



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**

# **Modelreglement Functioneringsvraag**



### **Colofon:**

Het 'Modelreglement Functioneringsvraag' is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten. Het document is te downloaden via [www.demedischspecialist.nl](http://www.demedischspecialist.nl).

### **Vragen**

Heeft u vragen of opmerkingen over dit document?

Meld u deze dan aan de Federatie via [info@demedischspecialist.nl](mailto:info@demedischspecialist.nl) of (088) 13 44 112.

### **Redactie en vormgeving**

Federatie Medisch Specialisten

### **Copyright**

© Federatie Medisch Specialisten, Februari 2025

Alle opgenomen informatie is eigendom van de Federatie.

Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk is toegestaan mits met bronvermelding.

### **Disclaimer**

De Federatie heeft de grootst mogelijk zorg besteed aan de samenstelling van dit document. Desondanks accepteert de Federatie geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**

# Inhoud

Inleiding	4
0. Begrippen	6
1. Het functioneren van een medisch specialist	8
2. Melding	9
3. Vooronderzoek	10
4. Onderzoek naar functioneren	12
5. Rapport bevindingen en conclusies	14
6. Verbetertraject	15
7. Aanbevelingen	16
8. Algemeen	18
9. Slotbepalingen	20

# Inleiding

Dit Modelreglement heeft tot doel te voorzien in een zorgvuldige procedure rondom het onderzoek naar mogelijk verminderd functioneren en te voorzien in een verbetertraject bij disfunctioneren van een medisch specialist<sup>1</sup>. Het Modelreglement is uitdrukkelijk bedoeld een regeling te zijn in het kader van (dis)functioneren binnen een instelling. Een functioneringsvraag dient in die zin ook altijd (aan een nader aan te wijzen gremium) binnen de organisatie van de instelling te worden voorgelegd en niet daarbuiten (zoals bijvoorbeeld aan de wetenschappelijke vereniging van het specialisme van een medisch specialist).

## GEBRUIK MODELREGLEMENT FUNCTIONERINGSVRAAG

Het gebruik van dit reglement komt aan de orde als andere bestaande, lichtere procedures binnen de instelling of vakgroepen, die ingezet kunnen worden bij functioneringsvragen, zijn doorlopen en niet tot verbetering hebben geleid. Indien deze lichtere procedures (oftewel de interne cyclus<sup>2</sup> ter bevordering van het verbeteren van het functioneren) is of zijn doorlopen (daaronder begrepen kwaliteit bevorderende activiteiten als coaching, scholing of een verbetertraject) en er niettemin serieuze aanwijzingen zijn van disfunctioneren van een medisch specialist binnen een instelling komt dit reglement pas aan de orde. Indien een instelling niet beschikt over een interne cyclus is het advies deze te ontwikkelen. Het starten én het afronden van de interne cyclus wordt te allen tijde schriftelijk medegedeeld aan de betrokken medisch specialist door degene die daarvoor verantwoordelijk is.

De interne cyclus hoeft alleen dan niet te worden doorlopen indien de patiëntveiligheid ernstig in het geding is. In dat geval kan direct een melding overeenkomstig dit reglement worden gedaan, zonder dat eerst de interne cyclus is doorlopen. In alle gevallen dient het te gaan om een concrete en gemotiveerde melding en dienen er serieuze aanwijzingen te zijn.

Omdat elke instelling de interne organisatie van medisch specialisten zelf regelt, dient het Modelreglement aan de specifieke situatie van een instelling te worden aangepast.

De gehanteerde opbouw hoeft niet één-op-één over te worden genomen; zo kan er bijvoorbeeld voor worden gekozen de algemene opmerkingen als omschreven in hoofdstuk 8 naar voren te halen.

Uitgangspunten bij het gebruik:

- Een medisch specialist wordt geacht naar behoren te functioneren zolang een functioneringsvraag niet heeft geleid tot een conclusie die andersluidend is.
- Ten aanzien van de te doorlopen procedure geldt dat deze voor alle betrokkenen vooraf transparant en duidelijk dient te zijn<sup>3</sup>.

---

1 Het Modelreglement kan gebruikt worden voor medisch specialisten praktiserend in een algemeen ziekenhuis, in een categoriaal ziekenhuis, in een universitair medisch centrum, een zelfstandig behandelcentrum en in een ggz-instelling, afhankelijk van de behoefte en al dan niet reeds bestaande/andere afspraken.

2 In de periode voorafgaand aan de melding als bedoeld in deze procedure dient eerst de lichtere procedure te zijn doorlopen. Hierbij gaat het om signalen die niet zo maar genegeerd kunnen worden, maar waarvoor de procedure overeenkomstig dit Modelreglement een stap te ver lijkt. Wanneer na een dergelijke lichtere procedure het probleem niet is opgelost, staat de ontvankelijkheid van de melding als bedoeld in de procedure overeenkomstig het Modelreglement niet meer ter discussie. Het gaat bij deze lichtere procedure, de interne cyclus, om kwaliteit bevorderende activiteiten, zoals deelname aan IFMS, kwaliteitsvisite of een procedure 'soft signals' vanuit de instelling.

3 Niet alleen het proces moet transparant zijn maar ook de verdeling van de kosten. Zie ook sub 8.9.

- Er wordt te allen tijde vertrouwelijk omgegaan met al datgeen wat gedurende dit proces ter sprake komt en wordt vastgelegd. Eveneens zal de privacy van de betrokken medisch specialist worden bewaakt en dient reputatieschade zo veel mogelijk te worden voorkomen.

### WETTELIJKE KADERS

Dit Modelreglement heeft betrekking op de intramuraal praktiserend medisch specialist. De intramuraal praktiserend medisch specialist dient zich te houden aan diverse wet – en regelgeving.

- 1) In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) staat onder meer vermeld dat de medisch specialist bij zijn/haar werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener' in acht moet nemen en daarbij in overeenstemming handelt met de op hem/haar rustende verantwoordelijkheid voortvloeiend uit de voor medisch specialisten van zijn/haar specialisme geldende medisch 'professionele standaard'.
- 2) De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht zorgaanbieders hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De wet waarborgt dat patiënten kunnen vertrouwen op goede zorg en een goede, snelle en laagdrempelige afhandeling van klachten en geschillen.
- 3) De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de naleving van de Wkkgz. Ontslag of beëindiging van een samenwerking wegens disfunctioneren moet worden gemeld bij de IGJ. Het is dan ook zaak dat de procedure ten aanzien van het vaststellen van disfunctioneren zeer zorgvuldig wordt doorlopen.
- 4) Krachtens het Burgerlijk Wetboek (artikel 7:669 BW) geldt dat ontslag op grond van disfunctioneren van een medisch specialist voldoende dient te zijn onderbouwd.

