



Beroepsprofiel en competenties

specialist ouderengeneeskunde

Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde

Colofon

Dit is een uitgave van Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters.

Leden werkgroep

- Dhr. mr. R.B.J. Knuiman, juridisch beleidsmedewerker Verenso, Utrecht
- Mw. drs. M. Bezemer, specialist ouderengeneeskunde Zuwe Zorgcentrum Woerden
- Prof. dr. C.M.P.M. Hertogh, Department of Nursing Home Medicine EMGO Institute for Health and Care Research VU University Medical Center
- Prof. dr. R.T.C.M. Koopmans, hoogleraar ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg, UMC St.Radboud, Nijmegen
- Mw. drs. G.M.A. Piek, specialist ouderengeneeskunde Rivas Zorggroep, Gorinchem
- Dhr. drs. C.J.G. Theeuwes, specialist ouderengeneeskunde
- Dhr. drs. D. Verburg, sociaal geriater en specialist ouderengeneeskunde
- Dhr. drs. F.J. Roos, directeur Verenso, Utrecht
- Mw. drs. M.L.M.Th. Bogaerts, beleidsmedewerker Verenso, Utrecht

Met dank aan de Commissie Kwaliteit van Verenso

- Mw. drs. M. Bezemer, specialist ouderengeneeskunde
- Mw. drs. R.M. Dijkman, specialist ouderengeneeskunde
- Mw. drs. A.J.J.M. Keijzer-van Laarhoven, specialist ouderengeneeskunde
- Mw. drs. J.M.J. Mulders, specialist ouderengeneeskunde
- Mw. drs. T.C.M. Nieuwlands, specialist ouderengeneeskunde
- Mw. drs. C. Ramaker, specialist ouderengeneeskunde
- Dhr. drs. S.J. Roufs, sociaal geriater
- Mw. drs. L.L.E. Stuyfzand, specialist ouderengeneeskunde
- Dhr. drs. R. Verfaillie, specialist ouderengeneeskunde en kaderarts

Disclaimer

Alles uit deze uitgave mag met bronvermelding gebruikt worden voor publicatie. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de 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 ontleend. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan Verenso.

Uitgave

© Verenso, 2012

Ontwerp

Het Lab grafisch ontwerpers, BNO Arnhem

Inhoud

4

6

6

11

17

18

22

25

28

31

33

Voorwoord

De levensverwachting is in Nederland hoger dan eerder in 2008 werd aangenomen.¹ Het aantal 65-plussers groeit tussen nu en 2040 van 2,4 naar 4,6 miljoen. Dat zijn 143 duizend meer ouderen dan volgens de vorige prognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De levensverwachting stijgt in de komende halve eeuw voor mannen van 78,8 naar 84,5 jaar. Bij vrouwen neemt de levensverwachting toe van 82,7 naar 87,4 jaar. Met 17,8 miljoen mensen is het maximale inwonertal van ons land, in 2040, ongeveer 360 duizend hoger dan twee jaar geleden werd verwacht.

Dat betekent dat de maximale levensverwachting een rekbaar begrip is, en in de toekomst nog wel eens veel verder zal kunnen worden opgerekt. Dat betekent ook dat er -in tegenstelling tot wat Fries² graag wilde- eerder een toename van het aantal jaren met chronische ziekten is te verwachten, dan een afname. Dat blijkt ook uit onderzoek: de levensverwachting mag dan wel toenemen (al lopen we inmiddels behoorlijk achter bij bijvoorbeeld Japan), maar de gezonde levensverwachting neemt af.

Er is geen natuurlijke 'norm' om te bepalen wat we normaal of gezond vinden, alleen de historische ervaring tot nu toe. En waarom zouden we die tot normerend uitgangspunt nemen voor onze kijk op de ouderdom? Vandaar dat Westendorp³ erop wijst de gebreken van ouderdom ook ziekte te gaan noemen. Deze strategie is bedacht door het National Institute of Aging in de Verenigde Staten. Het instituut kreeg in de jaren tachtig geen geld voor onderzoek naar seniliteit, maar wel voor -na een retorische herdoop van hetzelfde verschijnsel- de ziekte van Alzheimer. Het benoemen van een verschijnsel en het stellen van een diagnose krijgen steeds meer navolging: slecht ter been zijn heet nu bijvoorbeeld sarcopenie. Het stellen van een diagnose maakt het veelal mogelijk om een prognose en behandelprogramma op te stellen of preventieve maatregelen te treffen om de verwachte gevolgen van de ziekte te beperken.

Via een netwerkbenadering beogen wij in de complexe omgeving van de gezondheid een stap te zetten naar kwalitatief goede medische ouderenzorg. Door verdergaand samenwerken streven wij naar een effectieve en efficiënte manier van werken. Dat betekent het uitvoeren van een gezamenlijk en samenhangend actieprogramma dat gebaseerd is op de best beschikbare kennis. Alle partijen die ertoe doen, de huisarts, de medisch specialist en de specialist ouderengeneeskunde aangevuld met andere paramedische behandelaars, zijn daarin vertegenwoordigd. Hierbij dient sprake te zijn van eenduidige regievoering.

Franz Roos
Directeur Verenso

-
- 1 Centraal Bureau voor de Statistiek *Bevolkingsprognose 2010–2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur 2011* Coen van Duin en Joop Garssen.
 - 2 (James Fries, 1980): *de verwachting (of het ideaal?) dat ziektes steeds meer te voorkomen en te genezen zullen zijn zodat we tot op hoge leeftijd gezond blijven om daarna in korte tijd dood te gaan, omdat mensen nu eenmaal een beperkte tijd van leven hebben.*
 - 3 Rudi Westendorp, *Buitenspel? De kunst van het oud worden* (Wormer: Inmerc 2007).

Deel A

De context en het beroep

Inleiding

1.1 Aanleiding

Het specialisme ouderengeneeskunde is relatief jong en speelt zich af in een veranderende samenleving. Hierdoor is het profiel en het takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde steeds in ontwikkeling. De levensverwachting van mensen is verhoogd. De nadruk wordt steeds meer gelegd op gevoelde kwaliteit van leven door de patiënt. Kwaliteit van leven hangt samen met de mate van autonomie en zelfstandigheid die een patiënt ervaart. Bij een medisch zorgafhankelijke patiënt betekent autonomie het recht op zelfbeschikking, respect voor de eigen ruimte, regie houden over zijn persoonlijke leven en overeenstemming bereiken over zijn complexe medische zorg. Kwaliteit van leven wordt ervaren indien de patiënt respect, aandacht en veiligheid ervaart.

Ouderen met een zeer complexe medische zorgbehoefte met één of meer chronische ziekten (multipathologie)⁴ en/of polyfarmacie blijven tegenwoordig langer in hun eigen leefsituatie wonen. Door een goed functionerend zorgnetwerk op te zetten tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde en overige hulpverleners is er winst op de beleving van de kwaliteit van leven te behalen voor de patiënt. De expertise van de specialist ouderengeneeskunde om bij complicaties of escalaties de gevolgen van achteruitgang en/of complicaties te beperken is hierbij van grote waarde. Deze complexe medische zorg dient tijdig en locatieafhankelijk ingezet te worden.

De geschiedenis

- In 1989 is de tweejarige opleiding tot verpleeghuisarts van start gegaan.
- In 1990 is de verpleeghuisgeneeskunde als medisch specialisme erkend.
- In 1992 verscheen de nota 'Functieomschrijving en takenpakket van de verpleeghuisarts'. Deze nota is leidraad geweest voor de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid, opleidingscurricula en de 'extramuralisering' van de verpleeghuisgeneeskunde.
- In 2003 verscheen een herziene versie: 'Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater'.
- In 2006 fuseerden de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA)⁵ en de Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie (NVSG).
- In 2007 is de tweejarige opleiding verlengd met 12 maanden.
- In 2009 is de naam verpleeghuisarts gewijzigd in specialist ouderengeneeskunde. Deze naam mag (moet) gevoerd worden door de toen geregistreerde verpleeghuisartsen én artsen die de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde met goed gevolg hebben afgerond en BIG geregistreerd staan.

In de afgelopen jaren heeft het vakgebied zich zowel inhoudelijk als in de breedte van het werkveld sterk ontwikkeld. Dit is voor het Verenso-bestuur aanleiding geweest om, in samenspraak met de leden, het beroepsprofiel bij te stellen.

In de beleidsnota 'De 'algemeen geriater' thuis in de ouderenzorg Beleidsplan van de NVVA 2008-2012' wordt gesteld:

"de kern van de missie is dat Verenso de medisch geriatrische expertise wil ondersteunen voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met (dreigende) complexe problematiek. Deze kwetsbaarheid (frailty) wordt veroorzaakt doordat meerdere aandoeningen zich tegelijkertijd voordoen (multipathologie). Het doel van het specialisme ouderengeneeskunde is het verlenen van medische zorg bij

⁴ In deze notitie zal de term *multimorbiditeit* worden gebruikt waarbij onverlet blijft dat een eenvoudige chronische aandoening dusdanig complex kan zijn dat de inzet van de specialist ouderengeneeskunde geïndiceerd is.

⁵ NVVA heeft sinds juni 2009 de naam Verenso.

complexe geriatrische zorgproblematiek waarbij het versterken van de functionele autonomie en kwaliteit van leven van de patiënt belangrijk zijn. Deze complexe medische zorg wordt ongeacht de locatie waar de patiënt zich bevindt gegeven.”⁶

Deze uitspraak en de toekomstschets in het standpunt van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) ‘Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen’ zijn richtinggevend voor de ontwikkeling van de ouderengeneeskunde en positionering van de beroepsgroep in de komende jaren.

1.2 Gezondheidsontwikkeling

Trends en ontwikkelingen

Met de gezondheid van de Nederlanders gaat het goed. Gezondheid en samenleving hebben alles met elkaar te maken. Welvaart en levensverwachting beïnvloeden elkaar. De twintigste eeuw heeft in Europa een economische groei laten zien die gepaard ging met een afname van sterfte. In de jaren zeventig heeft McKeown⁷ erop gewezen dat deze ontwikkelingen waarschijnlijk causaal verbonden zijn. Fobel⁸, Nobelprijswinnaar voor de economie, heeft overtuigend laten zien dat een economische groei voor een belangrijk deel resulteert in betere voeding en gezondheid. Het gaat dus om een wisselwerking waarbij ook allerlei maatschappelijke ontwikkelingen een rol spelen.

Afkomst (lage sociaal-economische status) en opleidingsniveau⁹ bepalen in hoge mate de kansen van mensen in de Nederlandse maatschappij. Dan gaat het niet alleen om beschikbaarheid van geld, middelen en macht, maar ook om toegang tot informatie, culturele en maatschappelijke participatie en om gezondheid. Veel chronische ziekten hebben te maken met een ongezonde leefstijl. Een deel van de Nederlanders, vooral groepen die weinig opleiding hebben genoten en/of met een lage sociaal-economische status, vertonen meerdere vormen van ongezond gedrag tegelijkertijd. Dit effect treedt op in alle leeftijdscategorieën. Het veranderen van leefstijl is echter niet gemakkelijk.

Gezondheid en ziekte zijn geen statische begrippen. Wat als gezondheid wordt gezien, is sterk afhankelijk van de maatschappelijke context. De samenleving stelt eisen aan het ‘normaal functioneren’, het menselijk kapitaal. Tegelijkertijd zijn het ook de mensen zelf die hogere eisen stellen aan hun functioneren. Hierdoor worden ongemakken eerder aangeduid als ziekte waar iets aan gedaan kan worden. Deze bewegingen hebben als gevolg dat er een herdefiniëring aan het ontstaan is over wat we als normaal en afwijkend beschouwen.

In toenemende mate gaat het over de betekenis van beperkingen voor de gezondheidsbeleving van mensen en hun maatschappelijke participatie. De mate van maatschappelijke participatie is afhankelijk van de mate van autonomie en zelfstandigheid van de patiënt. Deelnemen aan het maatschappelijk leven, aangepast aan de beperkingen, is belangrijk voor gevoelde kwaliteit van leven. Een consequentie hiervan is dat het perspectief kantelt van ziekten, aandoeningen en hun risicofactoren naar ondersteuning van beperkingen en voorkomen van complicaties en achteruitgang van ziekten. De maatschappelijke participatie blijft voor mensen belangrijk ook nadat de oudere afhankelijk is van (medische) zorg. Door

⁶ De visie uit het beleidsplan van de NVVA 2008 is aangepast met hedendaagse termen.

⁷ McKeown T. *The role of medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* London; The Nuffield Provincial Hospital Trust 1976.

⁸ Fobel, *Economic Growth, Population Theory and Physiology: The Bearings of Long-Term Processes on the Making of Economic Policy*, 1994.

⁹ Bovens M. wille A. *Diploma democracy*. Utrecht/Leiden; Utrecht University/Leiden University 2009.

afhankelijkheid kantelt het deelnemen aan het maatschappelijk leven naar het onderhouden van contacten met familie en naasten.

1.3 Ouderen in de samenleving

De ouderen die in hun eigen leefomgeving wonen, hebben hun aandacht gevestigd op de kwaliteit van het leven. Zij vragen zich bijvoorbeeld af 'wat is belangrijk', 'waar hecht ik aan' en 'wat geeft zin aan mijn leven'. Ouderen zelf noemen gezondheid, levenspartner, kinderen, kleinkinderen en andere naasten 'belangrijk in hun leven'. Verlies van gezondheid en relaties en de angst voor dit verlies tasten hun kwaliteit van leven aan. Ouderen spreken de wens uit zo lang mogelijk zelfstandig te willen blijven wonen. De brede benadering van kwetsbaarheid vertoont overlap met de begrippen 'kwaliteit van leven' en 'succesvol ouder worden'. Het begrip kwetsbaarheid onderscheidt zich scherper van de begrippen 'comorbiditeit', 'multimorbiditeit' en 'lichamelijke beperkingen' door naast organische en fysieke problematiek ook de nadruk te leggen op de psychosociale problematiek zoals ouderen die zelf ervaren.

Het aantal kwetsbare personen van 65 jaar en ouder zal volgens het CPB-bevolkingsmodel¹⁰ (Sociaal en Cultureel Planbureau) tussen 2010 en 2030 naar verwachting toenemen met 700.000 tot meer dan 1 miljoen. Dat is een toename van ruim 300.000 kwetsbare ouderen in de komende twintig jaar. Het aandeel kwetsbaren onder de 65-plussers zal in deze periode dalen van 27% naar 25%. De populatie van kwetsbare ouderen zal volgens ramingen van het Sociaal en Cultureel Planbureau in de komende twee decennia ook veranderen van samenstelling. Vanaf ongeveer 2025 zal het aandeel alleenstaande 85-plussers toenemen, al gaat het om betrekkelijk kleine groepen. Het aandeel mensen met een lichte beperking, een relatief kleine groep, neemt toe.

