

## **Reglement**

### **Commissie Kwaliteitsvisitatie (CKV)**

#### Artikel 1

De Commissie Kwaliteit Visitatie (CKV) is een vaste commissie van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), overeenkomstig artikel 15 van de Statuten.

#### **Samenstelling**

#### Artikel 2

De commissie bestaat uit tenminste negen leden.

#### Artikel 3

Jaarlijks vindt een gestructureerd overleg plaats met het bestuur van de NOV, hierna te noemen het bestuur, en het Concilium Orthopaedicum.

#### Artikel 4

De leden van de commissie worden, gehoord de commissie, op voorstel van het bestuur namens de vereniging benoemd door de Algemene Ledenvergadering NOV, hierna te noemen ALV, voor een periode van drie jaar. Zij zijn eenmaal terstond herkiesbaar voor een periode van drie jaar. De leden van de commissie dienen ten minste 5 jaar als orthopedisch chirurg werkzaam te zijn.

#### Artikel 5

De benoemingen, bedoeld in artikel 4, geschieden in de ALV.

#### Artikel 6

De commissie kiest uit haar midden een voorzitter en secretaris en deelt dit mede aan het bestuur.

#### **Taak**

#### Artikel 7

- a. De Commissie Kwaliteit Visitatie:
  1. Stelt zich tot taak de kwaliteit van het orthopedisch handelen te inventariseren, te beoordelen en te bevorderen.
  2. Werkt mee aan het formuleren van normen, die gesteld mogen worden aan het orthopedisch handelen.
  3. Stelt conform artikel 8 visitatiecommissies samen die orthopedische afdelingen van klinieken visiteren.
  4. Stelt de beoordelingsrapporten van de visitatiecommissie vast.
  5. Rapporteert haar bevindingen aan de betreffende collegae en aan de Raad van Bestuur (zie artikel 14). De betreffende collegae en de Raad van Bestuur worden het integrale rapport ter hand gesteld.

6. Rapporteert over haar werkzaamheden aan het bestuur en op anonieme wijze aan de ledenvergadering van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging.
7. Kan, indien zij dat noodzakelijk acht, het bestuur in kennis stellen van bepaalde bevindingen tijdens een visitatie.
8. Draagt zorg voor archivering en stelt aan de hand van de verkregen gegevens na iedere visitatieronde een samenvattend rapport op.
9. Adviseert ten aanzien van problemen in klinieken die haar door het bestuur worden voorgelegd. Zij mag het bestuur ook op eigen initiatief adviseren.
10. De CKV leden visiteren tenminste 3x per jaar, tenzij het totaal aantal te verdelen visitaties onvoldoende is.

## **Werkwijze**

### Artikel 8

De feitelijke visitaties worden uitgevoerd door een visitatiecommissie die bestaat uit minstens drie orthopedisch chirurgen. De Visitatie Commissie ad hoc wordt samengesteld uit één lid van de Commissie Kwaliteit Visitatie, die de functie van secretaris ad hoc op zich neemt. De secretaris ad hoc heeft als lid van de Commissie Kwaliteit Visitatie de cursus “visiteren van klinieken” van de AMS doorlopen. Minimaal één van de overige visiteurs heeft deze cursus ook doorlopen.

Alle leden van de visitatie commissie dienen lid te zijn van de NOV. Seniorleden kunnen tot uiterlijk 1 jaar na omzetting van hun reguliere lidmaatschap, lid zijn van de commissie. De te visiteren vakgroep kan bezwaar maken tegen de samenstelling van de commissie, waarna de commissie kan worden samengesteld uit andere leden.

### Artikel 9

De Commissie Kwaliteit Visitatie vergadert ten minste vier maal per jaar. De Commissie maakt een jaarverslag t.b.v. het jaarboek en het NOV bestuur over haar werkzaamheden in het afgelopen jaar.

### Artikel 10

De visitatie is verplicht. Iedere orthopedisch chirurg, vakgroep van orthopedisch chirurgen of orthopedische afdeling van een kliniek wordt eenmaal per vijf jaar gevisiteerd.

Bij de visitatie dienen alle aan de kliniek verbonden orthopedisch chirurgen, chef de cliniques en fellows aanwezig te zijn.