### ZIEKTE EN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

In dit Modelreglement is niet opgenomen hoe er dient te worden omgegaan met de situatie dat de betrokken medisch specialist tijdens of vlak na de melding dan wel de start van de procedure ziek of arbeidsongeschikt wordt. Dit kan lokaal worden bepaald. Het advies is om hierover wèl een aparte bepaling voor op te nemen.

Suggesties<sup>4</sup>, waarbij concrete invulling ook kan afhangen van de rechtspositionele situatie in de instelling:

- \* Tijdelijk de procedure on hold zetten voor [x] tijd of bijv. een time out kunnen inlassen,
- \* Daarnaast zou voor bepaalde situaties de reactietermijnen verlengd kunnen worden.
- \* Mogelijk kan de bedrijfsarts een rol spelen, bijvoorbeeld om objectief na te gaan of en in hoeverre de betrokken medisch specialist de procedure wel of niet zou kunnen voortzetten.

---

4 Deze opsomming is niet limitatief bedoeld. En de suggesties staan niet op volgorde van voorkeur.

# 0. Begrippen

**Betrokken medisch specialist:** de medisch specialist ten aanzien van wie een melding wordt gedaan.

**CanMeds-model/competenties:** De competentiegebieden die worden gehanteerd in de opleiding maar ook in de evaluatie van het latere functioneren in de praktijk.

**Commissie Kwaliteit:** De commissie binnen de medische staf belast met het gevraagd en ongevraagd adviseren van de raad van bestuur van de instelling op het gebied van kwaliteit en veiligheid.

**Disfunctioneren:** Een (veelal) structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening, waardoor patiënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad en waarbij de beroepsbeoefenaar niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen (definitie IGJ).

Van belang in deze omschrijving zijn de volgende elementen:

- ✓ het gaat om (veelal) structurele problemen en niet om een enkel incident;
- ✓ tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorg, d.w.z. zorg die in negatieve zin afwijkt van hetgeen binnen de beroepsgroep gebruikelijk is;
- ✓ door de problemen loopt een patiënt schade op of bestaat het risico daarop;
- ✓ de medisch specialist vertoont geen zelfreflectie en/of is niet (meer) bij machte of bereid zelf de situatie ten goede te keren.

**Gremium:** Het orgaan binnen de instelling waarbij – en zulks afhankelijk van de interne organisatie binnen de instelling – een melding van een vermoeden van disfunctioneren overeenkomstig het onderhavige reglement wordt gedaan<sup>5</sup>. Tevens de entiteit die toezicht houdt op een juist verloop van de procedure.

**Hoor en wederhoor:** Aan dit beginsel wordt uitleg gegeven door wet en jurisprudentie. Hieronder kan in ieder geval worden verstaan dat de betrokken partijen de gelegenheid moeten kunnen krijgen om zich te kunnen uitlaten over elkaars argumenten, gegevens en bescheiden die in de procedure worden (in-)gebracht. Ook de door de commissie ingebrachte bescheiden vallen hier onder.

**Instelling:** de instelling genaamd ..... en gevestigd te .....

**Interne cyclus :** De lichtere procedure die in de instelling dient te worden doorlopen ter bevordering van het verbeteren van het functioneren (daaronder begrepen kwaliteit bevorderende activiteiten zoals, IFMS, coaching, scholing of een verbetertraject na kwaliteitsvisitatie).

**Medisch specialist:** De arts die volgens een in Nederland bij of krachtens de wet erkende registratie geregistreerd is als medisch specialist en bevoegd is zijn medisch specialisme in volle omvang uit te oefenen.

**Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB):** Het samenwerkingsverband in juridische zin van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren.

---

<sup>5</sup> Afhankelijk van de interne organisatie kan worden gekozen voor één gremium waar melding gedaan kan worden, vast te leggen in deze procedure. Welk gremium deze rol toebedeeld krijgt is lokaal vast te leggen. Bijvoorbeeld stafbestuur, MSB, RvB.

**(Vereniging) Medisch Specialisten in Dienstverband ((V)MSD):** De vereniging die optreedt als vertegenwoordiger van de medisch specialisten in dienstverband. Bij het ontbreken van een VMSD wordt de rol van de VMSD ingevuld door de onderscheiden groep van medisch specialisten in dienstverband deel uitmakende van de medische staf.

**(Vereniging) Medische staf:** Het orgaan in de instelling waarvan alle, via een medisch specialistisch bedrijf of via een arbeidsovereenkomst (met de instelling dan wel met het MSB), in de instelling werkzame medisch specialisten dan wel andere in overleg met de (vereniging) medische staf daarmee gelijk te stellen beroepsbeoefenaren lid zijn.

**Raad van Bestuur:** de Raad van Bestuur van de instelling.

**Stafbestuur:** Het bestuur van de (vereniging) medische staf.

**Stafconvent:** Een stafconvent als bedoeld in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW), waarvan - afhankelijk van de organisatie binnen het betreffende universitaire medisch centrum (umc) - in ieder geval de afdelingshoofden deel uitmaken en hetwelk als primaire taak heeft mee te werken aan het bestuur van het umc.

**Vakgroep:** Het organisatorisch verband per erkend medisch specialisme van leden van de medische staf.

# 1. Het functioneren van een medisch specialist

- 1.1 Uitgangspunt is dat iedere medisch specialist naar behoren functioneert. Daarbij geldt dat de optimaal functionerende specialist zich kenmerkt door het werken aan het behouden en voortdurende verbetering van de tijdens de opleiding verkregen competenties zoals gedefinieerd in het CanMeds-model en het inzetten daarvan ten behoeve van de patiënt en de maatschappij. Daarbij volgt de arts uiteraard de door hem afgelegde eed/ belofte.
  
- 1.2 Het zorgdragen voor optimaal functioneren is niet alleen een eigen maar ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de individuele medisch specialist, de vakgroep, de zorginstelling, het stafbestuur, het MSB-bestuur en het (V)MSD-bestuur.  
 Uitgangspunten zijn (onder meer):
  - ✓ de medisch specialist is (mede-)verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn werkzaamheden, voor een goed functioneren van hem/haarzelf en zijn directe omgeving (vakgroep). En spant zich voortdurend in om de kwaliteit van de patiëntenzorg te behouden en te verbeteren waarbij hij gebruik maakt van alle CanMeds competenties;
  - ✓ de medisch specialist is onderdeel van een systeem (vakgroep, organisatie). Bij de beoordeling van het functioneren van een medisch specialist wordt het functioneren van dat systeem altijd betrokken, middels een expliciete schriftelijke opdracht daartoe;
  - ✓ de medisch specialist voelt zich verantwoordelijk voor het optimaal functioneren van zijn omgeving en bespreekt signalen van minder optimaal functioneren of (mogelijk) disfunctioneren;
  - ✓ de medisch specialist die door zijn omgeving wordt aangesproken op verminderd functioneren zoals bedoeld in dit reglement neemt zelf onmiddellijk actie ter verbetering. Minder functionerende medisch specialisten krijgen altijd de kans zichzelf te verbeteren.
  - ✓ De betrokken medisch specialist en zo nodig de vakgroep of andere betrokkenen binnen de instelling is/zijn verplicht medewerking te verlenen aan de uitvoering van dit reglement.
  