Kwetsbaarheid is geen toestand maar een proces

Er is een kleine groep ouderen zonder comorbiditeit/multimorbiditeit of ernstige langdurige beperkingen. Deze groep ouderen woont zelfstandig, is relatief jong en is met name psychisch en sociaal kwetsbaar. In dat kader behoren ook zij tot de kwetsbare ouderen. Uit onderzoek blijkt¹¹ dat een kwart van de ouderen vanaf 65 jaar psychisch kwetsbaar is. Een groot deel van deze groep rapporteert depressieve of angstklachten. In de klinische praktijk is gebleken dat ouderen meestal geen hulp voor psychische klachten zoeken. Extra aandacht van hulpverleners voor de psychische gezondheid van kwetsbare ouderen is noodzakelijk. Een bijkomend probleem is dat ouderen hun psychische klachten niet altijd duidelijk rapporteren. Vaak noemen ze de lichamelijke verschijnselen die met depressie of angst gepaard kunnen gaan, zoals pijn en vermoeidheid. Of ze zeggen dat ze nergens meer zin in hebben. Dit wordt door artsen vaak geduid als een somatische klacht, waardoor een depressie of angst niet wordt herkend. Door herkenning en behandeling van depressie- en angstsymptomen bij kwetsbare ouderen kan hun kwaliteit van leven aanzienlijk worden verbeterd. Daarnaast worden depressie- en angstsymptomen nog te vaak beschouwd als passend bij de leeftijd. Ook bestaat de indruk dat ouderen niet goed te behandelen zijn, terwijl er meerdere beproefde behandelingen voor ouderen zijn, zoals op oplossingsgerichte therapie en de life-reviewmethode.¹² Dit zijn vaak kortdurende behandelingen die goed in de eerstelijns, en dus dicht bij de ouderen, kunnen plaatsvinden. Eenzaamheid bij ouderen is een groot probleem en komt relatief vaak voor bij psychisch kwetsbare ouderen. Bij het voorkomen van sociaal isolement en een-

10 *Deelrapport Kwetsbare ouderen, Raming van Kwetsbare ouderen Sociaal en Cultureel Planbureau 2011.*

11 *Kwetsbare ouderen Sociaal en Cultureel Planbureau 2011.*

12 *E.T. Bohlmeijer, B. Steunenbergh, G.J. Westerhofa Reminiscence en geestelijke gezondheid, empirische onderbouwing van interventies, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2011.*

zaamheid is een belangrijke rol weggelegd voor lokaal sociaal beleid en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Vanwege de comorbiditeit met andere psychische klachten zoals depressie, ligt er echter ook een taak voor professionele hulpverleners uit de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. De behandeling van depressie en maatregelen om mensen uit hun sociale isolement te halen en gevoelens van eenzaamheid weg te nemen zouden hand in hand moeten gaan.

Rond 30% van alle kwetsbare ouderen rapporteert geheugenklachten. Deze klachten kunnen samenhangen met de leeftijd of met een slechte lichamelijke en psychische gezondheid. Soms verdwijnen de geheugenklachten als de psychische klachten verdwijnen. Dementie is nog altijd niet goed behandelbaar, maar de bijkomende gedrags- en psychische problemen zijn dat wel. Voor de patiënt en zijn omgeving is het van belang om in een vroeg stadium een diagnose te stellen.

Tijdige onderkenning van een beginnende dementie biedt de mogelijkheid om vroeg een psychosociale interventie te beginnen, wat een gunstig effect kan hebben op het beloop van de ziekte (Gauthier et al. 2006).

Een recent standpunt van de KNMG wijst ook in de richting van een pro-actieve werkwijze door huisartsen, onder andere door screening op kwetsbaarheid, het maken van een multidomein¹³ analyse en het instellen van professionele trajectbegeleiding (KNMG 2010).¹⁴ De specialist ouderengeneeskunde speelt in toenemende mate een aanvullende rol in de huisartsenpraktijk en in de ziekenhuizen om te bewerkstelligen dat de oudere op het juiste moment de juiste medische integrale, systeemgerichte zorg ontvangt.

1.4 Gevolgen

De toekomstbeelden voor de ouderenzorg behoeven enige nuancering. De huidige ouderen (de zogenaamde babyboom-generatie) zijn in een heel andere tijd opgegroeid dan hun ouders. Is de zorgvraag zich daarom niet heel anders aan het ontwikkelen en zal dat ook geen consequenties hebben voor het zorgaanbod? Het eigenwoningbezit is groter onder de babyboom-generatie. Bovendien zijn ze welvarender en langer in staat in de eigen woonomgeving passende zorg te organiseren en te ontvangen. Vakinhoudelijk zal de medische zorgvraag niet veranderen, maar waar en hoe de medische zorg aangeboden gaat worden wel. Dit komt door demografische en epidemiologische veranderingen en omdat de toekomstige ouderen andere voorkeuren hebben.

De intramurale ouderenzorg zal beschikbaar blijven voor intensief zorgafhankelijke patiënten voor wie het ziekteproces in de eigen woonomgeving niet te organiseren valt, zoals een vergevorderd dementiesyndroom, status na een groot CVA, vergevorderde Parkinson, vergevorderde COPD of ernstige MS. Van het gezond ouder worden moeten geen grote remmende effecten op de zorgvraag verwacht worden.

¹³ Multidomein omvat het kijken naar levensvelden conform SAMPC (Somatisch/ADL/Maatschappelijk/ Psychisch/Communicatief. De termen SAMPC en SFMPC (Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatief) worden naast elkaar gebruikt en hebben dezelfde intentie.

¹⁴ Prof. dr. Paul Schnabel Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau Den Haag 2011 Kwetsbare ouderen.

James Fries¹⁵ had de verwachting dat compressie van morbiditeit tot lagere zorguitgaven zou leiden, maar inmiddels heeft Lubitz¹⁶ aangetoond dat het niet veel uitmaakt of iemand gezond of minder gezond is. Gezonde mensen gebruiken minder zorg, maar leven langer en in dat langere leven nemen ook voor hen de totale zorgkosten toe. Ongezonde mensen hebben hogere zorgkosten, maar gedurende een kortere periode. Zij overlijden eerder.

J.J. Polder schrijft in 2011 in het artikel: "Two more years in good health. The two years of life that were recently gained are largely spent in good health and without physical limitations. Nevertheless more and more people have one or more diseases at the same time and the number of people with a chronic disease will continue increase. This has, however, not resulted in more physical limitations or a lower level of perceived health. The increase in the number of diseases is partly due to their early detection and partly due to improved survival. This produces a paradoxical trend: more disease and better health at the same time." Met het vooruitzicht op een toenemend aantal ouderen in hun laatste levensfase is het van belang om de ontwikkeling en implementatie van medische interventies te bevorderen die niet alleen bijdragen aan verbetering van de gezondheid en vermindering van ziektelast, maar ook aan een acceptabele ontwikkeling van de zorgkosten. Wat daarbij acceptabel is, is een maatschappelijk en politiek keuzevraagstuk. Economische evaluaties bieden daarbij een noodzakelijke ondersteuning. (Polder, 2008)

Concluderend gaat het bij de invloed van de vergrijzing op de zorguitgaven vooral om de samenhang tussen demografische en epidemiologische ontwikkelingen, onder invloed van ontwikkelingen in de medische technologie en het beleid. Daarop dient de beleidsdiscussie over de vergrijzing zich dan ook te concentreren. Het inzicht dat de vergrijzing als zodanig niet het probleem vormt, is een evenwichtig startpunt voor het juiste debat.¹⁷

15 Fries J, Koop C, Beadle C, Cooper P, England M, Greaves R, Sokolov JJ, Wright D. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *N Engl J Med*, 1993;329:321-5.

16 Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H, Geenberg LG, Gorina Y, Wartzman L, Gibson D. Health life expectancy, and health care spending among the elderly- three decades of health care use by the elderly, 1965-1998. *N Engl J Med*, 2003;349(11):1048-55.

17 Polder JJ Levensloop en zorgkosten. Solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing RIVM Rapport 270082001 2008.

Het beroep van de specialist ouderengeneeskunde

2.1 Doelgroep

Kwetsbare ouderen¹⁸

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale problemen in het functioneren waardoor kwetsbaarheid ontstaat ten aanzien van de autonomie en de regie van het bestaan. Het gevolg hiervan kan zijn een neerwaartse spiraal van toenemend functieverlies. De specialist ouderengeneeskunde¹⁹ heeft specifieke expertise waar het gaat om kwetsbare ouderen met de volgende kenmerken²⁰:

- Er is sprake van meervoudige problematiek.
- **Comorbiditeit:** naast de hoofddiagnose meerdere nevendiagnosen gerelateerd aan een (chronische) ziekte, bijvoorbeeld depressie bij dementie.
- **Multimorbiditeit:** er zijn meerdere aandoeningen/ziekten tegelijk aanwezig, bijvoorbeeld Parkinson en diabetes mellitus.
- De multipathologie (comorbiditeit en multimorbiditeit) valt samen met specifieke ouderdomsverschijnselen zoals Arthrosis deformans, osteoporose en dergelijke.
- Er is sprake van een atypische presentatie en verloop van de ziekten, waarbij vooral een verminderde zelfredzaamheid (regie/functionele autonomie) als uitingsvorm kenmerkend is.
- Het doel van de behandeling is niet zozeer gelegen in het wegnemen of genezen van de ziekte, maar in een streven naar herstel van functionaliteit en zelfredzaamheid en/of een optimale kwaliteit van leven.

Kwetsbare volwassenen²¹ met specifieke chronische ziekten

De specialist ouderengeneeskunde kan ook betrokken zijn bij de zorg voor jongere patiënten met vergelijkbare complexe medische zorgproblematiek. Dit zijn doelgroepen met zeer specifieke ziektebeelden zoals neurodegeneratieve aandoeningen (MS, ALS), het syndroom van Korsakov, patiënten in een langdurige vegetatieve toestand, patiënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH), jonge terminale patiënten etcetera.

2.2 Doelstellingen van de ouderengeneeskunde²²

Het specialisme ouderengeneeskunde is niet het enige medisch specialisme dat zich richt op de bovenomschreven doelgroepen. Ook de huisartsgeneeskunde, de klinische geriatrie, internist ouderengeneeskunde en de ouderenpsychiatrie moeten in dit verband genoemd worden. De doelgroepen van de specialist ouderengeneeskunde bevinden zich hoofdzakelijk in het 'complexe geriatrische zorgtraject'. De expertise van de specialist ouderengeneeskunde wordt ingezet waar complexe medische zorgproblematiek aan de orde is. In toenemende mate zal deze complexe medische zorg onafhankelijk waar de patiënt zich bevindt geboden gaan worden.

¹⁸ In dit beroepsprofiel wordt de term 'kwetsbare ouderen' gebruikt omdat dit in overeenstemming is met het internationaal geriatriesch taalgebruik ('frailty').

¹⁹ In de rest van de nota zal gesproken worden over de specialist ouderengeneeskunde. Hiermee wordt tevens de geregistreerde sociaal geriater bedoeld.

²⁰ C.M.P.M. Hertog functionele geriatrie, Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen 1999

²¹ De mensen onder de 65 jaar.

²² Daar waar ouderengeneeskunde genoemd wordt, worden ook de kwetsbare volwassenen met specifieke chronische ziekten bedoeld.

Uitgangspunt van de ouderengeneeskunde is de relatie tussen patiënt en context, tussen patiënt en zorg- en behandelstelsel. Kenmerkend voor het handelen van de specialist ouderengeneeskunde is het bieden van samenhangend proactief multidomeingegerichte (SAMPC²³) multidisciplinaire integrale 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 zelf te beslissen welke behandeling en zorg het beste bij zijn opvattingen en manier van leven passen.

Als de functionele autonomie bij de patiënt afneemt, is de specialist ouderengeneeskunde extra alert op het afstemmen van de behandeling en zorg met de patiënt.²⁴ Vanuit patiëntperspectief kan er niet alleen een verlangen zijn om zelf beslissingen te nemen, maar ook een verlangen 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 om zich aan een ander te kunnen toevertrouwen.²⁵ Het is de taak van de specialist ouderengeneeskunde het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt zo goed mogelijk te borgen. Dit zelfbeschikkingsrecht gaat over de mate waarin de patiënt de regie kan houden over het afstemmen van de doelen van de medische behandeling en de regie over de persoonlijke zorg die hij ontvangt.

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

2.3 Het beroep

De specialist ouderengeneeskunde heeft (praktische) kennis van ouderdomsziekten en complexe co- en multimorbiditeit. Het handelen van de specialist ouderengeneeskunde is bij voorkeur en zoveel mogelijk gebaseerd op een wetenschappelijke onderbouwing. Hij werkt evidence based of anders volgens best practice. Hij heeft bij uitstek kennis ontwikkeld over de laatste fasen van chronische ziekteprocessen. Hij anticipeert in zijn behandelbeleid op de progressie van ziektebeelden en de gevolgen daarvan voor het functioneren van de ervaren kwaliteit van leven van de patiënt en de mantelzorgers. Hij kan hierbij de inzet van andere disciplines initiëren en aansturen binnen een multidisciplinair samenwerkingsverband. Hierdoor biedt hij proactieve en samenhangende zorg. Daarbij is hij bekwaam in gespreksvoering over de grenzen van de medische behandelmogelijkheden in relatie tot de ervaren kwaliteit van leven. Het gevolg hiervan kan zijn dat belastende onderzoeken en behandelingen beperkt of vermeden worden. Volgens wet en regelgeving is de hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor het voeren van de regierol binnen de multidisciplinaire hulpverlening.

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

24 Bij onvermogen van de patiënt om te communiceren of zelfstandig besluiten te nemen zal het afstemmen van de behandeling en zorg plaatsvinden met de patiënt en zijn vertegenwoordiger (familielid of mentor).

