



Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland

Reglement Kwaliteitsevaluatie VVGN 1.7

Versie 01-11-2020

Commissie Kwaliteitsevaluatie VVGN (CKV)

kwiteitsevaluatie@vvgn.nl

Secretariaat VVGN

Postbus 149

2130 AC Hoofddorp

info@VVGN.nl

085-8640026

© **VVGN 2019** Niets uit deze opgave mag vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyright houder.

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Begripsomschrijving	7
Hoofdstuk 1 Het Kwaliteitsevaluatiemodel in hoofdlijnen	8
Artikel 1.01 Wat wordt er verstaan onder Kwaliteitsevaluatie (KE)?	8
Artikel 1.02 Waarom Kwaliteitsvaluatie?.....	8
Artikel 1.03 Wie is de gevisiteerde?.....	8
Artikel 1.04 Wat wordt geëvalueerd?.....	8
Artikel 1.05 Hoe wordt er geëvalueerd?.....	9
Artikel 1.06 Hoe verloopt de toetsing?.....	9
Artikel 1.07 Welke randvoorwaarden zijn van toepassing?	10
Hoofdstuk 2 Het VVGN Kwaliteitsevaluatie-instrumentarium en gegevensbeheer	11
Artikel 2.01 Referentiekader.....	11
Artikel 2.02 Instrumenten.....	11
Artikel 2.03 Vaststelling en actualisering van instrumentarium.....	12
Artikel 2.04 Toevoegen van instrumenten	12
Artikel 2.05 Privacy	12
Artikel 2.06 Inzage POP	12
Artikel 2.07 Bewaren gegevens.....	12
Artikel 2.08 Evaluatievragenlijst	12
Hoofdstuk 3 Juridische context, taken en verantwoordelijkheden	13
Artikel 3.01 Herregistratie.....	13
Artikel 3.02 Accreditatie	13
Artikel 3.03 Certificaat/GAIA.....	13
Artikel 3.04 Taken en verantwoordelijkheden van VVGN-bestuur	13
Artikel 3.05 Taken en verantwoordelijkheden van CKV	13
Artikel 3.06 Taken en verantwoordelijkheden Secretariaat VVGN	14
Artikel 3.07 Taken en verantwoordelijkheden van de verslavingsarts voor deelname aan kwaliteitsevaluatie VVGN	14
Artikel 3.08 Taken en verantwoordelijkheden visitatoren	14
Hoofdstuk 4 Visitatoren	16
Artikel 4.01 Werving	16
Artikel 4.02 Formele selectiecriteria.....	16
Artikel 4.03 Inhoudelijke selectiecriteria	16

Artikel 4.04	Verplichte training.....	16	
Artikel 4.05	Benoeming tot visitator.....	16	
Artikel 4.06	Beëindiging van visitatorschap.....	17	
Artikel 4.07	Minimale inzet en schadeloosstelling	17	
Artikel 4.08	Toewijzing visitatiegroepen.....	17	
Artikel 4.09	Gedragsregels.....	17	
Hoofdstuk 5	Procedure	19	
Artikel 5.01	Groepsvorming en vertrouwen	19	
Artikel 5.02	Groepsvorming en samenstelling.....	19	
Artikel 5.03	Vorbereidingsperiode.....	19	
Artikel 5.04	Inleveren instrumenten.....	19	
Artikel 5.05	Uitstel van de formele visitatie.....	19	
Artikel 5.06	Afronden van het Persoonlijk Ontwikkelplan.....	20	
Artikel 5.07	Individueel contact	20	
Artikel 5.08	Voorzieningen.....	20	
Artikel 5.09	Feedback.....	20	
Artikel 5.10	Groepsproces.....	20	
3	Hoofdstuk 6	Beoordelingskader en POP	21
	Artikel 6.01	Objectiviteit	21
	Artikel 6.02	Nulmeting	21
	Artikel 6.03	Geldigheid van het reglement.....	21
	Artikel 6.04	Het Persoonlijk Ontwikkelplan	21
	Artikel 6.05	Eisen aan het POP.....	21
	Artikel 6.06	Aandachtspunten bij de bespreking van het POP	22
	Artikel 6.07	Commentaar op POP	22
	Artikel 6.08	Geen overeenstemming over POP	23
	Artikel 6.09	Hervisitatie.....	23
	Artikel 6.10	Geschillen en mogelijkheid tot beroep	23
	Artikel 6.11	Verplicht onderdeel herregistratie.....	23
	Hoofdstuk 7	Deelname en betalingsvoorwaarden	24
	Artikel 7.1	Aanmelding en inschrijving	24
	Artikel 7.3	Kosten.....	24
	Artikel 7.4	Uitstel van de formele visitatie	24
	Artikel 7.5	Annulering visitatie.....	25

Artikel 7.6	Individuele hervisitatie	25
Artikel 7.7	Accreditatie.....	25
Artikel 7.8	Materiaal	25
Artikel 7.9	Wet Bescherming Persoonsgegevens	25
Artikel 7.10	Deelname door niet-VVGN-leden	26
Hoofdstuk 8	Klachten, geschillen, mogelijkheden tot beroep.....	27
Artikel 8.01	Klachten en verbetervoorstellen.....	27
Artikel 8.02	Geschillen.....	27
Artikel 8.03	Geschillencommissie VVGN	27
Artikel 8.04	Werkwijze Geschillencommissie VVGN	27
Artikel 8.05	Afhandeling.....	28
Artikel 8.06	Beroep.....	28
Artikel 8.07	Klachtenregister	28
Hoofdstuk 9	Elektronische ondersteuning	29
Artikel 9.1	Webbased programma	29
Artikel 9.2	Geïndividualiseerde website	29
Artikel 9.3	Digitale communicatie.....	29
Artikel 9.4	Beheer	29
Artikel 9.5	Toegang	29
Artikel 9.6	Wijzigingen	29
Artikel 9.7	Algemene Verordening Gegevensbescherming	29
Bijlage 1	Werkwijze Geschillencommissie VVGN.....	30
Bijlage 2	Werkwijze CKV bij klachten en suggesties met betrekking tot visitatie.....	31

Voorwoord

Per 1-1-2020 zijn de herregistratie-eisen door de College Geneeskundige Specialisten (CGS) vernieuwd. Omdat het bevorderen, stimuleren en bewaken van kwalitatief hoogwaardig handelen tot de kerntaak behoort van de wetenschappelijke verenigingen, is het de taak van de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn), om een model voor kwaliteitsevaluatie te maken. Dit kan daardoor ook een belangrijk instrument zijn bij het implementeren van door de beroepsgroep gehanteerde richtlijnen. De VVGn kiest ervoor om de door de 2 RGS vereiste evaluatieprocessen (Externe Kwaliteitsevaluatie (EKE) en Evaluatie Individueel Functioneren (EIF) zie: www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/herregistratie/herregistreren.htm) in een evaluatieproces te verenigen. Dit heeft de instemming van de RGS (juli 2019). Het betekent dat het de bedoeling is dat er een jaarlijks zich herhalend zelfreflectie- en evaluatiesysteem ontstaat, dat in de loop van een periode van 5 jaar op enig moment extern getoetst wordt door 2 externe visitatoren.

Dit reglement is alleen van toepassing op het evaluatiemodel van de VVGn.

Het succesvol afsluiten van deze kwaliteitsevaluatie is conform het besluit Herregistratie van Specialisten door College Geneeskundige Specialisten ingaande 01-01-2020, onderdeel van de herregistratie-eisen voor alle medische specialisten en profielen.

Waarom zijn Externe Kwaliteitsevaluatie (EKE) en Evaluatie Individueel Functioneren (EIF), verplicht onderdeel van de nieuwe herregistratie-eisen per 2020 waardevolle instrumenten om kwalitatief hoogwaardig handelen te bevorderen, te stimuleren en te bewaken?

- 5
1. Toetsbaarheid en transparantie zijn onomstreden kwaliteitseisen. De overheid eist expliciet van de medische beroepsgroepen dat zij de professionele kwaliteit borgen en dat zij transparant zijn wat betreft kwaliteitscontrole en de middelen, die zij daarbij hanteren. Deze verantwoordelijkheid rust op iedere individuele beroepsbeoefenaar op grond van BIG art. 40: systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg.
 2. Het CGS heeft besloten dat leden van een beroepsgroep moeten deelnemen aan een vorm van kwaliteitsevaluatie volgens een model van de desbetreffende wetenschappelijke beroepsvereniging en dat jaarlijks het eigen professionele handelen moet worden geëvalueerd (zie: www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/themas-projecten/herziening-herregistratie).
 3. De wetenschappelijke beroepsvereniging VVGn heeft als doel “Het bevorderen van de kwaliteit van de verslavingsgeneeskundige zorg” en ook om haar leden tegemoet te komen en te ondersteunen bij een adequate beroepsuitoefening. Er bestaan al diverse kwaliteitsinstrumenten (opleiding, registratie en herregistratie, na- en bijscholing, intercollegiale toetsing), maar er zijn na de opleiding weinig instrumenten voor kritische zelfreflectie en feedback. Door het ontwikkelen van daarop gerichte instrumentaria draagt de VVGn bij aan kwaliteitsbevordering.
 4. De kwaliteitsevaluatie kan beschouwd worden als de “sluitsteen van het kwaliteitsbeleid”, omdat diverse onderdelen van het bestaande beleid (opleiding, intercollegiale toetsing, richtlijnen) door middel van evaluatie en visitatie in een samenhangend geheel worden geplaatst. Het kader daarvan is niet vrijblijvend, want heeft invloed op de herregistratie als verslavingsarts KNMG.

