:
1e. Uitgangspunt voor een heldere en effectieve behandelrelatie is het adequaat (rekening houdende met sekse, leeftijd, levensbeschouwing, cultuurpatroon, belastbaarheid en opleidingsniveau) kunnen structureren van:
- anamnese;
- lichamelijke onderzoek;
- opstellen en bespreken behandelplan.

2e. In de behandelrelatie is er ruimte voor open bespreking van:
- verwachtingen;
- resultaten van gegeven behandeling (resultaatmeting);
- begeleiding bij verwerking.

3e. De revalidatiearts weet de patiënt en zo nodig de partner/ouders positief te motiveren voor het voorgestelde behandelplan.
4e. Er vindt regelmatige evaluatie plaats met de patiënt of gestelde behandeldoelen

nog overeenkomen met de wensen/mogelijkheden van patiënt.

ii. De revalidatiearts luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiënteninformatie:
   1e. Bij verheldering van de hulpvraag worden ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt (en diens naaste omgeving) over het ontstaan, de aard en behandeling van het probleem, betrokken.

iii. De revalidatiearts bespreekt medische informatie goed met patiënten en familie:
   1e. Er wordt adequate informatie verstrekt aan patiënt en zijn familie over:
      - de functionele prognose (toekomstperspectief);
      - de gezamenlijk geformuleerde hulpvraag en het hierbij passende behandelplan (SMART doelen);
      - de voor- en nadelen van diverse interventies.
   2e. De patiënt en zijn naasten worden gewezen op beschikbaar voorlichtingmateriaal en/of patiëntenverenigingen.

iv. De revalidatiearts doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus:
   1e. Een patiëntencasus kan kort en bondig mondeling of schriftelijk volgens ICF-model worden overdragen aan supervisor, collegae en anderen die bij de behandeling zijn betrokken.
   2e. De statusvoering is actueel en leesbaar.
   3e. De correspondentie naar huisartsen en andere specialisten is tijdig en adequaat.

c. ten aanzien van samenwerking:

i. De revalidatiearts overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners:
   1e. Voor adequate aansturing van het revalidatieteam en het nemen van medische eindverantwoordelijkheid kan de revalidatiearts:
      - functionele prognose opstellen;
      - doelen SMART formuleren;
      - realistische revalidatieduur inschatten;
      - behandelplan gespecificeerd naar disciplines opstellen;
      - behandelacties en doelen evalueren per discipline;
      - coördineren nabehandeling;
      - teamleden stimuleren tot interdisciplinaire samenwerking; analyse hulpvraag;
      - teamvergadering leiden (adequate voorbereiding; tijdsbewaking; teamleden stimuleren tot actieve participatie en tijdig samenvatten).
   2e. De revalidatiearts kan doelmatig overleggen met gemeentelijke instanties (WMO), zorgverzekeraar, verpleeghuizen, patiëntenverenigingen en relevante maatschappelijke organisaties.
   3e. De revalidatiearts werkt structureel samen met een orthopedisch instrumentmaker en orthopedisch schoenmaker. Hij/zij kan hierbij de medische problematiek vertalen in adequate receptuur en denkt mee bij het vinden van een technische oplossing bij voorkomende problemen.
   4e. De revalidatiearts kan conflicten in een professionele relatie hanteren en werkt actief mee aan oplossing hiervan.

ii. De revalidatiearts verwijst adequaat:
   1e. Aan de hand van functionele prognose, premorbide functioneren, leerbaarheid, trainbaarheid en aanwezige mantelzorg is men in staat de indicatie te stellen of een patiënt met een bepaalde ziekte, aandoening of ongevalletsel vanuit het ziekenhuis naar een revalidatiecentrum, een verpleeghuis of naar huis verwezen kan worden.
   2e. Er wordt rond een patiënt een effectieve behandelrelatie met zowel eerste, tweede als derde lijn opgebouwd.

iii. De revalidatiearts levert effectief intercollegiaal consult:
   1e. Met in achtneming van de volgende aspecten wordt een behandelplan en behandeltraject geadviseerd: functionele prognose, premorbide functioneren, leerbaarheid, trainbaarheid en aanwezige mantelzorg. Dit wordt zowel met verwijzer, verpleging en patiënt en eventueel diens naasten besproken.
   2e. Tijdens een intercollegiaal consult worden ook de verpleging en paramedische diensten effectief geïnstrueerd.
   3e. Tijdens het intercollegiale consult wordt aan patiënt en eventuele naasten uitleg gegeven over de aanwezige stoornissen, verstoorde activiteiten, de functionele prognose en het voorgestelde behandeltraject.

iv. De revalidatiearts draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg:
1e. De revalidatiearts neemt deel aan interdisciplinair overleg en laat zien meningen van anderen te respecteren, te overwegen en accepteren en eigen expertise en meningen in te brengen.
2e. Waar nodig wordt aan andere hulpverleners uitleg gegeven over het voorgestelde revalidatie beleid en wordt verantwoordelijkheid genomen voor de continuïteit van de zorg.
3e. De revalidatiearts draagt zorg voor een goede samenwerking met nabij gelegen verpleeghuizen, bij voorkeur door structurele consultatie over en weer.
4e. De revalidatiearts is op de hoogte van de mogelijkheden van ketenzorg bij een bepaalde aandoening.
5e. De revalidatiearts heeft adequate kennis van de relevante multidisciplinaire spreekuren in de omliggende ziekenhuizen.

