

## **SCAS-kwaliteitsnorm sportmedische instellingen [SCAS1226:2023]**

***Certificering op basis- en vakinhoudelijke organisatorische aspecten***

***Deze norm is van toepassing op het kwaliteitsmanagementsysteem van een SMI, ongeacht de organisatievorm (zelfstandig behandelcentrum, medisch-specialistische solo-praktijk of aangesloten bij een ziekenhuis)***

***Beperkte wijziging per 15 januari 2025, vastgesteld door het bestuur van de Stichting SCAS-Instellingen na advisering van het CvD. De wijzigingen betreffen een aanvulling aangaande de Wtza in de toelichting en in de disclaimer alsmede enkele tekstcorrecties. De normen zijn niet gewijzigd.***

De uitgebreide herziening van de norm SCAS1226:2023, die per 1 augustus 2023 van kracht is, kwam tot stand door een werkgroep bestaande uit:

- Mineke Vegter, sportarts, voorzitter College van Deskundigen (CvD) van SCAS-Instellingen
- Inge Gobes-de Punder, sportarts, lid CvD
- Sjoerd Jan de Vries, KNO-arts, voormalig clubarts Betaald Voetbal, lid CvD
- Maarten Koornneef, sportarts n.p., bestuurssecretaris van SCAS-Instellingen
- Caroline van der Linde- Winkens, directeur CIIO B.V.
- Mandy Luiten, auditor bij CIIO B.V.

en werd vastgesteld door het bestuur van de Stichting SCAS-Instellingen op 1 augustus 2023 na de instemming van de Federatie van Sportmedische Instellingen in Nederland (FSMI) op 10 juli 2023

## Inhoud

Voorwoord.....	3
Inleiding, verantwoording, leeswijzer en disclaimer .....	4
Algemene toelichting op de normeisen en rubriekindeling .....	6
1. Randvoorwaarden voor goede sportmedische zorg.....	7
1.1    Beleid.....	7
1.2    Structuur en afspraken .....	8
1.3    Veiligheidseisen en andere niet-medische eisen .....	9
1.4    Continuïteit van zorg .....	11
1.5    Professioneel handelen.....	12
1.6    Bevoegdheid en bekwaamheid .....	13
1.7    Professionalisering / deskundigheidsbevordering.....	14
1.8    Registratie incidenten, klachten en calamiteiten .....	15
2. Uitvoering van de sportmedische zorg.....	18
2.1    Informatievoorziening aan de cliënt.....	18
2.2    Cliëntendossier .....	18
2.3    Uitvoering van de zorg .....	19
3. Evaluatie en verbetering van de sportmedische zorg .....	21
3.1    Deelname aan visitatie .....	21
3.2    Meten, analyseren en verbeteren.....	21
4. Referenties en geraadpleegde bronnen .....	24
Bijlage A (informatief) Definitielijst .....	26
Bijlage B (informatief) Wijze van beoordeling en specifieke auditeisen.....	29
Bijlage C (normatief) Formulier voor zelfevaluatie .....	30
Bijlage D (normatief) Overzicht van minimale eisen aan ruimtes en apparatuur .....	33
Bijlage E (normatief) Overzicht eisen waarbij vrijstelling mogelijk is (i.c.m. ander certificaat)	34
Bijlage F (normatief) Overzicht minimale eisen jaarverslag .....	36

## Voorwoord

Voor u ligt de nieuwe SCAS-kwaliteitsnorm voor sportmedische instellingen (SCAS1226:2023), na grondige herziening en bundeling van de vorige versies van de normen SCAS1226 en SCAS1227.

De aanleiding voor deze herziening is de notariële (af)splitsing per 4 mei 2022 waarbij de oorspronkelijke Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS) wordt voortgezet voor de certificering van instellingen onder de nieuwe naam *Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg-Instellingen (SCAS-Instellingen, afgekort SCAS-I)*.

De nieuwe norm is in overeenstemming met de wetgeving per 1-1-2023 en houdt rekening met wetgeving die op die datum in voorbereiding is. De nieuwe norm sluit aan bij de manier waarop de sector wil omgaan met kwaliteit. De norm is een praktische invulling van zowel randvoorwaardelijke toetsing als professionele kwaliteitstoetsing. De norm gaat uit van het primaire proces en het vakmanschap van de zorgprofessional.

Voor het lidmaatschap van de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) is het voor een SMI nodig om een geldig SCAS-certificaat te hebben. Voor een accreditatie van een SMI bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) als opleidingsinstantie voor het opleiden van sportartsen, is eveneens een geldig SCAS-certificaat nodig. Tot slot is het voor de vergoeding van de niet-basisverzekerde sportmedische zorg vanuit de aanvullende verzekering van de zorgverzekeraars meestal nodig dat de zorg is verleend door een SCAS-gecertificeerde sportmedische instelling (SMI).

Als brancheorganisatie maakt de FSMI zich sterk voor de randvoorwaardelijke voorzieningen rond het zorgaanbod van de SMI en de professionele kwaliteit van de gecontracteerde zorgverleners, waarbij geborgd dient te zijn dat de medisch-specialistische zorg wordt verleend door wettelijk geregistreerde sportartsen die werken met de richtlijnen zoals vastgesteld door de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) en/of de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Het keurmerk van de stichting SCAS-Instellingen heeft daarmee toegevoegde waarde aan reeds bestaande keurmerken zoals JCI, HKZ, Qualicor Europe en ISO-9001.

De kwaliteitsvisitatie uitgevoerd door de wetenschappelijke vereniging (VSG) en SCAS-I certificatie zijn complementaire instrumenten en dragen bij aan de kwaliteit en het kwaliteitsbewustzijn in de branche. Kenmerken van kwaliteitsbewustzijn zijn stimulerend verbeteren, transparantie van processen en werkwijzen en reflecteren op resultaten. Door het harmoniseren van de kwaliteitsvisitaties van de sportartsen met de SCAS-certificering voor de SMI en het overgaan tot een gezamenlijke cyclus van 5 jaren wordt enerzijds de administratieve last voor de organisaties en de zorgverleners beperkt en anderzijds de effectiviteit en de doelmatigheid vergroot.

Het bestuur is dank verschuldigd iedereen die heeft meegewerkt aan deze nieuwe norm en met name aan de werkgroep.

Niels Wijne, sportarts

Bestuursvoorzitter Stichting SCAS-Instellingen

## Inleiding, verantwoording, leeswijzer en disclaimer

### Inleiding

De eerste SCAS-norm voor SMI's dateert van 2003 en is nadien periodiek bijgesteld. De laatste bijstelling vond plaats in 2017. De voorliggende SCAS-norm is een volledige revisie van de SCAS-normen 1226 en 1227 uit 2017. Daarbij was SCAS1226 bedoeld voor de SMI als geheel en was SCAS1227 bedoeld voor SMI's die onderdeel zijn van een ziekenhuisorganisatie en als zodanig zijn opgenomen in de ziekenhuiscertificering of -accreditering. SCAS1227 was daarom toegespitst op de randvoorwaarden en de managementaspecten van het vakinhoudelijke deel van de organisatie.

Bij de revisie van 2023 is rekening gehouden met bestaande audits en certificeringen en met de vakinhoudelijke Kwaliteitsvisitaties van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG). Om adequate afstemming mogelijk te maken zal het SCAS-certificaat - net zoals in 2003 - vijf jaar geldig zijn. Wel zal er jaarlijks contact zijn met de auditor(s) en/of de visitatoren.

Bij deze bijstelling (2024) is rekening gehouden met wetgeving en jurisprudentie tot en met 1 september 2024. Het betreft met name de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz)<sup>1</sup>.

Bij de revisie is ingespeeld op actuele thema's. De norm bevat onder andere eisen:

- die de eigen regie van de cliënt ondersteunen;
- voor het leveren van 'maatwerk' aan de cliënt;
- voor *shared decision making*;
- voor risico management op SMI- en procesniveau;
- voor het omgaan met belanghebbenden;
- voor samenwerking met interne en externe ketenpartners;
- voor een (sociale) veiligheidscultuur;
- voor de veiligheid van cliënten, medewerkers en bezoekers.

Door in de uitvoering de koppeling te leggen met de vakinhoudelijke Kwaliteitsvisitaties is er ook meer verbinding met de kwaliteitskaders van de artsenkoepel KNMG en de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Daarbij zijn er nadere eisen opgenomen die voortvloeien uit het kwaliteitsbeleid van de VSG en de FSMI.

Deze SCAS-norm bevat eisen voor een kwaliteitsmanagementsysteem. De eisen voor dit kwaliteitsmanagementsysteem zijn gebaseerd op de principes van de ISO 9001:2015, en de principes uit de Governancecode Zorg.<sup>2</sup>

Met deze norm kunnen SMI's een systeem opzetten dat helpt om (voortdurend) te leren en te verbeteren en dat niet de nadruk legt op het schrijven van procedures en protocollen.

### Verantwoording

Ten behoeve van deze revisie heeft de werkgroep uitgebreid documentonderzoek verricht. Bij het omzetten van de oude normen naar het nieuwe format is binnen de werkgroep nauwkeurig gewogen welke normeisen aanpassing vereisten, welke eisen konden vervallen

<sup>1</sup> <https://www.zorginzicht.nl/ondersteuning/wet-elektronische-gegevensuitwisseling-in-de-zorg-wegiz>

<sup>2</sup> Dit betreft de Governancecode Zorg, versie 2022 van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ). Zie <https://www.governancecodezorg.nl/>

en welke nieuwe eisen noodzakelijk zijn geworden. Er is advies ingewonnen bij deskundigen binnen de VSG en FSMI en bij enkele auditoren die ervaring hebben met het onderzoeken van SMI's. Verder is de conceptnorm in de praktijk getoetst in twee audits die door CIIO B.V. zijn uitgevoerd, voorafgaande aan de instemming van de FSMI.

### **Leeswijzer**

Nadere toelichting op de rubriekstructuur van dit normdocument is opgenomen in het volgende hoofdstuk. De genummerde hoofdstukken behandelen per rubriek en sub-thema de specifieke normeisen, steeds gevolgd door een toelichting per normeis. De referenties/bronnen zijn in een apart hoofdstuk opgenomen. In de bijlagen zijn de uitvoeringsdocumenten en nadere specificaties opgenomen die van belang zijn in het certificeringsproces (onderzoek en beoordeling).

### **Disclaimer**

Deze SCAS-norm is geactualiseerd tot op de datum van publicatie. Wijzigingen na die datum kunnen noodzakelijk zijn. In die gevallen prevaleert de online-versie op [www.scasinstellingscertificering.nl](http://www.scasinstellingscertificering.nl) boven de schriftelijke versie, maar ook aan de webversie kunnen geen rechten worden ontleend die afwijken van de wet.

Deze SCAS-norm is geen letterlijke overname van de bepalingen in wet- en regelgeving en de beoordelingsprocedure in het kader van de certificering omvat geen juridische toets van de statuten, samenwerkingsovereenkomsten, gebruikte (model-)contracten en andere verplichte procedures en documentatie.

De Stichting SCAS-Instellingscertificering is niet aansprakelijk voor eventuele schade die voortvloeit uit fouten of omissies in dit document.

## Algemene toelichting op de normeisen en rubriekindeling

Deze SCAS-norm is verdeeld in drie rubrieken die de specifieke normeisen en de nadere toelichting daarop omvatten.