- 1.3 De procedure zoals hierna onder hoofdstuk 2 e.v. bepaald, komt pas aan de orde nadat een interne cyclus ter bevordering tot het verbeteren van het functioneren van de betrokken medisch specialist is afgerond en zich de situatie voordoet als in sub 2.1 bepaald.
  
- 1.4 Als geen interne cyclus binnen de instelling bestaat dan komt, in afwijking op het bepaalde in sub 1.3, de procedure zoals hierna onder hoofdstuk 2 bepaald ook aan de orde:
  - als er sprake is van verminderd functioneren van de betrokken medisch specialist en na het bespreken ervan met deze medisch specialist door collega, vakgroep of MSB-bestuur, Raad van Bestuur en/of stafbestuur geen verbetering optreedt en zich de situatie voordoet als in sub 2.1 bepaald, dan wel
  - als de situatie als in sub 2.1 bepaald zich voordoet en de patiëntveiligheid evident ernstig in het geding is.
  
- 1.5 Afwijken van de procedure zoals in dit reglement beschreven is mogelijk mits daartoe alle partijen, te weten het gremium, de commissieleden en de betrokken medisch specialist daar schriftelijk mee instemmen.



## 2. Melding

- 2.1 Vóórdat tot een formele melding kan worden overgegaan bespreekt degene die voornemens is een melding te doen de serieuze aanwijzingen over disfunctioneren met de betrokken medisch specialist. Onder 'serieuze aanwijzingen' wordt verstaan dat er aanwijzingen zijn van een (veelal) structurele situatie van (mogelijke) tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening, waardoor patiënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad én waarbij de medisch specialist niet (meer) in staat of bereid lijkt te zijn zelf de problemen op te lossen.
- 2.2 Degene die voornemens is een melding te doen dient na het gesprek met de betrokken medisch specialist een gesprek te hebben met (een vertegenwoordiger van) het gremium, eventueel – en zulks op verzoek van ofwel de melder ofwel de betrokken medisch specialist – in aanwezigheid van de betrokken medisch specialist. Van het gesprek met (de vertegenwoordiger van) het gremium maakt (de vertegenwoordiger van) het gremium een verslag, waarvan een afschrift aan de betrokken medisch specialist en de melder wordt verstrekt.
- 2.3 Afhankelijk van de uitkomsten van de gesprekken wordt een melding gedaan overeenkomstig sub 2.4 e.v.
- 2.4 Een melding wordt gedaan bij de voorzitter van het gremium<sup>6</sup>.
- 2.5 De melding kan worden gedaan door:
- ✓ een (of meerdere) collega('s) van het betreffend erkend medisch specialisme;
  - ✓ een lid of meerdere leden van de medische staf;
  - ✓ (een lid van) de raad van bestuur;
  - ✓ een (of meerdere) medewerker(s) van de instelling.
- Degene(n) die de melding doet (doen) wordt hierna genoemd: 'de melder'.
- 2.6 De melding geschiedt schriftelijk en is met feiten omkleed.
- 2.7 Het gremium stuurt binnen één week na ontvangst van de melding een afschrift van de melding aan de betrokken medisch specialist.

---

<sup>6</sup> In geval een medisch specialist werkzaam is in meerdere instellingen, zal een melding dienen te worden gedaan bij de voorzitter van het gremium in de instelling waar de betreffende medisch specialist zijn/haar werkzaamheden voornamelijk verricht, tenzij het mogelijk disfunctioneren zich (voornamelijk) elders voordoet. In dat geval zal de melding dienen te geschieden volgens de procedure van die andere instelling.

## 3. Vooronderzoek

- 3.1 Naar aanleiding van de melding stelt het gremium zo spoedig mogelijk een commissie van vooronderzoek ad hoc in.
- 3.2 De commissie van vooronderzoek ad hoc wordt samengesteld uit maximaal drie (3) leden van de medische staf, zulks met inachtneming van het bepaalde in sub 3.2.1 tot en met sub 3.2.6., en wordt aangevuld met een externe, onafhankelijk voorzitter, bij voorkeur met een juridische achtergrond<sup>7</sup>.
- 3.2.1 Een lid van de commissie van vooronderzoek ad hoc dient onafhankelijk en onpartijdig jegens melder(s), de betrokken medisch specialist en diens vakgroep te zijn en heeft géén zitting in het gremium en/of het MSB-bestuur en/of het VMSD-bestuur en/of het Stafbestuur en/of de raad van bestuur;
- 3.2.2 Een lid van de medische staf kan geen zitting hebben in de commissie van vooronderzoek ad hoc wanneer de melding een collega van het eigen medisch specialisme betreft dan wel een collega met wie frequent wordt samengewerkt, dan wel indien dit lid zelf direct of indirect bij de aanleiding voor het onderzoek betrokken is geweest;
- 3.2.3 De betrokken medisch specialist kan de commissie van vooronderzoek ad hoc wijzen op mogelijke belangenverstrengeling en/of partijdigheid, en verzoeken tot wraking van (een lid van) de commissie van vooronderzoek ad hoc. In het geval dit gebeurt, beslist de commissie schriftelijk en gemotiveerd over dat verzoek. Als de commissie het verzoek afwijst, kan de betrokken medisch specialist binnen een kalenderweek na ontvangst van die schriftelijke beslissing, schriftelijk bezwaar aantekenen bij het gremium. Het bezwaar schorst de procedure. Binnen een kalenderweek na ontvangst van het bezwaar wordt schriftelijk en gemotiveerd beslist op het bezwaar. Er wordt een afschrift van deze beslissing aan zowel de betrokkene als aan de commissie kenbaar gemaakt. In geval van vervanging worden aan de vervanger(s) dezelfde eisen gesteld als genoemd in dit artikel.
- 3.2.4 Een commissielid dient zich eigener beweging terug te trekken van deelname in de commissie van vooronderzoek ad hoc wanneer sprake is van enige vorm van of schijn van belangenverstrengeling.
- 3.2.5 Als er binnen de medische staf geen kandidaten te vinden zijn die voldoende onafhankelijk en onpartijdig zijn, dan wordt buiten de medische staf gezocht naar kandidaten, bijvoorbeeld binnen de wetenschappelijke vereniging van het specialisme van de betrokken medisch specialist<sup>8</sup>.
- 3.2.6 Zodra de samenstelling van de commissie rond is zal deze samenstelling voor akkoord worden voorgelegd bij de betrokken medisch specialist.
- 3.3 Taak van de commissie van vooronderzoek ad hoc is te onderzoeken of de melding ontvankelijk is en in behandeling kan worden genomen. De commissie van vooronderzoek ad hoc zal hiertoe met inachtneming van het bepaalde in dit reglement in ieder geval één of meerdere gesprekken met de betrokken medisch specialist voeren en de informatie verzamelen die zij nodig acht om tot haar oordeel omtrent de ontvankelijkheid van de melding te komen. De commissie van vooronderzoek ad hoc zal hoor en wederhoor toepassen jegens de betrokken medisch specialist en zo nodig, zulks naar oordeel van de commissie van vooronderzoek ad hoc, jegens de melder(s)<sup>9</sup>.

