



Kwaliteitshandboek voor de specialist ouderengeneeskunde

*Een specifieke uitwerking van het KNMG Kwaliteitskader
medische zorg 'Staan voor kwaliteit'*



Kwaliteitshandboek voor de specialist ouderengeneeskunde*

Een specifieke uitwerking van het KNMG Kwaliteitskader
medische zorg 'Staan voor kwaliteit'

Specialist ouderengeneeskunde:

DESKUNDIG

BETROUWBAAR

VERANTWOORDELIJK

TRANSPARANT

TOETSBAAR

Doel handboek:

Deze ongewone criteria ongewoon goed vorm te geven

* Het Kwaliteitshandboek is eveneens te gebruiken door de sociaal geriater, maar er zijn verschillen m.b.t. opleiding, registratie en herregistratie.

Het Kwaliteitshandboek voor de specialist ouderengeneeskunde is tot stand gekomen door:

Bureau Verenso

Drs. M.L.M.T. (Monique) Bogaerts, beleidsmedewerker
Drs. I. (Inge) van der Stelt, beleidsmedewerker
Drs L.P.M. (Lauri) Faas, communicatieadviseur
J. (Judith) Heidstra, beleidsondersteuner

Met medewerking van de Commissie kwaliteit van Verenso

M. (Mirjam) Bezemer, specialist ouderengeneeskunde
R.M. (Roelie) Dijkman, specialist ouderengeneeskunde
A.J.J.M. (Angela) Keyzer-van Laarhoven, specialist ouderengeneeskunde
J.M.J. (Ans) Mulders, specialist ouderengeneeskunde
T.C.M. (Rinette) Nieuwlands, specialist ouderengeneeskunde
C. (Claudia) Ramaker, specialist ouderengeneeskunde
S.J. (Serge) Roufs, sociaal geriater
I. (Inge) van der Stelt, beleidsmedewerker Verenso
R. (René) Verfaillie, specialist ouderengeneeskunde

Inhoud

The aging of population represents an opportunity for societies. If older people can retain their health, and if they live in an environment that promotes their active participation, their experience, skills and wisdom will be without any doubts a resource for societies.

However, most people of very advanced age will be needing accessible and effective acute and long-term care. Developing integrated systems that provide seamless access to the care they require is a priority for both developed and developing countries.*

* World Health Organization, March 10th 2012.

Inleiding

De kwaliteit van de ouderenzorg in Nederland is hoog en de wijze waarop de ouderengeneeskunde wordt vormgegeven is uniek in Europa. Het leveren van hoogwaardige medische ouderenzorg is de essentie van het beroep van de specialist ouderengeneeskunde. Sleutelbegrippen bij kwaliteitsbeleid zijn: veiligheid, doelmatigheid, tijdigheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid. Het KNMG Kwaliteitskader medische zorg 'Staan voor Kwaliteit'¹ is erop gericht de patiënt een gerechtvaardigd vertrouwen in de geleverde patiëntenzorg te bieden. De rol van Verenso in het kwaliteitsbeleid van de ouderengeneeskunde bestaat uit het ontwikkelen van kwaliteitsnormen en het stimuleren, coördineren, ondersteunen en borgen hiervan voor de specialist ouderengeneeskunde.

Het KNMG Kwaliteitskader medische zorg 'Staan voor Kwaliteit' is leidend voor alle medisch specialisten. Dit handboek is een aanvulling hierop en is toegespitst op de praktijk van de ouderengeneeskunde.

1 [Staan voor kwaliteit, Kwaliteitskader medische zorg. KNMG, Utrecht 2012.](#)

Kwaliteit staat voor:

Veiligheid
Doelmatigheid
Tijdigheid
Effectiviteit
Patiëntgerichtheid

Rol Verenso

De activiteiten van Verenso richten zich op het ondersteunen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening door de specialist ouderengeneeskunde.

Van belang hierbij zijn:

Methodisch handelen
Communicatie
Samenwerkingsaspecten
Wetenschappelijke benadering
Maatschappelijk handelen
Organisatorische aspecten
Professioneel handelen

Deskundig

Een geldig artsdiploma² geeft de arts de bevoegdheid tot het 'uitoefenen van de geneeskunst in volle omvang'. Volgens de wet BIG is de arts uitsluitend bevoegd tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen, voor zover hij³ redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de vereiste bekwaamheid. Wat onder bekwaamheid moet worden verstaan, wordt in de wet zelf niet nader uitgelegd. In ieder geval dienen artsen, om zich bekwaam te kunnen noemen, conform de professionele standaard te handelen.

'Ik weet wat ik niet weet.'

Specifieke bekwaamheid die hoort bij een specialisme wordt verkregen tijdens een vervolgopleiding.⁴ Het doel van deze vervolgopleiding is in staat zijn om zelfstandig, in overeenstemming met de professionele standaard, patiëntenzorg te verlenen. Het daadwerkelijk ervaring opdoen in de patiëntenzorg met het gebruik van vastgestelde richtlijnen en protocollen vormt de basis van de opleiding. De specialist ouderengeneeskunde is generalist voor de algemene medische zorg voor ouderen en specialist op het gebied van de medische zorg voor ouderen met complexe problematiek.

'Patiënten kunnen er op rekenen dat de medische zorg veilig is en voldoet aan de stand van de wetenschap.'

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, communicatieve, psychische en/of sociale problemen in het functioneren met waarschijnlijke gevolgen voor de autonomie en de regie van het bestaan. Dit kan leiden tot een neerwaartse spiraal van toenemend functieverlies. Twee belangrijke factoren voor verhoogde kwetsbaarheid zijn het verlies van 'reservevermogens'

-
- 2 Hier wordt bedoeld: geneeskunde afgerond in een door Nederland erkende universiteit/faculteit voor geneeskunde.
 - 3 Waar hij staat kan tevens zij gelezen worden.
 - 4 Zoals de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, en overige specialisaties.

en de vermindering van het 'aanpassingsvermogen', op lichamelijk, persoonlijk, relationeel en maatschappelijk functioneren. Dit kan resulteren in complexe medische zorgproblematiek. Hier ligt bij uitstek de expertise van de specialist ouderengeneeskunde.

Uitgangspunt van de ouderengeneeskunde is de relatie tussen patiënt en context, tussen patiënt en zorg- en behandelingsysteem. Kenmerkend voor het handelen van de specialist ouderengeneeskunde is het bieden van samenhangende en proactieve (SAMPC⁵) multidisciplinaire medische zorg. Het beleid is gericht op de hulpvraag waarbij, binnen de medische mogelijkheden, respect voor de patiënt en diens wensen centraal staan. De benadering is systeem- en probleemgericht.

