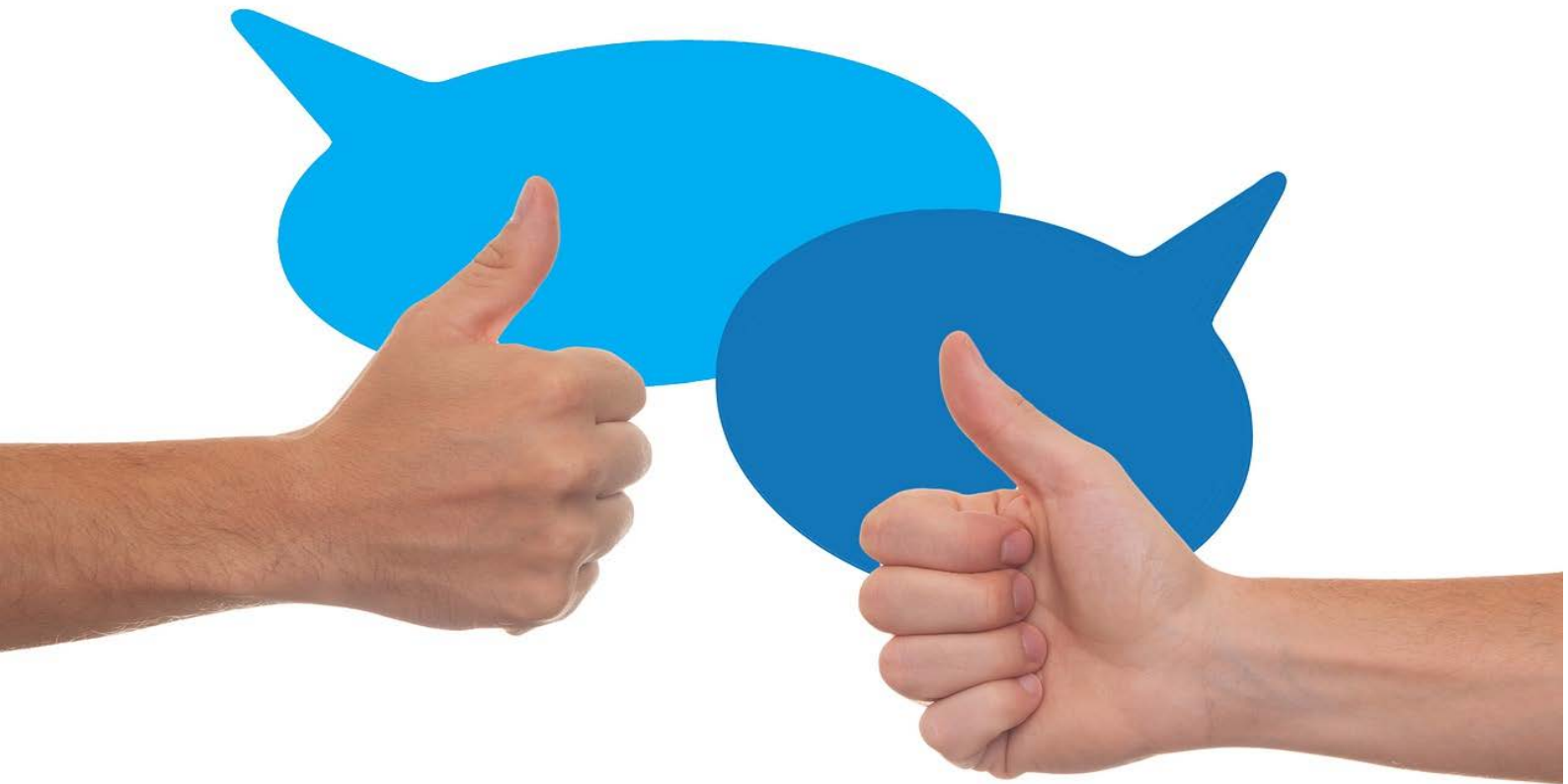


Handreiking

Professioneel statuut

rol en inspraak specialist ouderengeneeskunde



Colofon

Dit is een uitgave van Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde.

Disclaimer

Alles uit deze uitgave mag (met bronvermelding) gebruikt worden voor publicatie. Aan de totstandkoming van deze uitgave is uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden verleend. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan Verenso.

Uitgave

© Verenso, 2023

Inhoudsopgave

1.	Waarom een professioneel statuut?	3
2.	Model professioneel statuut	6
2.1	Model inleiding professioneel statuut.....	6
2.2	Model vastleggen inspraak specialist ouderengeneeskunde	8
2.3	Model vastleggen afspraken rol specialisten ouderengeneeskunde	10

1. Waarom een professioneel statuut?

Specialist ouderengeneeskunde heeft zeggenschap over het beleid van de zorgorganisatie

De specialist ouderengeneeskunde moet zijn of haar ervaring benutten en nadenken over wat de invloed van (politieke) ontwikkelingen voor de organisatie betekent als het gaat om de kwaliteit van zorg en hierover in gesprek gaan met het bestuur van de zorgorganisatie waar hij of zij werkt. Een dialoog tussen bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde draagt namelijk bij aan het creëren van passende randvoorwaarden en daarmee het functioneren van een zorgorganisatie en de kwaliteit van zorg. Onderzoek van Verenso laat zien dat deze afspraken hierover onvoldoende worden gemaakt.