d. ten aanzien van kennis en wetenschap:
i. De revalidatiearts beschouwt medische informatie kritisch:
1e. De revalidatiearts weet de juiste vragen te stellen, kan doelmatig zoeken en kan de kwaliteit van de literatuur beoordelen bij rationele (bij voorkeur EBM) onderbouwingen van de besluitvorming.
ii. De revalidatiearts bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis:
1e. De revalidatiearts heeft de vaardigheid om deel te nemen aan een gemeenschappelijk researchproject, kwaliteitsborging of ontwikkeling van richtlijnen die relevant zijn voor het revalidatiegeneeskundig handelen.
2e. De revalidatiearts levert een actieve bijdrage aan ontwikkeling en implementatie van richtlijnen en behandelkaders.
iii. De revalidatiearts ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan:
1e. De revalidatiearts neemt verantwoordelijkheid om zijn persoonlijke leerbehoefte op de verschillende competentiegebieden vast te stellen. Hierna worden persoonlijke leerdoelen en het kiezen van geschikte leermethoden gekozen.
iv. De revalidatiearts bevordert de deskundigheid van studenten, aio's, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg:
1e. De revalidatiearts participeert actief in het regionale refereercircuit.
2e. De revalidatiearts faciliteert en bevordert het leren door studenten, arts-assistenten en andere medische deskundigen.

e. ten aanzien van maatschappelijk handelen:
i. De revalidatiearts kent en herkent de determinanten van ziekte:
1e. De revalidatiearts kent en herkent de maatschappelijke oorzaken en gevolgen van een bepaalde aandoening bij een patiënt.
ii. De revalidatiearts bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel:
1e. De revalidatiearts kent de risicofactoren voor dreigend disfunctioneren (overbelasting) en anticipeert hierop in de behandeling.
iii. De revalidatiearts handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen:
1e. De revalidatiearts kent de strekking van de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst), de WBP (Wet Bescherming Persoonsgegevens) en de gedragsregels van KNMG en VRA.
2e. De revalidatiearts heeft adequate en up-to-date kennis van relevante wetgeving, vooral wat betreft vergoeding hulpmiddelen, voorzieningen en vervoerskosten(o.a. WMO).
iv. De revalidatiearts treedt adequaat op bij incidenten in de zorg:
1e. De revalidatiearts herkent en erkent fouten/incidenten in de zorg en heeft geleerd deze bespreekbaar en hanteerbaar te maken ook met het oog op preventie in de toekomst.
2e. De revalidatiearts schept een cultuur waar incidenten laagdrempelig gemeld en besproken worden.

f. ten aanzien van organisatie:
i. De revalidatiearts organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling:
1e. De revalidatiearts organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg,

onderwijs, onderzoek en persoonlijke ontwikkeling en stelt hierbij prioriteiten (timemanagement) om te komen tot een evenwichtige werkbelasting.

2e. De revalidatiearts geeft duidelijk zijn eigen grenzen (draagkracht) aan en onderneemt waar nodig actie.

ii. De revalidatiearts werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie:

1e. De revalidatiearts heeft inzicht in de rollen en verantwoordelijkheden van de specialisten, de organisatie en functioneren van het gezondheidssysteem en het maatschappelijke krachtenspel.

2e. De revalidatiearts kan inhoudelijk leidinggeven aan een multidisciplinair behandelteam.

3e. De revalidatiearts is zich bewust van de effectiviteit en kosten van bepaalde diagnostiek en behandeling.

4e. De revalidatiearts neemt waar mogelijk actief deel aan ziekenhuiscommissies, VRA commissies of andere voor de revalidatiegeneeskunde relevante commissies.

iii. De revalidatiearts besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord:

1e. De revalidatiearts weegt de individuele nood af versus het collectieve belang.

2e. De revalidatiearts stuurt de revalidatiebehandeling mede op grond van wachtlijsten, patiëntgebonden factoren en toewijzing van middelen in belang van patiënt en organisatie.

iv. De revalidatiearts gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg en voor bij- en nascholing.

g. ten aanzien van professionaliteit:

i. De revalidatiearts levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze:

1e. De revalidatiearts toont bij zijn functie passend fatsoen en respect.

ii. De revalidatiearts vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag:

1e. De revalidatiearts toont zichtbare inzet, betrokkenheid en verantwoordelijkheidsgevoel.

2e. De revalidatiearts gaat adequaat om met feedback.

3e. De revalidatiearts gaat adequaat om met eigen emoties, normen, waarden en vooroordelen.

iii. De revalidatiearts kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daarbinnen:

1e. De revalidatiearts handelt adequaat zelfstandig naar bevoegdheid en bekwaamheid en vraagt waar nodig supervisie.

iv. De revalidatiearts oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep:

1e. De revalidatiearts houdt zich aan het medische beroepsgeheim en weet er adequaat mee om te gaan binnen de multidisciplinaire revalidatiebehandeling.

2e. De revalidatiearts gaat vertrouwelijk om met patiëntengegevens en stelt indien gewenst de dossiergegevens open voor patiënt en/of mantelzorger (toestemming conform WGBO en WPB).