De patiënt is een zelfstandig persoon, die zijn eigen ideeën en opvattingen heeft over wat voor hem belangrijk is in het leven. De patiënt moet daarom in staat worden gesteld om, zoveel mogelijk, zelf te beslissen welke behandeling en zorg het beste bij zijn opvattingen en manier van leven passen. Als de mogelijkheid van de patiënt om de regie over het eigen leven te voeren afneemt, is de specialist ouderengeneeskunde extra alert op het afstemmen van de behandeling en het zorgaanbod op de wensen van de patiënt en/of diens (wettelijke) vertegenwoordiger.

De patiënt kan een verlangen hebben om zelf beslissingen te nemen, maar hij kan ook een verlangen hebben om geholpen en ondersteund te worden. Niet alleen een claim om leven en lichaam in 'eigen hand te houden', maar ook de hoop en behoefte hebben om zich aan een ander te kunnen toevertrouwen.⁶

5 De termen SAMPC (Somatisch/ADL/Maatschappelijk/Psychisch/Communicatief) en SFMPC (Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatief) worden naast elkaar gebruikt en hebben dezelfde intentie.

6 Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde 2012 (Verenso).

Het is de taak van de specialist ouderengeneeskunde het zelf-beschikkingsrecht van de patiënt zo goed mogelijk te waarborgen. Dit zelfbeschikkingsrecht uit zich in de mate waarin de patiënt de regie kan voeren over de doelen van de medische zorg en persoonlijke verzorging.

Het doel van het specialisme ouderengeneeskunde is medische⁷ zorg te verlenen bij complexe geriatrische zorgproblemen waarbij het versterken van de functionele autonomie en kwaliteit van leven van de patiënt belangrijke elementen zijn. Deze complexe medische zorg wordt verleend onafhankelijk van de locatie waar de patiënt zich bevindt.

De specialist ouderengeneeskunde draagt er zorg voor zijn vakkundigheid/deskundigheid op peil te houden door het onderhouden en verwerven van kennis van nieuwe ontwikkelingen binnen het eigen vakgebied. Dit doet hij door geaccrediteerde deskundigheidsbevorderingsprogramma's⁸ te volgen, conform de eisen van herregistratie, vastgesteld door het College Geneeskundige Specialismen (CGS). De specialist ouderengeneeskunde draagt er zorg voor dat de organisatie waartoe hij behoort een afschrift heeft van zijn herregistratie. Het is de verantwoordelijkheid van de organisatie zelf om er zorg voor te dragen dat alleen geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde werkzaam zijn als specialist ouderengeneeskunde.

7 Met medische zorg wordt in de situatie van de specialist ouderengeneeskunde altijd integrale zorg bedoeld, gekeken wordt naar de vier domeinen waarbinnen het leven zich afspeelt: lichamelijk welbevinden, mentaal welbevinden, woon- en leefomstandigheden, participatie. Zie ook SAMPC en SFMPC.

8 Geaccrediteerde scholingsbijeenkomsten (congres, symposium, refereeravond), geaccrediteerde groepen voor intercollegiale reflectie (toetsgroepen/visitatie), geaccrediteerde e-learning, overige individuele geaccrediteerde activiteiten: auteurschap, richtlijnontwikkeling, voordracht et cetera.

***De specialist ouderengeneeskunde stelt de organisatie waar-
toe hij behoort onmiddellijk op de hoogte:***

- als hij niet meer is ingeschreven in het wettelijk register van de Registratiecommissie Geneeskundige Specialismen (RGS),***
- als hij uit het registratie is geschorst,***
- als hem onherroepelijk de bevoegdheid tot zijn in het register ingeschreven staande beroep uit te oefenen geheel of gedeeltelijk wordt ontzegd.***

In het 'Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde'⁹ staan de noodzakelijke vaardigheden, attitude en kennis beschreven die een specialist ouderengeneeskunde dient te bezitten. Het beroepsprofiel geeft voor de individuele specialist ouderengeneeskunde richting aan de dagelijkse, huidige en toekomstige invulling van zijn professionele taken. Het draagt zowel op landelijk als regionaal niveau bij aan de positionering en de herkenbaarheid van het vak van de specialist ouderengeneeskunde. Het kan als hulpmiddel dienen bij de ontwikkeling van een programma voor wetenschappelijk onderzoek en bij de ontwikkeling van richtlijnen en handreikingen voor de beroepsuitoefening. De opleiding formuleert op grond van het beroepsprofiel de eindtermen (CanMeds-competenties) en een raamcurriculum waarop de opleidingseisen door het College Geneeskundige Specialismen gebaseerd worden.

Doelstelling van de opleiding: specialisten ouderengeneeskunde afleveren die in staat zijn goede medische ouderenzorg te leveren aan patiënten waardoor het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven behouden blijft. Om dit te bereiken zijn zowel diagnostiek en cure¹⁰ als care aangewezen. Het medisch handelen en het zorgproces zijn met name gericht op het behandelen van ziekten en het voorkómen dan wel beperken van negatieve functionele en psychosociale gevolgen van ziekten. Dit vereist een voortdurende afweging.

⁹ Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde 2012 (Verenso).

¹⁰ Cure = behandeling. Care = zorg. De specialist ouderengeneeskunde wordt veelal in verband gebracht met de term care. Dit is verwarrend. De specialist ouderengeneeskunde is zowel op het gebied van cure (behandeling waar nodig) als op care (zorg, maar dan met name de regievoering over het multidisciplinair team) actief. Zorg in de zin van verzorging en verpleging is bij uitstek het domein van de verpleegkundige.

De bij de beroepsopleiding betrokken universitaire vakgroepen zijn zelf verantwoordelijk voor de inhoud van het cursorisch gedeelte van de opleiding. De eisen en toetsing worden opgesteld en verricht door het College Geneeskundige Specialismen.

Capaciteitsorgaan

Verenso participeert in de werkgroep 'Voorspellende Waarde' van het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan heeft als doel tijdig trends en ontwikkelingen te herkennen en prognoses te maken voor de toekomst van de ouderenzorg.