Uit het onderzoek van Verenso blijkt dat 45% van de specialist(en) ouderengeneeskunde niet tevreden is over de relatie met het bestuur. Maar liefst 91% van de specialist(en) ouderengeneeskunde vindt het belangrijk om afspraken over overleg met de bestuurder formeel vast te leggen; slechts in 48% van de gevallen is dit ook daadwerkelijk het geval. 30% heeft dit vastgelegd middels een professioneel statuut.¹

Verenso, Zorgthuisnl, ActiZ en LAD/FBZ hebben een convenant opgesteld gericht op de rol en inspraak van de specialist ouderengeneeskunde.² Hierin wordt gesteld dat de bestuurders specialisten ouderengeneeskunde in ieder geval door middel van de afgesproken vertegenwoordiging tijdig betrekken bij besluitvorming. Op deze manier hebben zij inspraak in de omvang, samenstelling en positionering van de medische behandeldienst. Het is van belang dat zij periodiek de dialoog aangaan. Een heldere verantwoordelijkheidsverdeling is immers een voorwaarde voor het kunnen bieden van een goede kwaliteit van zorg. Dit convenant is aanvullend op de CAO en andere relevante (wettelijke) regelingen.

Verenso heeft in 2016 een handreiking professioneel statuut ontwikkeld. Deze handreiking kan ondersteunen bij het formeel vastleggen van de afspraken binnen een organisatie tussen specialist ouderengeneeskunde en bestuurder. De handreiking is herzien en sluit nu aan op het convenant.

Notitie specialist ouderengeneeskunde 2030 roept op tot het nemen van leiderschap

In de notitie specialist ouderengeneeskunde 2030 wordt het belang van actief leiderschap voor specialisten ouderengeneeskunde benadrukt.³ In zowel de intramurale als extramurale zorgverlening is de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke gesprekspartner voor het bestuur. De wederzijdse taken en verantwoordelijkheden tussen bestuurder en specialist ouderengeneeskunde moeten goed worden vastgelegd, inclusief duidelijke afspraken met samenwerkingspartners (denk hierbij aan betrokkenen werkzaam in organisaties gericht op de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de verstandelijke gehandicaptenzorg, huisartsenzorg en ziekenhuiszorg (klinisch geriater) evenals betrokkenen bij extramurale netwerken op inhoud zoals bijvoorbeeld dementie, COPD, Parkinson en NAH).

Verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde

Een specialist ouderengeneeskunde blijft tuchtrechtelijk verantwoordelijk en aansprakelijk in de individuele patiëntenzorg, ook al waren onvolkomenheden in het beleid onderdeel van het probleem. Om verantwoordelijkheid voor individuele patiëntenzorg te kunnen nemen, is het belangrijk dat specialisten ouderengeneeskunde een actieve rol innemen in het formuleren van zorginhoudelijk beleid. Het organisatiebeleid moet erop gericht zijn dat alle zorgprofessionals, en

¹ [De vertegenwoordiging van de specialist ouderengeneeskunde in relatie tot de raad van bestuur in Nederlandse verpleeghuisorganisaties - Vera van Atteveld, Verenso \(2022\)](#)

² [Convenant rol en inspraak specialist ouderengeneeskunde \(2022\)](#)

³ [Specialist ouderengeneeskunde 2030 \(2021\)](#)

zo ook de specialist ouderengeneeskunde, hun werk kunnen doen volgens de geldende professionele standaard om zo de beste zorg voor de patiënt te realiseren.

Het regiebehandelaarschap is hierbij een belangrijk aandachtspunt. Van oudsher is de specialist ouderengeneeskunde de behandelend arts van patiënten in het verpleeghuis en daarmee regiebehandelaar. Na de komst van Wlz kunnen ook huisartsen de behandelend arts zijn in het verpleeghuis. En met het oog op verdergaande taakherschikking kunnen inmiddels ook andere zorgprofessionals het regiebehandelaarschap op zich nemen.⁴ Het is belangrijk dat deze verantwoordelijkheden over de regievoering van het behandeltraject duidelijk zijn omschreven binnen de organisatie. Ook in het kader van tuchtrecht.

De zorg voor kwetsbare ouderen – waarbij de specialist ouderengeneeskunde is betrokken - is per definitie multidisciplinair. Daarbij is sprake van een toenemende taakherschikking. Taakherschikking en taakdelegatie worden gekaderd door wettelijke bevoegdheden, opleidingsvereisten en aanwezige competenties en specialisaties. Voor de inhoudelijke verdeling van taken tussen specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants is het belangrijk om te kijken naar ieders deskundigheid, naar de complexiteit van de zorgsituatie en naar de wijze waarop verantwoordelijkheden worden vastgelegd en geborgd. Uitgangspunt hierbij is de kwaliteit van zorg, door zo goed mogelijk aan te sluiten bij de behoefte van de individuele patiënt.⁵

Veranderend zorglandschap

De samenleving doet in het Kader Passende Zorg⁶ een dringend beroep op de zorgsector om, gezien de maatschappelijke opgaven van deze tijd, de zorg toekomstbestendig te maken. Denk hierbij aan de vergrijzing en toenemende personeelstekorten. Dit heeft ook invloed op het dagelijkse werk van de specialist ouderengeneeskunde. Het is noodzakelijk om als specialist ouderengeneeskunde actief mee te denken over de organisatie van zorg binnen de zorgorganisatie. Ook andere grote landelijke trajecten hebben hier invloed op.

