

# Vastgestelde Procedure bij ernstige twijfels over de patiëntveiligheid bij vakgroepvisitatie, Verenso 190101

Deze procedure is vastgesteld door het bestuur van Verenso, na raadpleging in 2018 van het bestuur van de voormalige Stichting Kwaliteit van Verenso, de landelijke visitatiecommissie (LVC) van Verenso, de adviescommissie visitatie van Verenso. Bij de formulering van deze procedure hebben betrokken Verenso-medewerkers gekeken naar vergelijkbare procedures van andere medisch wetenschappelijke verenigingen.

Uitgangspunt is dat deze procedure vanaf 1-1-2019 ingaat en na een jaar wordt geëvalueerd. De intentie is dat de bestuurders van Verenso deze procedure bespreken in een bestuurlijk overleg met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

## **Wat is het belang van een procedure bij ernstige twijfels over de patiëntveiligheid?**

Wetenschappelijke verenigingen dienen het belang van de aangesloten leden. Visitatie draagt bij aan het verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg. De manier waarop de visitatie ingezet kan worden is verschillend. Enerzijds kan een vereniging kiezen voor het spiegelen, het geven van adviezen en aanbevelingen en het daarbij laten. Bij een volgende visitatie wordt dan gekeken of en in hoeverre er iets met het verbeterplan is gedaan. Anderzijds kan een vereniging besluiten om niet alleen te spiegelen, maar ook normen op te stellen en de visitatie te gebruiken als instrument om te meten in hoeverre een vakgroep aan de norm voldoet. Als een vakgroep in onvoldoende mate aan de normen voldoet kan dat betekenen dat de veiligheid van de patiëntenzorg in gevaar is. Als bij een visitatie blijkt dat de patiëntveiligheid in gevaar komt is het ook aan de vereniging om daar actie op te ondernemen. Veel wetenschappelijke verenigingen hebben daarom afgelopen jaren normen opgesteld en vinden het in het belang van de leden om actie te ondernemen als bij een vakgroep of instelling de patiëntveiligheid in het geding is. Ook Verenso heeft kwaliteitsitems als normen opgesteld waaraan een vakgroep (in relatie tot de instelling) moet voldoen en criteria wanneer er sprake is van ernstige twijfels over de patiëntveiligheid. Zowel de adviescommissie visitatie als de landelijke visitatiecommissie<sup>1</sup> vonden het in het belang van de beroepsgroep van specialisten ouderengeneeskunde dat er niet alleen gespiegeld wordt bij visitaties, maar dat er ook actie wordt ondernomen bij ernstige twijfels over de patiëntveiligheid.

## **Verschil tussen twijfels over functioneren en twijfels over de patiëntveiligheid.**

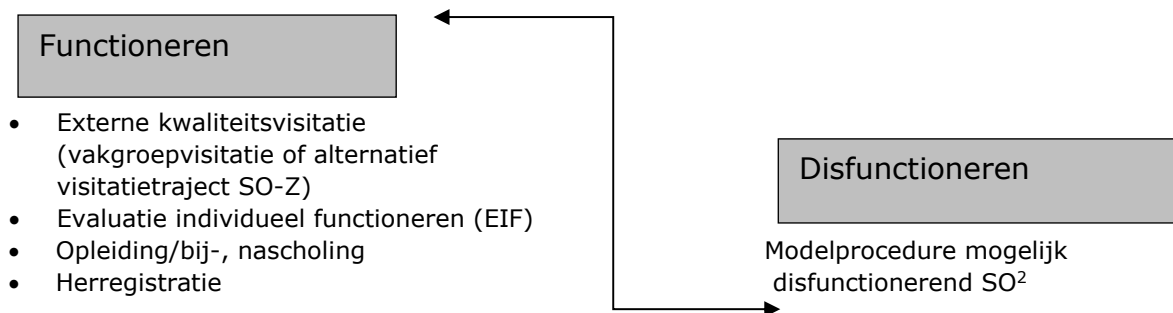
De oorzaak van de twijfels over patiëntveiligheid kunnen verschillend van aard zijn. Eén van de oorzaken kan zijn dat er sprake is van mogelijk disfunctioneren bij één of meerdere leden van de vakgroep. Als dat het vermoeden is dan is deze *Procedure bij ernstige twijfels over de patiëntveiligheid* niet van toepassing. Hiervoor is vanuit Verenso een (andere) *Modelprocedure mogelijk disfunctionerend specialist ouderengeneeskunde* (2016<sup>2</sup>) opgesteld. Die procedure is bedoeld om mogelijk disfunctioneren te signaleren en het functioneren van individuele artsen te toetsen en te verbeteren. Die procedure kan door zorgorganisaties als blauwdruk of als voorbeeld worden gebruikt.