### **Rubriek 1: randvoorwaarden voor goede sportmedische zorg**

Deze rubriek bevat eisen die de SMI ondersteunen om goed te kunnen sturen. Hierbij moet de SMI in beeld hebben:

- Wat de relevante interne en externe ontwikkelingen zijn;
- Wat de behoeften en verwachtingen van de belanghebbenden (waaronder ketenpartners) zijn;
- Wie de belangrijke ketenpartners zijn;
- Wat de kansen en bedreigingen zijn voor de organisatie (risico-inventarisatie en -evaluatie).

De uitkomsten van deze inventarisaties zijn ook van invloed op de strategie van de SMI en het beleid dat hiermee samenhangt. Het kwaliteitsmanagementsysteem moet concrete doelen bevatten. Zo wordt het kwaliteitsmanagementsysteem een instrument dat echt bijdraagt aan het realiseren van de strategie van de SMI. Hierdoor ligt het accent op het maken van bewuste keuzes (actief handelen) in plaats van op het schrijven van protocollen en procedures. Andere thema's in deze rubriek zijn: leiderschap, samenwerken, normen, waarden en veiligheidscultuur. Deze norm gaat uit van een zekere mate van vrijheid voor de medewerkers om invulling te geven aan hun taken. Om ervoor te zorgen dat de medewerkers hier op een goede manier mee om kunnen gaan, zijn eisen opgenomen die de bekwaamheid en bevoegdheid van de medewerkers ondersteunen.

Tot slot bevat deze rubriek enerzijds eisen voor het op een laagdrempelige manier omgaan met signalen en klachten en anderzijds eisen voor een systematiek van veilig melden van (bijna-)fouten, incidenten en calamiteiten. Hoewel signalen ook een positieve kant kunnen hebben en kansen kunnen inhouden, is het van belang dat de verantwoordelijken en medewerkers binnen een SMI ook informele signalen (los van formele incidenten en klachten) en informatie die via-via is verkregen, bij de evaluatie en reflectie betrekken.

### **Rubriek 2: uitvoering van de sportmedisch zorg**

Deze rubriek beschrijft welke zaken binnen het primaire proces van belang zijn om optimale zorg aan de cliënt te kunnen geven. Deze 'zorg' kan bestaan uit behandeling, begeleiding, zorg- en/of dienstverlening. Belangrijke thema's hierbij zijn: ondersteuning van de eigen regie van de cliënt en het leveren van maatwerk. Daarnaast gaat deze rubriek over continuïteit van de 'zorg', afspraken over doorstroom en nazorg en dossiervorming, waarbij wordt aangesloten bij de professionele standaarden.

### **Rubriek 3: evaluatie en verbetering van de sportmedische zorg**

Deze rubriek bevat eisen voor het evalueren, leren en verbeteren op drie niveaus: cliëntniveau, procesniveau en SMI-niveau. Hierbij worden onder meer instrumenten als visitaties, verbeterregister, klachten, incidenten, calamiteiten, evaluatie verwijsrelaties, evaluatie zorg, evaluatie bij- en nascholing, evaluatie functioneren medewerkers en zorgprofessionals, uitkomsten cliënttevredenheidsonderzoek, evaluaties SMI-werkoverleggen, evaluaties toegangstijd en wachttijd voor diagnostiek en behandeling ingezet.

De SMI moet niet alleen maatregelen nemen, maar moet ook de effectiviteit van de maatregelen evalueren, zodat, indien nodig, kan worden bijgestuurd.

# 1. Randvoorwaarden voor goede sportmedische zorg

## 1.1 Beleid

- 1.1.1 De SMI heeft een actueel meerjarenbeleidsplan waarin de missie, visie en doelstellingen omschreven staan.
- 1.1.2 Dit meerjarenbeleidsplan is bekend bij de medewerkers van de SMI.
- 1.1.3 Binnen de SMI is bekend welke (interne en externe) belanghebbenden er zijn.<sup>3</sup>
- 1.1.4 Binnen de SMI zijn de eisen, vragen en verwachtingen van belanghebbenden vertaald naar risico's en kansen.
- 1.1.5 Er is een, op verbeteren, gericht systeem, waarin doelstellingen aantoonbaar worden geëvalueerd en eventueel bijgesteld. Zie ook normeis 3.2.8.
- 1.1.6 Binnen de SMI is vastgelegd wat de kritische prestatie-indicatoren (KPI's) zijn en monitort deze met opvolging tot verbeteringen. Zie ook normeis 3.2.10.
- 1.1.7 De SMI hanteert voor wachttijden de normen die gangbaar zijn voor spoedeisende zorg en niet-spoedeisende zorg.
- 1.1.8 De SMI heeft een weloverwogen aanpak voor evaluatie, vernieuwing en verbetering van haar diensten en producten en handelt hiernaar.

### TOELICHTING

- 1.1.1, 1.1.2 Het meerjarenbeleidsplan is een praktisch document in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving en met de afspraken binnen de betreffende branche. In het document wordt onder meer aandacht besteed aan de visie op de sportmedische zorg, het cliëntenperspectief, de ketensamenwerking, strategisch personeelsbeleid, cliëntveiligheid en doelgroepen. Daarnaast is er ook aandacht voor de manier waarop kwaliteit van zorg gewaarborgd wordt. Het document geeft een overzicht van jaaractiviteiten met doelstellingen die deels meetbaar zijn en overeenkomen met de visie. Er worden bijvoorbeeld doelstellingen geformuleerd op het gebied van de zorg- en dienstverlening, cliënttevredenheid, medewerkers, en professionalisering. Jaarlijks blik de SMI in het jaarverslag terug op het behalen van doelstellingen en het bijsturen door middel van maatregelen. Zie bijlage F voor de minimale eisen aan het jaarverslag.
- 1.1.3 De SMI bepaalt wie relevante belanghebbenden zijn voor de SMI, zoals medewerkers, cliënten, huisartsen, medisch specialisten, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen, VSG, FSMI, NZa, IGJ. Vervolgens stelt de SMI per belanghebbende (of per groep van belanghebbenden) relevante acties vast, zoals het betrekken van medewerkers bij de bedrijfsvoering, monitoren van ontwikkelingen bij IGJ, informeren van cliënten.
- 1.1.4 Hier gaat het om de invloed die de belanghebbenden kunnen hebben op het bereiken van de doelstellingen van de SMI. Let ook op de belangen en het imago van elke belanghebbende.  
De SMI kent de eisen en verwachtingen van de belanghebbenden en stemt het beleid daarop af. De SMI streeft ernaar deze eisen, vragen en wensen van belanghebbenden te respecteren. Eventuele ontevredenheid van belanghebbenden is een belangrijk signaal om een beleidswijziging te overwegen.
- 1.1.5 De SMI heeft signaleringsbronnen benoemd die aangeven of de zaken lopen zoals ze moeten lopen, waaruit blijkt of de doelstellingen worden gerealiseerd. Bij afwijkingen worden aantoonbare maatregelen genomen en vervolgens worden de verbeteringen doorgevoerd.

<sup>3</sup> Zie definitieparagraaf ook onder 'contact' en 'ketenpartner'

- 1.1.6 Een kritische prestatie-indicator waarvoor periodieke peiling en opvolging is vereist, betreft de cliënt/patiënt-tevredenheid. Monitoring van de uitkomst van zorg is wenselijk. Bij het vaststellen van deze normen zoekt de SMI passende evaluatiemethodes. Zie ook 3.2.2.
- 1.1.7 Er wordt uitgegaan van de landelijke Treeknorm. De Treeknorm is een streefnorm voor maatschappelijk aanvaardbare wachttijden voor het leveren van niet spoedeisende zorg (toegangstijd 80% binnen 3 weken, maximaal 4 weken). Binnen de SMI is vastgelegd hoe er wordt omgegaan met wachttijden en doorlooptijden. Hoe men deze registreert en bewaakt en eventueel verbeteringen vormgeeft.
- 1.1.8 De SMI heeft afspraken gemaakt om tijdig van toepassing zijnde wet- en regelgeving, richtlijnen en ontwikkelingen binnen de sportmedische zorg te signaleren. Regelmatig worden deze signalen besproken en beoordeeld en wordt vastgesteld welke maatregelen nodig zijn.

## 1.2 Structuur en afspraken

- 1.2.1. De SMI identificeert de relevante actuele wet- en regelgeving en bepaalt hoe die toegepast en bijgehouden wordt in de SMI.
- 1.2.2. De SMI bepaalt de benodigde omvang van het personeel gerelateerd aan de cliëntenpopulatie en de zorgvraag.
- 1.2.3 Binnen de SMI zijn de benodigde rollen en functies met de bijbehorende competenties en taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd en zijn als zodanig bekend. Indien meerdere disciplines bij de behandeling betrokken zijn wordt vastgelegd wie de regiebehandelaar is.
- 1.2.4 De SMI heeft haar eigen arbeidsvoorwaarden en eigen pensioenregeling of volgt de arbeidsvoorwaardenregeling van de betreffende koepelorganisaties in de zorg.
- 1.2.5 Binnen de SMI vindt structureel werkoverleg of vakgroepoverleg plaats. Acties worden vastgelegd en gemonitord,

### TOELICHTING

- 1.2.1 De SMI heeft afspraken gemaakt om tijdig van toepassing zijnde wet- en regelgeving, richtlijnen en ontwikkelingen binnen de sportmedische zorg te signaleren. Regelmatig worden deze signalen besproken en beoordeeld en wordt vastgesteld welke maatregelen nodig zijn. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan wet- en regelgeving op het gebied van: radiologie, infectiepreventie en hygiëne, medicatieoverdracht, spoedgevallen, prikaccidenten, medische hulpmiddelen, privacy, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, patiëntendossier. Bijvoorbeeld WGBO, AVG, Wkkgz, MDR<sup>4</sup>, Wegiz.
- 1.2.2 Er is een overzicht van zorgverleners (werknemers, onderaannemers, functies, aantal uren en/of fte).
- 1.2.3 Het gaat hier bijvoorbeeld ook over de verantwoordelijkheid voor de behandeling wanneer diverse disciplines bij de behandeling zijn betrokken. Voor elke medewerker moet het duidelijk zijn wat de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn. Tevens moet elke medewerker voldoende kennis en vaardigheden hebben om de taken binnen de organisaties te kunnen uitvoeren. Dit kan bijvoorbeeld vastgelegd zijn in functieprofielen of taakomschrijvingen. Daarnaast moet binnen de SMI vastgesteld worden of de samenstelling

<sup>4</sup> [EU-verordening medische hulpmiddelen](#) (EU no 2017/745, ook bekend als de Medical Device Regulation, MDR).



van het team overeenstemt met het cliëntenaanbod en als dit niet volstaat naar wie doorverwijzing plaats kan vinden.

- 1.2.5 Bij kleinere SMI's en solo-praktijken kan deze verplichting vormgegeven worden door periodiek overleg met verwijzende zorgaanbieders, onderaannemers en zorgaanbieders naar wie wordt verwezen.