---

7 De voorzitter van de Commissie heeft bij voorkeur een juridische achtergrond en is niet werkzaam in de instelling.

8 De keuze van de externe kan mede ingegeven zijn door de aard en inhoud waarop het vermeende disfunctioneren betrekking zou kunnen hebben, zoals bijvoorbeeld niet medisch inhoudelijke 'zachte' signalen over communicatie en samenwerking. Hierbij kan gedacht worden aan een coach of gedragswetenschapper.

9 Indien de Commissie ook met de melder een gesprek voert dan dienen in beginsel in dat gesprek niet méér of andere meldingen door de melder naar voren te worden gebracht, die niet al reeds met de betrokken medisch specialist zijn besproken. Zo dit wel gebeurt zal de betrokken medisch specialist daarvan, naar het oordeel van de Commissie, op de hoogte worden gebracht.

- 3.4 De commissie van vooronderzoek ad hoc zal zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vier (4) weken na haar instelling schriftelijk en gemotiveerd aan het gremium haar oordeel geven over de vraag of de melding, als bedoeld in sub 2.5, wel of niet-ontvankelijk is.
- 3.5 De melding is in ieder geval niet-ontvankelijk indien:  
de melding geen betrekking heeft op de beroepscompetenties (Canmeds) en/of de zorgverlening van de betrokken medisch specialist;  
✓ de melding onvoldoende op feiten gestoeld is of onvoldoende gemotiveerd is;  
✓ de melding op oneigenlijke gronden is ingediend of op oneigenlijke gronden is gemotiveerd;  
✓ de melding anoniem is;  
✓ de interne cyclus ter verbetering van het functioneren van de medisch specialist zoals bedoeld in sub 1.3 niet is doorlopen, tenzij sprake is van een situatie als bedoeld in sub 1.4.
- 3.6 Bij niet-ontvankelijkheid van de melding zal het gremium de melder en de betrokken medisch specialist hieromtrent zo spoedig mogelijk schriftelijk en gemotiveerd berichten, en voorts al diegenen die van de melding op de hoogte zijn gesteld hieromtrent zo spoedig mogelijk schriftelijk informeren. Daarnaast zal zij er al het mogelijke aan doen om de werkrelatie van de betrokken medisch specialist met collega's, alsook de reputatie van de betrokken medisch specialist onmiddellijk te herstellen. Ingeval van een medisch specialist in dienstverband zal tevens de raad van bestuur zodanige actie(s) ondernemen.
- 3.7 Bij ontvankelijkheid van de melding zal het gremium de betrokken medisch specialist, alsook de melder(s), hieromtrent zo spoedig mogelijk schriftelijk en gemotiveerd berichten en treedt de procedure zoals bepaald onder hoofdstuk 4 in werking.
- 3.8 Bij ontvankelijkheid van de melding zal het gremium (voor zover zij dit niet zelf is) voorts per ommekeer de raad van bestuur<sup>10</sup>, alsmede het MSB-bestuur<sup>11</sup> en/of het (V)MSD-bestuur<sup>12</sup> en/of het staf-bestuur<sup>13</sup> hieromtrent schriftelijk en gemotiveerd berichten. De raad van bestuur, alsook het MSB-bestuur, het (V)MSD-bestuur en het stafbestuur waarborgen de privacy en reputatie van de betrokken medisch specialist en zorgen ervoor dat de naam (en werkplek) van de betrokken medisch specialist niet onnodig verspreid wordt.
- 3.9 Wanneer dit naar het oordeel van het gremium en/of de commissie van vooronderzoek ad hoc uit oogpunt van patiëntveiligheid noodzakelijk is, kan het gremium (al dan niet op advies van de commissie van vooronderzoek ad hoc) na instemming van de RvB gemotiveerd een versnelde/afwijkende procedure volgen<sup>14</sup>, waarbij het vooronderzoek als bedoeld in hoofdstuk 3 direct wordt gecombineerd met het onderzoek als bedoeld onder hoofdstuk 4 van dit reglement. In dat geval zal het gremium direct overgaan tot formulering van een opdracht als bedoeld sub 4.2 en uitbreiding van de commissie van vooronderzoek ad hoc overeenkomstig het bepaalde sub 4.1. Wanneer het gremium hiertoe wenst over te gaan, maakt zij dit per ommekeer schriftelijk en gemotiveerd kenbaar aan de betrokken medisch specialist. Het bepaalde in sub 3.8 is dan van overeenkomstige toepassing.

---

10 Het kan zijn dat de raad van bestuur en/of het MSB-bestuur en/of het VMSD-bestuur al op de hoogte is/zijn, afhankelijk van de keuze gemaakt bij sub 2.1.

11 Afhankelijk van de vraag of de betrokken medisch specialist lid is van het MSB dan wel de (V)MSD en rol die een (vereniging) medische staf binnen de instelling heeft. Dat geldt bij alle bepalingen in dit reglement waarin het MSB-bestuur en/of het (V)MSD-bestuur wordt(en) vermeld.

12 Zie noot 11.

13 Zie noot 11.

14 Indien er sprake is van een dienstverband dient de RvB schriftelijk in te stemmen met de versnelde procedure. Dit is alleen anders als de RvB de melder is geweest. Dat de RvB instemt met de versnelde procedure dient ook aan de door het gremium aan de betrokken medisch specialist kenbaar te worden gemaakt.