Consilium Ouderengeneeskunde

In het Consilium Ouderengeneeskunde komen vertegenwoordigers van de opleidingsinstituten (SOON), specialisten ouderengeneeskunde in opleiding (VASON), hoogleraren ouderengeneeskunde (IOSO), opleiders en Verenso samen om de kwaliteit van de opleiding af te stemmen.

Het Consilium Ouderengeneeskunde levert een bijdrage aan de kwaliteit van de opleiding en de invloed is drieledig:

1. Coördinatie en afstemming van het beleid in relatie tot de *inhoud en de uitvoering van de opleiding* tot specialist ouderengeneeskunde in Nederland.
2. Coördinatie en afstemming van het beleid ten aanzien van *wetenschap en wetenschappelijk onderzoek* binnen het specialisme ouderengeneeskunde.
3. Het *positief onder de aandacht brengen van het vakgebied en het werkveld* van de specialist ouderengeneeskunde bij overheid, UMC's, artsen, medisch studenten en andere belanghebbenden. Hieronder is begrepen verbetering c.q. bevordering van de instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.



Betrouwbaar

Onder betrouwbaar vallen de begrippen: juistheid, volledigheid, tijdigheid en controleerbaarheid.¹¹ De specialist ouderengeneeskunde levert verantwoorde medische zorg.¹² Dat wil zeggen: medische zorg dat van goed niveau, veilig, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is. Deze zorg wordt tijdig verleend en afgestemd met de patiënt en/of diens (wettelijke) vertegenwoordiger.

Het leveren van hoogwaardige medische zorg is de essentie van het beroep.

'Ik leg het vast als ik afwijk van een richtlijn.'

De specialist ouderengeneeskunde handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiend uit de voor hem geldende professionele standaard.

De specialist ouderengeneeskunde:

- ***handelt volgens de professionele standaard,***
- ***werkt volgens de beschikbare richtlijnen en protocollen,***
- ***wijkt zo nodig beargumenteerd af,***
- ***legt dat vast in het medisch dossier van de patiënt en***
- ***evalueert met collegae het gebruik van richtlijnen/protocollen bij het medisch handelen.***

11 Van Wijn Penning 2006.

12 De specialist ouderengeneeskunde werkt zoveel mogelijk volgens de evidence based richtlijnen. Dit zijn richtlijnen die zoveel mogelijk gebaseerd zijn op de hoogste graad van beschikbaar bewijsmateriaal en waarbij de uiteindelijke aanbevelingen gebaseerd zijn op het beschikbare bewijsmateriaal, de klinische expertise van de zorgverleners en de voorkeuren en wensen van de patiënt.

Het werkproces van de specialist ouderengeneeskunde wordt in praktische zin ondersteund door richtlijnen, protocollen en handreikingen. Het medisch dossier (behandelplan) geeft de actuele situatie van de patiënt, ziektegeschiedenis, de diagnose(n), de doelen, behandelingen, medicatie en interventies weer.

De professionele standaard van de specialist ouderengeneeskunde moet 'gezocht' worden in beschikbare kennisbronnen. Belangrijke kennisbronnen zijn:

- Richtlijnen, het beroepsprofiel en het bijbehorend competentieprofiel, de artseneed;
- Vakliteratuur, wetenschappelijke bijeenkomsten, toetsingsgroepen;
- Wet- en regelgeving: Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (BIG), Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), Kwaliteitswet Zorginstellingen (KwZ), Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ), Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) et cetera;
- Jurisprudentie;
- Opleidingseisen;
- Het Algemeen kwaliteitskader voor geneeskundige specialismen KNMG en het Kwaliteitshandboek voor specialist ouderengeneeskunde Verenso.

Onder het begrip protocol wordt verstaan:

'een samenstelling van regionaal of lokaal gemaakte gedetailleerde werkafspraken voor het handelen van artsen op een bepaald onderdeel van hun vakgebied, passend binnen de grenzen van de landelijk vastgestelde richtlijn'.

Richtlijnontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging Verenso wordt gebaseerd op de hoogste graad van beschikbaar bewijs. Hierbij zijn de uiteindelijke aanbevelingen gebaseerd op het beschikbare bewijsmateriaal, de klinische expertise van de zorgverleners en de voorkeuren en wensen van de patiënt. Bij de methode evidence based medicine wordt 'evidence' in de literatuur systematisch opgezocht en gewaardeerd volgens bepaalde kwaliteitscriteria.

De richtlijnen van Verenso worden toegespitst op kwetsbare ouderen met meerdere al dan niet chronische aandoeningen. Dit betekent dat de volgende uitgangspunten gelden:

- De zorg is integraal, continu en behoeft de inzet van een multidisciplinair team;
- De steeds terugkerende afweging tussen het behoud van het leven en het verlengen van leven zodat behoud van menswaardig leven (kwaliteit van leven) gewaarborgd kan worden
- De afweging van en systematische reflectie op vragen omtrent het medisch handelen zodat bij elke patiënt opnieuw gestreefd wordt naar het juiste evenwicht tussen cure en care;
- De afstemming van de zorgvraag op de individuele wensen en meningen van patiënten in relatie met het (zorg)systeem.¹³



Verantwoordelijk

Verantwoordelijkheid behelst de vastgestelde mate van verplichting en aansprakelijkheid ten opzichte van een ander. Kernwoorden hierbij zijn aansprakelijkheid, toerekeningsvatbaarheid, verantwoording en verplichting.¹⁴ Indien het werkteerrein van de specialist ouderengeneeskunde zich in een intramurale setting bevindt, nemen management en specialist ouderengeneeskunde goed zorgverlenerschap in acht ten opzichte van de patiënt. De raad van bestuur is krachtens de Kwaliteitswet zorginstellingen eindverantwoordelijk voor de integrale kwaliteit van zorg en moet voorwaarden creëren om tot goede zorg te kunnen komen. De specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk voor goede medische zorg.

'Als er zaken binnen de samenwerking misgaan, heeft dat ook met mij te maken.'

De raad van bestuur en de specialist ouderengeneeskunde hebben een gedeelde verantwoordelijkheid om de doelstellingen voor de (medische) zorg vast te stellen. De specialist ouderengeneeskunde dient met het management kwantitatieve en kwalitatieve afspraken te maken (omvang/volume x middelen/inhoud) over de medische zorg.

Door samen met het management het medisch beleid voor de komende jaren vast te stellen wordt een kwalitatief onderbouwd medisch kader voor de toekomst neergezet. Op die manier kunnen verantwoordelijkheden gedeeld worden en wordt het management dual vormgegeven.