### 1.3 Veiligheidseisen en andere niet-medische eisen

- 1.3.1 De privacy van de cliënten en de vertrouwelijkheid van hun gegevens zijn gewaarborgd.
- 1.3.2 De SMI voldoet aan de wettelijke eisen voor de veiligheid van de medewerkers, cliënten en bezoekers en voert daartoe periodiek een Risico-Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) uit.
- 1.3.3 De ruimtelijke voorzieningen en de apparatuur in de SMI zijn afgestemd op het jaarlijks te verwachten aantal cliënten, de algemene cliënt-specifieke kenmerken, de doelstellingen van de SMI en de aangeboden zorg (zie ook 'productenlijst') en voldoen ten minste aan de minimumeisen. Zie bijlage D. De apparatuur wordt systematisch onderhouden conform aanwijzingen van de fabrikant en leverancier. De medewerkers zijn ingewerkt in het gebruik ervan.
- 1.3.4 De SMI is gevestigd in een gebouw met faciliteiten dat geschikt is voor de aangeboden diensten en is toegankelijk voor haar cliënten.
- 1.3.5 De SMI is zich bewust van de werkbelasting van collega's/medewerkers en evalueert regelmatig om dat evenwicht te behouden en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan.
- 1.3.6 De SMI draagt zorg voor duurzame inzetbaarheid van medewerkers.
- 1.3.7 De SMI legt afspraken bij uitbesteden van diensten aan andere organisaties hierover vast in een dienstverleningsovereenkomst.
- 1.3.8 Er is een productenlijst zichtbaar en beschikbaar voor de cliënt.

#### TOELICHTING

- 1.3.1 Bij de intake en elke andere relevante situatie zoals laboratoriumonderzoek, beeldvormend onderzoek, ingrepen en (toediening van) medicatie wordt de identiteit van de cliënt geverifieerd. De privacy van cliënten omvat zowel de privacy tijdens de behandeling als de privacybescherming van de cliëntgegevens, zoals in het cliëntendossier, afsprakensysteem, emailverkeer. Hieronder vallen ook het bespreken en eventueel delen van cliëntgegevens met derden en de aandacht voor de privacy van de cliënt in de wachtkamer en aan de balie. Op het gebied van het veilig omgaan met (digitale) informatie moet de SMI maatregelen treffen. De SMI hanteert een werkwijze rondom datalekken. De werkwijzen van de SMI voldoen aan de AVG en Wegiz.
- 1.3.2 Er bestaat een wettelijke plicht om een Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) uit te voeren als er personeel in dienst is. Hiermee kan de SMI risico's inventariseren, evalueren en maatregelen treffen.
- Maatregelen richten zich vooral op personeelsveiligheid (ergonomie, verzuim, straling, gevaarlijke stoffen), cliëntveiligheid en omgevingsveiligheid (BHV, calamiteitenplan, ontruimingsplan).

In de SMI is een AED aanwezig. De locatie van de AED moet bij iedereen bekend en adequaat aangeduid zijn. Beheer en onderhoud van facilitaire ruimtes zoals een douche-, wasgelegenheid gebeurt volgens geldende wet- en regelgeving. Denk hierbij aan legionellabestrijding.

- 1.3.3 Medische apparatuur is kritische apparatuur en daarmee is het van het grootste belang dat er goed mee omgegaan wordt. Er wordt een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd voor het omgaan met kritische apparatuur. De SMI neemt bij de scholing van medewerkers en het onderhoud van de apparatuur de uitkomsten uit de prospectieve risicoanalyse en RI&E mee.

Bij het gebruik maken van medische apparatuur dient de SMI te beschikken over de handleidingen, moet het onderhoud vastgelegd zijn en aantoonbaar zijn, moeten de kennis en vaardigheden van het personeel dat werkt met de apparatuur aantoonbaar up-to-date zijn.

Er bestaan tevens schriftelijke afspraken over inkoop van voor zorg- en dienstverlening relevante diensten en producten. Bij het formuleren van de afspraken zijn:

- de uitkomsten van de risicoanalyse betrokken;
- relevante wet- en regelgeving, beroepsstandaarden en -richtlijnen en kwaliteitskaders betrokken.

De afspraken zijn bekend bij de leveranciers van de producten en diensten. De afspraken worden geëvalueerd en zo nodig aangepast. De organisatie heeft vastgesteld hoe vaak en op welke manier deze evaluaties gedaan worden.

- 1.3.4 Dit houdt in dat de SMI de toegankelijkheid afstemt op de doelgroep die zij wil bedienen. Het gaat om toegankelijkheid in de breedste zin van het woord. Denk hierbij zowel aan toegankelijkheid van de SMI voor cliënten met bijvoorbeeld fysieke, visuele of auditieve beperkingen als ook cognitieve beperkingen of bijvoorbeeld een niet-westerse achtergrond (taalbarrière). Toegankelijkheid betekent aandacht hebben voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden op wat voor gebied dan ook (door het opleidingsniveau bijvoorbeeld of door minder digitale vaardigheden). Vastgelegd is hoe de SMI bereikbaar is, zowel qua locatie (per fiets en/of openbaar vervoer of per auto), als digitaal.

- 1.3.5 Werkbelasting voor het personeel betreft fysieke belasting, psychosociale arbeidsdrukbelasting en daarbij ervaren werkdruk.

- 1.3.6 De SMI borgt kennis en opgedane ervaringen. Hiermee wordt de kwaliteit van zorg en continuïteit van de SMI gewaarborgd. Dit kan via een verdeling van taken en opvang (intern of extern) van kennis en mensen. Er is behoefte aan continuïteit van medewerkers binnen een SMI. De SMI neemt maatregelen voor de continuïteit van de organisatie.

- 1.3.7 De SMI maakt afspraken over de zorg- en dienstverlening en de daarbij behorende verantwoordelijkheden, indien zij optreedt als hoofd- of onderaannemer bij het leveren van zorg- en dienstverlening. De afspraken zijn vastgelegd en gaan tenminste over:

- de kwaliteit van en de eindverantwoordelijkheid voor de geleverde zorg- en dienstverlening;
- het gebruik en de beveiliging van het zorgdossier, waarbij de informatie in het zorgdossier op een veilige manier uitgewisseld moet kunnen worden;
- de beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg- en dienstverlening.

De afspraken worden geëvalueerd volgens een vastgesteld werkwijze. Indien nodig worden de afspraken aangepast.

- 1.3.8 Specifieke product- en procesomschrijvingen m.b.t. SMI ('producten lijst') zijn terug te vinden op een herkenbare plek op website met duidelijke uitleg basisverzekerd (verwijzing huisarts) of aanvullend verzekerd/eigen rekening. De sportarts die luchtvaartmedische keuringen

uitvoert toont bij audit/visitatie: *Certificaat luchtvaart-medisch keuringsarts (gecertificeerd door ILenT (AME)).* (Zie ook 1.6.2)

De sportarts die duikkeuringen uitvoert toont bij audit/visitatie: *Certificate in Diving Medicine-Level I- Medical Examiner of Divers<sup>5</sup>* (gecertificeerd door de NVD (MED-level 1)). Zie ook 1.6.2.

Bij product 'club/teambegeleiding': afspraken met bond/club/team zijn gedocumenteerd en aantoonbaar bij audit/visitatie.

## 1.4 Continuïteit van zorg

- 1.4.1 In de SMI zijn afspraken met betrekking tot de taakdelegatie/taakherschikking vastgelegd en voor alle betrokken medewerkers beschikbaar. De cliënt wordt hierover geïnformeerd voor zover het de cliëntenzorg betreft.
- 1.4.2 Verwijzing van cliënten vindt plaats volgens vaste afspraken. Registratie vindt plaats in het cliëntendossier. De verwijfsafspraken worden periodiek geëvalueerd.
- 1.4.3 Zorgverleners voeren de met de cliënten afgesproken aanpak uit, zetten geschikte methoden en technieken in en benutten de deskundigheid van collega's en samenwerkingspartners.
- 1.4.4 Voor spoedgevallen is er een achterwachtregeling met goede bereikbaarheid en met heldere afspraken rondom (terug)verwijzing en/of overdracht. De SMI informeert de patiënten hierover.
- 1.4.5 Er vindt evaluatie met de externe verwijfsrelaties en andere belanghebbenden plaats. Zie ook normeis 3.2.3.

### TOELICHTING

- 1.4.1 Volgens de Wet BIG moet iedereen die sportmedische zorg verleent bekwaam zijn. Voor verrichtingen met weinig risico moet de zorgverlener bekwaam zijn. Voor risicovolle verrichtingen gelden aanvullende eisen omtrent bekwaamheid. Voorbehouden handelingen kunnen alleen onder strikte voorwaarden door een andere zorgverlener worden uitgevoerd dan een (sport)arts. Voor de sportgeneeskunde relevante voorbehouden handelingen zijn: heelkundige behandelingen, geven van injecties, maken van röntgenfoto's en voorschrijven van geneesmiddelen. De SMI heeft protocollen waarin staat welke taken door wie, onder welke voorwaarden mogen worden uitgevoerd. De SMI heeft daarbij aandacht voor tijdelijke vervanging bij afwezigheid van zorgverleners wegens vakantie, ziekte of andere redenen. De SMI communiceert over de risico's voor de patiënt en daarmee samenhangende veiligheidsvoorschriften en –voorzieningen aan patiënten en externe partijen.
- 1.4.2 Verwijzing betreft doorverwijzing of samenwerking met andere professionals binnen of buiten de sportmedische zorg. Denk hierbij aan een revalidatiearts, reumatoloog, longarts, cardioloog, orthopedisch chirurg, maar ook aan eerstelijns zorgverleners, zoals de huisarts of fysiotherapeut. Leg in het elektronische cliëntendossier (EPD) vast wie waarvoor

<sup>5</sup> Zie [Educational and training standards for physicians in diving and hyperbaric medicine](#), 2011. European Committee of Hyperbaric Medicine (ECHM) en European Diving Technology Committee (EDTC), Het [European College of Baromedicine](#) (ECB) is de uitvoeringsinstantie van de ECHM, die de (internationale) accreditatie en certificering verzorgt. De Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde (NVD) voert de certificering voor Nederland uit.

verantwoordelijk is in het zorgproces (behandelaar, medebehandelaar) en wie de regiebehandelaar is. Ook gedegen terugrapportage is van belang.

- 1.4.3 De sportmedische zorg vindt plaats op basis van de afspraken die gemaakt zijn met de cliënt (shared decision making: samen beslissen) en vastgelegd zijn in het behandelplan. De cliënt ontvangt sportmedische zorg volgens de vastgestelde richtlijnen en protocollen van de SMI. De SMI kent de kwalificaties van de professionals waarnaar verwezen kan worden en maakt hier adequaat gebruik van.
- 1.4.4 De SMI heeft de bereikbaarheid voor spoedgevallen geregeld en afspraken daaromtrent vastgelegd en informeert cliënten hierover. Spoedgevallen kunnen betrekking hebben op een mogelijke bijwerking, complicatie van een behandeling, een vraag om advies, of op een nieuwe zorgvraag, bijvoorbeeld in het kader van (top)sportbegeleiding.
- 1.4.5 De SMI stelt vast hoe ze met externe verwijzrelaties de samenwerking evalueert.

## 1.5 Professioneel handelen

- 1.5.1 Zorgverleners houden zich aan de gedragsregels van de betreffende beroepsvereniging, artsen volgen de regels van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en passen de nadere ethische aanbevelingen van de Vereniging voor Sportgeneeskunde toe.
- 1.5.2 Zorgverleners houden zich aan de professionele standaard, vervat in geldende medische richtlijnen en aan de werkafspraken en protocollen van de SMI.
- 1.5.3 Zorgverleners nemen hun beroepsverantwoordelijkheid en benutten hun professionele ruimte in de rollen die zij hebben en de werkzaamheden die ze uitvoeren.
- 1.5.4 Op basis van goede informatievoorziening aan de cliënt en het professionele inzicht van de zorgaanbieder bepalen zorgverleners welke interventies nodig zijn en welke professionele methoden en technieken daarbij gebruikt worden. De cliëntbehoefte speelt hierbij een belangrijke rol.
- 1.5.5 Zorgverleners signaleren risico's, kritische signalen en ongewenste situaties in de dienstverlening en geven hieraan gevolg.
- 1.5.6 Zorgverleners en de SMI als zorgaanbieder doen officiële melding van (sterke vermoedens van) grensoverschrijdend gedrag, met name als het gaat om jeugdigen en ouderen.
- 1.5.7 Zorgverleners zijn transparant in en toetsbaar op hun professioneel handelen.