## 4. Onderzoek naar functioneren

- 4.1 Bij ontvankelijkheid van de melding vult het gremium de sub 3.1 en sub 3.2 ingestelde commissie van vooronderzoek ad hoc, zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen vier (4) weken na de ontvankelijkverklaring aan met één of meerdere andere externe leden<sup>15</sup>, bij voorbeeld vanuit de wetenschappelijke vereniging van het specialisme van de betrokken medisch specialist. Deze aangevulde commissie wordt hierna genoemd: 'de commissie van onderzoek ad hoc'. Het bepaalde in sub 3.2 e.v. is van overeenkomstige toepassing.
- 4.2 Bij ontvankelijkheid van de melding geeft het gremium eveneens zo spoedig mogelijk maar in ieder geval binnen vier (4) weken na de ontvankelijk verklaring aan de commissie van onderzoek ad hoc de schriftelijke opdracht om – met inachtneming van het bepaalde in dit reglement – een procedureel objectief onderzoek in te stellen naar het functioneren van de betrokken medisch specialist. De (formulering van de) opdracht dient concreet te zijn én op de inhoud van de melding zijn terug te voeren. De betrokken medisch specialist ontvangt een afschrift van de opdracht<sup>16</sup>. In die opdrachtverstrekking wordt ook, zoals aangegeven onder sub 1.2, het systeem betrokken.
- 4.3 De betrokken medisch specialist en zo nodig vakgroep of andere betrokkenen binnen de instelling is/zijn verplicht medewerking te verlenen aan het onderzoek naar zijn/haar functioneren.
- 4.4 Het onderzoek van de commissie van onderzoek ad hoc bestaat uit het voeren van gesprekken en het verzamelen van objectieve gegevens. Het onderzoek dient verband te houden met de onderzoeksopdracht en evenwichtig en objectief te worden uitgevoerd, één en ander onder toepassing van deugdelijk hoor en wederhoor, zo ook jegens de betrokken specialist. Daarbij neemt de commissie van onderzoek ad hoc het bepaalde in dit hoofdstuk 4 en sub 8.1 tot en met sub 8.4 in acht.
- 4.5 Uiterlijk binnen twee (2) kalenderweken na ontvangst van de opdracht zoals bepaald in sub 4.2, nodigt de commissie van onderzoek ad hoc eerst de melder en dan de betrokken medisch specialist uit voor een gesprek. Doel van dit laatste gesprek is om de betrokken medisch specialist te informeren over de procedure, te reageren op hetgeen de melder(s) naar voren heeft gebracht, de betrokken medisch specialist daarover te horen en deze de gelegenheid te geven vragen te stellen. De commissie van onderzoek ad hoc maakt verslag van de gesprekken. De commissie deelt het vastgestelde verslag van het gesprek met de melder tijdig voorafgaand aan het gesprek met betrokken medisch specialist. De commissie deelt het vastgestelde verslag van het gesprek met de betrokkene ook met de melder(s).
- 4.6 In het kader van het onderzoek zal de commissie van onderzoek ad hoc ook altijd gesprekken voeren met één of meer leden van de vakgroep afzonderlijk en/of anderen met wie de betrokken medisch specialist nauw samenwerkt en/of andere betrokkenen<sup>17</sup>. Deze gesprekken zullen zo veel mogelijk binnen een periode van vier (4) kalenderweken na de gesprekken zoals genoemd in sub 4.5 plaatsvinden. Het staat de commissie van onderzoek ad hoc vrij om daarnaast ook met anderen te spreken. Die gesprekken moeten wél bijdragen aan het uitvoeren van een evenwichtig onderzoek. De betrokken medisch specialist kan ook aangeven wie er in het kader van dit onderzoek gehoord zou moeten worden<sup>18</sup>. De commissie van onderzoek zal ook met deze personen gesprekken voeren.

15 Voor zover specifieke deskundigheid van één van de leden van de commissie is vereist, kan één van de leden ook specifiek daarop worden 'uitgezocht'.

16 Indien er sprake is van een dienstverband krijgt de RvB ook een afschrift van de opdracht.

17 'Andere betrokkenen': denk bijvoorbeeld aan verpleegkundigen, assistenten etc.

18 In alle redelijkheid – qua getal- kan de betrokken medisch specialist namen van personen doorgeven. Deze personen zullen gehoord worden. De gesprekken met deze personen moeten wél bijdragen aan het uitvoeren van een evenwichtig onderzoek.

- 4.7 De commissie van onderzoek ad hoc deelt zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vier (4) kalenderweken nadat de gesprekken als bedoeld in sub 4.5 en sub 4.6 zijn afgerond, haar bevindingen en conclusie(s) schriftelijk en gemotiveerd mee aan de betrokken medisch specialist en het gremium. Het bepaalde in sub 4.8 is van toepassing.
- 4.8 De betrokken medisch specialist wordt, voordat het rapport definitief is, in de gelegenheid gesteld om op de concept bevindingen (dus niet de conclusies) zoals in sub 4.7 genoemd, te reageren. De commissie geeft er in het definitieve rapport gemotiveerd blijk van dat en op welke wijze zij de eventuele reactie van de medisch specialist heeft meegewogen in het uiteindelijke definitieve rapport.

## 5. Rapport bevindingen en conclusies

- 5.1 Indien uit de bevindingen en de conclusie(s) van de commissie van onderzoek ad hoc volgt dat er geen sprake is van (enige vorm van) disfunctioneren wordt de procedure als afgerond beschouwd en wordt de betrokken medisch specialist geacht naar behoren te functioneren. Het gremium zal de melder, alsook al diegenen die van de melding en het onderzoek op de hoogte zijn gesteld, waaronder in ieder geval de raad van bestuur/ MSB-bestuur/het (V)MSD-bestuur en/of het stafbestuur<sup>19</sup>, hieromtrent zo spoedig mogelijk informeren en er al het mogelijke aan doen om de werkrelatie van de betrokken medisch specialist met collega's, alsook de reputatie van de betrokken medisch specialist te herstellen<sup>20</sup>.
- 5.2 Indien uit de bevindingen en conclusie(s) van de commissie van onderzoek ad hoc zoals in sub 4.7 bedoeld volgt dat er sprake is van:
- ✓ (enige vorm van) disfunctioneren én;
  - ✓ de betrokken medisch specialist blijkt heeft gegeven van voldoende zelfreflectie én;
  - ✓ een (aanvullend) verbetertraject mogelijk lijkt én;
  - ✓ de betrokken medisch specialist daaraan wil meewerken, wordt overgegaan tot het verbeter- traject als bedoeld onder hoofdstuk 6.
- 5.3 In geval uit de bevindingen en conclusie(s) van de commissie van onderzoek ad hoc zoals in sub 4.7 bedoeld volgt dat er sprake is van (enige vorm van) disfunctioneren, doch de betrokken medisch specialist heeft geen blijk gegeven van voldoende zelfreflectie én geen (aanvullend) verbetertraject mogelijk lijkt dan wel een (aanvullend) verbetertraject wel mogelijk lijkt doch de betrokken medisch specialist daaraan niet wil meewerken, wordt overgegaan tot aanbevelingen, zoals bedoeld onder hoofdstuk 7.
- 5.4 Zowel in de situatie als bedoeld in sub 5.2 als in de situatie als bedoeld in sub 5.3 zal het gremium de raad van bestuur, alsmede het MSB-bestuur en het (V)MSD-bestuur en/of het stafbestuur , alsook het bestuur van de wetenschappelijke vereniging van het specialisme van de betrokken medisch specialist daaromtrent informeren, zulks met inachtneming van sub 5.5.
- 5.5 Informeren van het bestuur van de wetenschappelijke vereniging, ongeacht in welke fase de procedure is, geschiedt uitsluitend door het gremium en kan alleen plaats vinden indien de medisch specialist op enig moment uitdrukkelijke, schriftelijke toestemming daarvoor heeft gegeven aan dat gremium.