Landelijke trajecten die invloed hebben op het werk van de specialist ouderengeneeskunde

Vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) lopen verschillende beleidsprogramma's die van invloed zijn op het werk van de specialist ouderengeneeskunde. Twee van deze programma's zijn het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en het Integraal Zorgakkoord (IZA). Daarnaast heeft ook de overheveling van de Wlz naar de Zvw invloed.

WOZO⁷

Dit programma richt zich op ouderen die zorg nodig hebben (zowel thuis als in een verpleeghuis). Het heeft als doel de zelf- en samenredzaamheid van ouderen te vergroten, de ondersteuning op de juiste plek te bieden en zorgverleners in te zetten waar ze het hardste nodig zijn. Dit richt zich op het verlenen van zorg bij mensen thuis in plaats van in het verpleeghuis. Het programma kent vijf actielijnen. Binnen dit programma vindt ook de ontwikkeling van een nieuw kwaliteitskader plaats.

⁴ [Handreiking KNMG \(2022\)](#)

⁵ [Handreiking taakherschikking ouderenzorg \(2022\)](#)

⁶ [Kader Passende Zorg \(2022\)](#)

⁷ [Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen \(2022\)](#)

IZA⁸

Het Integraal Zorg Akkoord is een zorgbreed akkoord van september 2022. De aanleiding hiervoor is de druk op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Dit akkoord kent een aantal uitgangspunten, zoals: de zorg is waarde gedreven, er moet een aantoonbare meerwaarde zijn voor de patiënt en het gaat over gezondheid in plaats van ziekte. Deze uitgangspunten worden ondersteund door een werkagenda. Verenso heeft het IZA niet meegetekend, maar is wel betrokken bij de uit dit akkoord voortvloeiende ontwikkeling van een visie op de 1^e lijn.

Overheveling Wlz naar Zvw⁹

In juli 2022 heeft de minister besloten dat de voorgenomen overheveling van behandeling van de Wlz naar Zvw voorlopig van de baan is. Op initiatief van Zorgverzekeraars Nederland wordt met veldpartijen een alternatief plan uitgewerkt. Dit alternatief dient kaders en oplossingen te bieden voor de beschikbaarheid van zorg vanuit de Wlz. Dit project richt zich primair op de landelijke kaders voor de regionale organisatie en borging van de 24/7 toegankelijkheid van de Medisch Generalistische Zorg (MGZ). En daarnaast vanuit de zorginhoud de taakverdeling opstellen voor het leveren van MGZ tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts VG, aangevuld met andere behandelaren en zorgmedewerkers, waarbij de MGZ wordt geleverd door de zorgverlener die daarvoor op zorginhoudelijke gronden het beste voor geëquipeerd is.

⁸ [Integraal Zorgakkoord \(2022\)](#)

⁹ [Overheveling behandeling van Wlz naar Zvw voorlopig van de baan door intensieve lobby - Verenso](#)

Model professioneel statuut

Dit model professioneel statuut kent een inleiding, een gedeelte dat beschrijft hoe de inspraak is geregeld en een gedeelte waarin de afspraken over de rol van de specialist ouderengeneeskunde zijn vastgelegd. Het professioneel statuut kan beschouwd worden als groeidocument, in die zin dat nadere uitwerking en uitvoeringsregels, protocollen of reglementen hieraan kunnen worden toegevoegd. Aangezien het professioneel statuut een model is, biedt het ook ruimte voor specialisten ouderengeneeskunde om hieraan een eigen, door middel van een dialoog tussen bestuurder en specialist(en) ouderengeneeskunde, op de organisatie gerichte invulling te geven.

2.1 Model inleiding professioneel statuut

Onderstaand treft u een format aan voor de inleiding van het professioneel statuut die door specialisten ouderengeneeskunde in gesprek met hun zorgaanbieder kan worden gehanteerd en naar wens kan worden aangepast.

Deel A: Inleiding

Inleiding professioneel statuut organisatie x

Met dit professioneel statuut, gesloten op ... tussen de specialist(en) ouderengeneeskunde en de raad van bestuur (RvB) werkzaam voor organisatie x, wordt beoogd om overeengekomen afspraken formeel vast te leggen gericht op inspraak en de rol van de specialist ouderengeneeskunde. Het is een handzaam instrument dat een stimulans biedt voor de RvB en de bij de organisatie werkzame specialisten ouderengeneeskunde om met elkaar in gesprek te gaan. Deze partijen delen het belang om goede kwaliteit van zorg te blijven bieden aan de kwetsbare oudere patiënt en chronisch zieken. Het professioneel statuut van de specialist(en) ouderengeneeskunde doet niet af aan de verplichting en bevoegdheden van de RvB van de organisatie en de specialist(en) ouderengeneeskunde die voortvloeien uit de wet.