5. De Kwaliteitsevaluatie moet worden beschouwd als een educatieve inspanning, waarbij veel nadruk ligt op het bevorderen van zelfreflectie. In het gekozen model betreft met een intensieve, door instrumenten ondersteunde, individuerichte vorm van reflectie op het eigen functioneren. Dit wordt afgesloten met een Persoonlijk Opleidingsplan (POP), dat op formele criteria wordt beoordeeld door visitatoren tijdens een visitatie. De voorbereiding daarvan vindt plaats in groepsverband, waarbij de interactie met beroepsgenoten kan leiden tot nieuwe inzichten en gedragsalternatieven. Het POP kan leiden tot aanpassing van de te volgen scholingsprogramma's.
6. De visitatie in het kader van de kwaliteitsevaluatie is nadrukkelijk méér dan een incidenteel toetsmoment door de visitatoren. Uitgangspunt is competentiegericht onderwijs en "levenslang" leren. Kwaliteitsevaluatie is het startpunt, niet het eindpunt, van een gestructureerde manier om te komen tot ontwikkeling in het individuele professionele functioneren. De kwaliteitsevaluatie is gericht op een continu proces van zelfreflectie en van inspanningen ter ontwikkeling van de eigen professionele bekwaamheid. Over dat individuele leerproces wordt in de loop van 5 jaar verantwoording afgelegd tijdens een visitatie tegenover ervaren beroepsgenoten, die optreden als visitatoren ('peer-to-peer-assesment'), waarbij in het gekozen model nagestreefd wordt daaraan voorafgaand en aansluitend te worden gesteund door zelfgekozen beroepsgenoten in een vertrouwde omgeving.

Het doel van dit reglement is een aantal afspraken en regels ten aanzien van de Kwaliteitsevaluatie en daarbij horende visitatie vast te leggen. Deze afspraken hebben betrekking op de te volgen procedure, taken en verantwoordelijkheden en op verwachtingen ten aanzien van de deelnemers. Betrokkenen zijn gedurende de visitaties gehouden aan dit reglement en kunnen bij geschillen een beroep doen op dit reglement.

Begripsomschrijving

In dit reglement worden de volgende begrippen gebruikt:

Accreditatiecommissie: De accreditatiecommissie beoordeelt nascholingen die door diverse organisatoren ter accreditatie worden aangeboden via het zogenaamde GAIA-systeem.

AVG: Algemene Verordening Gegevensbescherming

CGS: College Geneeskundig Specialisten

CKV: Commissie Kwaliteitsevaluatie Verslavingsartsen

Geschil: van een geschil is sprake als een gevisiteerde of groep gevisiteerden (“klager”) een formele uitspraak in hoger beroep wenst over een op schrift gesteld verschil van mening (zie art 8.02)

KE: Kwaliteitsevaluatie: is een middel om het professioneel handelen van de beroepsgroep verslavingsartsen KNMG als geheel en van de individuele leden van die beroepsgroep op een hoger niveau te brengen en maakt deel uit van het kwaliteitsbeleid van de wetenschappelijke beroepsvereniging VVGN (volledige omschrijving: zie art 1.01). Het begrip KE staat voor het gehele proces van kwaliteitsbevordering middels de beschreven systematiek inclusief de visitatie

Gevisiteerde: de individuele verslavingsarts KNMG, die participeert in het kwaliteitsevaluatieproces.

Dit reglement is van toepassing op allen, die bezocht en geëvalueerd worden volgens het evaluatiemodel van de VVGN, onafhankelijk van een eventueel lidmaatschap van de VVGN.

KE-groep: kwaliteitsevaluatiegroep: de groep verslavingsartsen, die gezamenlijk het Kwaliteitsevaluatieproces doorlopen en de visitatie voorbereiden, de formele visitatie ondergaan en eventueel de uitvoering van verbeterpunten met elkaar bespreken.

ICT-groepen: Intercollegiale Toetsings-groepen

POP: Persoonlijk Ontwikkelplan: een document dat de geëvalueerde schrijft op basis van zelfonderzoek en zelfevaluatie gedurende het evaluatieproces. Het bevat de eigen conclusies en verbeterpunten, die de kwaliteitsagenda van de betrokkenen voor de komende jaren gaat vormen.

Geschillencommissie VVGN: een commissie benoemd door het bestuur van de VVGN van 3 verslavingsartsen KNMG (met minimaal twee plaatsvervangers). Deze commissie behandelt eventueel met ondersteuning door deskundigen, geschillen die samenhangen met KE. Indien leden van deze commissie zelf betrokken zijn bij de KE, waarop de klacht of het geschil betrekking heeft, worden zij vervangen door hun plaatsvervanger.

Klacht: iedere kwestie aan de orde gesteld door een gevisiteerde, een visitatiegroep of een of meer visitatoren, die betrekking heeft op een visitatie of de bejegening door deelnemers aan het visitatieproces, zonder dat dit te maken heeft met de formele uitkomst van de visitatie.

RGS: Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten

Visitatie: bezoek van visitatoren aan Kwaliteitsevaluatiegroep.

Visitor: een ervaren, praktiserende verslavingsarts KNMG, die voldoet aan de vereisten, zoals geformuleerd in dit reglement, geselecteerd en getraind in visitatie en vervolgens door het bestuur van de VVGN tot visitor benoemd.

Verslavingsarts: verslavingsarts KNMG

Hoofdstuk 1 Het Kwaliteitsevaluatiemodel in hoofdlijnen

Artikel 1.01 Wat wordt er verstaan onder Kwaliteitsevaluatie (KE)?

Onder KE verstaat de VVGN het permanente proces van zelfreflectie en zelfevaluatie met betrekking tot het professioneel functioneren als verslavingsarts KNMG. Dat proces leidt tot het formuleren van zelfgekozen ontwikkelplannen, die getoetst worden aan de hand van formele eisen door de VVGN-visitatoren. Feedback van beroepsgenoten helpt bij de totstandkoming van dit proces, dat de kaders en richtlijnen volgt zoals overeengekomen door beroepsgenoten binnen de VVGN. Het proces van zelfreflectie en –evaluatie is gebaseerd op competentieprofiel zoals vastgelegd in Opleidingsplan VVGN (2016): <https://www.vvgn.nl/wp-content/uploads/2020/01/Opleidingsplan-Verslavingsgeneeskunde-VVGN-24-09-2016.pdf>, welke vanaf 2020 deel uitmaakt van de reguliere herregistratieverplichtingen als praktiserend verslavingsarts KNMG.

De Kwaliteitsevaluatie is een gestructureerde manier om ontwikkeling in het individueel professioneel functioneren tot stand te brengen en staat voor een continu proces van zelfreflectie en van inspanningen ter ontwikkeling van de eigen professionele bekwaamheid. In de loop van een periode van 5 jaar wordt hierover verantwoording afgelegd tegenover beroepsgenoten ('peer-to-peer-assesment') in VVGN-verband. Tijdens het evaluatietraject wordt de geëvalueerde gesteund door beroepsgenoten in een vertrouwde omgeving. De KE is dus nadrukkelijk méér dan een incidentele verantwoording tegenover visitatoren. Daarnaast wordt gekeken naar het functioneren van de groep verslavingsartsen

Artikel 1.02 Waarom Kwaliteitsvaluatie?

Doel van de kwaliteitsevaluatie is kwaliteitsverbetering van de professionele beroepsuitoefening van elke individuele verslavingsarts KNMG en van de beroepsgroep als geheel tegen de achtergrond van:

- De eis van voortdurende kwaliteitsbevordering, die gesteld wordt aan de individuele medische professionals;
- De eis van vergelijkbaarheid en transparantie, die in de gehele medische wereld gangbaar is, in het bijzonder richting patiënten/gebruikers;
- De wenselijkheid om patiënten een zo goed mogelijke kwaliteit te bieden.

Artikel 1.03 Wie is de gevisiteerde?

- De individuele verslavingsarts wordt geëvalueerd (niet de werkgever of instelling is object van evaluatie). De voorbereiding geschiedt deels individueel, deels in de groepsbesprekingen in de KE-groep, voorafgaand aan de formele visitatie.
- De visitatie schenkt aandacht aan:
 1. De context waarin de verslavingsarts in de voorbije en komende periode werkt.
 2. De samenwerking en samenwerkingspartners, die mede de kwaliteit van het professioneel handelen bepalen.

Artikel 1.04 Wat wordt geëvalueerd?

De kwaliteitsevaluatie richt zich op de competenties uit door het CGS vastgestelde Competentieprofiel voor de verslavingsartsen KNMG, afgeleid van het CanMeds-raamwerk, vastgelegd in het opleidingsplan VVGN.

Artikel 1.05 Hoe wordt er geëvalueerd?