---

<sup>19</sup> En zulks afhankelijk van haar betrokkenheid. Zie ook sub 3.8.

<sup>20</sup> Ingeval van een medisch specialist in dienstverband zal tevens de raad van bestuur zodanige actie(s) ondernemen.

## 6. Verbetertraject

- 6.1 Indien sprake is van de situatie als bedoeld in sub 5.2 nodigt de commissie van onderzoek ad hoc de betrokken medisch specialist binnen twee kalenderweken na het uitbrengen van haar Rapport bevindingen en conclusies uit voor een gesprek. Bij dit gesprek zal tevens een vertegenwoordiger van het gremium aanwezig zijn.
- 6.2 In het gesprek als bedoeld in sub 6.1 worden de bevindingen en conclusie(s) van de commissie van onderzoek ad hoc, alsook het vervolgtraject besproken. De commissie van onderzoek ad hoc stelt aan de hand van dat gesprek een plan van aanpak voor een verbetertraject op (hierna: 'het plan van aanpak'). Het plan van aanpak wordt binnen vier (4) kalenderweken na het gesprek samen met de betrokken medisch specialist schriftelijk vastgesteld en ondertekend en vervolgens voor akkoord aan het gremium voorgelegd.
- 6.3 In het plan van aanpak wordt SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) beschreven welke activiteiten worden ondernomen, zoals bij voorbeeld coaching, supervisie, bij- en nascholing e.d., welke eventuele rol daarbij wordt verwacht van de vakgroep en/of andere betrokkenen en welke verbeterdoelen/verbetering van het functioneren van de betrokken medisch specialist dienen/dient te worden bereikt. Tevens wordt in het plan van aanpak vastgelegd op welke wijze en wanneer (tussentijdse en eind-) evaluatie over de beoogde verbetering van het functioneren plaatsvindt, zulks met dien verstande dat een eerste evaluatie en afdoende verbetering binnen maximaal zes (6) maanden na vaststelling van het plan van aanpak dient te hebben plaatsgevonden.
- 6.4 Van alle (evaluatie-)gesprekken in het kader van het verbetertraject wordt door de commissie van onderzoek ad hoc een verslag opgesteld, dat ter beoordeling op feitelijke onjuistheden aan de betrokken medisch specialist wordt voorgelegd en waarvan de betrokken medisch specialist een afschrift ontvangt.
- 6.5 Indien binnen (6) zes maanden na vaststelling van het plan van aanpak, de ondertekening daarvan en het akkoord van het gremium, naar het oordeel van de commissie ad hoc afdoende verbetering van het functioneren van de betrokken medisch specialist heeft plaatsgevonden, wordt hiervan zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen twee (2) kalenderweken schriftelijk en gemotiveerd verslag uitgebracht aan de betrokken medisch specialist en het gremium. De procedure wordt dan als afgerond beschouwd en de betrokken medisch specialist wordt geacht naar behoren te functioneren. Het gremium zal de melder, de in sub 5.4 genoemde organen, en het bestuur van de wetenschappelijke vereniging van het specialisme van de betrokken medisch specialist - zulks met inachtneming van sub 5.5, hieromtrent zo spoedig mogelijk informeren en er al het mogelijke aan te doen om de werkrelatie van de betrokken medisch specialist met collega's alsook de reputatie van de betrokken medisch specialist te herstellen.
- 6.6 Indien er naar het oordeel van de commissie van onderzoek ad hoc sprake is van bevredigende vorderingen in het verbetertraject, maar het verbetertraject nog niet binnen zes (6) maanden na vaststelling van het plan van aanpak is of kan worden afgerond, zal zes (6) maanden later of zoveel eerder als mogelijk, een tweede (2e) vervolg evaluatiegesprek plaatsvinden tussen de commissie van onderzoek ad hoc met de betrokken medisch specialist.
- 6.7 In het geval binnen deze extra termijn van zes (6) maanden naar oordeel van de commissie ad hoc (alsnog) afdoende verbetering van het functioneren van de betrokken medisch specialist heeft plaatsgevonden, wordt hiervan zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen twee (2) kalenderweken nadien schriftelijk en gemotiveerd verslag uitgebracht aan de betrokken medisch specialist en het gremium. Het bepaalde in sub 6.5 is dan van overeenkomstige toepassing.
- 6.8 In geval de betrokken medisch specialist niet of naar het oordeel van de commissie van onderzoek ad hoc onvoldoende meewerkt aan het verbetertraject dan wel geen verbetertraject mogelijk blijkt dan wel het verbetertraject, naar oordeel van de commissie van onderzoek ad hoc, niet leidt tot de beoogde verbetering van het functioneren van de betrokken medisch specialist wordt overgegaan tot de aanbevelingen, zoals bedoeld onder hoofdstuk 7.