De weg van functioneren naar disfunctioneren is een glijdende schaal. Om het functioneren van de groep of de individuele arts te verbeteren en daarmee de patiëntenzorg te optimaliseren heeft de specialist ouderengeneeskunde de verantwoordelijkheid om een aantal kwaliteitsbevorderende activiteiten te doen waaronder externe kwaliteitsevaluatie (visitatie) en Evaluatie individueel Functioneren (EIF).

---

<sup>1</sup> Zie voor taken en verantwoordelijkheden bijlage 1

<sup>2</sup> De *Modelprocedure mogelijk disfunctionerend specialist ouderengeneeskunde* staat op [verenso.nl](http://verenso.nl)



### **Wat te doen bij twijfels over het functioneren van een individuele SO?**

Bij twijfels over het functioneren wordt dit eerst besproken met de desbetreffende specialist ouderengeneeskunde. Blijven deze twijfels over het functioneren bestaan dan wordt er *binnen de zorginstelling* een melding gedaan bij de verantwoordelijke functionaris, ofwel degene die bij de vakgroep van specialisten ouderengeneeskunde aangewezen is om in het kader van deze procedure te handelen bij twijfels over het functioneren. Vaak is dit de voorzitter of hoofd van de vakgroep. Naar aanleiding daarvan start een onderzoek en de uitkomst is bepalend voor het verdere verloop van de procedure. De eerder genoemde 'Modelprocedure mogelijk disfunctionerend specialist ouderengeneeskunde' (Verenso, 2016) kan daarbij leidend zijn, dat hangt af of die procedure, of een aangepaste versie daarvan, in de instelling wordt gebruikt.

Deze notitie gaat verder over de situatie waarin bij vakgroepsvisitatie ernstige twijfels zijn ontstaan over de patiëntveiligheid.

### **Wat te doen bij ernstige twijfels over de patiëntveiligheid?**

Als er geen twijfels over het functioneren zijn van één of enkele leden van de groep specialisten ouderengeneeskunde, maar er zijn wel ernstige twijfels over de patiëntveiligheid, dan vindt Verenso het in het belang van de beroepsgroep van specialisten ouderengeneeskunde dat er niet alleen gespiegeld wordt bij visitaties, maar dat er ook actie wordt ondernomen om ervoor te zorgen dat de vakgroep wel aan de normen voldoet. Voor specialisten ouderengeneeskunde die werken voor vakgroep treedt dan de hierna volgende procedure in werking.

### **Wanneer kan er sprake van ernstige twijfels over de patiëntveiligheid?**

Hierbij gaat het om een combinatie van factoren waar de visitatiecommissie op acteert: één of meerdere zwakke scores bij onderstaande kwaliteitsitems in combinatie met één of meerdere onderstaande niet-pluis signalen en/of negatieve feedback van (één van) de samenwerkingspartners.