De voorbeeldfunctie die de specialist ouderengeneeskunde heeft binnen het multidisciplinair team is bepalend hoe de multidisciplinaire zorg gegeven gaat worden. Als regiehouder is de specialist ouderengeneeskunde een bepalende factor. De attitude die de

14 [Woorden-boek.nl](#)

specialist ouderengeneeskunde aanneemt ten aanzien *van* de patiënten, *bij* de patiënten en *in* het multidisciplinair team, geeft stevig richting aan de manier waarop het team als geheel de zorg en behandeling geeft aan de patiënt. De specialist ouderengeneeskunde moet zich bewust zijn van deze verantwoordelijkheid.

'De minima magnus scintilla nascitur ignis'

Van een vonk komt een groot vuur.

De specialist ouderengeneeskunde heeft een signalerende en adviseerende rol met betrekking tot de kwaliteit van zorg zoals die door het behandelteam geleverd wordt. De specialist ouderengeneeskunde zal door samenwerking de kwaliteit bewaken en verbeteren. Daarnaast heeft de specialist ouderengeneeskunde een observerende en signalerende rol (gevraagd en ongevraagd) met betrekking tot de kwaliteit van zorgverlening door verpleging en verzorging en indien nodig, de verantwoordelijkheid om te rapporteren aan het management.

Signaleren van knelpunten in de zorg in relatie tot de eigen professionele verantwoordelijkheid en deze onder de aandacht te brengen van het management is een bewakende kwaliteitsrol van de specialist ouderengeneeskunde.

De specialist ouderengeneeskunde spreekt de collega's van de vakgroep aan op ongewenst gedrag of disfunctioneren en onderneemt stappen om de ongewenste situatie te beëindigen. De specialist ouderengeneeskunde informeert daarover zo nodig het management en/of het bestuur.

De specialist ouderengeneeskunde die van mening is dat er aanwijzingen zijn van ongewenst gedrag/disfunctioneren van een collega bespreekt dit tenminste eenmaal met de betrokkene. Als dat niet afdoende is, bespreekt hij zijn observaties met de vakgroep waarna hij het management informeert.

De specialisten ouderengeneeskunde zijn in de behandelpraktijk collectief verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid¹⁵ van de medische¹⁶ zorg in het verpleeghuis/groepspraktijk dat in overleg met het management /raad van bestuur tot stand is gekomen. De specialist ouderengeneeskunde die als zelfstandige functionaris (ZZP) zijn beroep uitoefent, is verantwoording verschuldigd over de kwaliteit van de door hem geleverde ouderengeneeskundige zorg aan de organisatie namens welke hij zijn medische zorg verleent¹⁷ (ongeacht de locatie).

Hoe meer een voorziening een essentiële voorwaarde is voor de uitvoering van het zorgbehandelplan en hoe groter het risico op gezondheidsschade bij het ontbreken of tekort schieten van een voorziening, des te groter wordt de verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde dient dit te signaleren en te rapporteren aan het management/overheid/inspectie.

Verenso heeft diverse handreikingen geschreven die de verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde beschrijven en ondersteunen.¹⁸ Vakinhoudelijk heeft Verenso richtlijnen ontwikkeld die de praktijkvoering van de specialist ouderengeneeskunde ondersteunen. Daarnaast zijn er implementatieprogramma's geschreven voor multidisciplinaire richtlijnen.¹⁹

15 Waar kwaliteitsbeleid staat wordt tevens veiligheid bedoeld.

16 Met medische zorg wordt in de situatie van de specialist ouderengeneeskunde altijd integrale zorg bedoeld. Gekeken wordt naar de vier domeinen waarbinnen het leven zich afspeelt: lichamelijk welbevinden, mentaal welbevinden, woon- en leefomstandigheden, participatie.

17 Verenso is voornemens om een basis 'service level agreement' te ontwerpen ter ondersteuning van de specialist ouderengeneeskunde.

18 Een volledig overzicht van de handreikingen en richtlijnen is te vinden op www.verenso.nl.

19 Zie voor een overzicht van gepubliceerde multidisciplinaire richtlijnen en implementatie programma's www.verenso.nl.



Transparant

De specialist ouderengeneeskunde is primair verantwoordelijk voor de door hem verleende medische zorg. De specialist ouderengeneeskunde legt voor iedere door hem in behandeling genomen of onderzochte patiënt een medisch dossier aan. Verslaglegging vindt plaats conform gangbare normen. Het behandelplan wordt in samenspraak met de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger opgesteld.²⁰ Op transparante wijze wordt inzicht verschaft over welke zorg/behandeling, wanneer, hoe lang en door wie wordt gegeven.

Voor de patiënt is duidelijk:

- **wie aanspreekpunt is voor hem of diens vertegenwoordiger,**
- **wie de inhoudelijke verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening,**
- **wie belast is met de coördinatie van de zorgverlening.**

De specialist ouderengeneeskunde, die samen met collega's en/of een andere zorgverlener(s) (medische) zorg verleent aan een patiënt, maakt samen met die collega's en of andere hulpverlener(s) duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Deze afspraken worden schriftelijk vastgelegd.

De specialist ouderengeneeskunde, die samen met andere medisch specialisten en/of zorgverlener(s) zorg verleent aan de patiënt, vergewist zich ervan dat hij beschikt over relevante gegevens van die medisch specialist(en)/ zorgverlener(s). Hij informeert hen over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om goede (medische) zorg te kunnen verlenen.

Het is daarbij van belang dat de individuele patiënt weet dat de informatie die hij aan de arts verschaft niet zonder zijn toestemming voor andere doeleinden wordt gebruikt (wet op bescherming persoonsgegevens Wbp). De informatie en kennis die de specialist ouderengeneeskunde heeft over de patiënt valt onder het beroepsgeheim.

20 Gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt/vertegenwoordiger en arts om samen tot een beleid te komen dat het beste bij de patiënt past. De ervaringen, behoeften, normen, waarden en voorkeuren van de patiënt vormen daarbij het uitgangspunt.

Het beroepsgeheim is een recht van de patiënt en een plicht van de arts. Het beroepsgeheim omvat alle gegevens die een arts in de uitoefening van zijn beroep over de patiënt te weten komt. Dit betreft ook niet-medische aangelegenheden en zaken die de arts buiten de patiënt om te weten komt.²¹

Het is van belang dat (medische) zorgtaken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld.

Het beleid is gericht op kwaliteit van leven en stoelt op een probleemgerichte benadering.