### TOELICHTING

- 1.5.1 Anno 2023 gaat het voor artsen om de *KNMG-Gedragscode voor artsen* van 2022 met 15 kernregels<sup>6</sup>, respectievelijk de *VSG-Leidraad medisch handelen in de sport* van 2023 met 25 aanbevelingen die vaak het karakter van een richtlijn of regel hebben<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragscode-voor-artsen.htm>

<sup>7</sup> <https://www.sportgeneeskunde.com/files/bestanden/VSG/Leidraad%20medisch%20handelen%20in%20de%20sport%20definitieve%20versie%20010922.pdf>

- 1.5.2 De professionele standaard stelt dat een gemiddeld bekwame zorgverlener handelt op grond van wetenschap en ervaring met middelen die in een redelijke verhouding staan tot het concrete behandelingsdoel. De SMI vertaalt de standaard in werkwijzen en handelingen voor zorgverleners en overige medewerkers in de SMI. Zorgverleners passen de professionele standaard in de SMI toe via onder meer protocollen en werkafspraken (bekend bij en beschikbaar voor alle medewerkers). De SMI hanteert een protocol voor onverwachte bevindingen van radiologisch onderzoek (hoe de aanvrager wordt geïnformeerd over uitslagen die niet kunnen wachten of niet mogen worden gemist).
- 1.5.3 De toepassing van richtlijnen en protocollen in de SMI wordt vanuit het cliëntenperspectief en -belang gevolgd, waarbij gemotiveerde keuzes van de zorgverleners in overleg met de patiënt (samen beslissen) tot afwijking van de richtlijnen kunnen leiden; in hoge uitzondering ook van de protocollen.
- 1.5.4 De gemotiveerde keuzes van de zorgverleners worden afgestemd op de behoeftes van de cliënt (samen beslissen). Overeenstemming over de keuzes tussen de zorgverlener en cliënt zijn transparant.
- 1.5.5 Binnen de SMI is een systeem voor het melden van risico's en ongewenste situaties die iets zeggen over de organisatorische dienstverlening en andere dienstverlening binnen de SMI. Medewerkers binnen de SMI zijn bekend met dit systeem en kunnen veilig incidenten, bijna-incidenten, risico's, en ongewenste situaties melden en overige kritische signalen afgeven. Zie ook normeis 3.2.5. en 1.8.1.
- 1.5.6 Het betreft de wettelijke verplichtingen en de meldcode van de KNMG.<sup>8</sup> Zie ook 1.8.5
- 1.5.7 Onderdeel van de kwaliteitscyclus van de SMI is het evalueren van gedrag en implementatie van werkafspraken en richtlijnen. Conclusies worden besproken en eventuele maatregelen maken onderdeel uit van aanpassingen in het professionele beleid. Ook het (voorkomen van) vermeend disfunctioneren kan hierbij betrokken worden. De SMI heeft de werkwijze rondom disfunctioneren vastgelegd.

## 1.6 Bevoegdheid en bekwaamheid

- 1.6.1 De SMI werft en selecteert medewerkers met de benodigde competenties en checkt of de kandidaten aan de eisen van de SMI voldoen. Er is een dossier voor iedere medewerker.
- 1.6.2 De SMI heeft met ten minste één sportarts een arbeids- of dienstverleningscontract.
- 1.6.3 Alle medewerkers in de SMI zijn aantoonbaar bevoegd en/of bekwaam tot het uitvoeren van hun (gedelegeerde) taken.
- 1.6.4 (Nieuwe) medewerkers in de SMI worden actief en volgens vastgestelde werkwijzen ingewerkt.

### TOELICHTING

- 1.6.1 Het proces van werving en selectie wordt bij voorkeur vastgesteld in stappen van vacaturestelling tot aanname.  
Elke zelfstandige in de zorg moet aantoonbaar maken hoe hij/zij uitvoering geeft aan de

<sup>8</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>  
<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/volwassenengeweld.htm>  
KNMG\_200101\_Meldcode\_Kindermishandeling\_HuiselijkGeweld\_01 (2).pdf

Wkkgz, dus ook het eigen klachtenbeleid met een laagdrempelig beschikbare klachtenfunctionaris en aansluiting bij een erkende geschillenregeling. Zie ook toelichting bij normeis 1.8.2..

De SMI moet zich ervan vergewissen dat de wijze waarop iemand in het verleden heeft gefunctioneerd niet in de weg staat bij de inzet voor cliëntenzorg in de SMI.

Bij het aangaan van nieuwe arbeids- en dienstverleningscontracten of het verlengen daarvan is het overleggen van een VOG verplicht. Het verdient dringende aanbeveling dat alle bij de SMI werkzame zorgverleners beschikken over een VOG. Dit geldt ook voor ZZP'ers.

1.6.2 Deze bepaling is niet van toepassing voor een medisch specialistische solopraktijk in de zin van artikel 16 Wtza van een BIG-geregistreerde sportarts.

1.6.3 Dit kan bijvoorbeeld door het checken van opleiding en diploma's van alle medewerkers. Veel zal vastgelegd zijn in het personeelsdossier/zorgverlenersdossier van de medewerker. Denk bijvoorbeeld het volgende:

- a) registraties in het kader van de Wet BIG waaronder registratie als sportarts en certificering/erkenning als (sport)duikerarts, luchtvaart-medisch keuringsarts (zie 3.2.11);
- b) taakdelegatie;
- c) welke bevoegdheden m.b.t. voorbehouden handelingen;
- d) buitenlandse diploma's;
- e) bij het contracteren van ZZP'ers door de SMI wordt voldaan aan de eisen van de Modelovereenkomst in het kader van Wet deregulering beoordeling arbeidsrelatie (DBA)<sup>9</sup>;
- f) de gecontracteerde ZZP'ers hebben een inschrijving in de Kamer van Koophandel;
- g) de gecontracteerde ZZP'ers hebben een beroepsaansprakelijkheidspolis.

1.6.4 Nieuwe medewerkers krijgen een op hen en de SMI toegesneden introductie/inwerk programma aangeboden. De doelstellingen voor dit programma zijn vastgelegd, evenals de evaluatiemomenten.

## 1.7 Professionalisering / deskundigheidsbevordering

1.7.1 De SMI bevordert de professionele ontwikkeling van haar medewerkers<sup>10</sup> en draagt zorg dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan medewerkers en cliënten van de SMI. BLS-vaardigheden worden periodiek geëvalueerd en geprotocolleerd.

1.7.2 Benodigde deskundigheidsbevordering en opleidings- en ontwikkelingsbehoefte van iedere medewerker wordt binnen de SMI gestimuleerd en ondersteund. Jaarlijks vindt hierover afstemming, evaluatie en registratie plaats

1.7.3 Zorgverleners ontwikkelen hun benodigde competenties en onderhouden hun vakbekwaamheid.

<sup>9</sup> Zie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zelfstandigen-zonder-personeel-zzp/wet-deregulering-beoordeling-arbeidsrelaties-dba>

<sup>10</sup> Hieronder vallen ook ZZP'ers die niet in loondienst zijn.

- 1.7.4 Zorgverleners wisselen kennis en leerervaringen uit om zichzelf en de professionele uitoefening van het vak te ontwikkelen.
- 1.7.5 Zorgverleners verzamelen relevante feedback, evalueren hun eigen functioneren op de afgesproken wijze en stellen eigen ontwikkelingsdoelen.

#### TOELICHTING

- 1.7.1, 1.7.2 Medewerkers dienen deskundig en bekwaam te zijn en zich deskundig en bekwaam te achten. Per beroepsgroep gelden hiervoor eigen minimumeisen. Alle medewerkers volgen jaarlijks een BLS-training. Binnen de SMI is vastgelegd hoe omgegaan wordt met reanimatie. De SMI werkt met functieprofielen en beroepscompetentieprofielen. Met medewerkers worden evaluatiegesprekken gevoerd, waarbij afspraken over bij- en nascholing worden gemaakt en vastgelegd. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van bestaande registraties, onder meer GAIA van de KNMG. De koppeling van de ambitie van de SMI aan de benodigde bekwaamheden en competenties/leiderschap kan worden uitgewerkt in een professionaliseringsplan. Individuele afspraken met medewerkers worden vastgelegd in een persoonlijk opleidingsplan, zo nodig vastgelegd in het medewerkersdossier.
- 1.7.3 Zorgverleners volgen regelmatig bij- en nascholing op hun vakgebied. Ook vormen van intervisie, publicaties, lezingen dienen als voorbeelden voor bij- en nascholing.
- 1.7.4 Kennisuitwisseling vindt aantoonbaar plaats via bijvoorbeeld vakgroepoverleg, intercollegiaal overleg, casuïstiekbespreking en het bijwonen van symposia en conferenties. Ook de solistisch werkende sportarts neemt hieraan deel.
- 1.7.5 Werken aan kwaliteit betekent continu verbeteren. Dit kan op verschillende niveaus: op individueel niveau, vakgroepsniveau, procesniveau, SMI-niveau en buiten de SMI om met collega's. Kennisdeling kan plaatsvinden via deelname aan een groep voor intercollegiaal overleg, meedoen aan visitatie, intervisie, bespreken van VIM-meldingen, bespreken van uitkomsten van cliëntenenquêtes.

## 1.8 Registratie incidenten, klachten en calamiteiten<sup>11</sup>

- 1.8.1 De SMI heeft een laagdrempelige mogelijkheid voor het indienen van klachten en het melden van incidenten en bijna-incidenten. Incidenten en bijna-incidenten kunnen ook door medewerkers en/of bezoekers worden gemeld.
- 1.8.2 De SMI informeert de cliënt direct over de aard en de toedracht van incidenten met voor de cliënt mogelijke gevolgen en legt dit vast in het dossier van die cliënt.

<sup>11</sup> De Wkkgz (artikelen 9 en 10) gaat uitgebreid in op het intern melden van incidenten. De Wkkgz definieert wat een calamiteit is: *een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid*; <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2022-07-01> De definitie van incident staat in het uitvoeringsbesluit Wkkgz artikel 1.1. Zie <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037262/2022-07-01#Hoofdstuk1>

In deze SCAS-norm wordt het begrip incident ruimer gedefinieerd; ook potentieel en gebleken gevaarlijke situaties buiten het zorgproces, maar binnen de SMI worden tot het begrip incident gerekend. De IGJ geeft een definitie van 'complicatie'. Zie <https://www.igj.nl/publicaties/brochures/2020/01/07/brochure-calamiteiten-melden-aan-igj>

- 1.8.3 Binnen de SMI wordt de evaluatie van dergelijke incidenten en bijna-incidenten structureel gebruikt om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren. Dat geldt ook voor incidenten en bijna-incidenten die mogelijke gevolgen hebben voor eigen medewerkers en andere betrokken personen.
- 1.8.4 De SMI neemt tijdig passende maatregelen in geval van klachten of incidenten in de behandeling en legt dit vast.
- 1.8.5 Er is een systeem waarmee het proces en de resultaten van de meldingen van incidenten en van binnengekomen signalen worden gerapporteerd en geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het zorgproces, de zorgresultaten en de veiligheid van cliënten, medewerkers en bezoekers te verbeteren.
- 1.8.6 Complicaties worden centraal en in het cliëntendossier geregistreerd.
- 1.8.7 De SMI doet in geval van een calamiteit onverwijld melding bij IGJ<sup>12</sup>.