- Er *kan* sprake zijn van ernstige twijfels over de patiëntveiligheid als op één op meerdere van de volgende zes kwaliteitsitems<sup>3</sup> door de visitatiecommissie zwak (1 op de schaal van 1-5) wordt gescoord:
  - 1.2 Beargumenteerd medisch handelen bij afwijken
  - 1.5 Vrijheidsbeperking
  - 1.6 Medicatiebeleid (incl. FTO)
  - 1.7 Dossiervoering
  - 1.8 Bereikbaarheid en waarneming (24/7 en tijdens vakantie/ziekte)
  - 3.7 Taakherschikking en supervisie
- Daarnaast *kan* er sprake zijn van ernstige twijfels over de patiëntveiligheid als de visitatiecommissie één of meer van de volgende drie niet-pluis signalen<sup>4</sup> constateert:
  1. Chronische overbelasting van de specialist ouderengeneeskunde door langdurige onderbezetting en een meer dan gemiddelde case- en workload;
  2. Geen of te weinig proactieve communicatie met patiënten/hun vertegenwoordigers conform WGBO over ernstige verslechtering van de gezondheidstoestand van de patiënt of belangrijke medicatiewijzigingen en/of beperkte tijd voor een vertrouwensrelatie tussen kwetsbare (oudere) patiënt en de verantwoordelijke specialist ouderengeneeskunde.
  3. Ontbrekende essentiële randvoorwaarden voor goede medische zorg

<sup>3</sup> Zie voor toelichting zie bijlage 2

<sup>4</sup> Zie voor toelichting bijlage 3

## **Procedure bij ernstige twijfels over de patiëntveiligheid**

Hieronder staan de acht stappen vermeld van de procedure wanneer de visitatiecommissie ernstige twijfels heeft over de patiëntveiligheid. Deze procedure staat vervolgens ook schematisch weergegeven.

### Stap 1

Bij ernstige twijfels over de patiëntveiligheid onderbouwt de visitatiecommissie - die een vakgroep heeft gevisiteerd - de risico's voor de patiëntveiligheid op basis van haar constatering in het concept-visitatierapport. Vervolgens stemt de secretaris van de visitatiecommissie het rapport af met de gehele landelijke visitatiecommissie (LVC). De LVC toetst de onderbouwing van de risico's voor de patiëntveiligheid en de ernst van de situatie. Vervolgens geeft zij aan hoe de vervolgpprocedure ingezet kan worden. De ernstige risico's en de specifieke vervolgpprocedure worden benoemd in een begeleidende brief bij het visitatierapport.

### Stap 2

De secretaris van de oorspronkelijke visitatiecommissie stuurt het visitatierapport met de begeleidende brief van de LVC naar de vakgroep met het verzoek ook de Raad van Bestuur te informeren. De vakgroep krijgt de gelegenheid om nog op eventuele feitelijke onjuistheden en onduidelijkheden in het visitatierapport te wijzen en een reactie te geven op de geconstateerde risico's en vervolgpprocedure.

### Stap 3

De landelijke visitatiecommissie licht het bestuur van Verenso in over de ontstane situatie waarbij alleen anoniem wordt benoemd dat er een vakgroep is waarbij ernstige risico's zijn geconstateerd en dat daar deze vervolgpprocedure wordt ingezet. Pas als bij stap 7 van deze procedure via hervisitatie door de Landelijke Visitatiecommissie wordt vastgesteld dat de ernstige risico's niet zijn weg genomen wordt het bestuur van Verenso geïnformeerd over de ontstane situatie bij de betreffende vakgroep en de inmiddels doorlopen procedure.

### Stap 4

De vakgroep maakt een verbeterplan of past het bestaande verbeterplan aan. Dit plan stemt de vakgroep af met RvB/management van de zorginstelling waar de vakgroep werkzaam is. Binnen drie maanden na de visitatie stuurt de vakgroep dit plan op naar de secretaris van de landelijke visitatiecommissie. De landelijke visitatiecommissie bereidt de hervisitatie voor.

### Stap 5

Op basis van het verbeterplan van de vakgroep voert de secretaris en een lid van de landelijke visitatiecommissie (visitatiecommissie II) een hervisitatie uit. Deze hervisitatie gaat alleen in op de onderdelen waarop de vakgroep zwak heeft gescoord en/of de niet plus-signalen. Dit gebeurt in een gezamenlijk gesprek met de vakgroep en met de RvB/management van de zorginstelling. De visitatiecommissie II geeft in het eindgesprek aan in hoeverre de aandachtspunten zijn, of naar verwachting worden, opgelost.

### Stap 6

De visitatiecommissie II beschrijft de resultaten van de hervisitatie in een aangepaste versie van het visitatierapport. De visitatiecommissie II stemt dit aangepaste visitatierapport af met de overige leden van de landelijke visitatiecommissie en de secretaris stuurt het naar de leden van de vakgroep en de RvB/management met wie gezamenlijk het gesprek is gevoerd.