De voorgenomen visitatie dient plaats te vinden in het voor de visitatie vastgestelde jaar. In uitzonderingsgevallen kan een visitatie worden uitgesteld naar het volgend jaar. Dit is ter beoordeling aan de commissie. Het oorspronkelijke visitatiejaar blijft de basis, waarop de volgende visitatie wordt afgesproken

### Artikel 11

De datum van de nieuwe, volgende visitatie zal vastgesteld worden door de CKV in het definitieve rapport van de laatste visitatie.

Voorafgaande aan een visitatie wordt schriftelijk informatie over de vakgroep verzameld. Tijdens de visitatie zullen deze gegevens besproken worden.

Aan de hand van casusbespreking wordt de indicatiestelling ter discussie gesteld. Tevens zullen afdelingen van het instelling, de statussen en de protocollen geïnspecteerd worden. Er zal gelegenheid moeten zijn om gesprekken te voeren met afvaardigingen van de directie, van het stafbestuur, van de chirurgische vakgroep, van de regionale huisartsen, van de OK- en verpleegafdeling, alsmede indien aanwezig nurse practitioners, artsen en eventuele orthopedisch chirurgen in opleiding en physician assistants.

Tijdens de visitatie moet in ieder geval een gesprek met een directielid of zijn vertegenwoordiger plaatsvinden.

Van alle gesprekken worden notulen gemaakt die alleen bestemd zijn voor de commissie zelf en eventueel ter beschikking gesteld kunnen worden aan het bestuur en opvolgende leden van de commissie.

#### Artikel 12

Door de visitatiecommissie wordt het orthopedisch handelen van de vakgroep leden en hun functioneren in de instellingorganisatie mede beoordeeld aan de hand van door de NOV bepaalde normen (zie Normenkader kwaliteitsvisitaties, versie 1.1).

#### Artikel 13

Voor de leden van de visitatiecommissie ad hoc van de Commissie Kwaliteit Visitatie geldt dat de verkregen kennis betreffende de uitgevoerde visitatie vertrouwelijk is, waarbij indien gewenst door de CKV deze informatie wel vertrouwelijk met het bestuur kan worden gedeeld.

#### Artikel 14

De secretaris van de visitatiecommissie verzorgt de verslaglegging volgens vast schema. Het voorlopige rapport wordt door de Visitatie Commissie ad hoc opgesteld en voor commentaar toegezonden aan de gevisiteerde vakgroep. Het becommentarieerde rapport wordt door de Commissie Kwaliteit Visitatie besproken en vastgesteld in een reguliere commissie vergadering. Het definitieve rapport wordt toegestuurd aan de gevisiteerde orthopedisch chirurg(en) en aan de Raad van Bestuur van het betreffende instelling. De aanbevelingen, zwaarwegende adviezen en voorwaarden, zoals die in een rapportage worden vernoemd zijn gebaseerd op een aantal criteria die als addendum aan dit reglement zijn toegevoegd en die vastgelegd zijn in het Normenkader kwaliteitsvisitaties, versie 1.1.

Er geldt een maximaal tijdsverloop van de door de commissie voorgestelde maatregelen t.a.v. het functioneren van de maatschap/vakgroep.

Voor een voorwaarde betekent dit, dat deze maatregel maximaal binnen 6 maanden geëffectueerd dient te zijn, voor het zwaarwegend advies is dit 2 jaar en voor aanbevelingen 5 jaar. De commissie is gerechtigd om in het desbetreffende tijdsverloop van de maatschap/vakgroep een tussentijdse rapportage te verlangen.

Indien naar oordeel van de commissie, na verstrijken van de gestelde termijnen, onvoldoende maatregelen zijn genomen, worden aanbevelingen en zwaarwegende adviezen mogelijk verzwamd tot respectievelijk zwaarwegende adviezen en voorwaarden.

Elke voorwaarde wordt door de commissie gemeld aan het bestuur. Een niet tijdig opgeloste voorwaarde wordt ook gemeld aan het bestuur en via dit bestuur gemeld aan de betreffende Raad van Bestuur en mogelijk aan de Inspectie Gezondheidszorg.