#### TOELICHTING

- 1.8.1 Volgens de Wkkgz is een incident: “een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of zou kunnen leiden”. In deze SCAS-norm worden ook gebeurtenissen en bijna-ongevallen binnen de SMI, die niet direct aan het zorgproces verbonden zijn tot incidenten gerekend. Zie bijlage A.
- 1.8.2 De SMI hoeft de cliënt niet op de hoogte te stellen van bijna-incidenten. Indien de SMI een afdeling is van een ziekenhuis of ZBC wordt het incident door de directie dan wel Raad van Bestuur (als formele zorgaanbieder) aan de cliënt doorgegeven.
- 1.8.4 De SMI heeft een regeling voor klachten met een onafhankelijke klachtenfunctionaris. Uitgangspunt is een effectieve en laagdrempelige opvang van klachten te bieden, gericht op het oplossen van de klacht. Cliënten zijn op de hoogte gesteld van deze regeling via de website. De SMI dient aangesloten te zijn bij een erkende geschillencommissie (Wkkgz, hoofdstuk 3). Deze wettelijke eisen gelden ook voor ZZP'ers.
- 1.8.5 Binnen de SMI is een werkwijze vastgesteld om incidenten te melden en te analyseren. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van bijvoorbeeld de SIRE-methode (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) of de PRISMA-aanpak (Prevention and Recovery System for Monitoring and Analyses).<sup>13</sup>

Er is iemand aangewezen, die zich inzet voor een veilige meldcultuur binnen de SMI, zodat incidenten worden gemeld en die ervoor zorgt dat meldingen intern worden besproken en geanalyseerd. Het incident wordt gemeld aan de betrokken cliënt en van het incident wordt een aantekening gemaakt in het cliëntendossier van de cliënt (aard en toedracht, tijdstip incident, namen van de bij het incident betrokken zorgverleners). Incidenten kunnen cliëntgebonden zijn (bv. de cliënt wordt onwel tijdens een inspanningstest) of SMI-gebonden (bv. na een dag werken controleert een medewerker de fietsergometer en ontdekt dat deze niet goed gewerkt heeft). In dit laatste geval heeft de SMI een procedure om cliënten te traceren en terug te roepen (Recallprocedure). Cliënten worden op de hoogte gebracht van de reden tot de nieuwe oproep.

De veiligheidscultuur is een aspect van de organisatiecultuur. Er zijn diverse definities van

<sup>12</sup> Zie artikel 11 Wkkgz

<sup>13</sup> Zie onder meer <https://www.zekerzo.nl/kennis/toelichting-methoden-prisma-sire/> of <https://btsg.nl/wp-content/uploads/2020/08/Handleiding-PRISMA-2019.pdf>



veiligheidscultuur in omloop.<sup>14</sup> De strekking van deze definities is dat veiligheid in alle lagen van een organisatie prioriteit heeft (positieve veiligheidscultuur). Het verwijst naar de mate waarin individuen en groepen zich persoonlijk verantwoordelijk voelen voor veiligheid en zodanig handelen dat zij onveilige situaties voorkomen, herstellen en communiceren om zo actief te leren van fouten. Hierdoor kunnen de leden van de organisatie hun gedrag, zowel op individueel als organisatorisch niveau, aanpassen op basis van de lessen die geleerd zijn van fouten<sup>15</sup>.

De directie kan dit aantonen door:

- Voorbeeldgedrag te vertonen door de normen en waarden van de organisatie zelf na te leven en door bijvoorbeeld zelf open (transparant) te zijn over fouten;
- Het veiligheidsbewustzijn te ondersteunen en te faciliteren bij het oplossen van problemen;
- Het melden van afwijkingen te stimuleren;
- Medewerkers te stimuleren onveilige situaties te melden;
- Zich op de hoogte te houden van wat er speelt op de werkvloer, bijvoorbeeld door 'veiligheidsrondes' te houden of periodiek in gesprek te gaan met medewerkers uit alle lagen van de organisatie;
- Zich laagdrempelig op te stellen.

Op de website van IGJ staat welke werkwijze van toepassing is op meldingen.

De SMI heeft protocollen en werkwijzen ontwikkeld voor het omgaan met grensoverschrijdend gedrag. De SMI heeft:

- Een procedure opvolging meldplicht misbruik Zie ook de 1.5.6 plus toelichting;
- Een vertrouwenspersoon benoemd;
- De 'Leidraad medisch handelen in de sport'<sup>16</sup> geïmplementeerd.

1.8.6 Volgens de IGJ is een complicatie: "een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het (niet) handelen van een hulpverlener, 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"<sup>17</sup>.

Een complicatie kan het gevolg zijn van een onverwachte reactie van de patiënt, een bewust genomen risico (calculated risk) of van een incident tijdens het zorgproces. De 'ondergrens' van een complicatie is het aanpassen van het handelen.

1.8.7 Een calamiteit is een zeer ernstig incident. Volgens de Wkkgz: "een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor de patiënt heeft geleid".

Een calamiteit zal zich niet vaak voordoen binnen een SMI. Een voorbeeld is een niet-geslaagde reanimatie bij een inspanningstest of in de begeleide sportsituatie.

De SMI doet onmiddellijk melding bij de IGJ bij het vermoeden van een calamiteit en stelt een onderzoek in, zo onafhankelijk mogelijk. Indien de SMI onderdeel uitmaakt van een ziekenhuis, kan dit proces via de Raad van Bestuur/directie verlopen.

<sup>14</sup> Zie bijvoorbeeld de publicatie van Zwetsloot & Dijkman (2010) *Definitie: de houding, waarden, (impliciete) aannames, percepties en gewoonten van de leden van de organisatie met betrekking tot het omgaan met veiligheidsrisico's*

<sup>15</sup> Zie: Patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse Ziekenhuizen, NIVEL 2013

<sup>16</sup> Zie: <https://www.sportgeneeskunde.com/nieuw-leidraad-medisch-handelen-in-de-sport>

<sup>17</sup> Zie Brochure voor zorgaanbieders; Calamiteiten melden aan de IGJ, IGJ 2020).

## 2. Uitvoering van de sportmedische zorg

### 2.1 Informatievoorziening aan de cliënt

- 2.1.1 Zorgverleners geven de cliënt de informatie die nodig is om (mee) te kunnen beslissen over zijn of haar behandeling. De informatie wordt afgestemd op de cliënt en er wordt nagegaan of de informatie wordt begrepen.
- 2.1.2 Zorgverleners inventariseren met de cliënt waar de eventuele risico's zitten en hoe daarmee wordt omgegaan in de behandeling.
- 2.1.3 Zorgverleners nemen op basis van bovenstaande met de cliënt een besluit over de behandeling (samen beslissen) en leggen de afspraken die met de cliënt zijn gemaakt, vast.
- 2.1.4 Voor specifieke sportmedische zorg die de SMI zelf niet levert, vindt in overleg met de cliënt doorverwijzing plaats en wordt de cliënt geïnformeerd over het vervolg.
- 2.1.5 Zorgverleners maken met elke cliënt afspraken over doelen, activiteiten, kosten en middelen en leggen dit vast in een behandelplan.

#### TOELICHTING

- 2.1 De zorgverlener moet de cliënt voorzien van alle informatie die nodig is om een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde behandeling. Het betreft informatie over de aangeboden zorg, inclusief informatie over tarieven en kwaliteit, en ervaringen van andere cliënten. Er zijn verschillende manieren om cliënten te informeren, via de website, cliëntenfolders in de wachtkamer of op de website, posters of beeldschermen met cliënteninformatie in de wachtkamer of via verwijzing naar websites als [www.sportkeuring.sportzorg.nl](http://www.sportkeuring.sportzorg.nl), [www.zorgkiezer.nl](http://www.zorgkiezer.nl), [www.independenr.nl](http://www.independenr.nl). Afspraken worden transparant vastgelegd in het patiëntendossier.

### 2.2 Cliëntendossier

2.2.1 Voor elke cliënt wordt een dossier aangelegd in overeenstemming met de eisen uit wet- en regelgeving. Dit dossier bevat ten minste deze gegevens:

- a) Reden van verwijzing/zorgvraag;
- b) Relevante voorgeschiedenis
- c) Anamnese;
- d) Actuele medicatie;
- e) Lichamelijk onderzoek;
- f) Aanvullend diagnostisch onderzoek;
- g) Conclusie/diagnose;
- h) Beleid (behandeling/advies);
- g) Informed consent van de cliënt indien nodig;
- h) Behandeling/verrichting;
- i) Verstrekte adviezen en voorlichting (inclusief reactie cliënt);

- j) Brief aan verwijzer;
  - k) Eventuele complicaties, binnengekomen signalen, meldingen van incidenten en klachten en meldingen van (huiselijk) geweld<sup>18</sup>
- 2.2.2 Binnen de SMI wordt de dossiervoering regelmatig geëvalueerd en worden eventuele verbeteringen doorgevoerd.
- 2.2.3 De SMI draagt er zorg voor dat cliënten op verzoek eenvoudig inzage in hun dossier kunnen krijgen.

#### TOELICHTING

- 2.2.2 Uit evaluaties van dossiers blijkt aantoonbare toepassing van richtlijnen en protocollen en steeds een duidelijke beschrijving en motivatie waarom er wordt afgeweken van richtlijnen of protocollen.
- 2.2.3 Het inzagerecht staat in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO): 'Art 456 geeft U als patiënt recht op inzage en op correctie van Uw medisch dossier.'

De hulpverlener verstrekt aan de cliënt desgevraagd zo spoedig mogelijk inzage in en afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454. De verstrekking blijft achterwege voor zover dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander.

## 2.3 Uitvoering van de zorg

- 2.3.1 De SMI heeft een doelmatige procedure voor het maken van afspraken door de cliënt.
- 2.3.2 De SMI heeft een doelmatige procedure voor vervolgonderzoek en (door)verwijzing.
- 2.3.3 De zorgverlening vindt plaats volgens de multidisciplinaire richtlijnen van de medisch-specialistische zorg en de monodisciplinaire richtlijnen van de sportgeneeskunde. Indien een afwijkend beleid wordt gevolgd, wordt dat met argumenten uitgelegd en gedocumenteerd. Zie ook 1.5.
- 2.3.4 Waar nodig stelt de SMI eigen protocollen op.
- 2.3.5 Er is bepaald welke handelingen en processen binnen de zorg- en dienstverlening kritische activiteiten zijn, waarvoor periodieke risico-inventarisatie en – evaluatie plaats vindt. Documenten worden vastgelegd en beheerd.
- 2.3.6 Er zijn vastgestelde werkwijzen voor taakdelegatie of taakherschikking en doorverwijzing of samenwerking met andere professionals.
- 2.3.7 De zorgverlener evalueert tijdens het zorgproces de geleverde zorg met de cliënt en stemt af of de zorg nog voldoet aan de wensen en behoeften van de cliënt. Het resultaat van de behandeling wordt met de cliënt geëvalueerd.