## Stap 7

- a. De visitatiecommissie II stuurt het aangepaste visitatierapport naar de vakgroep en de RvB/ management van de instelling met een brief waarin o.a. staat dat de visitatie is afgerond.
- b.

Als blijkt dat bij een hervisitatie de (vak)groep specialisten ouderengeneeskunde onvoldoende verbetering heeft laten zien en de ernstige twijfels over de patiëntveiligheid zijn nog steeds aanwezig, dan kan de visitatiecommissie besluiten, tot:

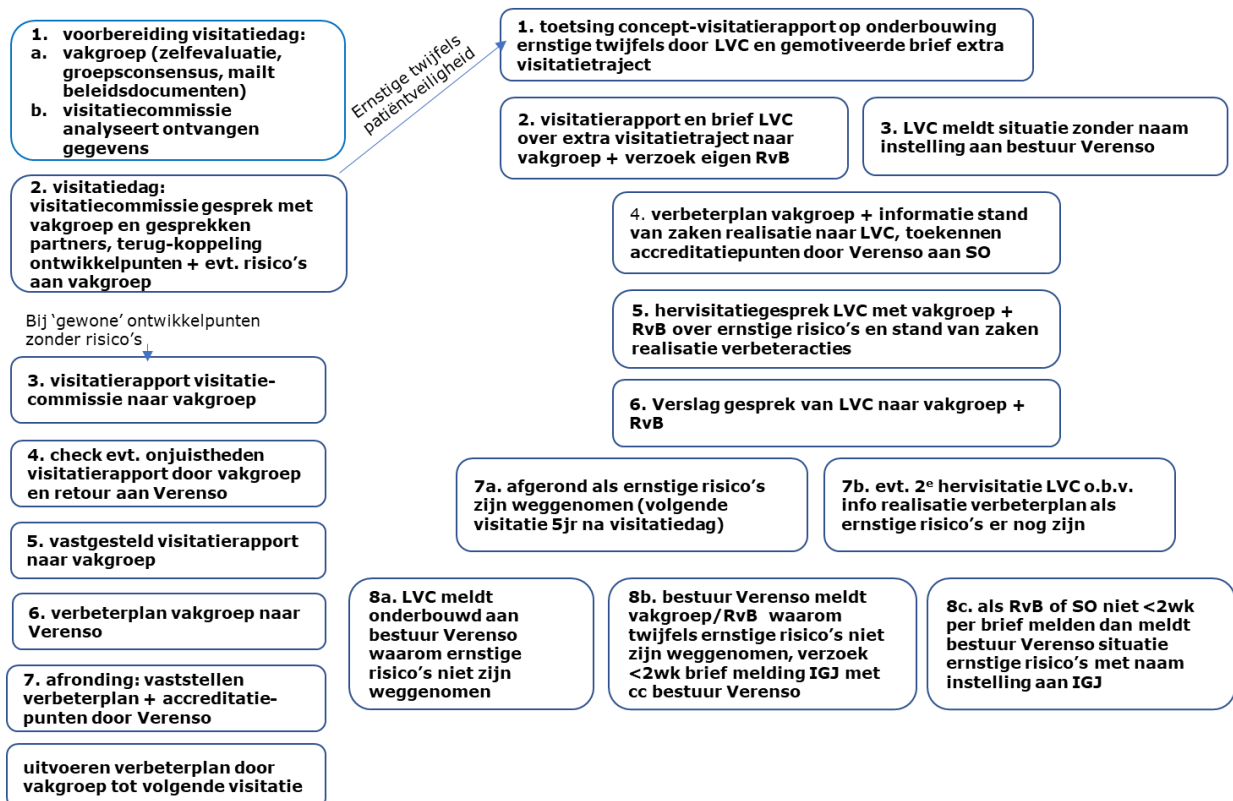
- c. Een tweede hervisitatie ---> terug naar stap 4, 5, 6 en 7a met een andere visitatiecommissie (III). De LVC beoordeelt per casus of deze stap zinvol/gewenst kan zijn.
- d. Overgaan naar stap 8 wanneer de LVC concludeert dat de twijfels over geconstateerde ernstige risico's voor patiëntveiligheid niet zijn weggenomen