## 7. Aanbevelingen

- 7.1 In geval van de situatie als bedoeld in sub 5.3 en/of sub 6.8 zal de commissie van onderzoek ad hoc schriftelijk en gemotiveerd aanbevelingen doen en/of adviezen geven (hierna gezamenlijk te noemen: aanbevelingen) aan het gremium<sup>21</sup>. De aanbevelingen worden tevens schriftelijk en gemotiveerd medegedeeld aan de betrokken medisch specialist.
- 7.2 Aanbevelingen aan het gremium kunnen onder meer zijn<sup>22</sup>:
- 7.2.1 visitatie van de vakgroep/sectie waar de betrokken medisch specialist deel van uitmaakt;
  - 7.2.2 het stellen van eisen, waaraan de betrokken medisch specialist op termijn dient te voldoen;
  - 7.2.3 het ontnemen aan de betrokken medisch specialist van het recht bepaalde medische werkzaamheden te verrichten;
  - 7.2.4 de raad van bestuur te adviseren aan de betrokken medisch specialist de toegang tot de instelling te ontzeggen of de arbeidsovereenkomst van de betrokken medisch specialist met de instelling te beëindigen en hiervan melding te doen bij de IGJ;
  - 7.2.5 het MSB-bestuur te adviseren het lidmaatschap van de betrokken medisch specialist binnen het MSB te beëindigen en hiervan melding te doen bij de raad van bestuur.
- 7.3 Binnen twee (2) kalenderweken na ontvangst van een aanbeveling van de commissie van onderzoek ad hoc nodigt het gremium de betrokken medisch specialist uit voor een gesprek. Doel van het gesprek is de aanbeveling(en) met de betrokken medisch specialist te bespreken en de betrokken medisch specialist daarover te horen.
- 7.4 Indien het gremium besluit de aanbeveling(en) van de commissie van onderzoek ad hoc te volgen wordt dat door het gremium schriftelijk en met redenen omkleed aan de betrokken medisch specialist bericht. Het gremium deelt in dat geval aan de betrokken medisch specialist mede op welke wijze de procedure verder zal verlopen en, voor zover het geven van uitvoering aan een aanbeveling onder haar bevoegdheid en/of taak valt, op welke wijze en wanneer de aanbeveling van kracht wordt.
- 7.5 Indien het gremium besluit de aanbeveling(-en) niet over te nemen dan wordt dit door het gremium eveneens schriftelijk en met redenen omkleed aan de betrokken medisch specialist bericht. Het gremium deelt in aan de betrokken medisch specialist mede op welke wijze de procedure verder zal verlopen.
- 7.6 Als het niet de bevoegdheid en/of taak van het gremium is om aan een aanbeveling uitvoering te geven, zal het gremium, afhankelijk van de vraag tot wiens bevoegdheid en/of taak dit wel is, de raad van bestuur en/of het MSB-bestuur en/of het stafbestuur bij de procedurestappen als in sub 7.3 tot en met sub 7.5 betrekken. In dat geval zal de raad van bestuur en/of het MSB-bestuur en/of het stafbestuur (en zulks afhankelijk tot wiens bevoegdheid en taak het behoort) samen met het gremium tot de besluiten als bedoeld in sub 7.4 en sub 7.5 overgaan.

---

21 Indien er sprake is van een dienstverband krijgt de RvB ook een afschrift

22 Deze opsomming is niet limitatief. De commissie van onderzoek ad hoc kan gemotiveerd naar haar eigen inzicht ook andere aanbevelingen doen.



- 7.7 Het gremium, en in voorkomend geval van de situatie als bedoeld in sub 7.6 de raad van bestuur en/of het MSB-bestuur en/of het stafbestuur, zal/zullen de melder, alsook de raad van bestuur en het MSB-bestuur<sup>23</sup> en/of het (V)MSD-bestuur<sup>24</sup>, en/of het stafbestuur<sup>25</sup>, alsook het bestuur van de wetenschappelijke vereniging van het specialisme van de betrokken specialist, zo spoedig mogelijk nadat zij de betrokken medisch specialist schriftelijk heeft bericht, informeren over de uitkomsten. Dit kan echter alleen indien daarvoor toestemming is verkregen van de betrokken medisch specialist (zie sub 5.5).
- 7.8 Uit aanbevelingen voortvloeiende maatregelen kunnen worden opgelegd onder voorwaarde(n). Hierbij wordt gedacht aan de maatregelen, zoals bepaald in sub 7.2.2 en sub 7.2.3. Indien naar oordeel van het gremium, en in voorkomend geval van de situatie als bedoeld sub 7.6 de raad van bestuur en/of het MSB-bestuur en/of het stafbestuur aan de voorwaarde(n) is voldaan, wordt de uit de aanbeveling voortvloeiende maatregel opgeheven en wordt dat zo spoedig mogelijk schriftelijk aan de betrokken medisch specialist medegedeeld. De raad van bestuur en het MSB-bestuur en/ of het (V)MSD-bestuur en/of stafbestuur, alsook het bestuur van de wetenschappelijke vereniging van het specialisme van de betrokken specialist, en eventuele anderen die van de melding en de maatregel op de hoogte zijn gesteld, worden hieromtrent zo spoedig mogelijk geïnformeerd. Dit kan echter alleen indien daarvoor toestemming is verkregen van de betrokken medisch specialist (zie sub 5.5).

---

23 En zulks afhankelijk van haar betrokkenheid.

24 Idem.

25 Idem.

## 8. Algemeen

- 8.1a. Van alle gesprekken met de betrokken medisch specialist (zowel de gesprekken die worden gevoerd door het gremium en/of de raad van bestuur en/of het MSB-bestuur en/of het (V)MSD-bestuur en/of het stafbestuur als de gesprekken die worden gevoerd door de commissie van vooronderzoek ad hoc en/of de commissie van onderzoek ad hoc) wordt een verslag opgesteld. Alvorens het verslag definitief door het gremium en/of de raad van bestuur en/of het MSB-bestuur en/of het (V)MSD-bestuur en/of het stafbestuur, dan wel de commissie van vooronderzoek ad hoc dan wel de commissie van onderzoek ad hoc wordt vastgesteld, wordt het ter beoordeling op feitelijke onjuistheden aan de betrokken medisch specialist voorgelegd. De betrokken medisch specialist ontvangt een afschrift van het vastgestelde verslag.
- 8.1b. Van alle andere gesprekken die gevoerd worden in het kader van deze regeling wordt eveneens een verslag gemaakt, welke voordat ze worden vastgesteld ter beoordeling op feitelijke onjuistheden aan de betreffende gesprekspartner wordt voorgelegd.
- 8.2 Indien de commissie van vooronderzoek ad hoc en/of de commissie van onderzoek ad hoc aantekeningen maakt van gesprekken met andere betrokkenen en/of derden als bedoeld in sub 4.6 dan zijn deze aantekeningen uitsluitend ter inzage van de commissie van vooronderzoek ad hoc respectievelijk de commissie van onderzoek ad hoc.<sup>26</sup>
- 8.3 Vastgestelde verslagen van gesprekken zijn behoudens voor de betrokken medisch specialist - en zulks afhankelijk van de vraag wie de gesprekken heeft gevoerd - uitsluitend ter inzage voor de voorzitter van het gremium (als het gesprek met het gremium is gevoerd), de voorzitter van de raad van bestuur (als het gesprek met de raad van bestuur is gevoerd), de voorzitter van het MSB-bestuur (als het gesprek met het MSB-bestuur is gevoerd), de voorzitter van het (V)MSD- bestuur (als het gesprek met het (V)MSD-bestuur is gevoerd), de voorzitter van het Stafbestuur (als het gesprek met het Stafbestuur is gevoerd) alsook vóór de leden van de commissie van vooronderzoek ad hoc en de commissie van onderzoek ad hoc.
- 8.4 Bij het opstellen van het oordeel als bedoeld sub 3.4 dan wel het rapport van bevindingen en conclusie(s) als bedoeld sub 4.7 geeft de commissie van vooronderzoek ad hoc respectievelijk de commissie van onderzoek ad hoc een beschrijving van de door haar gevoerde werkwijze en zorgt zij ervoor dat bevindingen van de commissie door de betrokken medisch specialist kunnen worden geverifieerd.
- 8.5 De betrokken medisch specialist wordt tevens in de gelegenheid gesteld om op het door de commissie van vooronderzoek ad hoc respectievelijk de commissie van onderzoek ad hoc in concept opgestelde oordeel respectievelijk in concept opgestelde rapport van bevindingen (daaronder niet begrepen de conclusies) te reageren. De commissie geeft er in het definitieve rapport gemotiveerd blijk van dat en op welke wijze zij de eventuele reactie van de medisch specialist heeft meegewogen in het uiteindelijke definitieve rapport.
- 8.6 Conclusies en aanbevelingen voortkomend uit de behandeling van een melding, die naar het oordeel van het gremium relevant zijn voor het beroepsmatig handelen binnen de instelling, worden zonder vermelding van de naam van de persoon of het medisch specialisme aan alle leden van de medische en verpleegkundige staf, indien en voor zover noodzakelijk, schriftelijk medegedeeld. Het bepaalde in sub 7.6 is daarbij van toepassing.