#### TOELICHTING

- 2.3.3 tot 2.3.5 Er zijn vastgestelde werkwijzen/protocollen/richtlijnen voor de meest belangrijke sportmedische (be)handelingen waar wet- en regelgeving, voor zover van toepassing, een onderdeel van vormt. Uitkomsten van risico-inventarisaties zijn hierin meegenomen.

<sup>18</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode> en <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/volwassenengeweld.htm>

Richtlijnen, werkwijzen en protocollen worden structureel in de SMI besproken en geëvalueerd. Binnen de SMI zijn toepassingen van deze richtlijnen, werkwijzen en protocollen aanwezig. In ieder geval zijn in kaart gebracht en vastgelegd:  
Intake en acceptatie, uitvoering behandeling en zorg, afsluiting en nazorg: wie doet wat en wanneer?

2.3.6 Verwijzing kan plaatsvinden in de vorm van taakdelegatie of taakherschikking of doorverwijzing (horizontaal of verticaal) of samenwerking met andere professionals.. Een overzicht van verwijsrelaties en samenwerkingsafspraken van de SMI, inclusief evaluaties, is beschikbaar. Indien de SMI onderdeel uitmaakt van een ziekenhuis of ZBC is ook de interne samenwerking vastgelegd. Denk hierbij aan:

- Contracten met betrekking tot sportmedische begeleiding.
- Eerstelijns zorgverleners.
- Multidisciplinaire trajecten met andere medisch specialisten.

Medewerkers zijn bekend met de afgesproken werkwijzen en passen deze toe.

De SMI zorgt ervoor dat andere zorgverleners op de hoogte zijn van de relevante informatie en dat voldoende duidelijk is hoe de taken en verantwoordelijkheden tussen de SMI en andere zorgverleners zijn verdeeld.

2.3.7 Tijdens de controle/herhalingsconsulten wordt conform het *shared decision principe* besproken met de cliënt of het behandelplan nog voldoet aan de verwachtingen van de cliënt.

### 3. Evaluatie en verbetering van de sportmedische zorg

#### 3.1 Deelname aan visitatie

- 3.1.1 Alle sportartsen<sup>19</sup> werkzaam in de SMI nemen deel aan de kwaliteitsvisitation van de VSG.

##### TOELICHTING

- 3.1.1 Minimale eisen aan de visitatie zijn:

Het kwaliteitsvisitationmodel van de VSG betreft een periodieke evaluatie van het individueel functioneren van de sportarts en indien van toepassing van het vakgroep functioneren. Deze kwaliteitsvisitationvorm is gericht op verbetering van het functioneren van de sportarts en de eventuele vakgroep. Doel van de VSG kwaliteitsvisitation is een Individueel Verbeter Plan (IVP) en indien van toepassing een GroepsVerbeterplan (GVP) maken waarin zelfgekozen verbeterdoelen voor de komende vijf jaren zijn geformuleerd. Sluitstuk van het visitatieproces is een toetsing door VSG-visitatoren volgens het 'peer-to-peer' principe: getrainde visitatoren spreken een oordeel uit over de vraag of de betreffende sportarts en indien van toepassing de betreffende vakgroep het kwaliteitsvisitationproces op de juiste manier hebben doorlopen en of de gekozen verbeterdoelen in het IVP en het GVP voldoende SMART zijn. De eerste kwaliteitsvisitation betreft een nulmeting. Na vijf jaar volgt de volgende visitatie. Dan zullen de visitatoren beoordelen of de sportarts en de eventuele vakgroep in de voorafgaande periode in voldoende mate bezig zijn geweest met de verbetering van zijn/haar/hun functioneren. Kwaliteitsvisitation is dus niet een eenmalig proces maar een cyclische activiteit.

Voor sportartsen is de deelname aan de kwaliteitsvisitation van de VSG verplicht als voorwaarde voor herregistratie in het BIG-register (door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG)<sup>20</sup>. De kwaliteitsvisitation van de VSG omvat zowel een individuele evaluatie als een groepsvaluatie.

#### 3.2 Meten, analyseren en verbeteren

- 3.2.1 Medewerkers van de SMI nemen deel aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren en één of meer van hen hebben daarin een actieve en initiërende rol.
- 3.2.2 Onderzoek naar cliëntervaringen vindt plaats, zoals cliënt-tevredenheidsonderzoek (jaarlijks). De uitkomsten van dat onderzoek worden geëvalueerd en besproken en verbeteracties uitgevoerd en geëvalueerd.
- 3.2.3 De SMI heeft of ontwikkelt een systeem om de uitkomsten van de geleverde zorg regelmatig te evalueren en te verbeteren.
- 3.2.4 De ervaringen van verwijsrelaties en andere ketenpartners worden geïnventariseerd. De SMI heeft hiervoor een werkwijze vastgelegd. De ervaringen worden geanalyseerd en geëvalueerd. Zie ook normeis 1.4.5.

<sup>19</sup> Dit zijn alle leden van het team, ook ZZP'ers die niet in loondienst zijn, maar wel onder de verantwoordelijkheid van de SMI vallen.

<sup>20</sup> <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/herregistratie/herregistratie-eisen-1/herregistratie-eisen-per-specialismegroep/sportartsen.htm>

- 3.2.5 Er is een systeem waarmee de SMI-werkoverleggen / vakgroep overleggen worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de SMI-werkoverleggen / vakgroep overleggen te verbeteren.
- 3.2.6 De SMI heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten van medewerkers en signalen van onvrede van medewerkers wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren. Zie ook normeis 1.5.5.
- 3.2.7 De toegangstijd en wachttijd voor diagnostiek en behandeling wordt gemonitord en leidt waar nodig en/of gewenst tot verbetering door aanpassing van beleid, hetgeen periodiek wordt gecontroleerd.
- 3.2.8 Er is binnen de SMI een systeem voor periodieke kwaliteitstoetsing van de organisatie als geheel.
- 3.2.9 Uitkomsten van visitaties op (vak)groepniveau en audits leiden, als daartoe aanleiding is, tot verbetermaatregelen. Verbeterplannen worden uitgevoerd.
- 3.2.10 Uitkomsten van onderzoek naar de uitvoering van de zorg (inclusief het thema waarvoor een KPI geformuleerd is, zie normeisen 1.1.6, 3.2.2 en 3.2.3) worden geanalyseerd en leiden zo nodig tot verbetermaatregelen.
- 3.2.11 Op basis van uitgevoerde evaluaties, neemt de SMI maatregelen waarmee aangetoond wordt dat zij in staat is voortdurend te leren en te verbeteren. Zie normeis 1.1.5.

#### TOELICHTING

3.2.1 Het stimuleren van continu leren en verbeteren kan bijvoorbeeld door:

- Het zorgdragen voor een veilig en prettig werkklimaat;
- Het geven van complimenten, maar ook elkaar durven aanspreken;
- Fouten durven toe te geven aan elkaar en de informatie over fouten te gebruiken om onderzoek te doen naar oorzaken, zodat de processen en het systeem kunnen worden verbeterd;
- Expliciete aandacht te hebben voor reflectie: feedback/mentor/intervisie om stil te staan bij het geleerde;
- Opvolging van aandachtspunten uit audits, visitaties, klachten, incidenten en signalen;
- Het faciliteren van verbeterprojecten binnen de organisatie;
- Het communiceren over behaalde resultaten.

Aantoonbaar aanwezig zijn:

- SMI-werkoverleggen, dit kan blijken uit notulen met vastgelegd: datum, locatie, aanwezigen/afwezigen (met en zonder kennisgeving), actiepunten, datum volgend werkoverleg;
- Meerjarenbeleidsplan;
- Jaarverslag. Zie ook bijlage F.

3.2.2 Het meten van de cliënttevredenheid wordt bij voorkeur uitgevoerd d.m.v. PREM's (Patient Reported Experience Measure).

3.2.3 Het meten van de uitkomst van zorg kan worden uitgevoerd d.m.v. PROM's (Patient Outcome Measure).

3.2.8 en 3.2.9

Deze eisen leggen de verbinding met de nieuwe uitvoeringsaanpak, waarbij de externe beoordelingen (audits) in het kader van de SCAS-certificering worden afgestemd met de

ziekenhuis-brede audits van SMI's in ziekenhuizen, de VSG-kwaliteitsvisitaties (met respecteren van de privacy) en de zelfevaluaties van de SMI. Solo-praktijken en kleine SMI's kunnen ervoor kiezen om in plaats van formele interne audits periodiek een collega-SMI te vragen een informele audit te doen.

Binnen de SMI wordt getoetst of er gewerkt wordt volgens het beleid, de werkwijzen en protocollen die binnen de SMI zijn afgesproken. Te denken valt aan: veiligheidsronde, infectiepreventie, medische apparatuur, incidentmeldingen, medicatie, professionalisering medewerkers. Met medewerkers worden de uitkomsten van externe audits, interne audits en SCAS-I zelfevaluaties besproken en (voor zover de privacy het toelaat) ook de uitkomsten van VSG-kwaliteitsvisitaties. De verbeterpunten en verbeteracties worden in een verslag vastgelegd.

Ervaringen van medewerkers worden geïnventariseerd. Dit hoeft niet apart te gebeuren, maar kan bijvoorbeeld gecombineerd worden met functioneringsgesprekken. De ervaringen worden geanalyseerd en geëvalueerd.

Daar waar meerdere SMI's onder het managementsysteem vallen, wordt een oordeel verwacht over de werking van het systeem. Input hiervoor zijn bijvoorbeeld: visitaties, verbeterregister, klachten, incidenten, calamiteiten, evaluatie verwijzrelaties, evaluaties zorg, evaluatie bij- en nascholing, evaluaties functioneren medewerkers en zorgprofessionals, uitkomsten cliënttevredenheidsonderzoek, ervaringen en uitkomsten medewerkersraadplegingen, evaluaties SMI-overleggen, evaluaties toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling etc.

## 4. Referenties en geraadpleegde bronnen

Brochure 'Calamiteiten melden aan IGJ'; Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), 2020  
Educational and Training Standards for Diving and Hyperbaric Medicine. Joint Educational Subcommittee of the European Committee for Hyperbaric Medicine (ECHM) and the European Diving Technical Committee (EDTC).

Herregistratie-eisen Sportartsen. Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS)  
Governancecode Zorg, versie 2022, Brancheorganisaties Zorg (BoZ).  
<https://www.governancecodezorg.nl/>

KNMG-Gedragscode voor artsen. KNMG, 2020, zie <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragscode-voor-artsen.htm>

KNMG Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Zie <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-5>

Kwaliteitsbeleidsplan Vereniging voor Sportgeneeskunde, september 2019

Leidraad medisch handelen in de sport. Vereniging voor Sportgeneeskunde, 2022

Meerjarenbeleidsplan 2028 Sportgeneeskunde, november 2021

NIAZ kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.4. Zie <https://docplayer.nl/20392842-Kwaliteitsnorm-zorginstelling-2-4.html>

Patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse Ziekenhuizen: een stap in de goede richting?. Noord, I. van, Zwijnenberg, N., Wagner, C. Utrecht/Amsterdam: NIVEL, EMGO+ Instituut, 2013.

PRISMA = Prevention and Recovery System for Monitoring and Analyses<sup>21</sup>

SIRE = Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie<sup>22</sup>

Treekoverleg: streefnormen wachttijden curatieve sector. Boven PF van. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/wachtlijsten/wachtlijsten-ziekenhuiszorg/het-treekoverleg-streefnormen-wachttijden-curatieve-sector>

VSG-Leidraad medisch handelen in de sport

Werken aan veiligheids- en gezondheidscultuur. Zwetsloot & Dijkman. TNO Kwaliteit van Leven, 2010. Zie <https://repository.tno.nl/islandora/object/uuid%3Aaddc8ac25-fd96-46ad-bd67-f369e3090036>

Wet deregulering beoordeling arbeidsrelatie (DBA)

Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz).