Overwegende dat (gerefereerd aan het convenant rol en inspraak specialist ouderengeneeskunde¹⁰):

1. De specialist ouderengeneeskunde de medische regie heeft binnen het multidisciplinaire team en daarmee medisch verantwoordelijk is (binnen de kaders van de wkkgz¹¹) voor de behandeling aan patiënten, tenzij in individuele situaties anders is afgesproken.
2. Onverlet de samenstelling van de RvB organiseert elke VVT-organisatie die één of meerdere specialist(en) ouderengeneeskunde in dienst heeft een georganiseerde vorm van inspraak voor de specialisten ouderengeneeskunde. Vorm, invulling en eventuele samenhang met andere professionele inspraak wordt door de specialisten ouderengeneeskunde vormgegeven in overleg met de RvB. De inspraak van de specialisten ouderengeneeskunde is aanvullend op de wettelijke inspraak die de OR heeft en volgt uit de CAO VVT en de Governancecode 2022.

De organisatie stelt tijd, vergaderruimte en administratieve ondersteuning beschikbaar

¹⁰ [Convenant rol en inspraak specialist ouderengeneeskunde. Verenso, Actiz, Zorgthuisnl, LAD en FBZ \(2022\)](#)

¹¹ De Wkkgz legt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg en de organisatie daarvan bij het bestuur van de instelling. In de Wkkgz 'zorgaanbieder' genoemd (art. 2 Wkkgz). Terwijl de individuele verantwoordelijkheid om goede zorg/ verantwoorde zorg te verlenen van specialisten ouderengeneeskunde, met name berust op de wettelijke bepalingen uit de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (boek 7 Burgerlijk Wetboek: Wgbo). Vooral art. 7:453 is daarbij van belang (de zorg van een goed hulpverlener in relatie tot de professionele standaard). Voor zorgverleners die niet in een instelling werken (b.v. als zelfstandige worden ingehuurd) volgt de verplichting tot het bieden van verantwoorde zorg rechtstreeks uit de wet BIG (art. 40 wet BIG).

die nodig zijn voor de uitvoering van gemaakte afspraken. Hiermee worden de belangen van alle specialisten ouderengeneeskunde behartigd die langdurig aan de betreffende VVT-organisatie verbonden zijn.

3. Desgevraagd, dan wel op eigen initiatief, kan de afgesproken vertegenwoordiging van de specialisten ouderengeneeskunde aan de RvB voorstellen doen en adviezen uitbrengen over onderwerpen die hen aangaan.
4. Indien de RvB beleid wil ontwikkelen dat een belangrijke invloed kan hebben op de medische gang van zaken en in het bijzonder de beroepsuitoefening en verantwoordelijkheden van specialisten ouderengeneeskunde betreft de RvB op de afgesproken manier de vertegenwoordiging van de specialisten ouderengeneeskunde bij de totstandkoming van het voorgenomen beleid dan wel vraagt om een gemotiveerd advies.
5. De RvB en de vertegenwoordiging van specialisten ouderengeneeskunde streven naar het bereiken van consensus over het strategisch instellingsbeleid, met name waar dat betekenis heeft voor de rol en verantwoordelijkheid van de specialisten ouderengeneeskunde.
6. De RvB betreft de specialisten ouderengeneeskunde middels de afgesproken vertegenwoordiging in ieder geval tijdig voor besluitvorming ten aanzien van de (gedeeltelijke) wijziging of vaststelling van de volgende onderwerpen:
 - Werkdruk van de specialisten ouderengeneeskunde, waaronder het realiseren van een gezonde personeelsopbouw en het evenredig verdelen van lasten over de aanwezige specialisten ouderengeneeskunde en gerelateerde functies; koers en strategie met name de behandelinhoudelijke kaders van de organisatie.
 - Organisatie en inrichting van de zorg- en werkprocessen ten behoeve van de 7x24 uren continuïteit en kwaliteit van zorg.
 - De benodigde ondersteuning van specialisten ouderengeneeskunde.
 - Een regeling over werving en selectie van specialisten ouderengeneeskunde.
7. De RvB gaat periodiek met de afgesproken vertegenwoordiging van specialisten ouderengeneeskunde in gesprek over informatie en uitleg over de kwantiteit en de kwaliteit van de geleverde zorg, van de bestuurlijke voortgang in de organisatie en de naleving van de vigerende governancecode.

Leeswijzer

Dit professioneel statuut bestaat uit een gedeelte dat ingaat op hoe de inspraak is geregeld en een gedeelte waarin de afspraken over de rol van de specialist(en) ouderengeneeskunde zijn vastgelegd.

1.2 Model vastleggen inspraak specialist ouderengeneeskunde

Onderstaand wordt ingegaan op een model om de inspraak vast te leggen.



Het model in onderstaand kader dient te worden aangepast aan de context van, en afspraken tussen, de specialist(en) ouderengeneeskunde en de bestuurder(s) van een zorgorganisatie.