25 Dr. C.M.P.M. Hertogh De dokter wikt, de patiënt beschikt...? Ethische vragen bij schriftelijke wilsverklaringen.

De geriatrische patiënten en jong volwassenen die Continue Systematische Langdurige Multidisciplinaire zorg (CSLM-Zorg) nodig hebben waarbij complexe problematiek een rol speelt, is het domein van de specialist ouderengeneeskunde. Als hoofdbehandelaar is de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënten met deze complexe problematiek. Om de (medische) zorg goed te laten aansluiten op de complexe medische zorgbehoefte van de patiënt maakt de specialist ouderengeneeskunde gebruik van de shared decision making systematiek. Bij shared decision vormt de patiënt met zijn ervaringen, behoeften, normen, waarden en voorkeuren het uitgangspunt bij de besluitvorming. De specialist ouderengeneeskunde maakt vanuit deze vastgestelde uitgangspunten afwegingen om te komen tot een samenhangend en verbindend behandelplan en medisch beleid. Door deze werkwijze wordt de kwaliteit van leven geborgd voor de patiënt.²⁶ De specialist ouderengeneeskunde kan een belangrijke aanvullende bijdrage leveren als behandelaar, consulent of medebehandelaar voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken.

Werkomgeving van de specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde verricht zijn werkzaamheden daar waar de expertise nodig is. Hij werkt in verpleeghuizen als behandelaar, in de thuissituatie binnen een groepspraktijk van huisartsen of binnen een samenwerkingsverband van specialisten ouderengeneeskunde²⁷ en/of als medebehandelaar of consulent van de huisarts of behandelend specialist. In toenemende mate ontwikkelt de specialist ouderengeneeskunde een specifiek aandachtsgebied, waardoor hij een expert is op een deelgebied. Te denken valt aan: dementie, MS, Parkinson en complexe medische zorg voor patiënten met specifieke problemen zoals continue beademing etcetera. De sociaal geriater heeft bij uitstek expertise op het medisch psychogeriatrische gebied. Hij verricht zijn werkzaamheden transmuraal, vanuit het verpleeghuis richting GGz-instellingen ten behoeve van de oudere psychiatrische patiënt, vanuit de GGz-instellingen in de thuissituatie bij ouderen met psychiatrische problematiek en als consulent naar verpleeghuizen toe waar men gespecialiseerd is in ouderen met chronisch verlopende psychiatrische beelden.

Hoofdbehandelaar

Als hoofdbehandelaar is de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de medische diagnose, indicatiestelling, behandeling, het opstellen en uitvoeren van het medische behandelplan en voor de 24-uurs medische zorg. Daarnaast heeft hij de regierol in het multidisciplinair team.

De regievoering staat los van de werksituering van de specialist ouderengeneeskunde. Werkt de specialist ouderengeneeskunde vanuit het verpleeghuis of ziekenhuis dan zal het multidisciplinair team voortkomen uit de aldaar werkende para- en perimedische dienst en het verzorgende- en verpleegkundige team. Werkt de specialist ouderengeneeskunde in de 1e lijn dan zal het multidisciplinair team samengesteld worden in samenwerking met 1e lijn para- en perimedische praktijken en de thuiszorg.

-
- ²⁶ *Wilsbekwaamheid is het vermogen tot het nemen van geïnformeerde beslissingen bij specifieke vragen inzake zorg en behandeling. Iemand is wilsonbekwaam als hij of zij beschouwd en uiteindelijk beoordeeld wordt als wilsonbekwaam om zelf te beslissen over een bepaald voorstel. Handreiking Beginzelen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere patiënten met een complexe zorgvraag. Nederlandse vereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters 2008. Ook bij het beschouwen en beoordelen van wilsonbekwaamheid wordt de systematiek van shared decision toegepast met patiënt en diens vertegenwoordiger (mentor/familie).*
- ²⁷ *Er zijn specialisten ouderengeneeskundigen die zelfstandige beroepsbeoefenaren zijn en hun diensten aanbieden aan verpleeghuizen, huisartsgroepen en ziekenhuizen.*

Medebehandelaar

De specialist ouderengeneeskunde zal door secundaire²⁸ en tertiaire²⁹ preventie bewerkstelligen dat gezondheidsrisico's voorkomen worden. Preventieve taken zijn belangrijk. Hierbij wordt beoogd gezondheidsrisico's zo lang mogelijk te voorkomen en de maximale mate van autonomie voor de patiënt in stand te houden. Dit vereist nauwe samenwerking met de huisartsen, ziekenhuisspecialisten en overige zorg-/hulpverleners op care en cure gebied in de eerste en tweede lijn. Naast preventie, behandeling (zowel preventief als therapeutisch) en begeleiding, behoort ook het indiceren van ondersteunende zorg ('supportive care') tot de middelen waarmee autonomie wordt nagestreefd.

Als de specialist ouderengeneeskunde medebehandelaar is dan ligt de regiefunctie rondom het opstellen van het behandelplan bij de hoofdbehandelaar. Afspraken over de taakverdeling zijn in dat geval noodzakelijk. De specialist ouderengeneeskunde kan desgewenst ook als medebehandelaar het behandelplan schrijven. In het (medische) behandelplan staat hoe de taken tussen de artsen zijn verdeeld, wie de regie voert en wie de hulpverlening coördineert. De specialist ouderengeneeskunde draagt verantwoordelijkheid voor de medische aspecten die hij heeft geïnitieerd. Voor de behandeling door andere medici (huisarts, specialist) kan de specialist ouderengeneeskunde alleen een coördinerende en geen inhoudelijke verantwoordelijkheid nemen. Deze coördinerende rol dient vooraf te zijn vastgelegd.

Consulent

Als consulent is de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de inhoud van het consult dat hij verricht. Het consult kan een telefonisch (collegiaal) advies zijn aan de huisarts of de behandelend specialist over een patiëntsituatie, of het kan in de vorm van een face tot face-contact met de patiënt, met eventueel een aanvullend assessment door de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde geeft advies over de aan hem gestelde vragen en houdt aantekeningen bij van de resultaten van het consult. Hij registreert in het behandelplan de door hem geïnitieerde zorg en draagt er zorg voor dat de behandelvoorstellen bekend zijn bij de hoofdbehandelaar en dat de patiënt op de hoogte is van het advies dat hij gaat uitbrengen aan de behandelend arts.

2.4 Wettelijk kader

De hulpverlening heeft te voldoen aan de vereiste van goede hulpverlening conform professionele normen en zoals is vastgelegd door wetten als de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), Kwaliteitswet, Besluit Zorgplanbespreking, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ), Wet klachtrecht patiënten zorgsector (wet WKCZ), Wet bescherming persoonsgegevens (Wet Wbp). Het beoordelen van wilsbekwaamheid, de noodzaak tot aanpassing van de juridische status en de noodzaak van het toepassen van vrijheidsbeperkende middelen zijn vastgelegd in de Wet BOPZ. Wetgeving en jurisprudentie geven de arts de verantwoordelijkheid voor de inhoud en het kwaliteitsniveau van de medische zorg. De arts bepaalt welke behandeling gewenst is, en of dit overeenkomt met de wens van de patiënt of zijn vertegenwoordiger. Van hen is toestemming vereist (informed consent). De specialist

²⁸ Secundaire preventie: activiteiten die tot doel hebben de kans op genezing te vergroten, respectievelijk de kans op complicaties te minimaliseren door zich te richten op het vroegtijdig ontdekken van een aandoening.

²⁹ Tertiaire preventie: activiteiten die tot doel hebben de kans op herhaling of terugkeer van een aandoening te minimaliseren, respectievelijk de kans op verergering van een chronische aandoening te verkleinen.

ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor het eigen medische beleid en heeft een signalerende functie naar het management van de instelling over de kwaliteit van de geleverde verpleegkundige en verzorgende zorg.

2.5 Patiëntoverstijgende verantwoordelijkheden

Poortwachtersfunctie

Het inschakelen van andere disciplines houdt in dat de specialist ouderengeneeskunde, behalve paramedische hulpverleners en verpleging en verzorging, ook medisch specialisten kan inroepen. Hiermee heeft de specialist ouderengeneeskunde een poortwachtersfunctie naar medisch specialisten in de tweede lijn.

Micro niveau: begeleiden, observeren, signaleren en rapporteren

De specialist ouderengeneeskunde geeft (gevraagd en ongevraagd) aanwijzingen aan de bij het individuele behandelplan betrokken hulpverleners. Dit alles uiteraard met behoud van de eigen professionele verantwoordelijkheid van alle betrokken disciplines en op basis van de samenwerking die nodig is om het gestelde doel te bereiken. De specialist ouderengeneeskunde geeft begeleiding en leiding (op het gebied van de taakdelegatie) aan personen die namens de specialist ouderengeneeskunde medische behandeltaken (taakdelegatie) uitvoeren waaronder de verpleegkundig specialisten, nurse practitioners, physician assistants en basisartsen.

Meso niveau: voorwaarden scheppen en adviseren

In toenemende mate is het van belang dat de specialist ouderengeneeskunde gaat vaststellen binnen welke kaders hij zijn medische zorg kan verlenen voor het komende jaar binnen de organisatie³⁰ waar hij aan verbonden is. Dit doet hij door het management van de organisatie waar hij zijn medische zorg levert te adviseren over het medische beleid (het in medische behandeling nemen van doelgroepen) en de daarbij behorende diensten en omgevingsfactoren. Hij levert een bijdrage aan de prognose van zowel de kwantiteit (aantal in behandeling te nemen patiënten) als de kwaliteit (aan welke voorwaarden moeten behandelingen voldoen, wat, wie en op welk moment zijn daarvoor nodig en welke randvoorwaarden zijn noodzakelijk) voor het komende jaar. Deze gegevens worden vastgelegd en besproken met het management van de instelling. Gezamenlijk komen zij tot een besluitvorming over de ontwikkeling van de medische zorg. Door de verantwoordelijkheid voor de medische zorg in duaal management vorm te geven wordt een transparant en kwalitatief onderbouwd medisch kader voor het komende jaar neergezet.

De groep specialisten ouderengeneeskunde levert een richtinggevende bijdrage aan het instellingsbeleid. Het betreft het medisch kwaliteitsbeleid. Te denken valt aan: decubituszorg, maatregelen bij infectieziekten, mondzorg, gedragsproblemen, influenza injecties, het waarborgen van somatisch onderzoek bij psychiatrische patiënten, polyfarmaciebeleid, actueel medicatieoverzicht, metaboolsyndroom bij chronisch psychofarmaca gebruik etcetera.

De adviserende rol van de specialist ouderengeneeskunde ligt op het vlak van signalering over de kwaliteit van zorg zoals die door het behandelteam geleverd wordt. De specialist ouderengeneeskunde zal door samenwerking de kwaliteit bewaken en stimuleren. Daarnaast heeft de specialist ouderengeneeskunde een observerende en signalerende rol (gevraagd en ongevraagd) over de kwaliteit van zorgverlening door verpleging en verzorging naar het management.

³⁰ *Onder organisatie kan worden verstaan: verpleeghuis/ziekenhuis maar ook een groepspraktijk huisartsen waar de specialist ouderengeneeskundige zich aan verbonden heeft of een samenwerkende groep van specialisten ouderengeneeskunde.*

Macro niveau: vertegenwoordiger van de specialisten ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde heeft werkzaamheden op diverse locaties verspreid over de regio. Dit schept de mogelijkheid om bestaande netwerken te optimaliseren en regionale afstemming en samenwerking tussen zorgvraag en zorgaanbod te optimaliseren. Dit betreft in het bijzonder het netwerk ouderenzorg, maar het kan ook netwerken rond palliatieve-terminale zorg en chronische ziekten met complexe medische zorg betreffen. De specialist ouderengeneeskunde levert een bijdrage aan innovatieve projecten. Vanuit de invalshoek kwaliteit is de specialist ouderengeneeskunde een van de inhoudsdeskundigen die kan adviseren over het zorgaanbod in de regio.

Binnen de diverse samenwerkingsverbanden treedt de specialist ouderengeneeskunde op als vertegenwoordiger vanuit de organisatie waaraan hij verbonden is, en vanuit de eigen professionele beroepsgroep. De specialist ouderengeneeskunde die als zelfstandige (niet in dienstverband) functioneert, vertegenwoordigt zijn professionele beroepsgroep en de organisaties waarmee hij een contract heeft afgesloten.

Deel B

Competenties van de specialist
ouderengeneeskunde

Competenties en kunde

3.1 Algemene competenties van de medisch specialist

CanMeds

De algemene competenties geldend voor alle medisch specialisten zijn opgebouwd uit zeven hoofdgroepen³¹:

- Medisch handelen
- Communicatie
- Samenwerking
- Kennis en Wetenschap
- Geneeskundig maatschappelijk handelen
- Organisatie
- Professionaliteit

Verenso heeft deze indeling gebruikt om de competenties van de specialist ouderengeneeskunde te beschrijven. In bijlage 1 is dit verder uitgewerkt. In dit hoofdstuk ligt de nadruk op zeer specifieke onderwerpen die bij de specialist ouderengeneeskunde horen.

3.2 Doelen van het beschrijven van de competenties

Het beschrijven van competenties heeft de volgende doelen:

- Het geeft voor de individuele specialist ouderengeneeskunde richting aan de dagelijkse 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. Dit geldt zowel voor andere medische beroepsbeoefenaren, als voor paramedische, psychosociale, verpleegkundige en verzorgende disciplines waarmee de specialist ouderengeneeskunde (in het netwerk) samenwerkt.
- Het kan als hulpmiddel fungeren bij de ontwikkeling van een programma voor wetenschappelijk onderzoek, bij de ontwikkeling van richtlijnen en bij handreikingen voor de beroepsuitoefening.
- Het is voor de opleidingen richtinggevend bij het formuleren van eindtermen en een raamcurriculum en bij het vaststellen van de daarop gebaseerde opleidingseisen door het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuis-geneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (CHVG). Op grond van deze opleidingseisen ontwikkelen zij de leerplannen. Dit is richtinggevend voor de eisen van herregistratie en voor het vaststellen van geaccrediteerde bij- en nascholing voor herregistratie.
- Het geeft richting aan aanpassingen van het beroepsprofiel/competenties van de specialist ouderengeneeskunde.
- Het kan als hulpmiddel fungeren bij de loopbaanontwikkeling van de specialist ouderengeneeskunde.
- Het is een middel om het beroep transparant en concreet te maken zodat toekomstige studenten enthousiast voor het vak worden.