- Het kwaliteitsevaluatietraject wordt voorbereid en doorlopen met een naar eigen inzicht samen te stellen groep van 4-5 verslavingsartsen (die dus ook in de jaren na formele visitatie in stand blijft). Deze groep biedt steun en verdieping aan het individuele evaluatieproces. Het verdient de voorkeur deze samen te stellen binnen de bestaande ICT-groepen.
- Kern van de kwaliteitsevaluatie is een gedegen voorbereide en gestructureerde zelfevaluatie door de verslavingsarts van diens feitelijk handelen als verslavingsarts.
- Twee visitatoren, behorende tot de beroepsgroep, visiteren een groep van 4 of 5 verslavingsartsen. Hiermee worden één-op-één situaties tussen visitatoren en geëvalueerde voorkomen. Het bezoek van de twee visitatoren aan de groep geëvalueerde is een formele 'visitatie'.
- Als onderdeel van de voorbereiding op de visitatie wordt door de verslavingsarts zelf het oordeel van externen (relevante derden zoals collega artsen, andere hulpverleners (SPV, psycholoog, psychiater etc.) en samenwerkingspartners) gevraagd met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten.
- De verslavingsarts stelt zich tijdens dit proces open en toetsbaar op.
- De te hanteren werkwijze is als volgt:
 - De verslavingsarts evalueert zijn eigen professioneel functioneren met behulp van groepsgenoten;
 - De verslavingsarts maakt gebruik van instrumenten/hulpmiddelen vanuit de VVGN aangereikt, die zijn afgeleid van de gangbare richtlijnen en vereisten binnen de beroepsgroep; deze zijn beschikbaar in Mijnportfolio.
 - De verslavingsarts maakt op basis van de zelfevaluatie een Persoonlijk Ontwikkelplan (POP), dat bestaat uit een viertal 'smart' geformuleerde verbeterdoelen. Het POP is te beschouwen als een persoonlijk geformuleerde kwaliteitsagenda, een richtsnoer voor de ontwikkeling van het functioneren als professional in de komende 5 jaar.
 - De verslavingsarts evalueert jaarlijks de POP ter voorbereiding op de visitatie ten bate van de herregistratie.

9

Sluitstuk van dat proces is het oordeel van de VVGN-visitatoren na afloop van de formele visitatie over de kwaliteit van de POP en (bij vervolgisitatie) tevens over de vraag of de betreffende verslavingsarts in de voorgaande periode in voldoende mate is bezig geweest met het realiseren van zijn haar eerder geformuleerde ontwikkeldoelen.

Artikel 1.06 Hoe verloopt de toetsing?

- De eerste visitatie van een verslavingsarts wordt inhoudelijk beschouwd als een nulmeting; met de nulmeting brengt de gevisiteerde zijn/haar beginsituatie in beeld: 'zo sta ik er voor'. De visitatoren vellen geen oordeel over de inhoud van de beginsituatie.
- Tijdens de visitatie als afronding van de eerste periode van kwaliteitsevaluatie beoordelen de visitatoren aan de hand van formele criteria de kwaliteit van het voorgenomen ontwikkelplan (POP) om het professioneel handelen verder te ontwikkelen.
- Tijdens alle vervolgisitatie beoordelen de visitatoren tevens of de betreffende verslavingsarts in de voorgaande periode in voldoende mate bezig is geweest met het realiseren van eerder geformuleerde ontwikkeldoelen.

- Indien er naar het oordeel van beide visitatoren sprake is van aanmerkelijk disfunctioneren in het individueel functioneren dan adviseren zij over hoe te handelen om dit disfunctioneren op te heffen.
- Er is intern een geschillencommissie indien een gevisiteerde verslavingsarts het niet eens is met het oordeel van de visitatoren (zie hoofdstuk 8).
- Voor elke visitatie geldt dat deze met goed gevolg doorlopen moet zijn om voor een volledige periode van 5 jaar herregistratie in aanmerking te komen. De visitatie is met goed gevolg doorlopen als beide visitatoren tot de conclusie komen dat het POP aan de formele eisen zoals vastgesteld in hoofdstuk 6 voldoet.

Artikel 1.07 Welke randvoorwaarden zijn van toepassing?

- Het - door inschrijven in het register van verslavingsgeneeskundigen - deel uit te maken van de beroepsgroep vereist dat normen, codes en richtlijnen van de beroepsgroep zoals vastgesteld door de werkgever en de VVGN lege artis worden nageleefd door de verslavingsartsen.
- De VVGN scheidt inhoudelijke, logistieke en personele voorwaarden en ontwikkelt hulpmiddelen.
- De VVGN ontwikkelt, organiseert, monitort en verbetert de kwaliteitsevaluatieprocedure voor alle in het BIG-register geregistreerde verslavingsartsen.
- De kosten van de visitatie komen voor rekening van de gevisiteerde.
- De VVGN ontwikkelt, organiseert, monitort en verbetert de evaluatieprocedure voor alle in het profielregister geregistreerde verslavingsartsen.
- De activiteiten die aanwijsbaar te maken hebben met de vijfjaarlijkse visitatie kunnen bij herregistratie worden opgevoerd als geaccrediteerde nascholing. De accreditatiecommissie van de VVGN heeft vastgesteld dat met een afgesloten KE-procedure 25 accreditatie-uren worden verkregen.
- De VVGN bevordert kwaliteitsbeleid in het algemeen en kwaliteitsevaluatie/visitatie in het bijzonder en brengt dit actief onder de aandacht van alle belanghebbenden: de beroepsgroep zelf en werkgevers.

Hoofdstuk 2 Het VVGN Kwaliteitsevaluatie-instrumentarium en gegevensbeheer

Artikel 2.01 Referentiekader

Gedurende het Kwaliteitsevaluatietraject en ter voorbereiding op de formele visitatie inventariseren en evalueren de te visiteren verslavingsartsen hun eigen professioneel functioneren in de actuele beroepspraktijk om daaraan vervolgens conclusies te verbinden. Het daarbij te gebruiken referentiekader is ontleend aan:

- Het besluit herregistratie specialisten (website KNMG, CGS, regelgeving)
- Het kaderbesluit CHVG: Besluit Verslavingsgeneeskunde (website KNMG, opleiding en registratie, regelgeving)
- De stand van de wetenschap en de praktijk conform geldende wetenschappelijke richtlijnen en overige documenten.
- De wettelijke regelingen voor het geneeskundig beroep in het algemeen.

De voorbereiding geschiedt deels individueel, deels in de groepsbesprekingen door de jaren heen en voorafgaand aan de formele visitatie.

Artikel 2.02 Instrumenten

Het kwaliteitsevaluatiemodel wordt ondersteund door een aantal 'Evaluatie-instrumenten', i.c. vragenlijsten en opdrachten. De evaluatie-instrumenten zijn inhoudelijk afgeleid van het geldende competentieprofiel van de verslavingsarts.

11

Het evaluatie-instrumentarium voor de eerste evaluatie bestaat uit de volgende onderdelen:

- Vragenlijst professioneel functioneren (02)
- Feedbackvragenlijsten patiënten (03)
- Feedbackvragenlijsten medewerkers (04)
- Persoonlijk Ontwikkelplan (POP-module in Mijnportfolio)
- KISZ-lijst (08)
- Samenvatting Evaluatieportfolio (05)
- Samenvatting feedback groepsgenoten (10)
- Evaluatie visitatie (11)

De instrumenten zijn toepasbaar voor iedere vorm van reguliere beroepsuitoefening van verslavingsarts, dus onafhankelijk van de werksetting.

Het evaluatie-instrumentarium wordt voor visitatie in dit kwaliteitsevaluatiemodel (in de loop van de 5 jarige periode)) aangevuld met:

- Reflectieverslag over attitude, autonomie en ethiek (09) en Jaarlijkse evaluatie POP-overzicht
- In de toekomst kan er nog een uitbreiding komen voor een meer inhoudelijke toetsing op richtlijnniveau. Dit heeft zijn plaats in de verdere doorontwikkeling van de KE.

Artikel 2.03 Vaststelling en actualisering van instrumentarium

De kwaliteitsevaluatie-instrumenten worden op grond van eerder evaluaties, nieuwe ontwikkelingen, producten en prioriteiten steeds geactualiseerd door de CKV in afstemming met het bestuur van de VVGN.

Afwijken van de richtlijnen/onderwerpen is alleen in zeer uitzonderlijke situaties en mits grondig beargumenteerd mogelijk.

Artikel 2.04 Toevoegen van instrumenten

Het staat de individuele geëvalueerde vrij volgens eigen inzicht extra instrumenten gericht op het doel van de kwaliteitsevaluatie toe te voegen, mits hij/zij deze beschikbaar stelt voor toetsing door de visitatoren en deze tevoren bekend zijn gemaakt. Aanvullend instrumentarium wordt niet ondersteund door het gebruikte softwarepakket.

Artikel 2.05 Privacy

Gegevens over het professioneel functioneren van de individuele verslavingsarts op basis van de kwaliteitsevaluatie/visitatie worden nooit ter beschikking gesteld aan derden met uitzondering van de volgende situaties:

- bij uitwisselen van informatie met groepsgenoten in het kader van het evaluatieproces. Zij kunnen elkaar documenten als PDF toesturen.

- ten behoeve van de visitatie krijgen de visitatoren toegang tot de bestanden, die nodig zijn ter voorbereiding van de visitatie

- bij afhandeling van een klacht of een geschil aangaande visitatie, voor zover dat voor de afhandeling nodig is voor de CKV en de klachtencommissie. De geëvalueerde zelf beslist over het ter beschikking stellen van evaluatiegegevens ten behoeve van functionerings- of beoordelingsgesprekken.

Artikel 2.06 Inzage POP

Bij een volgende visitatie is de POP van de laatste visitatie beschikbaar voor de visitatoren. Het account van de verslavingsarts KNMG wordt afgesloten indien hij niet voldoet aan zijn financiële verplichtingen, waardoor de laatste POP niet meer beschikbaar is tenzij de verslavingsarts deze zelf downloadt voor afsluiting.

Artikel 2.07 Bewaren gegevens

Gegevens van het kwaliteitsevaluatietraject (incl. visitatie en gegevens uit een bezwaar- of beroepsprocedure) blijven in Mijnportfolio opgeslagen en blijven ter beschikking van de geëvalueerde zodat de informatie voor hem/haar toegankelijk is.