De specialist ouderengeneeskunde kan de inzet van andere disciplines initiëren en aansturen binnen een multidisciplinair samenwerkingsverband. Hierdoor wordt proactieve samenhangende zorg geboden, waarbij belastende onderzoeken en behandelingen worden beperkt of vermeden.

De specialist ouderengeneeskunde heeft de regierol.

De specialist ouderengeneeskunde zorgt ervoor dat de rechten van de patiënt op een juiste wijze worden gewaarborgd.²² De specialist ouderengeneeskunde is alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en kundigheid en verwijst zo nodig tijdig door naar andere medici of zorgverleners. Transparantie wordt vormgegeven richting instelling/praktijk, zorgkantoor en inspectie door middel van registratie.²³

21 Handreiking beroepsgeheim en politie/justitie (2012).

22 De specialist ouderengeneeskunde past de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en overige Kwaliteitswetten (Kwaliteitswet Zorginstellingen, wet Medezeggenschap Cliënten zorginstellingen et cetera) toe.

23 Onder andere Norm verantwoorde zorg registratie et cetera.

De specialist ouderengeneeskunde legt periodiek en systematisch verantwoording af aan het management/raad van bestuur over de kwaliteit van de door hem geleverde zorg en onder welke condities hij deze zorg kan borgen. De raad van bestuur legt op haar beurt weer verantwoording af aan de raad van toezicht over de kwaliteit van de integraal geleverde zorg. Als deze cirkel rond is, wordt gewerkt volgens de governance structuur.

Governance structuur is het waarborgen van samenhang en transparantie in het bestuur en toezicht van een organisatie, met het oog op een efficiënte en effectieve realisatie van de beleidsdoelstellingen.

De Kwaliteitswet Zorginstellingen stelt dat de instelling verantwoordelijk is voor het leveren van verantwoorde zorg. Zorgaanbieders (professionals en management) zijn zelf primair verantwoordelijk voor het concretiseren van het begrip verantwoorde zorg.

Toetsbaar

Verslaglegging

De toelichting bij de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) stelt dat van iedere patiënt een apart medisch dossier moet worden bijgehouden. In het medisch dossier komen de volgende onderwerpen voor:

- De inhoud van het medisch handelen, van anamnese tot en met resultaten van behandeling en verpleging;
- Gegevens voor de continuïteit van zorg, van overdrachtsgegevens tot relevante levensloopinformatie;
- Persoonsgebonden gegevens die relevant blijven voor vervolghandeling, onderzoek en begeleiding;
- Schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt zoals een niet-reanimerenverklaring of het donorcodicil.

Bij registratie volgens codering is het voor een goede communicatie met collega's wenselijk de internationale ICPC of ICD diagnose indeling te gebruiken. De overdracht aan paramedici, verpleging/verzorging geschiedt steeds meer met de ICF systematiek. Problemen worden gestructureerd volgens onder andere SAMPC/SF MPC.²⁴ Rapportages van en aan artsen worden opgesteld conform SOEP/SOAP.²⁵

24 SAMPC = **S**omatisch, **A**lgemene dagelijkse levensverrichtingen, **M**aatschappelijk, **P**sychisch, **C**ommunicatief. SF MPC = **S**omatisch, **F**unctioneel, **M**aatschappelijk, **P**sychisch, **C**ommunicatief.

25 SOEP/SOAP. **S**ubjectief: wat patiënt zegt over zijn eigen belevingen. **O**bjectief: de directe observatie van de situatie door de medewerker. Met andere woorden: het gedrag van de patiënt zoals de medewerker dit waarneemt. **A**nalyse: een conclusie getrokken uit de subjectieve en objectieve gegevens die de medewerker heeft verzameld. **P**lan: wat de medewerker vervolgens gaat doen.

Elektronisch patiëntendossier

De noodzaak om gegevens elektronisch vast te leggen neemt toe. Steeds meer werkt de specialist ouderengeneeskunde op verschillende locaties en bij patiënten thuis. Onder alle omstandigheden blijft het zijn verantwoordelijkheid om te kunnen instaan voor de betrouwbaarheid van de gegevens die door hem geregistreerd worden. Bij ketenzorg en 'shared care' situaties is het van belang dat verschillende bij de zorg betrokken professies toegang hebben tot de gegevens. De wisselende organisatorische omstandigheden waarin de specialist ouderengeneeskunde werkzaam is, en de verschillende vormen van samenwerking met andere artsen en zorgverleners stellen in inhoudelijk opzicht geen andere eisen aan de verslaglegging. De vorm waarin de verslaglegging plaatsvindt is een andere. Meer dan ooit zal de specialist ouderengeneeskunde zich moeten afvragen of de verslaglegging begrijpelijk en toegankelijk is voor andere hulpverleners. Hierbij dienen de privacy aspecten in het oog gehouden en geborgd te worden. De noodzaak voor standaardisering is groot voor de uitwisseling van elektronische gegevens.

'Alleen een buitengewoon onwetend of buitengewoon intelligent iemand kan zich aan verandering onttrekken.'

Socrates

Visitatie

Visitatie is 'een intercollegiale doorlichting van de zorgverlening van de betreffende professional op locatie'. Bij visitatie komt de kwaliteit van het handelen van de specialist ouderengeneeskunde en zijn vakgroep aan de orde. Zwaartepunt van het visitatiesysteem is het in kaart brengen van de professionele competenties (CanMeds) binnen de vakgroep. Dit gebeurt met vragenlijsten die de gevisiteerden invullen, 360° feedback van interne en externe samenwerkingspartners van de artsen en het bestuderen van (beleids)documenten van de vakgroep en de organisatie.

De Landelijke Commissie Visitatie van Verenso houdt toezicht op de kwaliteit van de visitaties. Zij organiseert de visitaties en formeert de visitatieteams. Deze commissie stelt ook het visitatierapport vast, waarna het naar de gevisiteerde vakgroep wordt gestuurd.

Als uit de visitatie blijkt dat er knelpunten zijn in het functioneren van de vakgroep, dan maakt de vakgroep een verbeterplan op grond van aanbevelingen van het visitatieteam.