3.3 Kenmerken van de werkwijze van de specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde heeft een proactieve manier van werken ten behoeve van zijn patiënten. Het analytisch vermogen van de specialist ouderengeneeskunde is hoog waardoor hij in staat is goede risicoanalyses te maken die leiden tot behandelvoorstellen. Bij de uitoefening van zijn beroep als arts, verrichten van medische behandeling, verbindt hij medisch-geriatrische deskundigheid met deskundigheid op het gebied van diagnostiek, prognostiek en coördinatie/

³¹ KNMG gebaseerd op CanMEDS 2005.

management. Niet alleen de ziekten, maar vooral de gevolgen van ziekten voor de functionele autonomie en de gevoelde kwaliteit van leven in relatie tot het zorgsysteem staan centraal bij deze benadering.

Dit houdt in dat hij op grond van medische diagnostiek, psychische, sociale en persoonlijkheidskenmerken de voor de patiënt aangewezen zorg in kaart brengt (diagnostiek). Daarnaast maakt hij een inschatting van de ontwikkeling van de zorgvraag (prognostiek) en stelt een plan op om de medische behandeldoelen te realiseren. Hij monitort de patiënt en evalueert de behandeling met het multidisciplinaire team waar hij de regie over voert (coördinatie/management). Hij maakt hierbij gebruik van het SAMPC-model³² (Somatisch, ADL, Maatschappelijk, Psychologisch, Communicatief) en werkt met SMART- (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) doelen in het behandelplan. Het onderzoeken, beoordelen, meewerken en implementeren van innovatieve zorginitiatieven behoort tot de core business.

De specialist ouderengeneeskunde heeft een belangrijke voorbeeldfunctie voor de manier waarop men de patiënt tegemoet treedt. Hij heeft de kennis en de vaardigheden om het verzorgende team de verschillende benaderingswijze uit te leggen, te ondersteunen en een passende benaderingswijze te initiëren ten behoeve van de patiënt.³³

3.4 Aspecten van de ouderengeneeskunde

Palliatieve geneeskunde

Palliatieve geneeskunde houdt zich onder andere bezig met pijnbestrijding, symptoombestrijding, comfort, aandacht voor zingeving en aandacht voor het stervensproces binnen familie/mantelzorgsysteem.

Chronische aandoeningen

De voornaamste chronische aandoeningen zijn: Dementie, M. Parkinson, Status na CVA, Hartfalen, COPD, DM, Hypertensie, Reumatoïde artritis, MS, Artrose deformans, Osteoporose, Recidiverend Delier (dementie met Lewy bodies), zintuigstoornissen, mobiliteitstoornissen en incontinentie.

Ouderenpsychiatrie

De bevolking wordt ouder en daarmee nemen hulpbehoefte en cognitieve stoornissen toe. Ook de groep psychiatrische patiënten wordt ouder. Daarom is er al jaren sprake van een stroom psychiatrische patiënten richting de verpleeghuizen. Deze toestroom wordt versterkt doordat de GGZ de chronische opnamecapaciteit binnen de ouderenpsychiatrie aan het afbouwen is en het residentiële gedeelte gerontopsychiatrie volledig wordt overgeheveld naar de V&V-sector.

Acute geneeskunde

Bij de acute geneeskunde moet gedacht worden aan: Delier, acuut hartfalen, CVA, Acute buik, Longembolie, Pneumonie, Opstijgende urineweginfecties, Psychose, maniforme ontregeling en suicidaliteit. Met name het optreden van deze acute

³² Of het SFMPC model = somatisch functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatief.

³³ T. Bakker, H. Diesfeldt, *Psychiatrische stoornissen bij kwetsbare ouderen 2010. Zo hebben patiënten met niet aangeboren hersenletsel een meer structurerende benadering nodig, terwijl bij patiënten met dementie een belevingsgerichte benadering meer op zijn plaats is bij de voortdurende zoektocht naar de meest effectieve omgangsvorm zoals snoezelen, muziektherapie, psychomotorische therapie, bewegingstherapie etcetera. Bij het omgaan met agressie heeft de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke rol. Samen met een gedragsdeskundige en een gespecialiseerde verpleegkundige dient in gezamenlijkheid een actieplan opgesteld te worden welke door de zorgmedewerkers verwerkt kan worden in het zorg(leef)plan.*

aandoeningen in combinatie met kwetsbaarheid en multipathologie maakt deel uit van de expertise van de specialist ouderengeneeskunde.

Geriatrische revalidatiegeneeskunde

De geriatrische revalidatiegeneeskunde wordt gedefinieerd in DBC's/DOT's (Diagnose Behandeling Combinaties). Vanaf 2013 is dit een ziektekostenverzekering claim. Geriatrische revalidatie kent diverse vormen, onder andere: Orthopedische revalidatie, CVA ketenzorg, COPD revalidatie, Poliklinische revalidatie.

Extramurale medische zorg

Bij de extramurale medische zorg moet gedacht worden aan: medebehandelaar zijn van een patiënt in het verzorgingshuis en in de thuissituatie, consulentschap in MDO's (multidisciplinair overleg) in het verzorgingshuis/thuiszorg, medicatie evaluatie van verzorgingshuisbewoners, deelname aan een Mobiel Geriatrisch Team, het verrichten van consulten op verzoek van de huisarts.

Medisch ethische afwegingen

De specialist ouderengeneeskunde is genooddaakt om ingrijpende beslissingen af te wegen. Het gaat hier niet alleen om (niet-)behandelbeslissingen rond het levenseinde, maar ook om beslissingen over patiënten die deels of geheel of tijdelijk wilsonbekwaam zijn als gevolg van cognitieve achteruitgang. Het gaat dan over: wel/niet behandelen, wel of geen ziekenhuisopname, wel of geen sondevoeding. Niet de zin van het leven maar de zinvolheid van de medische behandeling tegenover kwaliteit van leven staat daarbij centraal.

Multidisciplinaire aanpak

Het multidisciplinair³⁴ handelen vormt het gegeven dat disciplines met elkaar samenwerken vanuit de eigen expertise en dat door deze samenwerking kennis en zorg rondom een patiënt gebundeld wordt. Deze vorm van samenwerking kan op diverse manieren worden uitgevoerd, waarbij het werken volgens multidisciplinaire richtlijnen of zorgprotocollen een veelgehoorde variant is. Handelen volgens een multidisciplinaire richtlijn betekent het afstemmen van het zorgaanbod van de verschillende zorgverleners, zodat deze aansluit bij de hulpvraag van de patiënt. In het verlengde van de term multidisciplinair wordt vaak de term interdisciplinair gehanteerd. Dit begrip, dat letterlijk 'tussen de disciplines' betekent, verwijst naar een handelingsstructuur waar niet wordt vastgehouden aan de grenzen van het beroepsdomein of vakgebied, maar waar men ook over deze grenzen heen kijkt en handelt. In de praktijk is het lastig om vast te stellen waar het multidisciplinaire ophoudt en overgaat in interdisciplinair handelen.

Deze werkwijze krijgt in de praktijk gestalte door het multidisciplinaire overleg (vergelijk Hertogh, 1999). Bij een multidisciplinaire aanpak kan er worden samengewerkt met verzorging, verpleging, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist, muziektherapeut etcetera. De gezamenlijke zorgacties en -doelen worden vastgelegd in het zorgleefplan van de patiënt.

3.5 Competenties en vaardigheden, attitude en kennis

De vaardigheden, attitude en kennis die nodig zijn voor de functie-uitoefening in het algemeen, wordt de professionele attitude genoemd. Deze attitude varieert van empathie tot wetenskap.

³⁴ Inge Wijkamp, Janet Klaster, Paul van Wilgen, *Multidisciplinaire samenwerking: een kans tot kwaliteitsverbetering voor de vrijgevestigde logopedist. Ontwikkeling en implementatie binnen de eerstelijns Groningen 2008.*

Voor de patiëntgerelateerde taken, complexe medische zorg, diagnostiek en coördinatie/managementtaken die de arts in verschillende rollen en verantwoordelijkheden kan uitoefenen, zijn specifieke VAK-elementen gewenst. Deze variëren van medisch-technische vaardigheden en kennis van ziektebeelden en polyfarmacie tot het voeren van de regie in een multidisciplinair team. Voor de niet-patiëntgerichte taken (voor de eigen praktijkvoering, het netwerk van zorgaanbieders, onderwijs, scholing, onderzoek en kwaliteitsmanagement) zijn vaardigheden en dergelijke nodig die variëren van het kunnen ontwikkelen en implementeren van zorgarrangementen tot het kunnen hanteren van audiovisuele hulpmiddelen. Voor de optionele taken (algemeen management, opleidingen en wetenschappelijk onderzoek) is een divers palet aan vaardigheden nodig, zoals projectmanagementvaardigheden en het schrijven van een review-artikel.

3.6 Taakdelegatie

Taakdelegatie wordt ingegeven door een aantal factoren:

- Verantwoorde taakdelegatie verhoogt de continuïteit van de zorgverlening.
- Het delegeren van taken verhoogt de arbeidssatisfactie van de verpleegkundig specialist, nurse practitioner, physician assistant en de specialist ouderengeneeskunde.
- De specialist ouderengeneeskunde kan zich meer richten op zijn core business.

Taakdelegatie betekent voor de specialist ouderengeneeskunde een herijking van de manier waarop hij naar zijn vak kijkt, zijn taak uitvoert met behoud van verantwoordelijkheden en kwaliteit. Substitutie en taakdelegatie bieden goede mogelijkheden om het werk van de specialist ouderengeneeskunde inhoudelijk aantrekkelijker te maken. Daarnaast kan het inzetten van verpleegkundig specialisten, nurse practitioners, physician assistants en/of basisartsen de werkdruk van de specialist ouderengeneeskunde verminderen. Het specialistisch medisch beleid blijft de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

In potentie biedt substitutie³⁵ van medische taken van de specialist ouderengeneeskunde aan de verpleegkundig specialist, nurse practitioner de meeste mogelijkheden qua tijdswinst. Het gaat hierbij om delegatie van artstaken. Delegatie van deeltaken aan praktijkverpleegkundigen, geriatrische verpleegkundigen, of bij GGz-patiënten aan de sociaal psychiatrische verpleegkundige (HBO-V'er) volgt daarna. De specialist ouderengeneeskunde blijft verantwoordelijk voor het medisch handelen en beleid zodra taakdelegatie aan een niet-medicus verleend wordt. Circa de helft van de verpleeghuizen is op dit moment bezig met initiatieven om werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde door substitutie en/of delegatie uit te laten voeren door andere disciplines.³⁶ Verenso ondersteunt deze initiatieven.

³⁵ *Capaciteitsorgaan deelrapport 5, specialist ouderengeneeskunde, Utrecht december 2010.*

³⁶ *Het gaat om taakherschikking, administratieve taken naar het medisch secretariaat, het stimuleren en optimaliseren van de deskundigheid van de verpleegkundigen, het zelfstandig verrichten van verpleegkundige handelingen, het delegeren van medische taken aan verpleegkundig specialisten, nurse practitioners en physician assistants. Zie de handreiking Taakdelegatie, Verenso 2012.*

Patiëntgerelateerde aandachtspunten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de patiëntgerelateerde aandachtspunten van de specialist ouderengeneeskunde beschreven. Het gaat om behandelen en het medisch handelen bij kwetsbare ouderen en chronisch zieken. Dit medisch handelen bestaat uit aan artsen voorbehouden taken met hieruit voortvloeiende als medisch te definiëren taken op het gebied van de regievoering (te weten diagnostiek, prognostiek en coördinatie/management). Hierbij geldt het voor de geriatrie typerende driehoeksmodel (triade), waarin de arts ook gebruik maakt van indirecte communicatielijnen naar de patiënt³⁷ (via het zorgsysteem van naasten en hulpverleners). Bij het uitoefenen van zijn patiëntgerelateerde taken werkt de specialist ouderengeneeskunde nauw samen met andere disciplines. Er is sprake van een multidisciplinair, probleemgericht en cyclisch behandelzorgproces.

4.2 Meest voorkomende ziekten

Waar sprake is van een of meer chronische ziekten (multimorbiditeit), bijkomende ziekten (comorbiditeit), directe ziektegevolgen (stoornissen, beperkingen, handicaps) en indirecte ziektegevolgen (ervaren kwaliteit van leven, interacties en zingeving) is de zorgvraag complexer en is de genoemde integrale benadering noodzakelijker (vergelijk Hertogh, 1999 en zie ook de omschrijving van 'complexe zorgvraag' in de bijlage). De benadering is primair probleemgericht en niet ziektegericht teneinde mogelijkheden voor functionele autonomie en kwaliteit van leven te bevorderen. De problemen waarop de benadering zich richt, zijn zeer individueel bepaald en variëren in de loop van de zorgverlening.

In beschrijvende zin kan het overgrote deel van de feitelijke populatie van de specialist ouderengeneeskunde aangeduid worden met één of meer aandoeningen uit de volgende aan de LZV-registratie³⁸ ontleende, beperkte lijst:

- Dementiesyndroom
- Cerebrovasculaire aandoeningen (en hun late gevolgen)
- Status na orthopedische operatie
- Diabetes mellitus
- Morbus Parkinson
- Osteoporose
- Hartfalen
- COPD
- Depressie en angststoornissen
- Multiple Sclerose
- Reumatoïde arthritis
- Arthrose
- Decubitus
- Delier
- Incontinentie
- Mobiliteitstoornissen
- Zintuigstoornissen

³⁷ Bij wilsonbekwaamheid en/of onvermogen van de patiënt te communiceren met de specialist ouderengeneeskunde.

³⁸ Landelijke Zorgregistratie Verpleeghuizen.

Doelen en functies van het medisch handelen kunnen zijn: stabiliseren, revalideren, chronische somatische en/of psychogeriatrische zorg, palliatieve terminale zorg, diagnostiek met richtinggevend advies en crisisinterventie.

4.3 Algemene medische aandachtspunten

De algemeen medische patiëntgerelateerde aandachtspunten zijn het verrichten van algemene en specialistische medische diagnostiek, behandeling en begeleiding.