Deel B: Inspraak specialist ouderengeneeskunde

Hoofdstuk 1: Organisatie van inspraak van de specialist ouderengeneeskunde

Artikel 1: Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde

- 1.1 De specialist(en) ouderengeneeskunde hebben zich verenigd. Alle binnen de organisatie op niet-incidentele basis werkzame (of die langdurig aan de betreffende VVT-organisatie verbonden zijn) specialisten ouderengeneeskunde maken deel uit van de vakgroep (of soortgelijk samenwerkingsverband) van specialisten ouderengeneeskunde.
- 1.2 De vakgroep (of soortgelijk samenwerkingsverband van specialisten ouderengeneeskunde) heeft een reglement opgesteld,¹² inclusief duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling.
- 1.3 Een afvaardiging bestaande uit een of meerdere specialisten ouderengeneeskunde neemt namens de vakgroep (of soortgelijk samenwerkingsverband) deel aan overlegsituaties over vakinhoudelijke en organisatorische kwesties. Dit kan ook georganiseerd worden voor specifieke aandachtsgebieden (revalidatie en herstel, langdurige zorg en eerste lijn). Zij hebben in beginsel het mandaat van de specialist(en) ouderengeneeskunde. De gemandateerden vragen in de vergadering van de specialist(en) ouderengeneeskunde aandacht voor de agenda's van het te voeren overleg en doen verslag van de resultaten van gevoerd overleg.

Artikel 2: Inspraak specialist ouderengeneeskunde bij RvB

- 2.1 Onverlet de samenstelling van de RvB organiseert elke VVT-organisatie die een of meerdere specialist(en) ouderengeneeskunde in dienst heeft een georganiseerde vorm van inspraak voor de specialist(en) ouderengeneeskunde. Vorm en invulling wordt door de specialist(en) ouderengeneeskunde vormgegeven in overleg met de RvB en op deze plek ingevuld naar de situatie en vastgestelde frequentie van de zorgorganisatie. Desgevraagd, dan wel op eigen initiatief, kan de afgesproken vertegenwoordiging van de specialist(en) ouderengeneeskunde aan de RvB voorstellen doen en adviezen uitbrengen over onderwerpen die hen aangaan.
- 2.2 Als de RvB overweegt beleid te ontwikkelen dat een belangrijke invloed kan hebben op de zorginhoudelijk gang van zaken en in het bijzonder op de beroepsuitoefening van een of meer specialisten ouderengeneeskunde, zal de RvB de specialist(en) ouderengeneeskunde in de gelegenheid stellen kennis te nemen van de onderhavige problematiek en van de bestaande voornemens en zal tijdig een gemotiveerd advies gevraagd worden.
- 2.3 De RvB en de specialist(en) ouderengeneeskunde streven naar het bereiken van consensus over het strategisch organisatiebeleid voor zover dat betekenis heeft voor de rol van de specialist(en) ouderengeneeskunde en de daar bijhorende financiële kaders.¹³ Indien zich tussentijds omstandigheden voordoen die daartoe aanleiding geven, kan dit tussentijds worden bijgesteld of gewijzigd.

¹² Vakgroep-reglement

¹³ Vastgelegd in het verpleeghuisbeleidsplan, medisch beleidsplan en beleidsplannen

De RvB doet hiervan tijdig mededeling. De RvB stelt jaarlijks, zoveel mogelijk rekening houdend met het door de specialist(en) ouderengeneeskunde aangegeven zorginhoudelijk kader, het financiële kader vast.¹⁴

- 2.4 De organisatie stelt tijd, vergaderruimte en administratieve ondersteuning beschikbaar die nodig zijn voor de uitvoering van gemaakte afspraken.
- 2.5 De onderwerpen waarover de organisatie na overleg met de specialist(en) ouderengeneeskunde verdere regelingen vaststellen zijn opgenomen in het hoofdstuk gericht op de rol van de specialist ouderengeneeskunde in dit statuut.
- 2.6 Het contact van de specialist(en) ouderengeneeskunde met de raad van toezicht van de organisatie verloopt via tussenkomst van de RvB, tenzij dringende redenen rechtvaardigen dat de specialist(en) ouderengeneeskunde zich rechtstreeks tot de raad van toezicht wendt/wenden, in welk geval de specialist(en) ouderengeneeskunde daarvan met opgaaf van redenen tevoren mededeling doet aan de RvB.

Artikel 3: Afspraken met andere specialismen

- 3.1 De specialist(en) ouderengeneeskunde en RvB stemmen afspraken over het behandelinhoudelijke beleid met andere specialismen af, zowel binnen als buiten de organisatie.¹⁵ De individuele, dan wel collectieve, participatie van de specialist(en) ouderengeneeskunde in organen binnen de organisatie is opgenomen in het hoofdstuk gericht op de rol van specialisten ouderengeneeskunde in dit statuut.

Hoofdstuk 2: Functioneren samenwerking en geschillen

Artikel 4: Functioneren samenwerking RvB en specialisten ouderengeneeskunde

- 4.1 De RvB en de specialist(en) ouderengeneeskunde doen jaarlijks een (zelf)evaluatie gericht op het verder verbeteren van hun samenwerking.

Artikel 5: Functioneren samenwerking andere specialismen

- 5.1 Structurele samenwerkingsverbanden tussen specialisten ouderengeneeskunde en andere specialismen worden jaarlijks geëvalueerd gericht op het verder verbeteren van de samenwerking.