---

<sup>21</sup> SIRE is evenals PRISMA een methode om incidenten diepgaand te analyseren. De methode vormt als het ware een uitgebreide toolbox waaruit je technieken kan kiezen die passen bij het incident of calamiteit. Met een duidelijke stappenplan wordt het onderzoekstraject gestructureerd zodat onderzoekers over een concrete handleiding beschikken. De SIRE methodiek leent zich uitstekend voor het onderzoeken van ernstige incidenten en calamiteiten. De toepassing van de methodiek SIRE voor incidentanalyse en calamiteitenonderzoek leidt tot zinvolle aanbevelingen die soortgelijke incidenten en calamiteiten in de toekomst kunnen voorkomen.

<sup>22</sup> Zie vorige voetnoot



Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

Wet luchtvaart

Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

Info-video Wtza, zie: <https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/wat-betekent-de-wtza/documenten/videos/2021/10/12/toetreding-zorgaanbieders>

Stroomschema Wtza, zie: <https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/wat-betekent-de-wtza/documenten/publicaties/2021/10/07/infographic-wtza-algemeen>

Kwaliteitscheck Wtza zie: <https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/kwaliteitscheck>

[Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling](#). Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>

ZKN-keurmerk. Toetsingscriteria.

<https://www.zkn.nl/?file=785&m=1658228733&action=file.download>

## **Bijlage A (informatief): Definitielijst**

In deze SCAS-norm wordt zoveel mogelijk uitgegaan van wettelijke definities en van begrippen zoals gehanteerd binnen de medische sector. Ter meerdere duidelijkheid worden de volgende begrippen, namen en afkortingen expliciet toegelicht.

### **Audit**

In deze norm wordt met 'audit' bedoeld 'kwaliteitsaudit', een onderzoek naar processen binnen een organisatie. Het doel is het verschaffen van (additionele) zekerheid aan de opdrachtgever of derden (maatschappelijk verkeer). De uitkomsten van een audit worden in een rapport vastgelegd.

### **Belanghebbende**

Partijen in de sector die belang hebben bij het certificeren van (kwaliteit)(management)systemen, producten, processen of personen. Dit zijn in ieder geval aanbieders van zorg en welzijn (inclusief de beroepsorganisaties), de financiers, de cliënten/patiënten/consumenten, en andere partijen die als belanghebbend kunnen worden aangeduid<sup>23</sup>. Cliënten/patiënten en medewerkers zijn uiteraard ook belanghebbend, maar worden in deze SCAS-norm waar relevant specifiek benoemd.

### **Calamiteit**

Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.

### **Cliënt**

De termen 'cliënt', 'klant' en 'patiënt' worden niet specifiek onderscheiden; de betreffende persoon kan ook gezien worden als 'sporter' of 'burger'; één en ander afhankelijk van de vraag en de situatie.

### **Complicatie**

Een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het (niet) handelen van een hulpverlener, 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.

### **Contact**

Met de term 'intern/extern contact' wordt interne dan wel externe zorginhoudelijke belanghebbende bedoeld, vaak een 'verwijsrelatie'.

### **Groepsverbeterplan**

Het Groeps VerbeterPlan (GVP) is een onderdeel van de voor sportartsen verplichte Kwaliteitsvisitatie van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG). Die verplichting geldt ook voor niet-leden van de VSG. Het document kan worden opgevraagd in het kader van de SCAS-certificering.

---

<sup>23</sup> BRON: Definitie 3.1, blz. 2 van het Reglement van het Centraal College van Deskundigen voor Zorg en Welzijn (van NEN), vastgesteld door het CCvD-Z/W op 01-10-2012 en goedgekeurd door de algemeen directeur van NEN op 30-11-2012, versie 14-12-2015.

### **Incident**

Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces, of in ruimere zin binnen de zorgorganisatie die tot schade aan de cliënt, medewerkers of bezoekers heeft geleid, had kunnen leiden of nog kan leiden.

### **Individueel verbeterplan**

Het Individueel VerbeterPlan (IVP) en indien van toepassing het GVP (groepsverbeterplan) is een onderdeel van de voor sportartsen verplichte Kwaliteitsvisite van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG). Die verplichting geldt ook voor niet-leden van de VSG. Het document wordt niet opgevraagd in het kader van de SCAS-certificering.

### **Ketenpartner**

Een andere instelling of zorgaanbieder die zorg verleent in samenhang met, dan wel voorafgaand aan, dan wel volgend op de zorg die de instelling zelf verleent en waarbij sprake is van een zekere mate van continuïteit van activiteiten. Een ketenpartner valt doorgaans ook onder de categorie 'belanghebbende' en meer specifiek onder 'verwijsrelatie' of 'intern/extern contact'.

### **Medewerker**

In deze SCAS-norm wordt bedoeld personen met een arbeidscontract, dienstverleningscontract (ZZP'er), detachingscontract, stage-overeenkomst of vrijwilligerscontract.

### **Patiënt**

De termen 'patiënt', 'cliënt' en 'klant' worden niet specifiek onderscheiden; de betreffende persoon kan ook gezien worden als 'sporter' of 'burger'; één en ander afhankelijk van de vraag en de situatie.

### **PREM**

PREM staat voor Patient Reported Experience Measure(ment). PREMs gaan door middel van (korte) vragenlijsten in op de ervaringen van patiënten met zorg en meten zaken als communicatie, bejegening, informatievoorziening, wachttijden en algemeen oordeel over de zorg. De vragen gaan meestal in op de structuur en processen in de zorg.<sup>24</sup>

### **PROM**

PROM staat voor Patient Reported Outcomes Measure(ment). PROMs worden in de zorg gebruikt om door middel van (gestandaardiseerde) vragenlijsten de gezondheid(sproblemen) van de patiënt/cliënt in kaart te brengen: vóór, tijdens en na een behandeling, of gedurende een bepaald zorgtraject. Ook worden PROMs gebruikt om zorgaanbieders met elkaar te vergelijken<sup>25</sup>

### **Protocol**

Een protocol geeft aan hoe zorgverleners in de dagelijkse praktijk moeten handelen. De vrijheid van handeling is bij een protocol beperkt. Een protocol geeft namelijk stap voor stap aan hoe gehandeld moet worden. Het zorgproces, de verschillende stappen die moeten

---

<sup>24</sup> <https://www.nivel.nl/nl/dossiers/dossier-prems-en-proms-kwaliteit-meten-vanuit-patientenperspectief>

<sup>25</sup> <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-transparantiemonitor-20202021-proms-hoe-dragen-proms-de-medisch-specialistische-zorg>

worden doorlopen en de klinische beslismomenten worden daarom meer in detail vastgelegd. Lokale protocollen worden vaak afgeleid van landelijke richtlijnen<sup>26</sup>.

### **Regiebehandelaar**

De regiebehandelaar (voorheen 'hoofdbehandelaar') is de zorgverlener die erop toeziet dat de voortgang en samenhang van de zorg aan de patiënt in de gaten worden gehouden en dat er voldoende overleg is tussen de zorgverleners die bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken. De regiebehandelaar is het aanspreekpunt voor de patiënt/cliënt.

### **Richtlijn**

Een richtlijn geeft aanbevelingen over het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Een richtlijn wordt gemaakt door samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek, afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, en kennis en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers met elkaar te combineren<sup>27</sup>.

### **Signaal**

Informeel (niet wettelijk omschreven) melding of informatie over de kwaliteit van de zorgverlening en/of de veiligheid van cliënten, medewerkers en bezoekers.

### **Stakeholder**

De term 'stakeholder' wordt in deze SCAS-norm niet gebruikt. In plaats daarvan wordt de term 'belanghebbende' gehanteerd.

### **Visitatie**

In deze norm wordt met 'visitatie' bedoeld de 'Kwaliteitsvisitatie' van de Vereniging voor Sportgeneeskunde.

### **Werkafpraak**

Een werkafpraak tussen professionals is een lokale invulling van richtlijnen en kan ook tijdsgebonden zijn: het kan zijn dat 's nachts andere werkafspraken gelden dan overdag.

### **Zorgaanbieder**

Een natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg aanbiedt aan een cliënt. Een zorgaanbieder in de zin van de Wkkgz kan zowel een instelling als een solistisch werkende zorgverlener zijn.

### **Zorgverlener**

Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

### **ZZP'er**

Zelfstandige zonder personeel, freelancer, iemand die opdrachten voor anderen uitvoert tegen een vooraf afgesproken vergoeding, zonder dat er sprake is van een dienstverband.

---

<sup>26</sup> BRON: *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling, 2014*

<sup>27</sup> BRON: *Richtlijn voor richtlijnen, 2012*



## **Bijlage B (informatief): Wijze van beoordeling en specifieke auditeisen**

Het SCAS-certificaat wordt voor een periode van 5 jaar afgegeven door een certificerende instelling. Gedurende de certificatiecyclus worden instrumenten als zelfevaluatie (zie bijlage C voor formulier) en de VSG-kwaliteitsvisitatie ingezet. Enerzijds om het leren en verbeteren te stimuleren, anderzijds om na te gaan of de SMI 'certificaatwaardig' blijft.

De 5-jarige cyclus bestaat uit verschillende onderdelen:

### **Jaar 1: initiële audit door CIO**

De leadauditor van een certificerende instelling voert de initiële audit uit.

### **Jaar 2 tot 5: VSG-Kwaliteitsvisitatie of zelfevaluatie en rapportage**

Eén keer per 5 jaar voeren vakgenoten een visitatiebezoek uit dat voldoet aan de vastgestelde criteria.

Indien er geen Kwaliteitsvisitatie plaatsvindt, voert de SMI een zelfevaluatie uit en rapporteert dit aan de certificerende instelling. Dit gebeurt met een standaardformulier (zie bijlage C).