Functioneringsgesprekken

Een functioneringsgesprek is een regelmatig terugkerend gesprek (1 keer per jaar) tussen de specialist ouderengeneeskunde en de leidinggevende. Het gesprek gaat over de wijze waarop het werk wordt uitgevoerd, de werkomstandigheden en de werksfeer, maar ook de ontwikkelingsmogelijkheden binnen de organisatie. Hierover worden in het gesprek concrete afspraken gemaakt. Het individuele Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP) dat opgesteld is door de specialist ouderengeneeskunde kan hierbij richtinggevend zijn. Tevens is het een feedback moment over de manier waarop de leidinggevende leiding geeft, en om de samenwerking te optimaliseren.

*'Het is mijn ervaring dat mensen die geen
ondeugden hebben heel weinig deugden bezitten.'*

A. Lincoln

Het is dus een tweerichtingsgesprek, wat een actieve inbreng vraagt van zowel de leidinggevende als van de specialist ouderengeneeskunde.

Casuïstiek

Casuïstiek bespreken is een instrument dat gebruikt wordt bij kwaliteitsbevorderende activiteiten binnen de gezondheidszorg. Het instrument is vooral gericht op het verbeteren van het methodisch handelen van individuele beroepsbeoefenaren. De methode is vooral geschikt voor gebruik in collegiale groepen.

Kern van de methode is dat de deelnemers op voet van gelijkheid het beroepsmatig handelen bij een bepaalde patiëntencategorie bespreken. Dit kunnen patiënten zijn met een zelfde diagnose, bijvoorbeeld CVA, of met een vergelijkbare problematiek, bijvoorbeeld kinderen van migranten. De bespreking vindt plaats aan de hand van casuïstiek die representatief is voor de betreffende patiëntencategorie. De doelstelling van casuïstiek bespreken is reflectie op het eigen handelen en leren van elkaar. Binnen deze doelstelling kunnen de accenten per bijeenkomst verschillen naar de volgende subdoelen:

- het uitwisselen van inzichten;
- het benoemen van individuele leerpunten.

Onderlinge toetsing

De individuele deelnemers aan de toetsing dragen onderwerpen ter toetsing aan, hierbij benoemen zij de belangrijkste aspecten. Deze aangedragen onderwerpen worden verzameld in een overzicht waaruit een aantal thema's gekozen worden. De thema's worden per sessie besproken; sterke en zwakke kanten benoemen ten aanzien van het onderwerp; bespreken welke aspecten getoetst worden; bespreken welk doel bereikt gaat worden; samen formuleren hoe de handelingen in de toekomst beter kunnen (criteria voor goed handelen formuleren); handelen vastleggen en meten; toetsen van de registratie, vergelijking, feedback en evaluatie; welke veranderingen zijn nog nodig; herbeoordeling.

Intervisie is een gestructureerde methode om van elkaars werk-vraagstukken te leren. Er bestaan vele vormen van intervisie, maar leidend is altijd dat de structuur van de methode er is om de inbrenger van een vraagstuk effectief en efficiënt verder te helpen. Intervisie vindt plaats in een **intervisiegroep**. De leden van de groep komen regelmatig op vrijwillige en gelijkwaardige basis samen. Procesbegeleiding vindt plaats door een deelnemer uit de groep of door externe begeleiding. De deelnemers behandelen problemen die zich op de werkvloer voordoen. Hieronder vallen bijvoorbeeld vakinhoudelijke, 'technische' kwesties maar ook problemen die met het persoonlijk functioneren te maken hebben. Wat is uw voorkeursgedrag, waar liggen uw valkuilen, in welke omstandigheden neemt uw effectiviteit af?

Moreel/ethisch beraad

Een moreel/ethisch beraad is een gestructureerd en methodisch groeps gesprek over een morele vraag naar aanleiding van een concrete ervaring. Het is géén debat en géén discussie. Er wordt niet geprobeerd elkaar te overtuigen, maar de eigen overtuigingen en vooronderstellingen worden onderzocht. De mens is een moreel wezen, dat wil zeggen dat we dagelijks veel keuzes moeten maken. Zeker in de zorg, waar machtsongelijkheid altijd een rol speelt: tussen hulpverlener en zorgvrager en mantelzorgers.

Binnen het moreel/ethisch beraad worden drie type vragen geformuleerd: normatieve vragen (wat is het goede om te doen in deze specifieke situatie en hoe doen we dat op de goede wijze?); filosofische/conceptuele vragen (wat betekent 'respect?') en vragen met betrekking tot de existentiële dimensie of de dimensie van de deugd (wanneer ben ik een goede professional?).

Een moreel/ethisch beraad wordt gefaciliteerd door een specifiek getrainde gespreksleider. Het gesprek wordt vormgegeven door een gestructureerde/methodische opbouw. Deelnemers zijn gelijkwaardig, er is geen morele hiërarchie. De doelstellingen van een moreel /ethisch beraad zijn (1) het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de context van de casus; (2) toename van professionele morele competenties; (3) het verbeteren van de kwaliteit van zorg op het niveau van de organisatie door het stimuleren van een gezamenlijk leerproces en het verbinden van moreel/ethisch beraad met beleid (processen).

Communicatie

De communicatie met de patiënt en diens familie/of wettelijk vertegenwoordiger is helder (geordend), begrijpelijk (positief geformuleerd) en empathisch (u begrijpt wat uw boodschap met de patiënt doet). Bij een gesprek zal de specialist ouderengeneeskunde de nodige tijd nemen om het gesprek voor te bereiden en te voeren. Zorgvuldig woorden kiezen, nauwlettend oogcontact houden en expliciet vragen of de patiënt (en of familie) de boodschap begrijpt en hoe de boodschap wordt ervaren zijn hierbij belangrijke ingrediënten.

Communicatietips

- **Wees duidelijk over de beschikbare tijd.**
- **Vraag bij de start van het gesprek bij de patiënt na of er nog andere redenen zijn voor het gesprek.²⁶**
- **Verhelder eerst het gezichtspunt van de patiënt.**
- **Vraag altijd naar ongerustheid.**
- **Geef uw conclusie pas als u zich een oordeel heeft gevormd.**
- **Vraag een reactie op uw diagnose.**
- **Formuleer een beleidsvoorstel als advies.**
- **Geef de informatie in stukjes.**
- **Laat de patiënt zien en merken dat u hem echt heeft gezien en begrepen.**
- **Sluit het gesprek af met een evaluatievraag.**

Signalen

- **Als een patiënt blijft praten dan is de lading van het gesprek niet duidelijk.**

Onderzoek

- **Kondig aan wat u wilt gaan doen.**
- **Borg de privacy van de patiënt.**

26 Waar patiënt staat tevens lezen: patiënt/ familie/ (wettelijk) vertegenwoordiger.

Melden

Het registreren en melden van incidenten is de verantwoordelijkheid van de bestuurder van de organisatie. Zorginstellingen zijn wettelijk verplicht calamiteiten aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) te melden. De bestuurder is hiervoor verantwoordelijk, maar kan dit delegeren naar bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde. Indien een instelling een dergelijk incident heeft gemeld, verzoekt de IGZ aan die instelling zelf een onderzoek te doen en daarover aan de IGZ te rapporteren. In dat rapport moet zijn aangegeven welke verbeteracties de instelling neemt of heeft genomen. Deze werkwijze accentueert de eigen verantwoordelijkheid van de instelling.