Artikel 6: Geschillen

- 6.1 Wanneer tussen de RvB en de specialist(en) ouderengeneeskunde geen overeenstemming wordt bereikt over een overeen te komen regeling, dan kan de RvB namens de organisatie als eindverantwoordelijke voor de leiding en de continuïteit van de organisatie middels een voorziening een regeling treffen.
- 6.2 In geval de specialist(en) ouderengeneeskunde zich niet met een door de RvB middels een voorziening getroffen regeling of een door de RvB na overleg vastgestelde regeling kan verenigen, geldt de door de organisatie opgestelde geschillenregeling.

¹⁴ Vastgelegd in beleid- en begrotingscyclus

¹⁵ [Handreiking taakverschikking ouderenzorg, 2022](#)

2.3 Model vastleggen afspraken rol specialisten ouderengeneeskunde

In dit laatste gedeelte worden de afspraken rondom de rol van specialisten ouderengeneeskunde vastgelegd. In dit model wordt ingegaan op mogelijke thema's waarover de dialoog met de RvB kan worden aangegaan.



Het model in onderstaand kader dient te worden aangepast aan de context van, en afspraken tussen, de specialist(en) ouderengeneeskunde.

Deel C: Rol specialisten ouderengeneeskunde

Hoofdstuk 3: (de ontwikkeling van) het team van specialisten ouderengeneeskunde

Artikel 7: Samenstelling team

- 7.1 De specialist(en) ouderengeneeskunde gaan in gesprek met de RvB om afspraken vast te leggen rondom inspraak in de samenstelling van de specialist(en) ouderengeneeskunde die werkzaam zijn voor de organisatie en werkomstandigheden. Hierbij worden afspraken gemaakt over:
- De samenstelling van het team van specialisten ouderengeneeskunde, de aanstelling van nieuwe specialisten ouderengeneeskunde en de procedure om tot wijziging van de formatie van specialisten ouderengeneeskunde binnen de organisatie te komen op basis van de strategie voor de medische positionering van de organisatie.
 - De samenstelling van het medisch behandelteam en de professionals met wie specialisten ouderengeneeskunde nauw samenwerken. Specialist(en) ouderengeneeskunde geven hierover gevraagd of ongevraagd advies aan de RvB. Indien dit niet overgenomen wordt, of hiervan afgeweken wordt, geeft de RvB hierover een gemotiveerd besluit.
 - De administratieve ondersteuning.

Artikel 8: Werkomstandigheden

- 8.1 Binnen de zorgorganisatie worden afspraken gemaakt met de specialist(en) ouderengeneeskunde over de nadere invulling van de arbeidsvoorwaardelijke functies en werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde. Voorbeelden hiervan zijn:
- Afspraken zoals benoemd in de CAO VVT.
 - De individuele dan wel collectieve participatie van specialist(en) ouderengeneeskunde in organen binnen de organisatie.
 - De aard en de omvang van de door de organisatie aan de specialist(en) ouderengeneeskunde ter beschikking gestelde voorzieningen/middelen.
 - De organisatie, outillage en financiële regelingen van onderzoek- en behandelruimten binnen de organisatie.

Artikel 9: Leren en ontwikkelen

- 9.1 Van de specialist(en) ouderengeneeskunde wordt verwacht dat zij het vakgebied bijhouden in het algemeen en specifiek voor de doelgroepen waarvoor zij werkzaam zijn. Structureel (tenminste jaarlijks) bespreken zij beroepsinhoudelijke ontwikkelingen. Hierbij wordt de professionele standaard gehandhaafd door de implementatie van beroepsinhoudelijke kwaliteitsstandaarden op basis van nieuwe (wetenschappelijke) inzichten.
- 9.2 Er worden afspraken gemaakt over eventuele deelname aan het programma 'zorgprofessionals aan zet'.¹⁶ Door deelname hebben specialisten ouderengeneeskunde

¹⁶ [Zorgprofessionals aan zet](#)

beter zicht op kwaliteitsinformatie en kunnen zij hierover het gesprek aangaan binnen de zorgorganisatie.

- 9.3 De werkgever stelt in overleg met de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging een Strategisch Opleidingsplan (SOP) vast, dat de basis vormt voor het jaarlijks opleidingsplan. In de CAO VVT staat vastgelegd dat op initiatief van de werknemer en/of werkgever periodiek ontwikkelingsgesprekken plaatsvinden. Hierin worden afspraken gemaakt over de persoonlijke en professionele ontwikkeling, loopbaanwensen en wat nodig is om duurzaam inzetbaar te blijven. Functiegerichte scholing en scholing die verplicht wordt gesteld door de werkgever wordt volledig vergoed in tijd en geld. De RvB en de specialist(en) ouderengeneeskunde maken afspraken over vergoeding van tijd en geld bij niet-direct functiegerichte scholing.
- 9.4 De werkgever vergoedt alle noodzakelijke kosten die voor de (her)registratie voor de Wet BIG nodig zijn (zoals vermeld in de CAO VVT). De daarvoor benodigde tijd wordt als werktijd beschouwd. Denk hierbij ook aan visitatie en EIF.
- 9.5 Een bijdrage in het lidmaatschap van Verenso valt voor alle in de organisatie werkzame specialisten ouderengeneeskunde onder de secundaire arbeidsomstandigheden. Op basis van de CAO VVT worden afspraken gemaakt en vergoedt de werkgever minimaal 50% van de contributie voor het lidmaatschap van de beroepsvereniging, tenzij de ondernemingsovereenkomst anders bepaalt.¹⁷