Artikel 2.08 Evaluatievragenlijst

Deelnemers aan het kwaliteitsevaluatietraject zijn verplicht na de formele visitatie een evaluatievragenlijst in te vullen. In GAIA worden alleen accreditatiepunten bijgeschreven voor een volledig afgeronde visitatie als ook de evaluatievragenlijst volledig is ingevuld.

Hoofdstuk 3 Juridische context, taken en verantwoordelijkheden

Artikel 3.01 Herregistratie

Herregistratie als verslavingsarts KNMG is vanaf 1-1-2020 niet meer mogelijk zonder een door of namens de VVGN overgelegde verklaring dat de betrokkenen heeft deelgenomen aan de KE van de VVGN en deze succesvol heeft afgesloten.

Artikel 3.02 Accreditatie

De tijd die de verslavingsartsen besteden aan de voorbereiding, deelname en uitwerking van de KE wordt geaccrediteerd met 25 uren en valt binnen Deskundigheid bevorderende activiteiten op het eigen vakgebied.

Artikel 3.03 Certificaat/GAIA

Bijschrijving van de 25 accreditatie-uren in GAIA geldt als bewijs van een afgesloten KE-traject. Als datum van bijschrijving van de accreditatiepunten (in GAIA) wordt de datum gehanteerd, waarop het KE-traject door de visitatoren is afgesloten en het evaluatieformulier visitatie volledig is ingevuld.

Artikel 3.04 Taken en verantwoordelijkheden van VVGN-bestuur

De VVGN draagt zorg voor:

- Bevordering van het kwaliteitsbeleid in het algemeen en kwaliteitsevaluatie in het bijzonder.
- Het actief onder de aandacht brengen van kwaliteitsbeleid bij alle relevante belanghebbenden: de beroepsgroep zelf, werkgevers- werknemersorganisaties, overige organen binnen de gezondheidszorg, overheden.
- Het vaststellen, in afstemming met CGS en RGS en overheid, van de juiste wettelijke kaders voor KE als vast onderdeel van het kwaliteitsbeleid.
- Het jaarlijks vaststellen van aanpassingen van dit reglement.
- Het scheppen van voorwaarden die adequate toepassing van dit reglement mogelijk maken.
- Het instellen van een geschillencommissie VVGN (zie hoofdstuk 8 van dit reglement).
- Afvaardiging van 1 bestuurslid t.b.v. deelname in CKV.

Artikel 3.05 Taken en verantwoordelijkheden van CKV

- Het (verder) ontwikkelen, evalueren en bijstellen van het VVGN-kwaliteitsevaluatiemodel, met inbegrip van het instrumentarium.
- Het (conform hoofdstuk 8) onderzoeken van suggesties en afhandelen van klachten met betrekking tot zowel inhoudelijke als procedurele aspecten, voor zover die geen onderdeel zijn van een geschil op individueel niveau. Uit de behandeling van klachten zal lering getrokken worden om te komen tot verdere verbetering van het kwaliteitsevaluatiemodel.
- Het voorbereiden van de besluitvorming door het bestuur van de VVGN verband houdend met kwaliteitsevaluatie.
- Jaarlijks voor 31 december vaststellen van een set van kwaliteitsevaluatie-instrumenten t.b.v. evaluatietrajecten in het volgende kalenderjaar.
- Het toezien op de KE-procedure en de naleving van het KE-reglement.

Artikel 3.06 Taken en verantwoordelijkheden Secretariaat VVGN

- Bedrijfsmatig en beheersmatig coördineren en sturen van de KE.
- Factureren voor deelname aan de Kwaliteitsevaluatie.
- Inschrijving van te visiteren verslavingsartsen.
- Het zo nodig met elkaar in contact brengen van individuele aanmelders voor de kwaliteitsevaluatie indien zij zich niet bij een KE-groep kunnen aansluiten.
- Het verschaffen van informatie in woord en geschrift over het Kwaliteitsevaluatiemodel en de te hanteren procedures.
- Werving en training van visitatoren (in samenwerking met CKV)
- Fungeren als aanspreekpunt voor zowel te visiteren verslavingsartsen als visitatoren
- Ondersteunen (materieel, inhoudelijk, secretariael) van de CKV
- Plannen en toewijzen van de visitaties conform dit reglement.
- Beheren en actualiseren van Mijnportfolio
- Coachen en begeleiden van te visiteren verslavingsartsen bij het gebruik van Mijnportfolio.
- Beheren van individuele gegevens.
- Administratieve en inhoudelijke ondersteuning bij afhandelen van klachten.
- Idem van geschillen in overleg met de geschillencommissie VVGN.

Artikel 3.07 Taken en verantwoordelijkheden van de verslavingsarts voor deelname aan kwaliteitsevaluatie VVGN

- Het formeren van een KE-groep (bij voorkeur binnen ICT-groep).
- Het benoemen van een contactpersoon van de KE-groep.
- Het aanmelden door contactpersoon van de KE-groep bij secretariaat VVGN via aanmeldingsformulier beschikbaar op website.
- Jaarlijks voldoen van de financiële bijdrage voor deelname aan kwaliteitsevaluatie.
- Aan het begin van het “visitatiejaar” vraagt de contactpersoon de visitatie aan .
- De datum van de formele visitatie dient minimaal 6 maanden voor de herregistratiedatum gepland te worden.
- Het invullen van de vragenlijsten en opdrachten en verzamelen van relevante overige documentatie en dit beschikbaar stellen via Mijnportfolio.
- Het zorgdragen voor de juiste voorzieningen ten behoeve van een effectief en efficiënt verloop van de formele visitatie (i.c. een ruimte waar de visitatoren ongestoord een gesprek kunnen voeren met de groep gedurende een dagdeel).
- Het zich tijdens het visitatieproces open en toetsbaar opstellen.
- Het geven van feedback op zowel inhoudelijke als procesmatige aspecten van de visitatie door het invullen van evaluatieformulieren.
- Jaarlijks blijven verrichten van zelfevaluatie als onderdeel van het Kwaliteitsevaluatieproces ter voorbereiding op de volgende visitatie.

Artikel 3.08 Taken en verantwoordelijkheden visitatoren

- Het (blijven) voldoen aan de voorwaarden zoals geformuleerd in de paragrafen 4.02, 4.03 en 4.04 van dit reglement.
- Het zich houden aan de gedragsregels zoals geformuleerd in de paragrafen 4.09 en 4.10 van dit reglement.

- Het voorbereiden van de visitatie, door het bestuderen van de door te visiteren verslavingsarts ingevulde vragenlijsten, verslagen en eventuele overige documenten.
- Het rapporteren - zowel schriftelijk als mondeling - van de bevindingen aan de gevisiteerde.
- Het doen van – schriftelijk – aanbevelingen via Mijnportfolio voor het verbeteren van de kwaliteit van het professioneel handelen. De aanbevelingen zijn voor zover mogelijk gebaseerd op binnen de beroepsgroep geaccepteerde normen en inzichten.
- Het bewaken van de tijdsplanning gedurende de formele visitatie.
- Het fungeren als aanspreekpunt voor en het onderhouden van contacten met de te visiteren /gevisiteerde verslavingsarts
- Het doen van een uitspraak over de vraag of een POP aan de formele voorwaarden voldoet en over de vraag of de betreffende geëvalueerde in de voorgaande periode in voldoende mate is bezig geweest met het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de eigen professionele beroepsuitoefening c.q het visitatieproces succesvol heeft afgesloten.
- Het verlenen van medewerking aan de oplossing van geschillen en/of beroepsprocedure zoals omschreven in hoofdstuk 8 van dit regelement.

Hoofdstuk 4 Visitatoren

Artikel 4.01 Werving

De CKV werft visitatoren in eerste instantie onder de opleiders verslavingsgeneeskunde om de eerste visitaties te kunnen laten plaats vinden en zal in de begin 2020 een oproep aan alle leden via de gangbare kanalen van de VVGN doen.

Selectie van kandidaten vindt plaats op grond van:

- Een evenredige regionale spreiding (woon/werkplaats).
- Een evenredige vertegenwoordiging vanuit verschillende werksettings; een evenredige verdeling tussen mannelijke en vrouwelijke verslavingsartsen.

Vervolgens wordt op individueel vlak een selectie gemaakt op grond van formele en inhoudelijke criteria.

Artikel 4.02 Formele selectiecriteria

- Minimaal 3 jaar in het bezit van geldige registratie als verslavingsarts KNMG op het moment dat men visitator wordt.
- Op het moment van benoeming als visitator minimaal 16 uur per week werkzaam in de praktijk als verslavingsarts in de individuele patiëntenzorg.
- Zelf de visitatie één of meerdere keren succesvol hebben afgesloten.

Indien de visitator niet meer aan deze eis voldoet, vervalt zijn/haar visitatorschap na maximaal 3 jaar.

Artikel 4.03 Inhoudelijke selectiecriteria

De visitator heeft voorafgaand aan de specifieke training voor visitatoren:

- aantoonbare affiniteit en (enige) bekendheid met kwaliteitssystemen;
- de voor het uitvoeren van visitaties vereiste communicatieve vaardigheden;
- op hoofdlijnen kennis van en loyaliteit met producten en opvattingen van de VVGN;
- een behoorlijke (praktijk)kennis van beleid, richtlijnen en beroepscode van de VVGN en aanverwante beroepsgroepen;
- voldoende vaardigheid in het hanteren van het elektronisch ondersteuningssysteem
- kennis van de geldende kwaliteitswetgeving binnen de gezondheidszorg.