## Bijlage C (normatief): Formulier voor zelfevaluatie

Tabel C.1 — Opvolging naar aanleiding van bevindingen van de vorige audit

	Bevinding van de vorige audit / visitatie	Reactie/oplossing van de SMI op de tekortkoming, stand van zaken sinds vorige audit.	Informatie/documentatie/registratie van de SMI waaruit blijkt dat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een (voorgenomen) actie is uitgevoerd;</li> <li>- De actie het gewenste effect/resultaat heeft.</li> </ul>	SCAS-normeis
1				
2				
3				

Tabel C.2 — Wijzigingen in de SMI

Onderwerp/Vraag	Reactie/Toelichting door de SMI	SCAS-normeis	Reactie leadauditor
Is er een gewijzigd beleidsplan/jaarplan van de SMI? Zo ja, meesturen.		1.1.1	
Zijn er t.o.v. de vorige audit wijzigingen in de relevante wet- en regelgeving? Hoe is die verwerkt, gemonitord en op implementatie geborgd?		1	
Aantal (signalen, incidenten, klachten, calamiteiten) sinds vorige audit? Geef een korte toelichting op uw acties n.a.v. deze signalen en incidenten.	Toelichting:	1.8.1 1.8.2 1.8.3 1.8.4 1.8.5 3.2.4	

Onderwerp/Vraag	Reactie/Toelichting door de SMI	SCAS-normeis	Reactie leadauditor
<p>Is er afgelopen jaar bezoek geweest van de IGJ of andere inspectie waarbij de SMI betrokken was? Zo ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat waren de opmerkingen van de inspectie?</li> <li>- Tot welke (effectieve) veranderingen/acties heeft dit geleid, de SMI betreffend (rechtstreeks of indirect)?</li> </ul>			
<p>Heeft sinds de laatste audit een onderzoek naar cliëntervaringen plaatsgevonden? Zo ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat was de uitkomst daarvan?</li> <li>- Wat is de actie van de SMI daarop: wanneer wordt/is deze actie geëvalueerd en hoe?</li> </ul>	Toelichting:	3.2.2	
<p>Zijn er sinds de vorige audit veranderingen opgetreden in de SMI qua samenstelling of omvang of infrastructuur?</p>	<p>Nee Zo ja, vermeld de verandering:</p>	<p>1.3.3 1.3.6 1.3.8</p>	
<p>Is er een actueel overzicht waaruit blijkt dat medewerkers bevoegd en bekwaam zijn?</p>		1.6.2	
<p>Is de overlegstructuur binnen de SMI veranderd, zowel van cliëntbesprekingen als van het beleid?</p>	<p>Nee Zo ja, vermeld de verandering:</p>	<p>1.2.2 3.2.3</p>	
<p>Is er iets veranderd in de samenwerking binnen de SMI, bij de</p>	<p>Nee Zo ja, vermeld de verandering:</p>	<p>1.4.1 1.4.2 1.4.3</p>	

Onderwerp/Vraag	Reactie/Toelichting door de SMI	SCAS-normeis	Reactie leadauditor
taakdelegatie en/of taakherschikking?		2.3.2	
Is er iets veranderd in de samenwerking met externen/ (keten)-partners? (Zijn er partners bij gekomen/afgevallen? Zijn afspraken veranderd/ vastgelegd?)	Nee Zo ja, vermeld de verandering:	1.4.5 1.1.3 1.1.4	
Is er iets veranderd in de 24-uursbereikbaarheid? (Ook tijdens avond, weekend, vakanties, congressen)	Nee Zo ja, vermeld de verandering:	1.4.4	
Is de informatievoorziening aan cliënten sinds de laatste audit veranderd?	Nee Zo ja, vermeld hoe deze nu is en stuur informatie mee	2.1.1 2.1.5	

Tabel C.3 — Huidige stand van zaken

Onderwerp/ Vraag	Reactie/Toelichting door de SMI	SCAS-normeis	Reactie leadauditor
<p>Wat waren de meetbare doelen van afgelopen jaar/ jaartal?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op welke wijze is gemeten in hoeverre ze behaald zijn?</li> <li>- Wat is de mate waarin ze gerealiseerd zijn?</li> <li>- Analyse daarvan?</li> <li>- Nieuwe/aangepaste doelen voor het komende jaar?</li> </ul>	Documentatie meesturen, waarin de doelen, acties, resultaten staan.	1.1.1 1.1.5 1.1.6	
Hebben alle medewerkers de jaarlijkse BLS-training gevolgd	Overzichtslijst	1.7.1	



## **Bijlage D (normatief): Overzicht van minimale eisen aan ruimtes en apparatuur**

1. De SMI heeft de beschikking over of toegang tot de volgende ruimtelijke faciliteiten:
  - spreekkamer/ onderzoekskamer;
  - ergometrieruimte met voldoende ventilatie;
  - kleedruimte;
  - toilet;
  - wasgelegenheid (douche niet verplicht);
  - receptie /administratie;
  - wachtruimte;
  - archiveringsmogelijkheid.;
  
2. De SMI heeft de beschikking over de volgende apparatuur (afgestemd op de cliënt):
  - stethoscoop;
  - otoscoop;
  - bloeddrukmeter;
  - onderzoeksbank;
  - lengtemeter;
  - weegschaal;
  - huidplooiometer;
  - visusmeter (kaart of apparaat);
  - longfunctieapparaat met FVC en FEV1 en flowvolumecurve;
  - ECG-apparaat;
  - telefoon;
  - fietsergometer afgestemd op de doelgroep;
  - loopband met adequate beveiliging;
  - spiro-ergometrie;
  - computer (plus printer);
  - elektronisch patiëntendossier (EPD).
  
3. De SMI heeft de beschikking of contractuele afspraken over:
  - toegang tot radiodiagnostiek;
  - laboratorium faciliteiten (eigen analyseapparatuur, ziekenhuislab, artsenslab, ander lab).
  
4. De SMI heeft de beschikking over de volgende voorzieningen voor reanimatie:
  - AED of mogelijkheid tot invoeren van reanimatieteam/crashteam;
  - AED op elke locatie waar inspanningstesten worden uitgevoerd.
  
5. De SMI zorgt voor het uitvoeren van periodiek onderhoud, inclusief het zo nodig iken van instrumentarium en apparatuur.

**Bijlage E (normatief): Overzicht van eisen waarvoor vrijstelling mogelijk is i.c.m. een ander certificaat [NB: steekproefsgewijs, en indien er aanleiding toe is, kunnen deze eisen wel aan de orde komen tijdens de audit]**

Norm	Beschrijving	Opmerking
1.2.3	Binnen de SMI zijn de benodigde rollen en functies met de bijbehorende competenties en taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd en zijn als zodanig bekend. Indien meerdere disciplines bij de behandeling betrokken zijn wordt vastgelegd wie de regiebehandelaar is.	In ziekenhuis via privileges of professioneel statuut
1.2.4	De SMI heeft haar eigen arbeidsvoorwaarden en eigen pensioenregeling of volgt de arbeidsvoorwaardenregeling van de betreffende koepelorganisaties in de zorg.	In ziekenhuis via privileges of professioneel statuut
1.3.1	De privacy van de cliënten en de vertrouwelijkheid van hun gegevens zijn gewaarborgd.	Via NEN 7510
1.3.3	De apparatuur in de SMI is afgestemd op het jaarlijks te verwachten aantal cliënten, de algemene cliënt-specifieke kenmerken, de doelstellingen van de SMI en de aangeboden zorg (zie ook 'productenlijst'). Deze wordt systematisch onderhouden conform aanwijzingen van de fabrikant en leverancier. De medewerkers zijn ingewerkt in het gebruik ervan.	Medewerkers SMI moeten geschoold zijn, maar inkoop en onderhoudsafspraken via ziekenhuis
1.3.4	De SMI is gevestigd in een gebouw met faciliteiten dat geschikt is voor de aangeboden diensten en is toegankelijk voor haar cliënten.	
1.3.7	Bij uitbesteden van diensten aan andere organisaties legt de SMI afspraken hierover vast in een dienstverleningsovereenkomst.	Via ziekenhuis
1.5.5	Zorgverleners signaleren risico's, kritische signalen en ongewenste situaties in de dienstverlening en geven hieraan gevolg.	In ziekenhuis goed geborgd via vim/klachten e.d.
1.6.1	De SMI werft en selecteert medewerkers met de benodigde competenties en checkt of de kandidaten aan de eisen van de SMI voldoen. Er is een dossier voor iedere medewerker.	Via ziekenhuis
1.6.2	Alle medewerkers in de SMI zijn aantoonbaar bevoegd en/of bekwaam tot het uitvoeren van hun (gedelegeerde) taken.	Via ziekenhuis

1.6.3	(Nieuwe) medewerkers in de SMI worden actief en volgens vastgestelde werkwijzen ingewerkt.	Via ziekenhuis
1.8.1	De SMI heeft een laagdrempelige mogelijkheid voor het indienen van klachten en het melden van incidenten en bijna-incidenten. Incidenten en bijna-incidenten kunnen ook door medewerkers en/of bezoekers worden gemeld.	Via ziekenhuis
1.8.2	De SMI informeert de cliënt direct over de aard en de toedracht van incidenten met voor de cliënt mogelijke gevolgen en legt dit vast in het dossier van die cliënt	In toelichting rol ziekenhuis of ZBC
1.8.3	Binnen de SMI wordt de evaluatie van dergelijke incidenten en bijna-incidenten structureel gebruikt om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren. Dat geldt ook voor incidenten en bijna-incidenten die mogelijke gevolgen hebben voor eigen medewerkers en andere betrokken personen.	Via ziekenhuis
1.8.4	De SMI neemt tijdig passende maatregelen in geval van klachten of incidenten in de behandeling en legt dit vast.	Via ziekenhuis
1.8.5	Er is een systeem waarmee het proces en de resultaten van de meldingen van incidenten en van binnengekomen signalen worden gerapporteerd en geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het zorgproces, de zorgresultaten en de veiligheid van cliënten, medewerkers en bezoekers te verbeteren.	Via ziekenhuis
1.8.6	Complicaties worden centraal en in het cliëntendossier geregistreerd.	Via EPD
2.2.3	De SMI draagt er zorg voor dat cliënten op verzoek eenvoudig inzage in hun dossier kunnen krijgen.	Via ziekenhuis
2.3.1	De SMI heeft een doelmatige procedure voor het maken van afspraken door de cliënt.	Via ziekenhuis
2.3.2	De SMI heeft een doelmatige procedure voor vervolgonderzoek en (door)verwijzing.	Via ziekenhuis
3.2.6	De SMI heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten van medewerkers en signalen van onvrede van medewerkers wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren. Zie ook normeis 1.5.5.	Via ziekenhuis

## **Bijlage F (normatief): Overzicht minimale eisen jaarverslag**

Het jaarverslag is in overeenstemming met het jaarplan of meerjarenbeleidsplan.

### **1. Algemeen**

- a. Contactgegevens;
- b. Personele bezetting (functies en fte);
- c. Rechtspositie;
- d. Organogram;
- e. Beleidsplan en toekomstvisie.

### **2. Aantal producten in het verslagjaar.**

#### **a. Basis verzekerde zorg:**

Aantal nieuw geopende DBC's;  
Aantal herhalingsconsulten, telefonische consulten, e-mailconsulten, beeldbelconsulten, e.d.

#### **b. Niet-basisverzekerde zorg**

Aantal verplichte sportmedische onderzoeken;  
Aantal basis sportmedische onderzoeken;  
Aantal basisplus sportmedische onderzoeken;  
Aantal groot sportmedische onderzoeken;  
Aantal topsportmedische onderzoeken;  
Aantal sportmedische onderzoeken inclusief CPET/bepalen trainingszones;  
Aantal cliënten sportmedische begeleiding;  
Aantal duikmedische onderzoeken;  
Aantal vliegmedisch onderzoeken.

#### **c. Overige verrichtingen; specifiek onderzoeken en specifieke behandelingen, aantallen:**

Intracompartimentele drukmetingen;  
Vaatonderzoek;  
Shockwavetherapie;  
ACP/PRP therapie;  
Hyaluronzuurinjecties;  
(Neuro)prolotherapie;  
HVI (hoog volume injecties);  
Eventuele andere verrichtingen.

### **3. Complicatieregistratie**

### **4. Klachtenregistratie en incidentmeldingen**

### **5. Lidmaatschappen, commissies en besturen**

### **6. Opleiding en onderwijs**

### **7. Publicaties en voordrachten**

### **8. Wetenschappelijk onderzoek**

### **9. Tarieven per product**

### **10. Patiëntgebonden ontwikkelingen**



Hierbij valt te denken aan landelijke beleidsmatige ontwikkelingen zoals Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) en de akkoorden Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), Integraal Zorgakkoord (IZA).

- 11. Reflectie en (verbeter) acties n.a.v. informatie input uit de punten 3, 4 en 10**
- 12. Innovaties**