Hoofdstuk 4: Doelmatig, patiëntgericht en kwalitatief verantwoord verlenen van medische zorg binnen de organisatie

Artikel 10: Inspraak specialist ouderengeneeskunde op het behandelinhoudelijke beleid

- 10.1 Specialisten ouderengeneeskunde formuleren jaarlijks een jaarplan en jaarverslag en ten minste elke vijf jaar een beleidsplan c.q. formuleert de voor hen relevante onderdelen in de jaar- en beleidsplannen/jaarverslagen van de organisatie, gebaseerd op haar visie op de medische zorg. Deze plannen maken onderdeel uit van c.q. zijn afgestemd met de visie, het beleidsplan en het strategisch plan van de organisatie.
- 10.2 De specialist(en) ouderengeneeskunde hebben een adviserende rol in de beleidsvorming van het behandelinhoudelijke beleid van een zorgorganisatie (zowel gevraagd als ongevraagd). In het algemeen zullen tot een dergelijke consultatie aanleiding geven, zonder uitsluiting van andere onderwerpen:
- Het behandelinhoudelijke beleid en de ontwikkeling van nieuwe werkgebieden. Specialisten ouderengeneeskunde adviseren de RvB over benodigd behandelinhoudelijk beleid, diensten en benodigde omgevingsfactoren voor de (toekomstige) doelgroepen van de organisatie. De specialist ouderengeneeskunde adviseert zowel over kwantiteit (bijvoorbeeld aantal te behandelen patiënten) als de kwaliteit daarvan (zoals bijvoorbeeld benodigde expertise, raming van benodigde inzet en benodigde randvoorwaarden).
 - De door de RvB vast te stellen financiële kaders rondom patiëntenzorg. De specialist(en) ouderengeneeskundige kunnen advies geven op de budgetten van de organisatie en ontvangen hiervoor ook de noodzakelijke financiële gegevens.

Artikel 11: Continuïteit van zorg

- 11.1 De RvB is eindverantwoordelijk voor de continuïteit van zorg.
- 11.2 Specialisten ouderengeneeskunde maken afspraken over de continuïteit van de zorg en deze worden vastgelegd. Er is in iedere locatie (volgens KvK-registratie) voor patiënten met een indicatie verblijf met verpleging of behandeling 24 uur per dag, zeven dagen per week een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse.

¹⁷[Vergoedingsmogelijkheden](#)

Hoofdstuk 5: Interne samenwerking

Artikel 12: Samenwerkingspartners van specialisten ouderengeneeskunde binnen de zorgorganisatie

- 12.1 Wanneer de aard of complexiteit van de te verlenen zorg het noodzakelijk maakt is de specialist ouderengeneeskunde regiebehandelaar van de patiënt.¹⁸ Daarbij is het regiebehandelaarschap gekoppeld aan de behandelverantwoordelijkheid en (medisch)inhoudelijke verantwoordelijkheid zoals een arts deze biedt. Dit wordt door de specialist ouderengeneeskunde vermeldt in het medisch behandelplan.
- 12.2 Er zijn 24 uur per dag, zeven dagen per week aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals het invoeren van een specialist ouderengeneeskunde.
- 12.3 De organisatie legt afspraken vast over de verantwoordelijkheidsverdeling bij medische zorg op basis van wet- en regelgeving. Specialist ouderengeneeskunde die een behandelovereenkomst met de patiënt hebben voeren de regie over de multidisciplinaire samenwerking. Iedere verzorgende, verpleegkundige en behandelaar blijft zelf verantwoordelijk voor de door hen uitgevoerde (zorg) en (be)handelingen. Er worden afspraken gemaakt over het Multidisciplinair overleg (MDO). Specialist ouderengeneeskunde maken afspraken over supervisie aan aios ouderengeneeskunde, evenals basisartsen en aios huisartsengeneeskunde (zowel intern als extern).
- 12.4 Het medisch behandelteam maakt onderling afspraken over taakdelegatie en taakherschikking, conform wetgeving en met oog voor competentie van betrokken medewerkers. Afspraken over rollen en verantwoordelijkheden naar aanleiding van taakdelegatie en taakherschikking worden schriftelijk vastgelegd en besproken met de RvB.
- 12.5 Specialist ouderengeneeskunde maken afspraken over goede uitvoering van individuele, dan wel collectieve, participatie van specialist ouderengeneeskunde in organen binnen de organisatie voor adequaat afgestemde patiëntenzorg en niet-patiëntgebonden taken met relevante professionals, waarbij rollen en verantwoordelijkheden schriftelijk zijn vastgelegd. Specialist ouderengeneeskunde adviseren in beleid ten aanzien van de Wet Zorg en Dwang (Wzd), infectiepreventie, medicatie, palliatieve zorg, ethiek, etc.