- Diagnostiek: diagnosticeren en prognosticeren van somatische, psychogeriatrische en gerontopsychiatrische ziektebeelden en van intercurrente aandoeningen. Niet alleen gericht op het stellen van de diagnose, maar ook op het constateren van de bijbehorende stoornissen, beperkingen en handicaps.
- Behandeltaken: farmacologische en niet-farmacologische behandelingen.
- Preventie: preventie van ziekten en functieverlies en beperken van de gevolgen, zowel geïndiceerde als zorggerelateerde preventie.
- Begeleiding: de regie nemen over het voeren van gesprekken of het laten voeren van gesprekken met patiënt en/of diens familie en bieden van ondersteuning.
- Medisch-technische verrichtingen: als onderdeel van medische taken zo nodig uitvoeren van de medisch-technische en andere verrichtingen.
- Richtinggevend medisch beleid ontwikkelen en implementeren met de vakgroep ten behoeve van de instelling of eigen groepspraktijk.
- Bijdragen aan de indicatiestelling, rekening houdend met de wensen van de patiënt.
- Informatie verstrekken aan de patiënt en zijn relaties en instemming vragen met de behandeling (informed consent).
- Ondersteunen, adviseren en aanwijzingen geven aan andere disciplines.
- Schouwen van overledenen, regelen van obducties en verzorgen van administratieve afwikkeling.
- Verzorgen van administratie, correspondentie en dossiervorming.

4.4 Specifieke aandachtspunten

Het medisch handelen bestaat uit de aan artsen voorbehouden taken en uit een aantal als medisch te definiëren, samenhangende taken op het gebied van de regievoering: diagnostiek, zorg en coördinatie/management. Deze taken kan de specialist ouderengeneeskunde zowel verrichten als behandelaar, medebehandelaar of als consultant.

Diagnostiek

De specialist ouderengeneeskunde stelt op grond van het medisch onderzoek en analyse van de medische gegevens de ziektebeelden vast die een rol spelen bij de patiënt. Dit doet hij op basis van medische en psychosociale diagnose in combinatie met de gevoelde problemen (en rest mogelijkheden) van de patiënt. De multipathologie krijgt een rangschikking: hoofddiagnose en bijkomende ziekten. Deze rangschikking kan wijzigen (tijdelijk) bij een acute fase van een van de bijkomende ziekten en/of wanneer een andere ziekte op de voorgrond komt te staan.

Prognostiek

Prognostiek³⁹ verwijst naar de voorspelling over of verwachting van het optreden van een gebeurtenis of het beloop daarvan, bijvoorbeeld een ziekte. Een prognose en de afweging, al dan niet een actief behandelbeleid, is een medisch ethisch afwegingsprincipe. De afwegingen of het risico van de behandeling opweegt tegen de voordelen van de behandeling en of de draagkracht van de patiënt voldoende is om de behandeling aan te kunnen, bepalen het behandelbeleid. Vaak drukt men de afweging uit in termen van doel en middelen en hanteert daarbij de trias:

- 1 adequaat (is de interventie passend?)
- 2 subsidiair (zijn er geen andere, minder ingrijpende alternatieven aanwezig?)
- 3 proportioneel (buitengewoon hoge kosten maken, iemand volledig van zijn vrijheden beroven of iemand niet om instemming vragen en dergelijke beschouwt men als disproportioneel).

De inschatting welke ziektebeelden en welke problemen op de voorgrond staan en wat in totaliteit de gevolgen van de aandoeningen zijn voor de patiënt is complex bij mensen met comorbiditeit en multimorbiditeit. De specialist ouderengeneeskunde stelt naar aanleiding van de comorbiditeit en multimorbiditeit verder diepgaand onderzoek in (comprehensive geriatrisch assessment). Het geriatrisch assessment kenmerkt zich door multidisciplinaire onderzoeken. Het assessment kan zich zowel richten op somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatief als relationele vraagstukken.⁴⁰ De onderzochte problemen worden vervolgens vertaald in toetsbare doelen. Bij het formuleren van deze doelen zijn de wensen en de mogelijkheden van de patiënt en de mogelijkheden van het zorgsysteem (geheel van patiënt, naasten en hulpverleners) bepalend. In acties wordt omschreven met welke (multidisciplinaire) interventies van professionals en mantelzorg de doelen worden bereikt. De interventies richten zich in sterke mate op het beperken van de gevolgen van de ziekten, op het vaststellen en bieden van de benodigde ondersteunende zorg en op het behouden van functionele capaciteiten.

Coördinatie/management

De specialist ouderengeneeskunde heeft door het integraal benaderen van de patiënt overzicht over de hoofddiagnose, de mate van comorbiditeit, multimorbiditeit, polyfarmacie en de betrokken hulpverleners. Hierdoor kan hij de coördinatie/het management verzorgen zodat behandelingen en afspraken op elkaar afgestemd worden tussen en met behandelaars en hulpverleners. Door deze prioritering en afstemming wordt het beleid voor de patiënt overzichtelijk. De specialist ouderengeneeskunde bewaakt en evalueert de behandeldoelen met het multidisciplinaire team en de patiënt, stelt zonodig het behandelplan bij en communiceert dat naar betrokken behandelaars en hulpverleners om een eenduidig beleid te waarborgen.

39 J.J.E. van Everdingen, D.H.H. Dreesens, Bohn Stafleu van Loghum Houten 2011, *Glossarium kwaliteit van zorg*.

40 Dit rijtje staat bekend als SAMPC of SFMPC. Beide termen dekken dezelfde lading.

Niet-patiëntgerichte aandachtsgebieden

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen de taken van de specialist ouderengeneeskunde aan de orde die niet direct patiëntgebonden zijn. Ook deze taken horen (deels standaard, deels optioneel) tot het takenpakket van elke specialist ouderengeneeskunde.

5.2 De specialist ouderengeneeskunde in het netwerk van zorgaanbieders

Voor het naadloos op elkaar laten aansluiten van de verschillende functies in verschillende settings (ketenkwaliteit) is doelgerichte samenwerking (netwerkvorming) een voorwaarde. De specialist ouderengeneeskunde vervult deze rol namens de zorginstelling, groepspraktijk of namens de beroepsgroep. Hij levert bijdragen aan de totstandkoming van diverse netwerken (ketenzorg) in de regio, bijvoorbeeld ouderenzorg, palliatieve terminale zorg, CVA-zorg, AIDS-zorg gezondheid, netwerkzorg voor mensen met dementie etcetera. Het gaat hier vooral om patiëntoverstijgende onderwerpen zoals:

- Faciliteren van samenwerking, onder meer in de medische as.
- Vormgeven van aanpassingen en veranderingen in het zorgaanbod.
- Faciliteren/stimuleren van het veranderingsproces.
- Bijdragen aan de PR van het vak.
- Participeren in activiteiten van de eigen beroepsorganisatie.
- Innovatieve taken initiëren en uitvoeren.

5.3 Onderwijs, scholing en onderzoek

- Bijhouden van het eigen vak, het aanleren van nieuwe vaardigheden en het overdragen van kennis, vaardigheden en attitude aan vakgenoten en anderen.
- Bevorderen van de wetenschappelijke onderbouwing van het vak.
- PR bedrijven als ambassadeur van het vak.

Werkwijze

- Deelnemen aan onderwijs ten behoeve van bij- en nascholing.
- Deelnemen aan deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld onderlinge toetsing, intervisie en supervisie voor specialisten ouderengeneeskunde, visitatie.
- Houden van referaten of voordrachten over een specialist ouderengeneeskundig onderwerp/thema voor verschillende doelgroepen, bijvoorbeeld collegae, nurse practitioners, verpleegkundig specialisten, physician assistants, verpleegkundigen, familie.
- Bijhouden van wetenschappelijke vakliteratuur.
- Kritisch beoordelen van (de kwaliteit van) wetenschappelijke literatuur.
- Toepassen van resultaten van wetenschappelijk onderzoek in het eigen (medisch) handelen: toepassen van evidence based medicine.
- Begeleiden en coachen van gedelegeerde taken aan nurse practitioners, verpleegkundig specialisten, physician assistants en basisartsen.

5.4 Management en kwaliteitsmanagement

- Creëren van randvoorwaarden opdat de specialist ouderengeneeskunde zijn operationele taken op het gebied van ouderengeneeskunde goed kan uitvoeren ten behoeve van een goede kwaliteit van zorg.
- Opstellen van richtlijnen en procedures.
- Bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de (medische) beroepsuitoefening.
- Signaleren van knelpunten in de zorg in relatie tot de eigen professionele verantwoordelijkheid en die onder de aandacht brengen van het management.
- Medicatieveiligheid.
- Bijdragen aan lijn- en projectmanagement en de kwaliteitszorg in de zorginstellingen.
- Bijdragen aan het vaststellen en voeren van een transparant en verantwoord ethisch beleid.
- Houden van hygiënische supervisie en nemen van maatregelen ter voorkoming van infectieziekten.
- Teken van bekwaamheidsverklaringen voor de uitvoering van voorbehouden handelingen door ziekenverzorgenden, verpleegkundigen, nurse practitioners, verpleegkundig specialisten, physician assistants.
- Een zodanige praktijkuitrusting en ruimte realiseren dat de specialist ouderengeneeskunde in staat is de in dit takenpakket genoemde taken adequaat uit te voeren.
- Een adequate waarnemingsregeling organiseren indien de specialist ouderengeneeskunde niet beschikbaar is.
- Bepalen en bewaken van de indicatiecriteria van de in behandeling te nemen patiënten.
- Bijdragen aan het bepalen van de procedure voor de aanname en de doorstroming van patiënten.
- Bewaken van de geplande patiëntenbezetting c.q. caseload.

Algemeen management ⁴¹

De managementactiviteiten die een specialist ouderengeneeskunde verricht zijn afhankelijk van de omgeving waaruit het beroep verricht wordt en van de positie die de specialist ouderengeneeskunde inneemt binnen de groep artsen. Indien een groep specialisten ouderengeneeskunde verbonden is aan een instelling (verpleeghuis/ziekenhuis) leveren zij ieder jaar een jaarplan en bijbehorende begroting aan bij het management. In overleg en door afstemming met het management (duaal management) borgen zij de kwantiteit en kwaliteit van de dienstverlening. Werkt de specialist ouderengeneeskunde samen in bijvoorbeeld een huisartsenpraktijk of binnen een eigen groepspraktijk, dan liggen de managementactiviteiten op het gebied van acquisitie en onderhandelen met de ziektekostenverzekering over de kwaliteit en productie in de eerste en tweede lijn.

⁴¹ Zie NVVA-NVVZ-nota *Managementparticipatie door verpleeghuisartsen*.

5.5 Optionele activiteiten

De tot nu toe beschreven activiteiten worden door alle specialisten ouderengeneeskunde uitgevoerd. Daarnaast zijn er activiteiten die onontbeerlijk zijn voor het goed uitoefenen van het vak en de ontwikkeling ervan, maar die niet (allemaal) door elke specialist ouderengeneeskunde uitgevoerd hoeven te worden (optionele activiteiten). Veel specialisten ouderengeneeskunde zullen gedurende hun loopbaan wel een aantal van deze activiteiten uitoefenen. Bij deze optionele activiteiten gaat het om taken op het gebied van management, opleiding en wetenschappelijk onderzoek.

Opleiding

- Onderwijs en/of begeleiding artsen in opleiding (aios) ouderengeneeskunde en huisartsgeneeskunde.
- Onderwijs aan studenten in medische, verplegende, verzorgende en behandelingsondersteunende studierichtingen.
- Onderwijs in nascholingsactiviteiten of deskundigheidsbevorderende activiteiten (bijvoorbeeld onderlinge toetsing, intervisie en supervisie) voor specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, nurse practitioners, verpleegkundig specialisten, physician assistants, enzovoort.

Wetenschappelijk onderzoek

- Beoordelen van (de kwaliteit van) wetenschappelijke literatuur.
- Verrichten van of participeren in wetenschappelijk onderzoek.
- Publiceren van artikelen of onderzoeksresultaten.

Andere optionele activiteiten

- Vervullen van medisch adviseurschappen.
- Fungeren als SCEN-arts.
- Deelname aan tuchtcolleges.
- Deelname aan klachtencommissies.
- Vertegenwoordigen van de zorgorganisatie of de beroepsgroep.
- Taken binnen de beroepsvereniging.
- Opstellen van kwaliteitsbeleid, waaronder richtlijnen, behandelprotocollen en handreikingen.
- Belangenbehartiging van het beroep.
- Uitvoeren taken als BOPZ-arts in het kader van de Wet BOPZ: zorgdragen voor beleidsmatige voorwaarden met als doel het voorkomen van het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen en toezicht hierop.
- Fungeren als contactpersoon en uitvoeren van taken in de zin van de Infectieziektewet.
- Fungeren als aanspreekbare medicus voor externe instanties zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), voor de uitvoerders van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en ziektekostenverzekering.
- Eerst medische verantwoordelijke binnen het medisch team.

Aanbeveling voor de toekomst

6.1 Transmurale en extramurale zorg

De huidige ontwikkelingen in de samenleving en de gezondheidszorg vragen van de specialist ouderengeneeskunde een heroriëntatie op zijn beroepsuitoefening.⁴² Er is immers een groeiende groep ouderen en een toenemend aantal kwetsbare ouderen en chronisch zieken die langer thuis blijven. Om een bijdrage te kunnen leveren aan goede medische zorg voor deze groep patiënten zal de specialist ouderengeneeskunde zijn kennis en kundigheid ook buiten de zorginstellingen beschikbaar moeten stellen. Naast kennis van somatische, psychogeriatrische en gerontopsychiatrische aandoeningen zijn hierbij uitgesproken vaardigheden in communiceren en samenwerking nodig. Het vraagt om een zelfbewuste, initiatiefrijke opstelling van de specialist ouderengeneeskunde en specifieke kennis van de partijen die een rol spelen in de eerstelijns gezondheidszorg.

6.2 Veranderingen in het verpleeghuis

In het verpleeghuis zien we een transformatie naar specialistische verpleeghuizen. Door bundeling van doelgroepen kan de medische zorg en de verpleegkundige zorg toegespitst en gespecialiseerd gegeven worden aan de doelgroep met specifieke kenmerken. Hierdoor wordt een kwalitatieve slag in de medische en verpleegkundige zorg gemaakt. Voor de specialist ouderengeneeskunde is het noodzaak de kaderopleidingen die beschikbaar zijn te volgen. Hiermee is hij naast een generalistisch arts ook expert op een onderdeel van het vakgebied. Deze expertise dient de kaderarts in te zetten voor de doelgroep, maar ook om collega's te ondersteunen in het uitoefenen van het vak specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast hebben zij een adviserende en ondersteunende taak om instellingen te adviseren over de randvoorwaarden waaronder deze (speciale) zorg geleverd kan worden.