---

<sup>26</sup> Voor zover deze aantekeningen wél worden meegenomen bij de verdere beoordeling dienen ze kenbaar te worden gemaakt aan de betrokken medisch specialist, dan wel te worden verwerkt in een verslag.

- 8.7 Het gremium legt de melding, de (gespreks-)verslagen, de briefwisselingen en de andere documenten betrekking hebbend op de procedure vast in een vertrouwelijk en beveiligd dossier. Zij zal daartoe de benodigde technische en organisatorische maatregelen (laten) treffen.
- 8.8 Alle stukken met betrekking tot een melding worden bewaard tot vijf (5) jaar nadat de procedure op grond van dit reglement is afgerond, tenzij er sprake is van een nog lopende juridische procedure. Een en ander conform de AVG. Daarna wordt het dossier vernietigd.
- 8.9 Het gremium besluit, gezamenlijk met de raad van bestuur en het MSB-bestuur dan wel het (V)MSD-bestuur dan wel het stafbestuur, per geval ten laste van wie naar redelijkheid de kosten komen van c.q. voortvloeiend uit het onderzoek van de commissie van (voor)onderzoek ad hoc en/ of het (aanvullend)verbetertraject en/of de uit de aanbevelingen voortvloeiende maatregelen<sup>27</sup>. Indien uit het onderzoek van de commissie van vooronderzoek ad hoc of uit het onderzoek van de commissie van onderzoek ad hoc blijkt dat de oorzaak van de problemen geheel of grotendeels veroorzaakt zijn door een niet functionerende (vak)groep van medisch specialisten, dan kunnen de kosten van c.q. voortvloeiend uit het (voor)onderzoek, de externe deskundige(n)<sup>28</sup>, het (aanvullend)verbetertraject en/of de maatregelen voortvloeiend uit de aanbevelingen op de betreffende (vak)groep van medisch specialisten worden verhaald. Dit ongeacht de vraag door wie de opdracht tot het (voor)onderzoek en/of het inschakelen van externe deskundige(n) en/of het verbetertraject en/of de maatregelen voortvloeiend uit aanbevelingen is gegeven.
- 8.10 De betrokken medisch specialist kan zich te allen tijde op eigen kosten laten bijstaan door een door hem/haar zelf gekozen vertrouwenspersoon<sup>29</sup>.
- 8.11 Het gremium ziet erop toe dat de procedure volgens dit Modelreglement zorgvuldig verloopt.
- 8.12 Ieder lid van de commissie oefent zijn taak naar eer en geweten en beste kunnen uit.
- 8.13 In het geval er naar de mening van het gremium sprake is van een zeer onwenselijke situatie die de patiëntenzorg en/of de samenwerking in gevaar brengt, kan het gremium op elk moment, doch slechts ná afstemming met de RvB en/of het bestuur van de medische staf<sup>30</sup>, besluiten tot een versnelde procedure, waarin de termijnen worden bekort, met als doel de onwenselijke situatie zo kort mogelijk te laten voortduren.
- 8.14 Een besluit als in sub 8.13 bedoeld, dient schriftelijk en gemotiveerd aan de betrokken medisch specialist kenbaar te worden gemaakt.

---

27 Het advies is om voorafgaand aan de inwerkingtreding van dit reglement dan wel voorafgaand aan de procedure te bepalen hoe de kosten verdeling dient te zijn. Daarbij kan een rol spelen of de betrokken medisch specialist deel uitmaakt van het MSB dan wel in loondienst is bij de instelling of bij het MSB.

28 Bijvoorbeeld als lid van de commissie van (voor)onderzoek ad hoc.

29 Dit kan zijn een collega, een familielid, maar bijvoorbeeld ook een (juridisch) adviseur.

30 Mocht de RvB de melder zijn geweest dan vervalt deze afstemming. In dat geval zal afstemming plaats vinden met het bestuur van de medische staf.

## 9. Slotbepalingen

- 9.1 Dit reglement wordt vanaf de inwerkingtreding tenminste eens in de twee (2) jaar geëvalueerd.
- 9.2 Dit reglement kan door de (Vereniging) Medische Staf worden gewijzigd op schriftelijk voorstel van de commissie kwaliteit c.q. het stafbestuur c.q. het MSB-bestuur c.q. het (V)MSD-bestuur en na een besluit daartoe in de vergadering van de (Vereniging) Medische Staf, genomen met gewone meerderheid van de geldig uitgebrachte stemmen.
- 9.3 In alle gevallen waarin dit reglement niet voorziet of bij verschil van mening over de uitleg van een bepaling in dit reglement, beslist het stafbestuur/RvB/.....<sup>31</sup>

Vastgesteld door de vergadering van de ..... op (.....datum.....)

---

<sup>31</sup> Lokaal in te vullen. En let op: de entiteit die tevens het gremium is kan hier geen rol spelen.

**Bezoekadres:**

Federatie Medisch Specialisten  
Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

**Postadres:**

Postbus 20057  
3502 LB Utrecht

[www.demedischspecialist.nl](http://www.demedischspecialist.nl)



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**