Artikel 4.04 Verplichte training

De aldus geselecteerde kandidaat-visitatoren nemen deel aan een verplichte basistraining en daarna minimaal één keer per jaar aan een terugkombijeenkomst (nascholing) om op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen en ervaringen uit te wisselen met andere visitatoren. De basistraining wordt verzorgd door CKV in samenwerking secretariaat VVGN en is geaccrediteerd.

Artikel 4.05 Benoeming tot visitator

Het bestuur van de VVGN benoemt de visitatoren op basis van een positief advies van de trainers voor de termijn van 3 jaar. Op basis van positieve evaluaties is herbenoeming mogelijk. Op basis van positieve evaluaties is viermaal herbenoeming mogelijk (maximale termijn van 15 jaar).

Artikel 4.06 Beëindiging van visitatoreschap

Op basis van evaluaties van feitelijk verrichte visitaties en na advies van de CKV kan het VVGN bestuur besluiten een benoeming tot visitator in te trekken, dan wel niet te verlengen. Dit is eveneens mogelijk indien niet langer wordt voldaan aan de voorwaarden genoemd onder 4.02, 4.03 en 4.04. Een visitator kan zelf vragen om intrekking van de benoeming als visitator. Behoudens overmacht dient de visitator reeds geplande visitaties te voltooien.

Artikel 4.07 Minimale inzet en schadeloosstelling

Elke visitator doet (indien haalbaar) minimaal 3 formele visitaties per jaar om noodzakelijke routine op te bouwen en te behouden.

De visitator wordt voor de voorbereiding, uitvoering en nazorg/afwikkeling schadeloosgesteld voor 8 uur per groepsvisitatie (bij een groep van 4 personen) tegen een jaarlijks vastgesteld tarief (gerelateerd aan de beloning volgens LAD-tarief voor 'medisch specialist') en voor de te maken reiskosten. Bij visitatie van een grotere of kleinere groep geldt een aangepaste vergoeding.

Artikel 4.08 Toewijzing visitatiegroepen

Visitatiegroepen worden aan een visitator toegewezen indien er geen contra-indicaties bestaan.

Contra-indicaties zijn:

- de visitator is (of was recent) in dezelfde werksetting of op eenzelfde werklocatie als een gevisiteerde werkzaam;
- de visitator heeft eerder coaching of ondersteuning geboden aan een of meer van de leden van de visitatiegroep ter voorbereiding op de formele visitatie;
- indien door een te visiteren arts beargumenteerd bezwaar wordt gemaakt tegen een bepaalde visitator;
- indien de visitator beargumenteerd bezwaren ziet bij het visiteren van een bepaalde collega.

In ieder geval 2 maanden voor de formele visitatie moeten de namen van de groep gevisiteerden en de beide visitatoren bekend zijn en geaccepteerd door alle betrokkenen. Nadien kan alleen gewisseld worden bij dwingende noodzaak, dit ter bepaling door secretariaat VVGN in overeenstemming met de CKV.

Artikel 4.09 Gedragsregels

Visitatoren zijn gehouden aan de volgende gedragsregels:

- De visitator handelt binnen het kader van het Kwaliteitsevaluatiereglement van de VVGN;
- De visitator beperkt zich bij het geven van een oordeel of advies tot zaken die verband houden met het (kwaliteitsevaluatie-)instrumentarium, in het bijzonder het POP en de van toepassing zijnde beoordelingscriteria.
- De visitator verplaatst zich zoveel mogelijk in het referentiekader van gevisiteerde en evalueert situaties vanuit de mogelijkheden van diens context, behoudens waar dat in strijd is met wet- en regelgeving.

- De visitator meldt activiteiten die mogelijk op gespannen voet staan met de functie van visitator aan CKV.
- Tenzij sprake is van een geschil worden alle documenten die door gevisiteerden aan visitatoren via Mijnportfolio ter beschikking gesteld worden in het kader van visitatie twee maanden na volledige afronding van de visitatie onzichtbaar voor de visitator Mijnportfolio.

Artikel 4.10 Geheimhouding

- De visitator heeft een geheimhoudingsplicht over alles wat hem of haar bekend wordt tijdens het visitatieproces omtrent de individuele gevisiteerde. Dit geldt voor onbepaalde tijd, dus ook na het terugtreden als visitator.
- Visitatoren mogen op geen enkele wijze informatie, in gewijzigde noch in ongewijzigde vorm, in exploitatie nemen of toepassen voor enig ander doel dan omschreven in de definitie van visitatie zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de individuele gevisiteerde.
- De visitator verwijdert alle informatie m.b.t. de visitatie van een gevisiteerde, direct nadat een gevisiteerde de visitatie succesvol heeft afgerond. Dit betekent dat de visitator de vragenlijsten/het POP en opgeslagen documenten op personal computers of laptops verwijdert. Ook geprinte versies van vragenlijsten zullen worden vernietigd door de visitator.
- Leden van de Geschillencommissie Visitatie (zie hoofdstuk 8) hebben dezelfde geheimhoudingsplicht als omschreven in de eerste twee punten van dit artikel en zij zullen hun beslissing zodanig formuleren dat herkenning van specifieke situaties wordt vermeden.
- Deze geheimhouding geldt niet:
 - tegenover de collega-visitator betrokken bij dezelfde visitatiegroep.
 - In geval van de behandeling van een klacht of geschil gerelateerd aan de visitatie waarop de klacht of het geschil betrekking heeft.
- Geheimhouding kan alleen opgeheven worden indien:
 - de betrokken individuele gevisiteerde expliciet toestemming geeft.
 - de visitator kan aantonen dat de betreffende informatie reeds van openbare bekendheid was voordat deze informatie in het kader van het visitatieproces werd ontvangen. er sprake is van buitenproportionele schade bij derden als er géén melding wordt gemaakt van ontoelaatbaar en/of grensoverschrijdend gedrag van de gevisiteerde bij een daartoe bevoegde instantie.
- De visitator en leden van de Geschillencommissie tekenen een geheimhoudingsverklaring, waarin zij verklaren zich te houden aan bovenstaande regels.

Hoofdstuk 5 Procedure

Artikel 5.01 Groepsvorming en vertrouwen

Een groep van vier of vijf verslavingsartsen gaan aan de slag met het gezamenlijke evaluatietraject en bereidt de formele visitatie gezamenlijk voor. Tijdens het evaluatieproces wordt verondersteld dat binnen de groep het vertrouwen zodanig is dat ook over de persoonlijke kanten van het professioneel functioneren kan worden gesproken. Hiërarchische verhoudingen binnen de visitatiegroep zijn niet per definitie strijdig met de evaluatie/visitatiedoelstelling en het benodigde onderlinge vertrouwen, maar kunnen het proces beïnvloeden. Daarom dient er in ieder geval sprake te zijn van vrije keuze en consensus met betrekking tot de groepssamenstelling.

Artikel 5.02 Groepsvorming en samenstelling

De verslavingsarts is zelf verantwoordelijk voor aansluiting bij een groep. Het is mogelijk om zich individueel aan te melden waarna de VVGN probeert om individuele aanmelders met elkaar in contact te brengen. De voorkeur van de VVGN gaat uit naar samenstelling van de evaluatiegroep binnen de bestaande ICT-groepen. Het staat iedereen vrij om een visitatiegroep te vormen ter voorbereiding op de visitatie met collega's van binnen of buiten de directe werkkring. Aan verslavingsartsen zelf wordt overgelaten hoe de kwaliteitsevaluatiegroep tot stand komt: het kán (een deel van) de intercollegiale toetsings-groep zijn, het kunnen collega's van binnen óf van buiten de instelling zijn, het kan een bestaand team maar ook een ad hoc groep zijn.

Artikel 5.03 Voorbereidingsperiode

De 'normale' doorlooptijd voor een kwaliteitsevaluatietraject is 5 jaar, waarvan 9 gericht op de formele visitatie, daarnaast moet ook tijd worden gereserveerd voor het doen van de herregistratie-aanvraag bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) circa 2 maanden voor verlopen van registratie.

Artikel 5.04 Inleveren instrumenten

Alle materiaal, in de vorm van (digitaal) ingevulde instrumenten ten behoeve van de formele visitatie, dient 6 weken vóór het bezoek van de visitatoren ter beschikking van de visitatoren te zijn.

Indien het door persoonlijke omstandigheden (een overmachtssituatie die een vertraging van drie weken verklaart of aannemelijk maakt) niet lukt het visitatiemateriaal tijdig in te leveren dan is, alleen indien beide visitatoren daarmee instemmen na een expliciet verzoek van de gevisitteerde, uitstel mogelijk tot ten hoogste drie weken vóór de formele visitatie. Een visitator kan dat verzoek weigeren, omdat diens voorbereidingstijd daardoor in het gedrang komt. Te laat inleveren van instrumenten (uiterlijk zes weken tevoren, bij een overmachtssituatie en na overleg eventueel drie weken) leidt tot uitsluiting van de geplande visitatie. De kosten worden niet gerestitueerd. Tegen meerkosten kan nadien een individuele visitatie worden geregeld, op basis van een beoordeling door de twee oorspronkelijk ingeplande visitatoren, uitgevoerd door één van hen.

Artikel 5.05: Uitstel van de formele visitatie

Een verzoek tot uitstel van de formele visitatie door of namens de hele groep, dat schriftelijk (of per mail) wordt ingediend uiterlijk drie maanden vóór de geplande formele visitatie, wordt kosteloos gehonoreerd. Hetzelfde geldt voor individuele aanvragen tot uitstel.