6.3. Kaderopleidingen

Kaderopleiding eerstelijns gezondheidszorg

De specialist ouderengeneeskunde die deze opleiding heeft gevolgd, heeft expertise en vaardigheden op het gebied van:

- Profileren, communiceren en samenwerken.
- Het stimuleren van netwerkvorming tussen specialisten ouderengeneeskunde onderling en gezamenlijk met huisartsen.
- Het effectief verrichten van (telefonische of face-to-face) consultatie aan de huisarts.
- Het voorbereiden, uitvoeren en terugkoppelen van gerichte MDO's (multidisciplinair overleg) voor patiënten van de huisarts.
- Het vormgeven aan medebehandelaarschap en regiefunctie in de eerste lijn.
- Efficiënte communicatie met huisarts en andere disciplines (met behulp van ICT).
- Het projectmatig werken en ontwikkelen van verbeterprojecten met betrekking tot medische zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken in de eerste lijn.
- Het verdiepen van medische kennis en wetenschappelijke onderbouwing van het medisch handelen.
- Het bevorderen van deskundigheid van gezondheidsmedewerkers en behandelaren in de eerste lijn.
- De mogelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde voor extramurale praktijkvoering.

⁴² LUMC verzorgt de opleiding tot kaderspecialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Gerion/VU, Groningen en Nijmegen Radboud universiteit verzorgen de overige kaderopleidingen.

Kaderopleiding psychogeriatric

De specialist ouderengeneeskunde die deze opleiding heeft gevolgd, heeft expertise en vaardigheden op het gebied van de psychogeriatric op een gespecialiseerd niveau. Fungeert als consulent psychogeriatric zorg voor andere hulpverleners. Verzorgt onderwijs over de psychogeriatric. Beoordeelt wetenschappelijke literatuur kritisch en past het toe in het werk.

Kaderopleiding geriatricche revalidatie

De specialist die deze opleiding heeft gevolgd, heeft expertise en vaardigheden op het gebied van de geriatricche revalidatie op een gespecialiseerd niveau. Fungeert als consulent geriatricche revalidatie voor andere zorgverleners. Verzorgt onderwijs over de geriatricche revalidatie. Beoordeelt wetenschappelijke literatuur kritisch en past inzichten toe in het eigen werk.

Kaderopleiding Palliatieve Zorg

De specialist ouderengeneeskunde die deze opleiding heeft gevolgd heeft expertise en vaardigheden op het gebied van de palliatieve zorg op een gespecialiseerd niveau. Is in staat om als consulent palliatieve zorg te fungeren voor andere hulpverleners. Kan onderwijs geven over de palliatieve zorg. Kent de methode van kwaliteitsbeoordeling en weet deze toe te passen. Is in staat wetenschappelijke literatuur kritisch te beoordelen en toe te passen in het eigen werk.

6.4 Technische ontwikkelingen

Elektronisch patiëntendossier

De specialist ouderengeneeskunde werkt niet alleen in het verpleeghuis. Ook in het verzorgingshuis en in de thuissituatie zal hij patiënten behandelen of consultatief werkzaam zijn. 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 gegevens. Hierbij dienen de privacyaspecten in het oog te worden gehouden.

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 wel een andere. Meer dan ooit zal de specialist ouderengeneeskunde zich moeten afvragen of de verslaglegging begrijpelijk en toegankelijk is voor andere hulpverleners. In hoeverre privacyaspecten gewaarborgd zijn. En in mindere mate is er verwevenheid met de registratie van gegevens die door de specialist ouderengeneeskunde worden vastgelegd en die door een instelling en/of andere disciplines worden geregistreerd.

De noodzaak om gegevens elektronisch vast te leggen neemt toe. Steeds meer werkt de specialist ouderengeneeskunde op verschillende locaties en bij patiënten thuis. Elektronische koppelingen tussen de systemen van instellingen, huisartsen en apothekers zijn gewenst. Standaarden voor gegevensuitwisseling en de gedragscode elektronische gegevensuitwisseling in de zorg van de KNMG moeten worden gevolgd.

Standaardisering is noodzakelijk voor de uitwisseling van gegevens. Door standaardisering kan samenhang tussen verschillende dossiers worden aangebracht. Binnen een instelling en tussen verschillende instellingen en zorgverleners. Door koppeling van gegevens kan voorkomen worden dat gegevens meerdere keren moeten worden ingevuld en dat op eenduidige wijze medicatiegegevens, diagnostische gegevens en onderzoeksuitslagen kunnen worden geregistreerd.

Om tot een goede en adequate zorg voor ouderen met complexe problematiek te komen, waarvan bekend is dat zij met een veelheid aan hulpverleners te maken hebben, is het noodzakelijk om snelle en betrouwbare gegevensuitwisseling en tot stand te brengen. Een elektronisch patiëntendossier en een elektronisch voorschrijfsysteem zijn gewenst om 7 x 24 uur zorg te kunnen geven. De specialist ouderengeneeskunde heeft de verantwoordelijkheid om zijn eigen bevindingen te registreren en wel op een zodanige wijze dat andere beroepsbeoefenaren en instellingen daarvan gebruik kunnen maken indien dit gewenst en toegestaan is. De bijdrage die een specialist ouderengeneeskunde moet leveren aan een zorgplan wordt vereenvoudigd als er goede koppelingsmogelijkheden zijn met zijn eigen gegevens. Dit stelt specifieke eisen aan een elektronisch patiëntendossier.⁴³

Domotica

Het gebruik van domotica-voorzieningen biedt de volgende mogelijkheden:

- Voorkomen/beperken van huishoudelijke ongevallen.
- Meer (gevoel van) veiligheid door inbraak- en brandalarm en personenalarmering.
- Controle in ongewone situaties.
- Ondersteunen van de zorgverleners.
- Betere temperatuurregeling, dus onder andere energiebesparing.

De praktijk

Via automatisch aangaande verlichting tussen slaapkamer en toilet wordt iemand ondersteund bij het vinden van de weg als het donker is. Iemand die plotseling hulp nodig heeft, kan een alarmoproep doen. Dit kan geactiveerd worden via een knop of zelfs door hard roepen. Een (in- of extern aanwezige) zorgverlener krijgt de melding op de DECT telefoon, waarna een spreek-/ luisterverbinding tussen beiden tot stand wordt gebracht. Een bedmat geeft een signaal af zodra iemand het bed verlaat of ingaat. Zo kan bijvoorbeeld de kamerverlichting of een elektrische kookplaat in de dag- of nachtstand worden geschakeld. Ook kan de aandacht van een zorgverlener worden getrokken wanneer iemand gedurende een in te stellen periode niet beweegt. Dit wordt via een bewegingsmelder aan een zorgverlener elders kenbaar gemaakt. Bij calamiteiten kan zo tijdig alarm worden geslagen.

Domotica geeft technische mogelijkheden waardoor de veiligheid van de patiënt verhoogd kan worden en de inzet van vrijheidsbeperkende middelen beperkt kan worden. In dat licht kan de specialist ouderengeneeskunde domotica gebruiken als een hulpmiddel bij het opstellen van een behandelplan.

⁴³ Verenso heeft een Programma van Eisen geschreven waaraan het Ouderengeneeskunde Informatie Systeem (OIS) dient te voldoen. Verenso 2012.

Literatuur

- T. Bakker, H. Diesfeldt Psychiatische stoornissen bij kwetsbare ouderen 2010
- Bovens M. Wille A. Diploma democracy. Utrecht/Leiden; Utrecht University/Leiden University 2009.
- BTSG, Alzheimer Nederland: Wonen met dementie, 2006 Bunnik 2006.
- Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2010 deelrapport 5; specialist ouderengeneeskunde Utrecht, december 2010.
- Capaciteitsorgaan, Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit verpleeghuizen I. Bloemendaal, T. Bisseling, L.J. van Eck Utrecht 2010.
- CBS gegevens 2010.
- CHVG-besluiten
 - Titelaanduiding. No. 2-1998.
 - Eisen voor de opleiding. No. 3-2000.
 - Eisen en voorwaarden voor de erkenning van opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten (opgenomen in No. 3-2000).
 - Eisen en voorwaarden inzake de herregistratie. No. 9-1999.
 - Arts in opleiding tot huisarts/verpleeghuisarts/arts voor verstandelijk gehandicapten en tot onderzoeker (AIOTO). No. 9-2000.
- J.J.E. van Everdingen, D.H.H. Dreesens, Bohn Stafleu van Loghum Houten 2011, Glossarium kwaliteit van zorg.
- R. Fogel, Economic Growth, Population Theory and Physiology: The Bearings of Long Term Processes on the Making of Economic Policy, 1994.
- Fries J. Koop C, Beadle C, Cooper P, England M, Greaves R, Sokolov JJ, Wright D. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. N Engl J Med, 1993;329:321-5.
- Hertogh, C.M.P.M., Functionele geriatrie. Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom 1999.
- KNMG, Algemene competenties van de specialist 2005.
- Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H, Geenberg LG, Gorina Y, Wartzman L, Gibson D. Health life expectance, and health care spending among the elderly- three decades of health care use by the elderly, 1965-1998. N Engl J Med, 2003;349(11):1048-55.
- LUMC opleiding tot kaderspecialist ouderengeneeskunde in de 1e lijn 19-07-2011 Leiden.
- McKeown T. The role of medicine. Dream, Mirage or Nemesis? London; The Nuffield Provincial Hospital Trust 1976.
- Navarro V. What we mean by social determinants of health. Int. Journal of Health Services 2009; 39;(3):423-41.
- NVVA, Beroepsprofiel verpleeghuisarts. Utrecht: NVVA 2000.
- NVVA, Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater, Utrecht: NVVA 2003.
- Prof. dr. Paul Schnabel, directeur Sociaal en Cultureel Planbureau Kwetsbare ouderen, Den Haag 2011.
- Prof. Westendorp R, Buitenspel? De kunst van het oud worden, Wormer 2007.
- Inge Wijkamp, Janet Klaster, Paul van Wilgen, Groningen 2008, Multidisciplinaire samenwerking: een kans tot kwaliteitsverbetering voor de vrijgevestigde logopedist. Ontwikkeling en implementatie binnen de eerste lijn.
- Robben, P.B.M., Kwartet voor ouderen. Ontstaan en ontwikkeling van de medische beroepen in de ouderenzorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2002.
- Verenso, Helderheid over verantwoordelijkheid, verantwoordelijkheid voor medische zorg in relatie tot verantwoorde zorg, Utrecht 2009.
- VWS, Tijd en toekomst Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter Den Haag: VWS 2010.
- VWS, Van gezond naar beter, Kernrapport Volksgezondheid toekomst verkenning 2010 Den Haag: VWS 2010.
- Weeder, W.E. en G.P. Melkert, Managementparticipatie door verpleeghuisarts/sociaal geriater; handreiking als bijdrage aan de discussie. Utrecht: NVVA en NVVZ 1998.

- R. Wiewel Verenso 2005, De competenties van de Verpleeghuisarts 2005.
- De landelijke werkgroep Raamcurriculum 2007.
- De landelijke werkgroep Raamcurriculum en goedgekeurd door HVCR, Raamcurriculum Verpleeghuisarts opleiding Amsterdam.
- Lucht, F. van der; Polder, J.J. Towards better health, The Dutch Public Health Status and Forecasts Report 2011.
- Polder JJ 2008, Levensloop en zorgkosten. Solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing, RIVM Rapport 270082001.

Bijlagen

Competenties van de specialist ouderengeneeskunde⁴⁴

De specialist ouderengeneeskunde heeft specifieke expertise waar het gaat om kwetsbare ouderen met de volgende kenmerken⁴⁵:

- Er is sprake van meervoudige problematiek.
Comorbiditeit: naast de hoofddiagnose meerdere nevendiagnosen gerelateerd aan een (chronische) ziekte, bijvoorbeeld depressie bij dementie.
Multimorbiditeit: er zijn meerdere aandoeningen/ziekten tegelijk aanwezig, bijvoorbeeld Parkinson en diabetes mellitus.
- De multipathologie (comorbiditeit en multimorbiditeit) valt samen met specifieke ouderdomsverschijnselen zoals Arthrosis deformans, osteoporose en dergelijke.
- Er is sprake van een atypische presentatie en verloop van de ziekten, waarbij vooral een verminderde zelfredzaamheid (regie/functionele autonomie) als uitingsvorm kenmerkend is.
- Het doel van de behandeling is niet zozeer gelegen in het wegnemen of genezen van de ziekte, maar in een streven naar herstel van functionaliteit en zelfredzaamheid en/of een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven.

Kwetsbare volwassenen⁴⁶ met specifieke chronische ziekten

De specialist ouderengeneeskunde kan ook betrokken zijn bij de zorg voor jongere patiënten met een vergelijkbare complexe medische zorgproblematiek. Dit zijn doelgroepen met zeer specifieke ziektebeelden zoals neurodegeneratieve aandoeningen (MS, ALS), het syndroom van Korsakov, patiënten in een langdurige vegetatieve toestand, patiënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH), jonge terminale patiënten etcetera.

Doelstellingen van de ouderengeneeskunde⁴⁷

Het doel van het specialisme ouderengeneeskunde is medische zorg te verlenen bij complexe geriatrie zorgproblemen waarbij het versterken van de functionele autonomie en kwaliteit van leven van de patiënt belangrijk zijn. Deze complexe medische zorg wordt ongeacht de locatie waar de patiënt zich bevindt gegeven.

Werkomgeving

De specialist ouderengeneeskunde verricht zijn werkzaamheden daar waar de expertise nodig is. Hij werkt in verpleeghuizen als behandelaar, in de thuissituatie als medebehandelaar of als consultant van de huisarts en in de ziekenhuizen als medebehandelaar of consultant van de behandelend specialist.

Er zijn specialisten ouderengeneeskunde die zelfstandige beroepsbeoefenaren zijn en hun diensten aanbieden aan verpleeghuizen, huisartsgroepen en ziekenhuizen. De specialist ouderengeneeskunde verricht zijn werkzaamheden daar waar de expertise nodig is.

⁴⁴ R. Wiewel 2005, *De competenties van de verpleeghuisarts. De term verpleeghuisarts is vervangen door specialist ouderengeneeskunde. De competenties van de specialist ouderengeneeskunde is geschreven vanuit de Canmeds van de KNMG 2005, Algemene competenties van specialisten.*

⁴⁵ C.M.P.M. Hertog *functionele geriatrie, Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen* 1999.