#### Artikel 15

Er bestaat de mogelijkheid van bezwaar tegen het door de visitatiecommissie vastgestelde rapport bij de secretaris van de Commissie Kwaliteit Visitatie en bij het bestuur van de NOV.

#### Artikel 16

In het jaarverslag van de Commissie Kwaliteit Visitatie, wordt melding gemaakt van de in het afgelopen jaar gevisiteerde klinieken en aangegeven welke klinieken een reguliere visitatie over vijf jaar, dan wel een vervroegde visitatie tegemoet kunnen zien. Tevens wordt vermeld welke kwaliteitskwalificatie naar aanleiding van de kwaliteitsvisitatie werden gegeven. In het jaarverslag wordt tevens het reglement van aan- en aftreden vermeld.

#### Artikel 17

In bijzondere gevallen, waarin de Commissie Kwaliteit Visitatie meent te mogen afwijken van dit reglement, kan dit alleen geschieden na goedkeuring door het bestuur.

#### Artikel 18

Dit reglement treedt in werking na aanneming door de ALV en voor zover het niet strijdig is met de dan geldende statuten.

#### Artikel 19

Op elke ALV zal op de agenda plaats worden gegeven voor mededelingen van de commissie.

#### Artikel 20

Voor zover dit reglement niet voorziet, wordt verwezen naar het Algemeen reglement voor kwaliteitsvisitaties (FMS Federatie Medisch Specialisten)

#### Artikel 21

Kwaliteitsnormen voor de leden van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging

#### Artikel 22

De visitatie wordt door de visitatiecommissie met uiterste zorgvuldigheid afgenomen. Daarbij wordt uitgegaan van volledige medewerking van de vakgroepleden. De visitatiecommissie gaat er van uit dat de vakgroepleden in het kader van het onderzoek volledige en juiste informatie verstrekken. De visitatiecommissie is evenwel niet aansprakelijk voor enige schade als gevolg van het door haar uitgevoerde onderzoek en het op grond daarvan opgestelde rapport.

## **I. Registratie / herregistratie**

De orthopedisch chirurg moet zijn ingeschreven in het register van Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

## **II. Vakgroep / samenwerkingsverband**

- a. Elke orthopedisch chirurg, toegelaten tot het instelling en niet praktiserend in dienstverband, dient een toelatingscontract te hebben met het daarbij behorend stafreglement.
- b. Elke orthopedisch chirurg, toegelaten tot het instelling en praktiserend in dienstverband, dient een arbeidsovereenkomst te hebben met het daarbij behorend Professioneel Statuut voor medische specialisten in dienstverband.
- c. Elke orthopedisch chirurg, toegelaten tot het instelling, dient (gewoon of buitengewoon) lid te zijn van de Medische Staf.
- d. Alle orthopedische chirurgen praktiserend in het instelling, dienen met elkaar een of andere vorm van samenwerkingsverband te hebben. De overeenkomst hiertoe strekkende dient schriftelijk te zijn vastgelegd.

## **III. Professionele autonomie**

- a. De orthopedisch chirurg is gehouden de patiënt de noodzakelijke medische hulp en adviezen van goede kwaliteit te leveren of te doen leveren, overeenkomstig de eisen die aan hem/haar op grond van zijn/haar beroep en zijn/haar deskundigheid mogen worden gesteld (WGBO).
- b. De orthopedisch chirurg is daarbij vrij en persoonlijk verantwoordelijk voor de besluitvorming met betrekking tot diagnostiek, therapie en begeleiding van de individuele patiënt. Deze verantwoordelijkheid brengt met zich mee dat de orthopedisch chirurg zich toetsbaar opstelt op basis van het door de NOV vastgestelde kwaliteitsbeleid.

## **IV. Consensus / richtlijnen**

De orthopedisch chirurgen dienen voor de meest voorkomende en meest belangrijke orthopedische problematiek te beschikken over en zoveel mogelijk te handelen conform (behandeling-) richtlijnen, die een weerslag dienen te zijn van de consensus, zoals die binnen de vakgroep c.q. het samenwerkingsverband (de praktijk) ten aanzien van die problematiek bestaan, alsmede door richtlijnen bepaald en vastgelegd door de vergadering van de NOV. Toepassing daarvan in de individuele situatie betekent niet dat daar in geen geval van mag worden afgeweken. De professionele autonomie van de orthopedisch chirurg impliceert dat afwijking van consensus/richtlijnen, mits gemotiveerd, mogelijk is.