Artikel 5.06 Afronden van het Persoonlijk Ontwikkelplan

Na de formele visitatie hebben de visitatoren maximaal 1 maand de gelegenheid om hun reactie op het POP schriftelijk vast te leggen (in Mijnportfolio). Hierna hebben gevisiteerden 2 maanden de gelegenheid om hun POP aan te passen en af te ronden conform de aanbevelingen van de visitatoren. (Zie ook hoofdstuk 6 Beoordelingskader en POP.)

Artikel 5.07 Individueel contact

Iedere gevisiteerde kan desgewenst (en in bescheiden omvang) gebruikmaken van de optie vooraf of aansluitend aan de formele visitatie kort onder vier ogen met een van de beide visitatoren te spreken, om daarin heikele of zeer persoonlijke professionele kwesties aan de orde te stellen. De gevisiteerde maakt deze wens tevoren kenbaar aan de visitatoren. Indien naar het oordeel van de visitatoren daartoe zwaarwegende redenen aanwezig zijn kunnen ook zij aangeven onder vier (of zes) ogen te willen spreken met een gevisiteerde, zo mogelijk maar niet per se noodzakelijk aansluitend aan de formele visitatie van de groep.

Artikel 5.08 Voorzieningen

Het is de verantwoordelijkheid van de gevisiteerde zorg te dragen voor de juiste voorzieningen ten behoeve van een effectief en efficiënt verloop van de formele visitatie (i.c. een ruimte waar de visitatoren ongestoord een gesprek kunnen voeren met de groep gedurende een tevoren afgesproken dagdeel). In overleg met de visitatiegroep en de beoogde visitatoren wordt ongeveer drie maanden vóór de formele visitatie een datum vastgelegd voor het bezoek van de visitatoren.

Artikel 5.09 Feedback

De visitatoren geven tijdens de formele visitatie in ieder geval, mondeling of schriftelijk, feedback op het Persoonlijk Ontwikkelplan (POP). Visitatoren kunnen gezien de beperkte tijdsduur van de visitatie geen feedback geven op en aandacht besteden aan alle individuele informatie die middels de visitatie-instrumenten gegenereerd is.

Artikel 5.10 Groepsproces

Groepsleden kunnen elkaar vóór de formele visitatie behulpzaam zijn bij het formuleren van het POP en ná de formele visitatie helpen bij de uitvoering van dat plan door activiteiten kritisch te volgen, suggesties te doen en van elkaar te leren. De visitatiegroep maakt afspraken over hoe ver men wil gaan in het openlijk bespreken, onderling en met de visitatoren, van ieders Persoonlijk Ontwikkelplan. Realisatie blijft echter steeds een individuele verantwoordelijkheid.

Hoofdstuk 6 Beoordelingskader en POP

Artikel 6.01 Objectiviteit

Het heeft voorkeur de beoordeling zoveel mogelijk te objectiveren met behulp van gedegen instrumentarium en intersubjectiviteit (meerdere beoordelaars i.c. twee visitatoren per groep gevisiteerden). Op inhoudelijke gronden zijn één-op-één situaties tijdens visitatie onwenselijk: het mag niet zo zijn dat de ene collega individueel het POP van de andere collega beoordeelt.

Artikel 6.02 Nulmeting

De eerste visitatie van een verslavingsarts wordt inhoudelijk beschouwd als nulmeting, in de zin dat de gevisiteerde zijn/haar beginsituatie in beeld brengt. De uitkomst van die analyse is een vaststelling over het eigen functioneren: 'zo sta ik er nu voor'. De visitatie spreekt geen oordeel uit over de inhoud daarvan: het huidige niveau van functioneren is niet bepalend voor het al dan niet succesvol kunnen afsluiten van de visitatie.

Artikel 6.03 Geldigheid van het reglement

Iedere gevisiteerde is voor de volledige duur van het Kwaliteitsevaluatietraject gebonden aan het reglement (en dientengevolge aan de eisen, gesteld aan het POP), dat van toepassing was op het moment dat het Kwaliteitsevaluatietraject werd aangevangen.

Artikel 6.04 Het Persoonlijk Ontwikkelplan

Visitatoren zullen de kwaliteit van het POP beoordelen aan de hand van formele criteria (zie art. 6.05). Zonder een geaccordeerd POP is de visitatie niet positief afgerond. Na afronding van de visitatie wordt het POP met het daarbij behorend slotcommentaar van de visitatoren opgeslagen en voorafgaand aan de volgende visitatie ter beschikking gesteld aan de dan fungerende visitatoren. Tussen twee visitaties/herregistraties ligt in de regel een termijn van vijf jaar. Het ontwikkelen van het eigen professioneel handelen is een proces dat continu aandacht behoeft. Het formuleren van ontwikkeltrajecten in een POP vormt het startpunt van dat proces, dat zich idealiter uitstrekt over de volgende 4 - 5 jaar.

Artikel 6.05 Eisen aan het POP

Visitatoren zullen de kwaliteit van het POP beoordelen. Bij de eerste visitatieronde, de nulmeting, zal vooral aandacht zijn voor het voldoen aan de formele criteria (zie onder). Bij een volgende visitatie zal de aandacht uitgaan naar wat men met het eerdere POP gedaan heeft en naar het ontwikkelplan voor de daaropvolgende periode.

Het POP van de eerste visitatie dient aan de volgende eisen te voldoen:

- a. Er dienen minimaal vier ontwikkeltrajecten te worden geformuleerd.
- b. Minimaal één (en maximaal twee) daarvan heeft betrekking op het competentiegebied Medisch handelen. De resterende Ontwikkeltrajecten moeten over minimaal twee andere (verschillende) competentiegebieden worden verdeeld
- c. Een ontwikkeltraject dient als volgt uitgewerkt te zijn en is hierdoor evalueerbaar op het moment van de volgende visitatie:
 - o is planmatig uitgewerkt en geeft blijk van procesdenken

o is gefaseerd door de tijd

o inspireert de gevisiteerde, doet een beroep op intrinsieke motivatie

In de Vervolgvisitatie komt aan de orde:

- A. Een terugblik op het jaarlijkse proces van kwaliteitsverbetering in de afgelopen vijf jaar op basis van het eerdere POP (welke inspanningen zijn verricht om verbetertrajecten te realiseren en wat zijn de belangrijkste leerervaringen geweest).
- B. Een vooruitblik naar de gewenste kwaliteitsverbeteringen in de volgende periode van vijf jaar. Er worden weer 4 verbetertrajecten geformuleerd volgens bovengenoemde criteria.

Artikel 6.06 Aandachtspunten bij de bespreking van het POP

Overige aandachtspunten bij de bespreking van het POP zijn:

- Inhoud: past het verbeterpunt bij de zelfevaluatie en de eigen inhoudelijke analyse;
- Ambitie: is het verbeterpunt voldoende ambitieus op korte en op langere termijn;
- Persoonsgebonden: volgen de verbeterpunten uit de persoonlijke analyse en passen ze bij de betreffende persoon qua capaciteit en affiniteit;
- Helder geformuleerd: wordt het ontwikkeltraject concreet en specifiek beschreven.
- Bij beoordeling van het POP wordt, indien van toepassing, expliciet aangegeven door de visitator welk deel van het beroepsmatig functioneren niet kon worden beoordeeld vanwege een beperkt takenpakket van de gevisiteerde. Door de visitator zal in dergelijke gevallen geadviseerd worden om in het POP op te nemen dat de gevisiteerde zal streven naar een takenpakket dat zoveel mogelijk aspecten van het vakgebied omvat.

22

In de Vervolgvisitatie komt aan de orde:

A. Een terugblik op het jaarlijkse proces van professionele ontwikkeling in de afgelopen vijf jaar op basis van het eerste POP;

B. Een vooruitblik naar de gewenste ontwikkeling in de volgende periode van vijf jaar.

Artikel 6.07 Commentaar op POP

Iedere gevisiteerde verslavingsarts krijgt van de visitator binnen een maand na de formele visitatie schriftelijk commentaar op het eerste concept van het ontwikkelplan. Gedurende maximaal twee maanden na ontvangst van het commentaar van de visitator heeft de gevisiteerde de gelegenheid om verbeteringen aan te brengen. Binnen die periode dient in principe met de visitatoren overeenstemming te zijn bereikt. In dat geval geven de visitatoren een akkoordverklaring af, al of niet met aantekeningen daarop.

Indien de visitatoren kanttekeningen maken bij de goedgekeurde eindversie van het POP, dan zijn die voor de betrokken verslavingsarts niet vrijblijvend: in de komende cyclus zal moeten worden gewerkt aan de door de visitatoren als wenselijk aangegeven verbeterpunten, en daarover zal verantwoording moeten worden afgelegd.

Artikel 6.08 Geen overeenstemming over POP

Indien een van beide of beide visitatoren ook na aanpassing van mening zijn dat het POP niet aan bovengenoemde (art. 6.05) voorwaarden voldoet, dan wordt de visitatie gekwalificeerd als 'niet succesvol afgerond'.

Artikel 6.09 Hervisitatatie

Na een niet succesvol afronden van het visitatietraject heeft een individuele verslavingsarts binnen een termijn van 1 jaar na de formele visitatie het recht op een individuele hervisitatatie. De hervisitatatie wordt uitgevoerd door één visitator na overleg met en mede namens een tweede visitator die kennis heeft genomen van de producten van de gevisiteerde. De kosten voor deze vervroegde visitatie zijn voor rekening van de gevisiteerde. Zie artikel 7.6.