⁴⁶ *Mensen onder de 65 jaar.*

⁴⁷ *Daar waar ouderengeneeskunde genoemd wordt, worden ook de kwetsbare volwassenen met specifieke chronische ziekten bedoeld.*

In toenemende mate ontwikkelt de specialist ouderengeneeskunde een specifiek aandachtsgebied, waardoor hij een expert is op een deelgebied. Te denken valt aan: dementie, MS, Parkinson en complexe medische zorg voor patiënten met specifieke problemen zoals continue beademing etcetera. De sociaal geriater heeft bij uitstek expertise op het medische psychogeriatrische gebied. Hij verricht zijn werkzaamheden transmurale, vanuit het verpleeghuis richting GGz-instellingen ten behoeve van de oudere psychiatrische patiënt, vanuit de GGz-instellingen in de thuissituatie bij ouderen met psychiatrische problematiek en als consulent naar verpleeghuizen toe waar men gespecialiseerd is in ouderen met chronisch verlopende psychiatrische beelden.

Hoofdbehandelaar

Als hoofdbehandelaar is de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de medische diagnose, indicatiestelling, behandeling, het opstellen en uitvoeren van het medische behandelplan en voor de 24-uurs medische zorg. Daarnaast heeft hij de regierol in het multidisciplinaire team.

De regievoering staat los van de werksituering van de specialist ouderengeneeskunde. Werkt de specialist ouderengeneeskunde vanuit het verpleeghuis of ziekenhuis dan zal het multidisciplinaire team voortkomen uit de aldaar werkende para- en perimedische dienst en het verzorgende- en verpleegkundige team. Werkt de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn dan zal het multidisciplinaire team samengesteld worden in samenwerking met de in de eerste lijn werkende para- en perimedische praktijken en de thuiszorg.

Werkterreinen

Het medisch handelen ligt met name op de volgende gebieden: geriatrische revalidatie, chronische somatische en/of psychogeriatrische zorg, chronische psychiatrische zorg, palliatieve terminale zorg, crisisinterventie, diagnostiek, prognostiek, coördinatie/management en advies.

Overzicht van de competentiegebieden:

- 1 Medisch handelen
- 2 Communicatie
- 3 Samenwerking
- 4 Kennis en wetenschap
- 5 Maatschappelijk handelen
- 6 Organisatie
- 7 Professionaliteit

Medisch handelen

In het competentiegebied Medisch Handelen gaat het om het kerngebied van het vak. De overige competentiegebieden kunnen niet los gezien worden van dit eerste terrein. In de beschrijving is een combinatie gemaakt van de stappen diagnose – behandeling – preventie en de stappen van een cyclisch zorgproces. Verder wordt er een hoofdonderscheid gemaakt tussen de directe patiëntenzorg (1) en het verlenen van consultaties (2).

De specialist ouderengeneeskunde:

- 1 hanteert diagnostische en therapeutische vaardigheden ten behoeve van een doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorg in een integraal, multidisciplinair, probleemgericht en cyclisch zorgproces.
- 1.1 neemt goed onderbouwde besluiten over diagnostische en therapeutische interventies, gebaseerd op informatie en voorkeur met instemming van de patiënt⁴⁸, wetenschappelijk bewijs en klinische beoordeling.
- 1.1.1 diagnosticeert en prognosticeert somatische, psychogeriatrische en

⁴⁸ Bij wilsonbekwaamheid met instemming van diens wettelijk vertegenwoordiger.

gerontopsychiatrische ziektebeelden en intercurrente aandoeningen, niet alleen gericht op het stellen van de diagnose, maar ook op het constateren van de bijbehorende stoornissen, polyfarmacie, beperkingen en handicaps en op de zorgbehoeften/-wensen. De diagnostiek kan plaatsvinden in verschillende stadia van de problematiek: acuut, chronisch, terminaal.

Meer specifiek (het doelmatig verrichten van):

- anamnese en hetero anamnese;
- algemeen lichamelijk onderzoek;
- specifiek aanvullend onderzoek (oriënterend neurologisch en (neuro-) psychologisch (test)onderzoek);
- psychiatrisch en psychogeriatrisch onderzoek;
- het beoordelen van wilsbekwaamheid;
- de noodzaak tot aanpassing van de juridische status, het voorkomen van het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen en dwangbehandeling en indien onontkoombaar het indiceren van een vrijheidsbeperkend middel;
- aanvragen van laboratoriumonderzoek, technisch en specialistisch onderzoek, beoordelen en vaststellen van de individueel aangewezen zorg op basis van ziektegerichte diagnostiek en ziektegevolgen diagnostiek;
- inschatten van de ontwikkeling van de zorgvraag (prognose);
- analyseren en interpreteren van de bevindingen bij het onderzoek (probleemverheldering, analyse en -definitie, differentiaal diagnostiek, systeemanalyse).

1.1.2 verricht doelmatig (of laat verrichten) behandelingen gericht op genezing en op onderhoudsbehandeling bij chronische aandoeningen conform het medische behandelplan. Onder andere:

- inzetten en afstemmen van medicamenteuze therapie;
- aanvragen van paramedische en psychosociale behandelingen/interventies;
- indiceren van specifieke verpleegkundige of verzorgende interventies;
- (laten) uitvoeren van BIG geregistreerde handelingen;
- systeeminterventies en andere psychotherapeutische deeltechnieken toepassen;
- crisisinterventie verrichten (methodiek van ingrijpen in acute situaties);
- verwijzen naar of consulteren van externe specialisten.

1.1.3 doet aan individuele preventie:

- het voorkomen van ziekten en functieverlies;
- het voorkomen van verergering van ziekten en functieverlies.

1.1.4 stelt een medisch behandelplan op.

1.1.5 voert op competente wijze alle medisch-technische verrichtingen uit die essentieel zijn voor het eigen vakgebied.

1.1.6 evalueert de behandeldoelen en stelt deze bij in overleg met de patiënt⁴⁹ en overige hulpverleners in een multidisciplinair overleg en voert hierbij de regie.

49 Bij wilsonbekwaamheid met de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt.

- 2 verleent effectieve consultaties
 - in de patiëntenzorg,
 - in het onderwijs,
 - in juridische kwesties (in bewaringstelling, rechtelijke machtiging).

Communicatie

Het competentiegebied Communicatie omvat alle communicatie en samenwerking met de patiënt en diens systeem. Punt 3 beslaat het geheel van de relatie met de patiënt/het systeem. Punt 4 beschrijft het verwerven van informatie. Punt 5 heeft betrekking op het geven van informatie.

- 3 bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten en hun systeem op;
 - 3.1 gaat correct om met de diversiteit in etnische en culturele achtergronden van de patiënt;
 - 3.2 gaat correct om met de patiënt met communicatieve en cognitieve beperkingen;
 - 3.3 creëert een omgeving, die gekenmerkt wordt door begrip, vertrouwen, empathie en vertrouwelijkheid.
- 4 verkrijgt doelmatig relevante patiënteninformatie;
 - 4.1 verkrijgt relevante informatie bij de patiënt, diens systeem of bij andere hulpverleners;
 - 4.2 toont interesse in de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt over het ontstaan, de aard en de behandeling van zijn of haar ziekte of problemen;
 - 4.3 schat de invloed van factoren als leeftijd, geslacht, etnisch-culturele achtergrond, opleidingsniveau, sociaal netwerk en emotie naar waarde in.
- 5 bespreekt de relevante informatie met patiënten en familie;
 - 5.1 verkrijgt instemming met het medische behandelplan;
 - 5.2 informeert en adviseert de patiënt op invoelende wijze en met respect en bevordert intussen begrip, discussie en actieve deelname van de patiënt bij beslissingen over zijn behandeling;
 - 5.3 luistert naar de patiënt en zijn naasten (om een optimale en consistente patiëntenzorg voor de patiënt en zijn familie te waarborgen);
 - 5.4 verifieert het begrip van de patiënt en zijn naasten;
 - 5.5 houdt duidelijke en accurate dossiers bij.

Samenwerking

Het competentiegebied Samenwerking omvat het samenwerken met alle zorgverleners, die met de specialist ouderengeneeskunde betrokken zijn bij de patiënt. Punt 6 betreft de samenwerking met en rond de individuele patiënt, terwijl punt 7 patiënt-overstijgend is. Hierbij valt te denken aan commissiewerk, onderzoek en onderwijs.

- 6 overlegt doelmatig met;
 - het multidisciplinair team over het zorg-/behandelplan;
 - collega's uit de eerste of tweede lijn over de medische situatie van de patiënt;
 - zorgverleners van andere instellingen over de medische en algemene zorg (therapeutisch leefklimaat etc.) voor de patiënt.
- 6.1 onderkent hierbij de grenzen van zijn eigen deskundigheid;
- 6.2 onderkent de rol en deskundigheid van andere betrokkenen;
- 6.3 betreft de patiënt en zijn naasten bij de besluitvorming;
- 6.4 integreert expliciet de mening van de patiënt en zorgverleners in het medisch behandelplan;
- 6.5 voert de regie over het multidisciplinaire team.

- 7 draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg, onder meer in de medische as;
- 7.1 geeft vorm aan aanpassingen en veranderingen in het zorgaanbod: onderkent de deskundigheid van andere teamleden, respecteert de meningen en rollen van individuele teamleden, draagt bij aan een gezonde teamontwikkeling en conflicthantering en zet eigen deskundigheid in bij ondersteuning van het team.

Kennis en wetenschap

De competenties die vallen onder het eerste competentiegebied Medisch handelen, zoals diagnosticeren en behandelen, vragen om veel (parate) kennis. Het competentiegebied Kennis en wetenschap richt zich op het proces van kennis verwerven en het omgaan met kennis. Punt 8 richt zich op het kritisch beoordelen van de wetenschappelijke literatuur. Punt 9 gaat in op het participeren in projecten gericht op kennisvermeerdering of –borging. Punt 10 gaat in op de persoonlijke ontwikkeling en punt 11 op het delen van de eigen deskundigheid met anderen.

- 8 beoordeelt medische informatie van het eigen vakgebied kritisch ten behoeve van de eigen klinische oordeels- en besluitvorming;
 - 8.1 stelt vragen zo, dat ze in principe te beantwoorden zijn met behulp van wetenschappelijke literatuur;
 - 8.2 zoekt efficiënt naar wetenschappelijke gegevens;
 - 8.3 beoordeelt de kwaliteit van wetenschappelijke gegevens;
 - 8.4 blijft op de hoogte van de onderbouwing van de kwaliteitsnormen.
- 9 bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakken- nis door het meewerken aan gemeenschappelijke onderzoeksprojecten, kwaliteitsborging of de ontwikkeling van richtlijnen voor de beroepspraktijk;
 - 9.1 voert zelfstandig literatuuronderzoek uit;
 - 9.2 participeert in gezamenlijke onderzoeksprojecten;
 - 9.3 participeert in kwaliteitsborging;
 - 9.4 participeert in richtlijnontwikkeling en ontwikkeling van behandelprotocollen.
- 10 ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan;
 - 10.1 stelt persoonlijke leerdoelen vast;
 - 10.2 kiest geschikte leermethoden;
 - 10.3 evalueert de eigen leerresultaten voor het eigen beroepshandelen.
- 11 bevordert de deskundigheid van studenten, aios, basisartsen, verpleeg- kundig specialisten, nurse practitioners, physician assistants en van collega's, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg via onderwijs, voorlichting en publicaties;
 - 11.1 helpt anderen hun leerbehoefte te formuleren;
 - 11.2 adviseert anderen hoe zij zich verder kunnen ontwikkelen;
 - 11.3 geeft constructieve feedback;
 - 11.4 past principes van het leren door volwassenen toe in de interactie met anderen;
 - 11.5 geeft begeleiding en leiding aan personen die onder zijn verantwoording taken verrichten.

Maatschappelijk handelen

Het competentiegebied Maatschappelijk handelen richt zich op de maatschappelijke context van het handelen van de specialist ouderengeneeskunde en op vormen van belangenbehartiging ten behoeve van de patiënt door de specialist ouderengeneeskunde. Punt 12 focust op de arts/patiëntrelatie en van daaruit op eventuele grotere groepen, zoals bij de bestrijding van besmettelijke infecties. Punt 13 betreft grotere groepen, zoals bij infectiepreventie.

- 12 kent en herkent de determinanten van de gezondheid van patiënten om de gezondheid van patiënten en de volksgezondheid te bevorderen;
- 12.1 past de patiëntenzorg en voorlichting aan om zo de gezondheid te bevorderen en het inzicht in het beleid te vergroten;
- 12.2 stimuleert copingsvaardigheden;
- 12.3 stimuleert de actieve deelname in de medische besluitvorming.
- 13 herkent en reageert op die kwesties waar belangenbehartiging namens patiënten, beroepen of de samenleving gewenst is;
- 13.1 identificeert risicogroepen;
- 13.2 onderkent beleidsmaatregelen die de gezondheid beïnvloeden;
- 13.3 hanteert methoden om de ontwikkeling van gezondheidszorg- en sociaal beleid te beïnvloeden.

Organisatie

Het competentiegebied Organisatie betreft zowel het kunnen organiseren van zijn werk en prioriteiten stellen (punt 14) als het werken in een organisatie (punt 15).

- 14 organiseert het werk naar een balans tussen het beroepsmatig handelen, de behoefte aan verdere ontwikkeling en privé-leven;
- 14.1 past effectief tijdsmanagement toe;
- 14.2 evalueert zichzelf om tot realistische verwachtingen te komen.
- 15 werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie of als zelfstandige beroepsbeoefenaar;
- 15.1 zorgt voor een goede praktijkvoering;
- 15.2 functioneert in bredere managementsystemen in organisaties of binnen de eigen groepspraktijk, zoals in multidisciplinaire teams en (kwaliteits-) commissies;
- 15.3 besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord;
- 15.4 gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg, scholing en andere activiteiten.

Professionaliteit

Het competentiegebied Professionaliteit heeft betrekking op de kwaliteitseisen die gesteld worden aan de beroepsuitoefening van de specialist ouderengeneeskunde. Dit betekent dat dit aspect nog minder dan de andere competentiegebieden los gezien kan worden van de overigen. Verder is het juridisch en ethisch verantwoord handelen bij dit competentiegebied onder gebracht.

- 16 levert hoogstaande zorg op een integere, oprechte en betrokken wijze;
- 16.1 reflecteert op zijn handelen als specialist ouderengeneeskunde;
- 16.2 levert een bijdrage aan transparantie over het medische handelen door visitatie/casuïstiekbespreking etcetera;
- 16.3 legt verantwoording af over zijn handelen als specialist ouderengeneeskunde;
- 16.4 hanteert persoonlijke en professionele grenzen;
- 16.5 neemt de consequenties van fouten in het eigen handelen;
- 16.6 spreekt anderen aan op (bijna-) incidenten.