Incidenten (waaronder begrepen fouten) worden geregistreerd evenals structurele signalen van collega specialisten ouderengeneeskunde die duiden op complicaties of onregelmatigheden in de behandeling/zorg van patiënten en die consequenties hebben voor de kwaliteit van de behandeling van de patiënten.

Registratie van incidenten en calamiteiten vindt plaats op een binnen de organisatie afgesproken wijze. De vakgroep specialisten ouderengeneeskunde bespreekt de klachten van patiënten over de medische zorg. Een en ander in overleg met de klachtencommissie van de zorgorganisatie. De arts c.q. vakgroep meldt calamiteiten, evenals omstandigheden die tot een calamiteit kunnen leiden direct aan het bestuur van de instelling.²⁷

Incident

Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens de zorgverlening, die schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden. Het gaat niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor de patiënt heeft geleid, maar ook om 'bijna incidenten'.

27 Zie onder meer KNMG Kwaliteitskader medische zorg, KNMG april 2012, Leidraad en format voor het melden van valcalamiteiten in zorginstellingen voor langdurige zorg aan ouderen en/of chronisch zieken aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg 2010 en Modelreglement vakgroep specialisten ouderengeneeskunde, Verenso 2012.

Calamiteit

Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid.²⁸

Elke calamiteit is een incident, maar niet ieder incident is een calamiteit.

Ten behoeve van het elektronisch patiëntendossier (EPD) heeft Verenso een Programma van Eisen opgesteld waaraan het Ouderengeneeskunde Informatie Systeem (OIS) dient te voldoen. Met de opleidingen wil Verenso bewerkstelligen dat alle op te leiden specialisten ouderengeneeskunde vanaf aanvang van de studie leren werken met het EPD.

De Landelijke Visitatiecommissie van Verenso is gestart met visitatierondes in het land. Indien er verbeterpunten naar voren komen die verwoord dienen te worden in een plan van aanpak is het raadzaam de methode zoals verwoord in de Verenso brochure Onderlinge Toetsing in 6 of 9 stappen als leidraad te nemen. Onderwerpkeuze is het onderwerp dat uit de visitatierapportage naar voren komt en de analyse en nulmeting zijn de uitkomsten van het visitatierapport waardoor het plan van aanpak zich kan richten op de act/plan/check/do methodiek.

Verenso is voornemens een handreiking functioneringsgesprekken voor de specialist ouderengeneeskunde uit te brengen en aandacht te geven aan het handelen bij disfunctioneren.

28 Artikel 4a lid 2 Kwaliteitswet zorginstellingen.

Literatuurlijst

Staan voor Kwaliteit, KNMG Kwaliteitskader medische zorg april 2012

Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde, Verenso 2012

Handreiking Taakdelegatie, Verenso 2012

Algemeen kwaliteitskader voor geneeskundige specialismen, aanbevelingen voor het borgen van kwaliteit van de geneeskundige zorg, KNMG 2010

Kwaliteitskader van medisch specialisten, richtlijnen voor medisch specialisten en raden van bestuur, Orde van Medisch Specialisten juni 2010

Dossiervorming voor verantwoorde zorg, medische verslaglegging door de specialist ouderengeneeskunde, Verenso 2009

Helderheid over verantwoordelijkheid, Verenso 2009

Informatiebrochure Accreditatie nieuwe stijl, Verenso 2009

Onderlinge toetsing in 6 stappen, Verenso 2009

Positionering van de specialist ouderengeneeskunde. Samenwerking tussen professional en bestuur/management, Verenso 2009

Visitatie: instrument voor evaluatie. Collegiale toetsing van specialisten ouderengeneeskunde en hun vakgroep, Verenso 2009

Veilig melden, KNMG 2007

Handreiking Professionele verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts, Verenso 2004

Onderlinge toetsing in 9 stappen, Verenso 2004

Kwaliteit in zicht, inzicht in Kwaliteit, Kwaliteitsplan van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen voor de jaren 1998 tot en met 2002, NVVA 1993

Kwaliteitssysteem Verenso

Het kwaliteitssysteem beroepsgroep specialist ouderengeneeskunde bestaat uit de volgende componenten:

1. Beroepsprofiel en competenties
2. Opleiding
3. Ontwikkeling standaarden (richtlijnen en handreikingen) en indicatoren
4. Bij- en nascholing
5. Toetsende activiteiten (onderlinge toetsing en visitatie)
6. Herregistratie en accreditatie, registratie kaderartsen

Ad 1

Verenso is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en het actueel blijven van het beschreven beroepsprofiel en de competenties (CanMeds). Kenmerkend voor het handelen van de specialist ouderengeneeskunde is het bieden van samenhangende en proactieve (SAMPC/SFMPC) multidisciplinaire medische zorg. Het beleid is gericht op de hulpvraag, waarbij binnen de medische mogelijkheden de wensen van patiënt centraal staan. De benadering is systeem- en probleemgericht.

Ad 2

De bij de beroepsopleiding betrokken universitaire vakgroepen zijn zelf verantwoordelijk voor de inhoud van (het cursorisch gedeelte van) de opleiding. De eisen worden opgesteld door het College Geneeskundige Specialismen (CGS). De Registratiecommissie Geneeskundige Specialismen (RGS) toetst de opleiding aan de vastgestelde opleidingseisen. De inhoudelijke relatie tussen de opleiding en Verenso ligt in het beschreven beroepsprofiel en de competenties, waarmee de pijlers van de beroepsopleiding vergeleken worden.

Ad 3

Richtlijnen en de daaruit voortvloeiende behandelingsprotocollen worden in het algemeen gezien als middelen ter bevordering en verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Indicatoren, gekoppeld aan de richtlijnen, geven sturingsinformatie voor het handelen van de specialist ouderengeneeskunde. De indicatoren worden eveneens gebruikt bij toetsende activiteiten (onderlinge toetsing en visitatie).