## **V. Waarneming**

- a. In geval van afwezigheid moet de orthopedisch chirurg er zelf zorg voor dragen dat de continuïteit van de behandeling van zijn/haar patiënten verzekerd is.

- b. Binnen de vakgroep als ook binnen een andere vorm van samenwerking dient de continuïteit (avond, nacht, weekenddienst, bij afwezigheid in geval van arbeidsongeschiktheid, vakantie, bij- en nascholing, wetenschappelijke bijeenkomsten of anderszins) verzekerd te zijn.
- c. In een vakgroep tussen ongelijksoortige specialismen moet met betrekking tot de waarneming zijn aangegeven hoe een mogelijke behandel lacune, door de ongelijksoortigheid optredend, wordt ondervangen. Daaraan meewerkende medische specialisten van buiten de vakgroep dienen, zo enigszins mogelijk, met naam te worden genoemd.

## VI. Faciliteiten

De orthopedisch chirurg dient te beschikken over goede ruimtelijke voorzieningen (onder andere kliniek, polikliniek, dagbehandeling, spreekkamer(s), operatiekamer, behandelkamer(s), functiekamer(s), werkkamer(s) en goede andere voorzieningen (bijvoorbeeld apparatuur, medisch personeel, implantatenbudget) die aan geldende kwaliteitseisen voldoen.

## VII. Medisch dossier / verslaglegging

- a. Elke specialist is verplicht om van iedere patiënt die door hem/haar in het instelling wordt behandeld op de in het instelling gebruikelijke wijze een medisch dossier op te maken en bij te houden, waaruit een goede indruk kan worden verkregen van de ziektegeschiedenis, de diagnose(n), het behandelplan en de actuele stand van zaken.
- b. Er kunnen verschillende soorten medische dossiers (status) worden gehanteerd, zowel analoog als digitaal, zoals:
  - a. één centrale status (één patiënt, één dossier)
  - b. één poliklinische en één klinische status per patiënt
  - c. één poliklinische en één klinische status per patiënt per specialisme
  - d. één poliklinische status per patiënt per specialisme doorlopend in één klinische status per patiënt per specialisme
  - e. mengvormen van bovengenoemde opties

Het wordt in elk geval wenselijk geacht om te streven naar uniformiteit binnen het instelling met inachtneming van de vigerende privacyregelingen.

- c. De medische dossiers dienen, indien dit voor de behandeling van de patiënt nodig is, tevens goed toegankelijk te zijn voor de mede behandelend specialist(en). De medische dossiers dienen ook buiten de reguliere werkuren goed toegankelijk te zijn.
- d. In het poliklinisch dossier dient aandacht te worden besteed aan:
  - verwijsbrief/vraagstelling patiënt
  - anamnese
  - (resultaat) lichamelijk onderzoek
  - overwegingen/(voorlopige) conclusie/advies/voorlichting patiënt
  - brief aan de huisarts.

In het klinisch dossier dient aandacht te worden besteed aan:

- reden van opname (samenvatting relevante voorgeschiedenis etc.)
- anamnese
- (resultaat) lichamelijk onderzoek
- diagnostische overwegingen
- onderzoeksplan
- resultaten aanvullend onderzoek (röntgen, laboratoriumonderzoek, etc.)
- behandelplan
- voorlichting aan de patiënt
- decursus
- medicatielijst/temperatuurlijst
- (soort) verrichting(en)
- operatieverslag ( dat binnen 24 uur na de operatie beschikbaar moet zijn)
- anesthesieverslag
- verslag medebehandeling/intercollegiaal consult
- (voorlopige) ontslagbrief
- informatie aan derden dan de patiënt, bijvoorbeeld familie, ouders, verpleeghuisarts.

In het dagbehandeling dossier dient aandacht te worden besteed aan:

- verslag verrichte onderzoek/operatie/behandeling
- verwijzing naar poliklinisch medisch dossier
- brief aan de huisarts.