## Stap 8

- a. De LVC onderbouwt aan het bestuur van Verenso waarom twijfels over geconstateerde ernstige risico's voor patiëntveiligheid niet zijn weggenomen en geeft daarbij gevolgd proces aan;
- b. het bestuur van Verenso meldt vervolgens aan betrokken SO's en RvB dat geconstateerde ernstige risico's voor patiëntveiligheid niet zijn weggenomen en dat zij vraagt de SO's/RvB zelf binnen 2 weken daarvan schriftelijk melding te doen aan de IGJ.
- c. Als het bestuur van Verenso niet binnen gestelde tijdslimiet van de RvB van betrokken zorginstelling een kopie van de melding van de schriftelijke melding ontvangt doet zij zelf een melding aan IGJ

### Normale procedure visitatie

### Procedure ernstige twijfels patiëntveiligheid



## **Bijlage 1 Taken en verantwoordelijkheden betrokkenen**

### De visitatiecommissie

De visitatiecommissie is verantwoordelijk voor het voorbereiden, uitvoeren en rapporteren van de visitatie. De visitatiecommissie legt verantwoording af aan het bestuur van Verenso.

#### Taken

- Voorbereiden, uitvoeren en rapporteren van de visitatie.
- Bij ernstige twijfels over de patiëntveiligheid onderbouwt de visitatiecommissie - die een vakgroep heeft gevisiteerd - de risico's voor de patiëntveiligheid op basis van haar constatering in het concept-visitatierapport. Vervolgens stemt de secretaris van de visitatiecommissie het rapport af met de landelijke visitatiecommissie (LVC).

### De landelijke visitatiecommissie (LVC)

De landelijke visitatiecommissie is verantwoordelijk voor het goed uitvoeren en afwickelen van visitaties waarbij twijfels zijn over de patiëntveiligheid of waarbij klachten of incidenten zijn gemeld door de visitatoren of de gevisiteerden specialisten ouderengeneeskunde. Daarnaast analyseert de landelijke visitatiecommissie de visitaties waarvoor zij in actie komt en beoordeelt of dat aanleiding is voor het aanpassen van de inhoud of het proces van visiteren.

#### Taken

- Op basis van een (vastgestelde) procedure de visitaties afhandelen waarbij (ernstige) tekortkomingen worden gesignaleerd of waarbij klachten of incidenten zijn gemeld door de visitatoren of de gevisiteerden.
- Bespreken van de visitatierapporten waarbij ernstige tekortkomingen worden geconstateerd (alvorens het naar de vakgroep gaat).
- Bepalen i.s.m. de voorzitter en secretaris van de visitatiecommissie op welke onderdelen (*en op welke wijze*) de hervisiteerplaatst vindt.
- Informeren van bestuur Verenso dat er een vakgroep is waarbij ernstige risico's zijn geconstateerd en dat daar deze vervolgpprocedure wordt ingezet. *[Pas als bij stap 7 van deze procedure via hervisiteerplaatst door de Landelijke Visitatiecommissie wordt vastgesteld dat de ernstige risico's niet zijn weg genomen wordt het bestuur geïnformeerd over de ontstane situatie bij de betreffende vakgroep en de inmiddels doorlopen procedure]*
- Wanneer twijfels over geconstateerde ernstige risico's voor patiëntveiligheid niet zijn weggewomen onderbouwt de LVC aan het bestuur van Verenso waarom en geeft daarbij gevolgd proces aan;
- I.s.m. de secretaris van de visitatiecommissie de hervisiteerplaatst(s) uitvoeren.
- Vastlegging de resultaten van de hervisiteerplaatst waarbij
- Het analyseren van de visitaties waarvoor de landelijke visitatiecommissie in actie komt en nagaan of dat aanleiding is voor het aanpassen van de inhoud of het proces van visiteren.
- Het bevragen van de visitatoren en gevisiteerden over de opzet en de uitvoering van de visitaties.
- Het aanleveren van een jaarverslag aan Verenso met daarin de relevante cijfers en de verbetervoorstellen.
- Beantwoorden/verwerken van vragen en klachten van visitatoren, gevisiteerden.