De door de beroepsgroep ontwikkelde en aanvaarde richtlijnen/handreikingen zullen effectief een bijdrage moeten leveren aan de ontwikkeling van het vak, de opleiding en de beroepsuitoefening. De Verenso-richtlijnen worden gebruikt in de opleiding. Verenso hecht er veel belang aan dat haar richtlijnen in de praktijk goed kunnen worden geïmplementeerd. Daarom vindt bij de ontwikkeling van Verenso-richtlijnen een praktijktoetsing plaats waarbij met name gelet wordt op de praktische haalbaarheid van de richtlijn. Onderlinge toetsingsgroepen spelen hierbij een rol.

Verspreiding van en communicatie over de richtlijnen vindt onder meer plaats via de verenigingsstructuur en de kwaliteitsnetwerken van Verenso. Daarnaast vindt verspreiding plaats via publicatie in het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, de website en nieuwsbrief. De 'inhoud van de richtlijn' vindt zijn weg via de onderwijs- en bij-/nascholingsinstituten.

Praktische instrumenten die de implementatie vergemakkelijken worden eveneens ontwikkeld. Voorbeelden hiervan zijn patiëntenbrochures, klinische lessen, standaard protocollen. Voor multidisciplinaire richtlijnen zijn meerjarige verbetertrajecten ontwikkeld.

In de Verenso procedure (initiëren en ontwikkelen, becommentariëren, beoordelen) voor richtlijnontwikkeling spelen een tweetal vaste commissies een essentiële rol, te weten de Werkgroep Richtlijnontwikkeling (WRO) en de Autorisatiecommissie. In de becommentariëring en beoordeling van handreikingen/standpunten speelt de commissie Kwaliteit een belangrijke rol.

Verenso participeert tevens in tal van multidisciplinaire richtlijnwerkgroepen van andere (medische) beroepsgroepen om het gedachtengoed over de behandeling van kwetsbare ouderen uit te dragen.

Verenso hanteert de term 'richtlijn' voor een EBRO-richtlijn (Evidence Based RichtlijnOntwikkeling; deze wordt ontwikkeld volgens een vaste methodiek en procedure). Overige producten worden handreikingen/standpunten genoemd.

Ad 4

De opleiding stelt de specialist ouderengeneeskunde in staat voldoende toegerust met kennis en vaardigheden het beroep uit te oefenen. Een adequaat kennisniveau gedurende de gehele beroepsperiode is daarmee echter niet gewaarborgd. Met bij- en nascholing raakt men vertrouwd met nieuwe gegevens, inzichten en technieken. Om voor herregistratie in aanmerking te komen is bij- en nascholing verplicht.

Ad 5

Toetsen is een methode om planmatig, bewust het eigen functioneren als specialist ouderengeneeskunde op een hoger en beter kwaliteitsniveau te brengen en te houden. Dat betekent dat men zich bewust moet zijn van het handelen en de verbeterpunten daarin, dat men het proces van normeren, toetsen, verbeteren en borgen beheerst en in staat is de verandering voor zichzelf in de organisatie voor elkaar te krijgen. Andere methodieken die een toetsingsgroep ter beschikking staan, zijn casusbesprekingen en intervisie. Overige vormen van toetsende activiteiten zijn supervisie en het bijwonen van Farmaco Therapeutisch Overleg (FTO's).

Visitatie is een gestructureerde methode om verbeterkansen op te sporen binnen de context waarbinnen de specialist ouderengeneeskunde opereert, als individu en als groep. Via 'peer review' vindt collegiale toetsing plaats op basis van gelijkwaardigheid. Visitatie is een systematische methode om het professioneel handelen van artsen én vakgroep continu te verbeteren. Het biedt een hulpmiddel om doelen duidelijk te stellen en veranderingen in gang te zetten.

De visitatie richt zich op het individueel functioneren van de specialist ouderengeneeskunde, de samenwerking binnen de vakgroep, de manier waarop de organisatie functioneert waarbinnen hij werkzaam is en medisch inhoudelijke aspecten.

De visitatiesystematiek bestaat uit het opstellen van een portfolio, het invullen van een vragenlijst over het individueel functioneren en het vakgroep functioneren, een 360 graden feedback, de visitatiedag en het opstellen van een persoonlijk of vakgroep verbeterplan.

Een visitatie vindt eens in de vijf jaar plaats. Van 2012 tot 2014 wordt op vrijwillige basis gevisiteerd. Vanaf 1 januari 2014 wordt visitatie een verplicht onderdeel van de herregistratie-eisen.

Ad 6

Accreditatie van niet in Verenso-verband ontwikkelde en aangeboden scholing vindt plaats via regelgeving van het College voor Accreditatie Cluster 1. Verenso participeert in de raad van toezicht van dit college en Verenso accreditoren participeren in dit orgaan. Verenso heeft een eigen accreditatiebevoegdheid daar waar het gaat om cursussen georganiseerd op landelijk en regionaal niveau, voor de toets-, intervisie-, en FTO-groepen, individuele vormen van scholing en visitatie. Vanuit het Verenso bureau wordt verder ondersteuning geleverd aan het Accreditatieorgaan van Verenso.

Herregistratie is een activiteit die haar beoordelingseisen vindt in de feitelijke beroepsuitoefening, het deelnemen aan toetsende activiteiten, onderlinge toetsing of andere vormen van systematische reflectie en het in voldoende mate volgen van bij- en nascholingsactiviteiten.

Herregistratie vindt plaats door de onafhankelijke registratiecommissie (RGS) (KNMG verband). Verenso adviseert over de eisen voor herregistratie van specialisten ouderengeneeskunde.

Registratie kaderartsen

In 2013 is het register voor kaderartsen psychogeriatric opengesteld. In overleg met de overige kaderopleidingen wordt afgestemd wanneer de registers voor de andere kaderopleidingen opengesteld gaan worden.

Een onafhankelijke commissie (bestaande uit leden van Verenso) beoordeelt de opleidingsplannen van de kaderopleidingen. Na positief advies is het gevolgd hebben van die kaderopleiding grond om in het register te worden opgenomen.





® 2013

Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal gerieters

verenso

Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postbus 20069
3502 LB Utrecht

T 030 28 23 481
F 030 28 23 494

info@verenso.nl
www.verenso.nl