- e. De huisarts dient binnen gepaste tijd na een afgerond poliklinisch bezoek en/of binnen veertien dagen na ontslag van een opgenomen patiënt een brief ontvangen te hebben. Het verdient aanbeveling de patiënt bij ontslag een voorlopige ontslagbrief mee te geven.
- f. In geval van bijzondere situaties (bijvoorbeeld overlijden) dient de huisarts of diens waarnemer binnen 24 uur daarvan op de hoogte te worden gesteld.
- g. Brieven over een klinische of poliklinische patiënt in dagbehandeling dienen adequate informatie te bevatten over onder meer:
  - de klacht van de patiënt/reden van verwijzingsbevindingen
  - (voorlopige) diagnose
  - verricht onderzoek
  - behandeling/medicatie.

## VIII. Intern jaarverslag

Er dient jaarlijks een intern inhoudelijk jaarverslag te worden opgesteld over de praktijk/afdeling. Dit jaarverslag moet niet alleen een opsomming zijn van gegevens van het aantal nieuwe patiënten, aantal klinische en poliklinische verrichtingen, aantal klinische opnames/dagbehandelingen en dergelijke.

In het jaarverslag van de orthopedische praktijk dient ook aandacht besteed te worden aan:

1. de orthopedisch chirurg(en)
2. personele en organisatorische aspecten
3. patiëntgebonden activiteiten:
  - a. knelpunten
  - b. ontwikkelingen
  - c. complicaties
  - d. klachtenafhandeling
4. patiëntgebonden ontwikkelingen in de praktijk/afdeling
5. de belangrijkste wetenschappelijke activiteiten:
  - a. voordrachten
  - b. publicaties
  - c. congresbezoek
  - d. onderzoeken
6. lidmaatschap van werkgroepen, commissies in en/of buiten het instelling (bijvoorbeeld van wetenschappelijke vereniging en/of andere organisaties in de gezondheidszorg)
7. beleidsplan en toekomstvisie.

Het verdient aanbeveling de kwaliteitsaspecten in het jaarverslag apart te vermelden. Delen van dit jaarverslag kunnen mede een bijdrage leveren voor de jaarlijkse bijstelling van het medisch beleidsplan van de praktijk, dat onderdeel vormt van het instellingbeleidsplan.

## IX. Overlegstructuren

De vakgroep dient rondom de directe patiëntenzorg een aantal momenten van (intercollegiaal) overleg georganiseerd te hebben. Deze overleg structuren zijn te onderscheiden in patiëntgebonden overleg en overleg met groeperingen binnen de instellingorganisatie waarmee in de patiëntenzorg samengewerkt moet worden.

- a. Intra disciplinaire besprekingen:
  - a. Vakgroepsvergaderingen
  - b. wekelijkse patiëntenbespreking en/of gezamenlijk visite lopen
  - c. complicatiebespreking
  - d. bespreking probleemgevallen en klachten
2. Structureel overleg met:
  - a. de verpleging en de O.K. leiding
  - b. de directie
  - c. het eigen secretariaat



- d. de orthopedische chirurgen in opleiding, overige artsen en eventueel afvaardiging huisartsen.
3. Interdisciplinair overleg
    - a. indien de maatschap/vakgroep deelneemt aan de traumatologie, dient er een gezamenlijke traumatologiebespreking te zijn met de chirurgen.

De complicatie besprekingen en de structurele besprekingen dienen via notulen en/of besluitenlijsten te worden vastgelegd.

## **X. Nascholing**

De leden van de vakgroep dienen er voor te zorgen dat zij voldoende nascholing genieten. Van deze nascholing wordt een registratie bijgehouden waaruit de behaalde hoeveelheid punten blijkt. Hiervoor wordt het GAIA systeem gebruikt. De kwaliteit van de nascholing dient zoveel mogelijk aan te sluiten bij de differentiatie van de vakgroep leden.

*Gewijzigd in de ledenvergadering van 23 april 1999*  
*Gewijzigd in de ledenvergadering van 14 april 2000*  
*Gewijzigd in de ledenvergadering van 20 januari 2012*  
*Gewijzigd in de ledenvergadering van 29 mei 2015*  
*Gewijzigd in de ledenvergadering van 12 mei 2017*