Hoofdstuk 6: Samenwerkingspartners van specialisten ouderengeneeskunde buiten de zorgorganisatie

Artikel 13: Overeenkomsten met andere organisaties of samenwerkingsverbanden

- 13.1 Specialist ouderengeneeskunde en de RvB maken gezamenlijk afspraken over het gezamenlijk realiseren van adequaat afgestemde patiëntenzorg. Zij leggen in beleid de participatie in regionale netwerken vast.
- 13.2 Specialist ouderengeneeskunde stellen aanspreekpunten vast voor de afstemming met externe samenwerkingspartners naar aanleiding van overeenkomsten met andere organisaties en samenwerkingsverbanden, zoals bijvoorbeeld:
 - a. Huisartsen
 - b. Apothekers
 - c. Klinisch geriaters
 - d. Psychologen
 - e. Psychiaters
 - f. Fysiotherapeuten

¹⁸ [Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg \(2022\)](#)

Hoofdstuk 7: Kwaliteit en veiligheid

Artikel 14: Continu verbeteren van kwaliteit en veiligheid

- 14.1 De specialist(en) ouderengeneeskunde bewaken en stimuleren de kwaliteit van de behandeling in de multidisciplinaire samenwerking en adviseren over de kwaliteit van zorgverlening. Hierover maken de specialist(en) ouderengeneeskunde heldere afspraken met het management (over bijvoorbeeld welke onderwerpen zij adviseren, wanneer, op welke wijze, aan welke verantwoordelijke en hoeveel tijd zij hieraan zullen besteden).
- 14.2 De specialist(en) ouderengeneeskunde legt de afspraken vast over het ophalen van inzichten in de risico's en uitkomsten van zorg om continu te kunnen verbeteren en maakt aan de hand hiervan jaarlijks een kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag.
- Manieren om inzicht te krijgen in de risico's en uitkomsten van zorg zijn bijvoorbeeld het melden, analyseren en bespreken van incidenten en calamiteiten (MIC-rapportages). Uitgangspunt is dat de specialist(en) ouderengeneeskunde zelf incidenten en calamiteiten rapporteren binnen de organisatie waarvoor zij werkzaam zijn conform de daar geldende (MIC)procedure en aan IGJ conform wet- en regelgeving. Daarnaast wordt van hen verwacht dat zij gezamenlijk aanwezige informatie over incidenten, calamiteiten en de resultaten van de in de sector opgestelde 'indicatoren basisveiligheid verpleeghuiszorg' analyseren en bespreken met als doel daarmee de kwaliteit van de zorg te verbeteren.
 - Uitkomsten van onderzoek naar patiënttevredenheid over de medische zorg wordt door de specialist(en) ouderengeneeskunde besproken om vast te stellen of wijzigingen in professioneel handelen en kwaliteit van medische zorg noodzakelijk zijn. Er worden binnen de zorgorganisatie afspraken gemaakt over of dit wordt gemeten door de artsen zelf of door de organisatie waar zij werkzaam zijn (bijvoorbeeld via enquêtes, spiegelgesprekken of familie-interviews), waarna verbeteracties kunnen worden ingezet.

Artikel 15: Gegevensbeheer

- 15.1 De RvB is verantwoordelijk voor veilig informatiebeheer in de zorgverlening en het faciliteren van adequate dossiervoering die nodig is voor de uitvoering van behandelovereenkomsten. Besluiten over het elektronisch patiëntendossier (EPD) worden in samenspraak met specialisten ouderengeneeskunde genomen.
- 15.2 De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor een juiste wijze van verslaglegging en dossiervorming in het behandelplan of het medische onderdeel van het zorgleefplan. Deze beschrijft een adequate registratie van zijn/haar verrichtingen en leggen afwijken van de professionele standaard vast in het patiëntendossier.

Artikel 16: Wetenschappelijk onderzoek

- 16.1 De organisatie komt met de specialist(en) ouderengeneeskunde een regeling overeen gericht op het verrichten van klinisch wetenschappelijk en/of experimenteel onderzoek, alsmede de daarvoor geldende wetgeving conform de AVG.¹⁹
- 16.2 Het gebruik maken van niet tot de patiënt herleidbare gegevens ten behoeve van wetenschappelijke publicaties of onderzoeken, geschiedt overeenkomstig de wettelijke bepalingen. Uitvoering van wetenschappelijk onderzoek vindt voor zover van toepassing plaats met inachtneming van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen.²⁰
- 16.3 Het verrichten van wetenschappelijk onderzoek in de organisatie is onderworpen aan de toestemming van de RvB.
- 16.4 Van patiënten die niet meer in zorg zijn, is toestemming van een hiervoor aangewezen persoon vereist.

¹⁹ [Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming](#)

²⁰ [Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen](#)

16.5 Specialisten ouderengeneeskunde maken afspraken over eventuele deelname aan het programma 'Leren van Data'.²¹

Artikel 17: Innovatie en zorgvernieuwing

17.1 De specialist(en) ouderengeneeskunde zijn betrokken bij het beleid rondom proportionele innovatie en zorgvernieuwing en maken afspraken over hoe zij innovaties kunnen initiëren of kunnen ondersteunen, zowel op inhoudelijk als ethisch vlak. Bijvoorbeeld op het gebied van technologie en duurzaamheid.

²¹ [Programma Leren van Data](#)