Artikel 6.10 Geschillen en mogelijkheid tot beroep

Een gevisiteerde kan individueel een geschil aanhangig maken bij de Geschillencommissie VVGN. Tegen de uitspraak van de Geschillencommissie VVGN is beroep mogelijk bij het bestuur van de VVGN. Aan deze procedures zijn voor de gevisiteerde geen kosten verbonden. Voor nadere uitwerking van deze regeling wordt verwezen naar hoofdstuk 8 van dit reglement.

Artikel 6.11 Verplicht onderdeel herregistratie

Het succesvol afronden van het visitatietraject is vanaf 1-1-2020 een verplicht onderdeel van het herregistratiesysteem voor praktiserende verslavingsartsen. Indien niet voldaan wordt aan die eis dan is het aan de RGS om een beslissing te nemen over de termijn van herregistratie. Nadere informatie hierover is te vinden op de website van de KNMG.

Hoofdstuk 7 Deelname en betalingsvoorwaarden

Artikel 7.1 Aanmelding en inschrijving

De organisatie van het kwaliteitsevaluatieproces is belegd bij het secretariaat van de VVGN. De overeenkomst tussen de individuele verslavingsarts die zich heeft aangemeld voor deelname aan het kwaliteitsevaluatietraject (hierna: contractant) en de VVGN komt tot stand door ontvangst bij het secretariaat VVGN van de bevestiging dat de verslavingsarts een volledig ingevuld aanmeldingsformulier (door middel waarvan de contactpersoon de KE-groep aanmeldt. Ontvangst van het formulier bij het secretariaat is bindend met in achtname van het bepaalde in de onderstaande voorwaarden. Indien voldaan is aan de toelatingscriteria zoals vermeld in het Reglement Kwaliteitsevaluatie bevestigt het secretariaat de inschrijving met het versturen van inlogcodes om de verslavingsarts toegang te geven tot Mijnportfolio, waarna de Algemene Gegevens kunnen worden ingevuld. Hierbij wordt contractant nadrukkelijk gevraagd in te stemmen met de overeenkomst mbt deelname aan de kwaliteitsevaluatie. Daarna ontvangt de contractant een factuur met vermelding van het verschuldigde bedrag.

Een bedenktijd van 14 werkdagen is van toepassing: de contractant heeft het recht om binnen 14 werkdagen na de bevestiging door het secretariaat de overeenkomst ongedaan te maken zonder opgave van redenen.

Na betaling wordt het pakket van instrumenten , die gebruikt worden bij het evaluatieproces en indien nodig die formulieren, die nodig zijn voor de visitatie digitaal beschikbaar gesteld.

Artikel 7.2 Factuur en betaling

Betaling van de jaarlijkse kosten van dit kwaliteitsevaluatiemodel moeten voldaan zijn in de eerste maand van het jaar en de kosten van de visitatie 5 maanden voor het moment van visitatie. Als niet aan de betaling is voldaan kan de contractant niet deelnemen aan de formele visitatie. De contractant blijft te allen tijde aansprakelijk voor het nakomen van zijn betalingsverplichting.

Artikel 7.3 Kosten

De prijs voor deelname aan de visitatie wordt jaarlijks bindend vastgesteld en staat vermeld op het aanmeldingsformulier en wordt vermeld op de website van de VVGN. Inschrijving in de tweede helft van het jaar betekent 50% van de jaarlijkse kosten.

De in rekening gebrachte kosten voor visitatie zijn kostendekkend en zonder winsttoeslag. Vanuit de inkomsten van de visitatie worden vergoed:

- De schadeloosstelling van visitatoren gebaseerd op een uurtarief afgeleid van de uurtarieven voor specialisten in dienstverband, vastgesteld door de LAD aangevuld met reiskosten.
- De voor ontwikkeling, onderhoud en uitvoering van het Kwaliteitsevaluatiesysteem noodzakelijke personele capaciteit bij het VVGN-secretariaat (projectleider, ondersteuning);
- De kosten per visitatietraject ten behoeve van de taken en verantwoordelijkheden zoals genoemd in art. 3.07.

Artikel 7.4 Uitstel van de formele visitatie

Een verzoek tot uitstel aan het secretariaat VVGN van de formele visitatie door of namens de hele groep wordt kosteloos gehonoreerd, indien het verzoek (schriftelijk of per mail) uiterlijk drie maanden vóór de geplande formele visitatie is ingediend. Hetzelfde geldt voor individuele aanvragen tot uitstel.

Een verzoek tot uitstel dat wordt gedaan tussen drie maanden en 6 weken voor de geplande visitatie leidt tot € 100,- aan kosten per groepslid; wordt de aanvraag gedaan korter dan een 6 weken voor de geplande visitatie dan leidt uitstel tot € 200,- aan extra kosten per groepslid.

Bij afwezigheid door overmacht van een gevisiteerde die zich volledig heeft voorbereid wordt een individueel gesprek van max. 1 uur overeengekomen op een door de visitator te bepalen plaats (doorgaans voor de visitator zonder reistijd te bereiken). Dit gesprek vervangt voor de betreffende gevisiteerde de formele visitatie van de groep waarmee men de voorbereiding heeft gedaan.

Bij afwezigheid door overmacht van een visitator:

- Tot een week voor de afgesproken datum zal geprobeerd worden vervanging te regelen of een andere datum onderling overeen te komen.
- Bij afwezigheid van (een van) de visitatoren door plotselinge overmachtssituaties (ziekte, onvoorzien verkeerssituaties) wordt de formele visitatie uitgesteld.

Artikel 7.5 Annulering visitatie

Een aanvraag van een individuele contractant of van de gehele visitatiegroep van contractanten tot annulering van een geplande formele visitatie, wordt kosteloos gehonoreerd, indien de aanvraag (schriftelijk of per mail) uiterlijk drie maanden voor de geplande formele visitatie is ingediend. Reeds betaalde visitatiekosten worden gerestitueerd.

Er volgt geen restitutie als het verzoek tot annulering wordt gedaan minder dan drie maanden voor de geplande visitatie. Indien in een dergelijk geval de kosten nog niet waren voldaan dan blijven deze verschuldigd aan de VVGN.

Artikel 7.6 Individuele hervisitatatie

Indien een verslavingsarts wegens het niet succesvol afronden van het visitatietraject een individuele hervisitatatie moet doorlopen, zijn hier meerkosten voor de gevisiteerde aan verbonden. De hervisitatatie wordt uitgevoerd door één visitator na overleg met en mede namens een tweede visitator die kennis heeft genomen van de producten van de gevisiteerde.

25

Artikel 7.7 Accreditatie

Nadat de contractant het visitatietraject doorlopen heeft, draagt het secretariaat VVGN zorg voor registratie van deze onderwijsactiviteit in GAIA. Dit geschiedt uitsluitend nadat aan alle betalingsverplichtingen is voldaan.

Artikel 7.8 Materiaal

Het materiaal behorend bij het Kwaliteitsevaluatiemodel komt ter beschikking van de contractant nadat de aanmelding van de contractant is bevestigd door het secretariaat VVGN en de kosten door de contractant zijn voldaan. Het auteursrecht blijft eigendom van de auteurs of van hun rechtverkrijgenden. Van het door de VVGN ontwikkelde materiaal blijven alle rechten aan de VVGN voorbehouden. Niets uit de uitgave(n) mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enigerlei vorm of op enigerlei wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van CKV. Het is niet toegestaan het materiaal aan derden ter beschikking te stellen. Het opstellen van het reglement, handleiding en vragenlijsten is gebeurd met instemming van het kwaliteitsbureau van de NVAB.

Artikel 7.9 Wet Bescherming Persoonsgegevens

Persoonsgegevens worden opgenomen in Mijnportfolio, dat dus de administratie van de Kwaliteitsevaluatietraject bevat. Mijnportfolio wordt beheerd door het secretariaat VVGN en gebruikt voor de organisatie van het Kwaliteitsevaluatietraject. De gegevens worden uitsluitend ter beschikking gesteld aan visitatoren die de visitatie verzorgen. De CKV heeft inzage voor zo ver het de evaluatie van het Kwaliteitsevaluatietraject betreft naar aanleiding van de behandeling van klachten en naar aanleiding van verzamelde geanonimiseerde resultaten van de vragenlijsten Evaluatie visitatie.

Artikel 7.10 Deelname door niet-VVGN-leden

Verslavingsartsen die geen lid zijn van de VVGN, kunnen volgens dezelfde procedure en op basis van dezelfde instrumenten en criteria gevisiteerd te worden als VVGN-leden. Voor niet-leden bedraagt de meerprijs € 60 per jaar (prijspeil 2019).

Hoofdstuk 8 Klachten, geschillen, mogelijkheden tot beroep

Artikel 8.01 Klachten en verbetervoorstellen

Zowel individuele gevisiteerden, als groepen gevisiteerden en visitatoren kunnen een klacht indienen of suggesties doen over het evaluatiemodel in het algemeen. Deze kunnen o.a. betrekking hebben op het evaluatiemodel in het algemeen, afzonderlijke instrumenten van het evaluatiemodel en procedures die van toepassing zijn op het evaluatietraject.

De behandeling van klachten is gericht op het verbeteren van de werkwijze bij visitatie in het algemeen. Indien geen sprake is van een Geschil (conform art 8.02) dan zal de CKV klachten en suggesties in behandeling nemen en daarover indien nodig advies uitbrengen aan het bestuur van de VVGN.