## Bestuur Verenso

Het Bestuur van Verenso is eindverantwoordelijk voor de visitaties. Het bestuur legt verantwoording af aan de leden van Verenso bij de ALV.

### Taken

- Beleid vaststellen waarbinnen de visitaties uitgevoerd dienen te worden. Dat betekent vaststellen van normen, reglementen, afspraken en procedures die nodig zijn om de visitaties goed uit te kunnen voeren.
- Het inrichten van een organisatie om de visitaties uit te voeren met visitatoren, landelijke visitatiecommissie, secretarissen, een secretaresse.
- Het up-to-date houden van de kennis en vaardigheden van de visitatoren m.b.t. de uitvoering van de visitaties.
- Het opstellen van jaarplannen en een begroting waarbinnen de visitaties uitgevoerd dienen te worden. Het Verenso bestuur beoordeelt welke stukken aangeboden worden aan de algemene ledenvergadering van Verenso.
- Het opstellen van een jaarverslag.
- Het besluiten over verbetervoorstellen op basis van feedback vanuit de landelijke visitatiecommissie, vakgroepen, de secretarissen en de visitatoren en door incidenten en klachten.
- Als na zorgvuldige toetsing van de oorspronkelijke visitatiecommissie en hervisitatie door de LVC blijkt dat geconstateerde ernstige risico's voor patiëntveiligheid niet zijn weggenomen meldt het bestuur van Verenso dit onderbouwd aan betrokken SO's en RvB. Zij vraagt de SO's/RvB zelf binnen 2 weken daarvan schriftelijk melding te doen aan de IGJ.
- Als het bestuur van Verenso niet binnen gestelde tijdslimiet van de RvB van betrokken zorginstelling een kopie van de melding van de schriftelijke melding ontvangt doet zij zelf een melding van de risicovolle situatie aan IGJ.

## Commissie van Advies (nog op te richten)<sup>5</sup>

De verantwoordelijkheid van de commissie is het beoordelen van twijfels over het functioneren van een betreffende specialist ouderengeneeskunde en het inzetten en afronden van een verbetertraject.

### Taken

- Ondersteuning bieden aan de Raad van Bestuur van een instelling als er sprake is van twijfels over het functioneren van een individuele specialist ouderengeneeskunde. Dat geldt ook voor het bestuur van een samenwerkingsverband, de vakgroep, de werkgever, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en jeugd (IGJ), RGS of Openbaar Ministerie (OM).
- Zelfstandig onderzoek doen om te bepalen of een melding van twijfels over het functioneren ontvankelijk kan worden verklaard.
- Vaststellen of er sprake is van disfunctioneren.
- Uitvoeren van de stappen die in de Modelprocedure staan beschreven (afspraken en monitoren verbetertraject, eventuele melding aan IGJ, nauwkeurige verslaglegging).

---

<sup>5</sup> Voor alle duidelijkheid, binnen Verenso bestaan de volgende commissies:

1. Commissie Kwaliteit (breder dan visitatie)
2. Adviescommissie visitatie en EIF (nu nog ad hoc)
3. De landelijke visitatiecommissie
4. Evt. nog op te richten Commissie van Advies

**Bijlage 2 Kwaliteitsitems die kunnen wijzen op ernstige twijfels over de patiëntveiligheid**  
als de visitatiecommissie hiervoor de laagste score 'zwak' toekent (1 op de schaal van 1-5)

**1.2 Beargumenteed afwijken van medisch handelen**

- a. De groep bespreekt gezamenlijk en gestructureerd ongewenst en/of niet beargumenteed afwijken van het afgesproken handelen.
- b. De groepsleden spreken elkaar aan een op een aan op ongewenst en/of niet beargumenteed afwijken van het afgesproken handelen.
- c. De groep legt afwijkingen van afgesproken medisch handelen beargumenteed vast in het dossier.
- d. Zo nodig worden afspraken over specifiek ouderengeneeskundig handelen bijgesteld.