Artikel 8.02 Geschillen

Van een geschil is sprake als een gevisiteerde of groep gevisiteerden ('klager') een formele uitspraak in hoger beroep wenst over een op schrift gesteld verschil van mening in een van de volgende gevallen:

- indien een individuele gevisiteerde niet akkoord gaat met het feit dat een of beide visitatoren van mening zijn dat de visitatie niet succesvol is afgerond.
- indien een of meer gevisiteerden zich niet kunnen verenigen met de gevolgde procedure tijdens het visitatietraject;
- indien een of meer gevisiteerden zich niet kunnen verenigen met de bejegening van de gevisiteerde(n) door een of beide visitatoren in het kader van de visitatie. De beschrijving van het geschil moet binnen twee maanden na de formele visitatie in het bezit zijn van het bestuur van de VVGN/de CKV.

Artikel 8.03 Geschillencommissie VVGN

Het bestuur van de VVGN benoemt een Geschillencommissie VVGN van drie personen (en twee reserveleden). De Commissie kan specifieke deskundigen raadplegen indien zij dat wenselijk acht. Alle betrokkenen zijn gehouden aan de geheimhoudingsplicht zoals geformuleerd in art. 4.10 van dit reglement. De leden van de Geschillencommissie VVGN dienen te voldoen aan dezelfde vereisten als die gesteld worden aan visitatoren (zie art. 4.2 en 4.3)

De commissie wordt administratief bijgestaan door het VVGN-Secretariaat. De commissie is te bereiken via het VVGN-Secretariaat.

Artikel 8.04 Werkwijze Geschillencommissie VVGN

De Commissie werkt volgens een vastgesteld protocol (zie bijlage 1). De Commissie past het principe van hoor en wederhoor toe. Als een aangespannen geschil gericht is tegen een persoon, dan wordt deze persoon schriftelijk op de hoogte gesteld van de aard en inhoud van het geschil met verzoek daarop binnen 2 weken te reageren. Van diens reactie wordt klager in kennis gesteld. De medevisitator wordt eveneens betrokken in de afhandeling van het geschil. De Geschillencommissie VVGN en door hen geraadpleegde deskundigen kunnen, onder geheimhouding (conform art. 4.10), kennisnemen van tijdens de visitatie ingebrachte documenten en onderliggende documenten, alsmede van de overwegingen van zowel gevisiteerde als visitator. Daarvoor wordt, indien de

commissie dat wenselijk vindt, een hoorzitting belegd. De Geschillencommissie VVGN komt tot een eensluidend of meerderheidsbesluit rond het geschil. Dit besluit kan bestaan uit een verklaring die de oorspronkelijke verklaring van de visitatoren vervangt of aanvult dan wel tot bevestiging van de beoordeling door de visitatoren. Het oordeel van de Geschillencommissie is bindend; eventuele consequenties worden door de VVGN snel afgehandeld.

Artikel 8.05 Afhandeling

De Geschillencommissie VVGN handelt geschillen af binnen drie maanden na de ontvangst ervan. Het oordeel van de Geschillencommissie VVGN wordt schriftelijk toegezonden aan betrokken partijen.

Artikel 8.06 Beroep

Indien klager zich niet kan verenigen met de afhandeling van het geschil door de Geschillencommissie VVGN, dan kan klager binnen vier weken na ontvangst van de uitspraak, schriftelijk beroep aantekenen bij het bestuur van de VVGN.

Het bestuur zal zich beperken tot een procedurele toets van de behandeling van het geschil. Het bestuur van de VVGN kan een bindend oordeel uitspreken na opnieuw partijen te hebben gehoord en eventueel deskundigen te hebben geraadpleegd.

Artikel 8.07 Klachtenregister

Alle klachten, suggesties en geschillen worden geanonimiseerd samengevat in een register, dat minimaal eens per jaar wordt behandeld door de CKV. Op basis van het klachtenregister worden verbetervoorstellen van het evaluatiemodel ontwikkeld en doorgevoerd.

Hoofdstuk 9 Elektronische ondersteuning

Artikel 9.1 Webbased programma

Tijdens het Kwaliteitsevaluatietraject zal al gebruik gemaakt worden van Mijnportfolio, een ondersteunend softwareprogramma

Artikel 9.2 Geïndividualiseerde website

Mijnportfolio biedt via een geïndividualiseerde website voor elke verslavingsarts die zich heeft aangemeld voor Kwaliteitsevaluatie toegang tot de evaluatie-instrumenten (vragenlijsten en de daarin inmiddels verwerkte antwoorden). De evaluatie-instrumenten zijn digitaal beschikbaar en in te vullen.

Artikel 9.3 Digitale communicatie

Mijnportfolio biedt visitatoren en gevisiteerden de mogelijkheid digitaal te communiceren, bijvoorbeeld door aan te geven wat belangrijke bespreekpunten moeten zijn tijdens de formele visitatie. Mijnportfolio voorkomt het op en neer sturen van papieren documenten met het risico van kwijtraken. Verder is registratie en accreditatie gemakkelijk te monitoren via deze digitale weg.

Artikel 9.4 Beheer

Dit softwarepakket voor de VVGN wordt gehost door Paragin. Het secretariaat voert het beheer over de Mijnportfolio. Gegevens in de database van Mijnportfolio vallen onder de verantwoordelijkheid van de VVGN.

Artikel 9.5 Toegang

Alleen de betrokken verslavingsarts en het secretariaat VVGN (als beheerder) hebben toegang tot zijn of haar persoonlijk domein, totdat het secretariaat VVGN de aangewezen visitatoren toestemming geeft om de resultaten in te zien. De CKV heeft inzage in de procesgang van de individuele Kwaliteitsevaluatietrajecten.

Artikel 9.6 Wijzigingen

Ingevoerde gegevens in Mijnportfolio ter voorbereiding op de formele visitatie zijn, na het afsluiten hiervan niet meer te wijzigen tenzij de betreffende visitatoren daartoe de mogelijkheid scheppen. Dit zal doorgaans alleen van toepassing zijn op het POP; de gevisiteerde kan daarin aanpassingen doorvoeren naar aanleiding van de formele visitatie.

Artikel 9.7 Algemene Verordening Gegevensbescherming

Persoonsgegevens worden opgenomen in Mijnportfolio, de administratie van de Kwaliteitsevaluatietraject, beheerd door secretariaat VVGN en worden gebruikt voor de organisatie van het evaluatie/visitatieproces. De gegevens worden uitsluitend ter beschikking gesteld aan de visitatoren, die de visitatie verzorgen. Tussen de VVGN en Paragin (de leverancier van Mijnportfolio) is een verwerkersovereenkomst gesloten.

Alleen geanonimiseerde gegevens (niet herleidbaar naar personen of organisaties) zullen door de VVGN gebruikt worden voor ontwikkeling/verbetering van het evaluatiemodel.

Bijlage 1 Werkwijze Geschillencommissie VVGN

- De verslavingsarts die het geschil aanhangig maakt ('klager') wordt verzocht om het geschil helder schriftelijk te formuleren en te onderbouwen (het 'klaagschrift'). De mededeling dat een gevisiteerde het niet eens is met de afkeuring van diens POP (als daarover een geschil wordt aangegaan) volstaat niet. De klager moet duidelijk maken waarom hij/zij een geschil aanhangig wenst te maken.

- Klager dient zijn klaagschrift in bij het VVGN-Secretariaat.

- VVGN-Secretariaat stuurt het klaagschrift door aan de leden van de Geschillencommissie.

- De Geschillencommissie beoordeelt of zij nog aanvullende vragen heeft aan klager. Zo ja dan stuurt het secretariaat VVGN de vragen door naar klager met het verzoek binnen 14 dagen te reageren.

- Tevens stuurt het secretariaat VVGN het klaagschrift met eventuele aanvullende vragen door naar verweerder met het verzoek om binnen 14 dagen te reageren.

- De ontvangen reacties worden aan de wederpartij toegezonden. (Hiermee is het principe van hoor en wederhoor gerealiseerd.)

- De Geschillencommissie belegt een (telefonische) vergadering om het geschil te bespreken of overlegt per mail.

- De Geschillencommissie beoordeelt de schriftelijke stukken: alleen de laatste versie van het POP, de beschrijving van het geschil, aanvullende antwoorden van klager en verweerders.

- Er ontstaan dan twee opties:

- o De Geschillencommissie is van mening dat zij op basis van de schriftelijke stukken een oordeel kan uitspreken;

- o De Geschillencommissie is van mening dat ze behoefte heeft aan mondelinge toelichting. In dat geval zullen zowel klager als verweerder worden uitgenodigd voor een hoorzitting van de commissie.

- De Geschillencommissie geeft op basis van alle verkregen informatie schriftelijk uitsluitsel ten aanzien van het geschil.

Bijlage 2 Werkwijze CKV bij klachten en suggesties met betrekking tot visitatie

Klachten en suggesties komen binnen bij de secretariaat VVGN. Voor zover van operationele aard worden deze afgehandeld door medewerkers van het secretariaat.

Klachten van structurele aard (het evaluatiemodel betreffende) worden doorgegeven aan en geagendeerd voor de CKV. Deze besluit over aanpassingen op grond van de klachten of suggesties binnen het vigerend Kwaliteitsevaluatiereglement. Klachten of suggesties die consequenties (zouden kunnen) hebben voor het evaluatiereglement worden met advies voorgelegd aan het bestuur van de VVGN. Het bestuur beslist. De CKV rapporteert aan het bestuur van de VVGN over klachten/suggesties, de Geschillencommissie ontvangt daarvan een afschrift.