1. De groep voldoet niet aan a, b, c, d.

**1.5 Vrijheidsbeperking**

- a. De groepsleden voeren indien nodig verbeteracties uit naar aanleiding van structurele evaluatie vrijheidsbeperkende maatregelen die binnen de organisatie zijn toegepast.
- b. Er vindt een structurele evaluatie plaats van de vrijheidsbeperkende maatregelen die binnen de organisatie zijn toegepast.
- c. De groep heeft een door de organisatie vastgesteld actief beleid gericht op het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- d. De groep beschikt over een door de organisatie vastgestelde beleidsnotitie Bopz.

1. De groep voldoet niet aan a, b, c en d.

**1.6 Medicatiebeleid (inclusief FTO)**

1. Er is geen actueel geriatrisch formularium. De artsen evalueren niet of niet meer dan 1x per jaar gezamenlijk hun voorgeschreven medicatie met de toeleverende apotheker. Individuele prescriptiecijfers worden niet besproken (geen review).

**1.7 Dossiervoering**

- a. De groep monitort aantoonbaar de uitvoering van SMART-geformuleerde verbeteracties voor betere dossiervoering.
- b. Zo nodig realiseert de groep SMART-geformuleerde verbeteracties voor betere dossiervoering.
- c. De groep evalueert regelmatig (bijv. 1x per jaar) de dossiervoering.
- d. De artsen leggen actuele relevante informatie voor het medisch handelen vast in het patiëntendossier.

1. De groep voldoet niet aan a, b, c, d.

**1.8 Bereikbaarheid en waarneming (24/7 en tijdens vakantie/ziekte)**

- a. Er is sprake van een gestructureerde overdracht na een dienst die gebruikt wordt voor kennisuitwisseling.
- b. De achterwacht is goed geregeld als de gesuperviseerde bereikbaarheidsdienst heeft.
- c. De bereikbaarheid en de waarneming van de specialisten ouderengeneeskunde/groep buiten kantoortijden is goed geregeld voor zowel patiënten (met spoed) als voor intercollegiaal overleg en is duidelijk gecommuniceerd.
- d. De bereikbaarheid en de waarneming van de specialisten ouderengeneeskunde/groep tijdens kantoortijden is goed geregeld voor zowel patiënten (met spoed) als voor intercollegiaal overleg en is duidelijk gecommuniceerd.

1. De groep voldoet niet aan a, b, c, d.

**3.7 Taakherschikking en supervisie**

1. De groep heeft geen werkafspraken over supervisie en taken die onder de eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde door anderen worden uitgevoerd of in het kader van taakherschikking.

**Bijlage 3 'Niet-pluis signalen' die kunnen wijzen op ernstige twijfels over de patiëntveiligheid als de visitatiecommissie het volgende constateert:**

1. Signalen over chronische overbelasting van de specialist ouderengeneeskunde door langdurige onderbezetting en een meer dan gemiddelde case- en workload;
2. Signalen over geen of te weinig proactieve communicatie met patiënten/hun vertegenwoordigers conform WGBO over ernstige verslechtering van de gezondheidstoestand van de patiënt of belangrijke medicatiewijzigingen en/of beperkte tijd voor een vertrouwensrelatie tussen kwetsbare (oudere) patiënt en de verantwoordelijke specialist ouderengeneeskunde (bijvoorbeeld: specialist ouderengeneeskunde maakt niet zelf kennis, reageert alleen op signalen van gesuperviseerden of V&V);
3. Signalen over ontbrekende essentiële randvoorwaarden voor goede medische zorg zoals:
  - a. geen medisch secretariaat en/of geen voorwacht mogelijk wanneer specialisten ouderengeneeskunde al urgente medische zorg verlenen aan een patiënt
  - b. geen adequaat EPD dat voldoet aan Verenso-eisen met als gevolg geen tijdige medische dossiervoering
  - c. onvoldoende inzet van behandelaren (en MDO)
  - d. geen opnamebeleid o.b.v. inhoudelijke criteria waardoor patiënten opgenomen worden waarvoor binnen de zorginstelling onvoldoende medische en multidisciplinaire expertise en/of essentiële randvoorwaarden aanwezig zijn.