- 17 oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische en juridische normen van het beroep;
- 17.1 werkt vanuit juridische kaders, zoals de WGBO, de BOPZ, de wet BIG en dergelijken;
- 17.2 handelt professioneel;
- 17.3 gaat effectief om met ethische dilemma's;
- 17.4 geeft sturing aan een overleg over ethische problemen.

Begrippen

Basiszorg

Het geheel aan voorzieningen (verstrekkingen) op het gebied van wonen, zorg en welzijn dat instellingen/overheid (intramurale instellingen, GGz-instellingen, Thuiszorg, WMO) ter beschikking stellen aan hun patiënten, zonder specificatie naar de individuele mogelijkheden of beperkingen van de patiënt. De mate waarop een individuele patiënt aanspraak kan maken op deze voorzieningen is weergegeven in het indicatiebesluit.

Beroepsprofiel

Omschrijving van de doelgroep waarvoor de specialist ouderengeneeskunde medisch verantwoordelijk is, alsmede van wat hij wil bereiken en de kerncompetenties die hiervoor nodig zijn.

Complexe zorgvraag

Geriatrische patiënten presenteren zich met klachten en symptomen. Deze hebben vaak een specifiek karakter waarbij het functieverlies op de voorgrond staat, zonder dat dit via een ondubbelzinnig verband herleid kan worden tot een eenvoudige ziektekundige hoofddiagnose. Er is sprake van comorbiditeit. Dit kan een moeilijk te ontrafelen synergetisch effect hebben op de aard en de ernst van de ondervonden problemen en beperkingen. Terwijl anderzijds de relatie tussen ziekte en ziektegevolg sterk beïnvloed wordt door factoren als persoonlijkheid, stemming, acceptatie en verwerking, sociale steun en culturele waardepatronen. Tenslotte is er de neerwaartse spiraal waarin functieverlies door negatieve terugkoppeling tot verdergaande functionele beperkingen en eventueel tot nieuwe chronische aandoeningen leidt (Hertogh 1999, p.p. 27/28). Deze neerwaartse spiraal zorgt ervoor dat de medische zorg gedurende het ziekteproces steeds complexer wordt.

Comorbiditeit

Naast de hoofddiagnose meerdere nevendiagnosen gerelateerd aan een (chronische) ziekte, bijvoorbeeld depressie bij dementie.

Multimorbiditeit

Er zijn meerdere aandoeningen/ziekten tegelijk aanwezig, bijvoorbeeld Parkinson en diabetes mellitus.

Multipathologie

Comorbiditeit en multimorbiditeit komen gezamenlijk voor bij de patiënt.

CSLM-ZORG

Continue Systematisch Langdurig Multidisciplinaire zorg.

Kwetsbaarheid/frailty

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale problemen in het functioneren waardoor kwetsbaarheid ontstaat ten aanzien van de autonomie en de regie van het bestaan. Het gevolg hiervan kan zijn een neerwaartse spiraal van toenemend functieverlies. De specialist ouderengeneeskunde heeft specifieke expertise waar het gaat om kwetsbare ouderen met de volgende kenmerken:

- Er is sprake van meervoudige problematiek. Comorbiditeit: naast de hoofddiagnose meerdere nevendiagnosen gerelateerd aan een (chronische) ziekte, bijvoorbeeld depressie bij dementie. Multimorbiditeit: er zijn meerdere aandoeningen/ziekten tegelijk aanwezig, bijvoorbeeld Parkinson en diabetes mellitus.
- De multipathologie valt samen met specifieke ouderdomsverschijnselen zoals arthrosis deformans, osteoporose en dergelijke.
- Er is sprake van een atypische presentatie en verloop van de ziekten, waarbij

- vooral een verminderde zelfredzaamheid (regie/functionele autonomie) als uitingsvorm kenmerkend is.
- Het doel van de behandeling is niet zozeer gelegen in het wegnemen of genezen van de ziekte, maar in een streven naar herstel van functionaliteit en zelfredzaamheid en/of een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven.

Kwetsbare volwassenen met specifieke chronische ziekten

De specialist ouderengeneeskunde kan ook betrokken zijn bij de zorg voor jongere patiënten met een vergelijkbare complexe medische zorgproblematiek. Dit zijn doelgroepen met zeer specifieke ziektebeelden zoals neurodegeneratieve aandoeningen (MS, ALS), het syndroom van Korsakov, patiënten in een langdurige vegetatieve toestand, patiënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH), jonge terminale patiënten etcetera.

Optioneel aandachtsgebied

Aandachtsgebied wat niet standaard tot de kerntaken van de specialist ouderengeneeskunde behoort. Optionele aandachtsgebieden zijn wel een voorwaarde voor de uitoefening en verdere ontwikkeling van de ouderengeneeskunde. Voor de uitoefening van deze aandachtsgebieden zijn extra vaardigheden en/of opleiding nodig.

Geriatrische revalidatiezorg

Behandeling gericht op herstel van handelingen met betrekking tot het eigen lichaam, het huishouden en andere gewenste bezigheden.

Taak

Een met elkaar samenhangend geheel van activiteiten, waarmee een specialist ouderengeneeskunde een sociaal geriatrisch doel bereikt. Dit doel kan rechtstreeks in verband staan met de hulpverlening, dan wel voorwaardenscheppend zijn.

Competenties en aandachtsgebieden

Het geheel van competenties waaraan voldaan moet worden om het gestelde in het beroepsprofiel te realiseren en waarop elke specialist ouderengeneeskunde aanspreekbaar is. Deze competenties en aandachtsgebieden zijn deels patiëntgebonden en voor een ander deel niet-patiëntgebonden.

Medisch behandelplan

Het medische behandelplan omvat de resultaten van het diagnostisch en (hetero) anamnesisch onderzoek, een probleeminterventie, het behandeldoel, de ingestelde multidisciplinaire behandeling, probleemgerichte interventies, eventuele preventieve maatregelen (inclusief de verantwoordelijkheden hierover), observaties, informatie/instructies voor de verpleging en verzorging, afspraken met de patiënt of diens vertegenwoordiger, evaluaties omtrent het effect van de behandeling en bijstellingen. Het spreekt voor zich dat de specialist ouderengeneeskunde het medische behandelplan opstelt in overleg met de patiënt en dat bij overdracht van gegevens rekening wordt gehouden met privacy gevoelige gegevens.⁵⁰ De specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor het opstellen van het medische behandelplan.

⁵⁰ Helderheid over verantwoordelijkheid, verantwoordelijkheid voor medische zorg in relatie tot verantwoorde zorg, Verenso 2009.

Zorg(leef)plan

Het zorg(leef)plan zoals de wetgever het bedoelt, kan bestaan uit de optelsom van verschillende documenten; het (medische) behandelplan + zorgplan + medicatielijst + overzicht van vrijheidsbeperkende maatregelen, etcetera. Het kan één geïntegreerd document zijn, al dan niet opgeslagen in een elektronisch systeem. Het zorg(leef)plan is geen overeenkomst en behoeft niet (door de specialist ouderengeneeskunde) ondertekend te worden. De specialist ouderengeneeskunde is niet verantwoordelijk voor het zorg(leef)plan. Wel is de specialist ouderengeneeskunde, net als de andere hulpverleners, ervoor verantwoordelijk dat de inhoud ervan niet op gespannen voet staat met het ingestelde medische beleid en de algemene gezondheidstoestand van de patiënt.⁵¹

Diagnostiek

De beoordeling en vaststelling van ziekten, mate van comorbiditeit en de gevolgen hiervan voor de patiënt. De comorbiditeit krijgt een rangschikking naar hoofddiagnose en bijkomende ziekten (welke ziekte staat op de voorgrond op dit moment). De hoofddiagnose kan bij veranderingen in de gezondheidssituatie veranderen.

Prognostiek

Op grond van de diagnose van de ziekte, comorbiditeit en rangorde door een geriatrische assessment de gevolgen hiervan in kaart brengen en een inschatting maken van de ontwikkeling van de behandelzorgvraag.

Coördinatie/management

Activiteiten gericht op het sturen en afstemmen van zorg-/behandelinspanningen door de diverse disciplines en hulpverleners.

Zorgsysteem

Het geheel van de bij de individuele zorgverlening aan een patiënt betrokken formele, semiformele en informele zorgverleners.

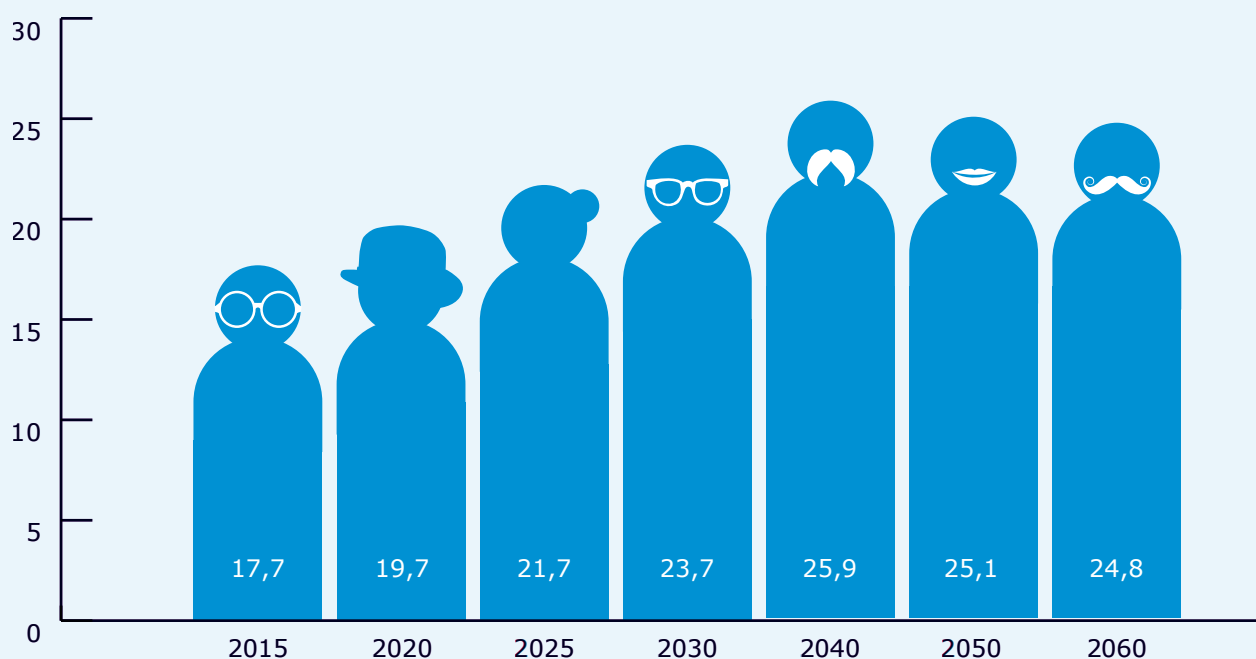
⁵¹ Helderheid over verantwoordelijkheid, verantwoordelijkheid voor medische zorg in relatie tot verantwoorde zorg, Verenso 2009.

Prognoses

Nederlandse bevolking

	2015	2020	2025	2030	2040	2050	2060
Totale bevolking	16.941.209	17.228.785	17.488.351	17.687.796	17.840.780	17.781.684	17.742.220
65 jaar en ouder	3.006.235	3.400.411	3.797.994	4.197.049	4.625.271	4.457.429	4.401.768

Tabel 1: Prognose Nederlandse bevolking⁵², totaal en aantal 65 jaar en ouder, aantallen (periode 2015 – 2060)



Figuur 1: Prognose Nederlandse bevolking, totaal en aantal 65 jaar en ouder, percentages (periode 2015 – 2060)

	2015	2020	2025	2030	2040	2050	2060
65 tot 70 jaar	1.013.219	993.080	1.058.000	1.141.058	1.045.533	909.146	1.000.784
70 tot 75 jaar	715.806	939.956	925.544	989.172	1.073.368	852.230	907.187
75 tot 80 jaar	541.044	633.731	839.415	830.504	967.348	898.641	792.662
80 tot 85 jaar	389.698	433.681	515.207	688.124	741.137	824.576	669.203
85 tot 90 jaar	228.140	259.595	295.504	356.727	486.128	593.641	571.005
90 tot 95 jaar	96.821	109.719	127.755	148.517	249.644	288.258	341.924
95 jaar of ouder	21.507	30.649	36.569	42.947	62.113	90.937	119.003

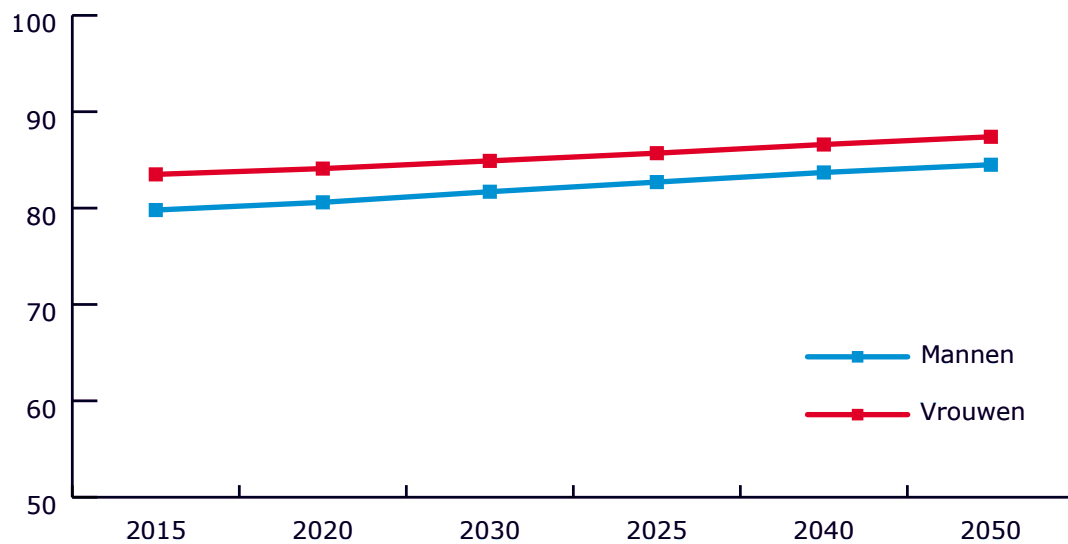
> Zie ook figuur 3

Tabel 2: Prognose Nederlandse bevolking, leeftijd 65-plus, uitgesplitst naar leeftijdsgroepen, aantallen (periode 2015 – 2060)

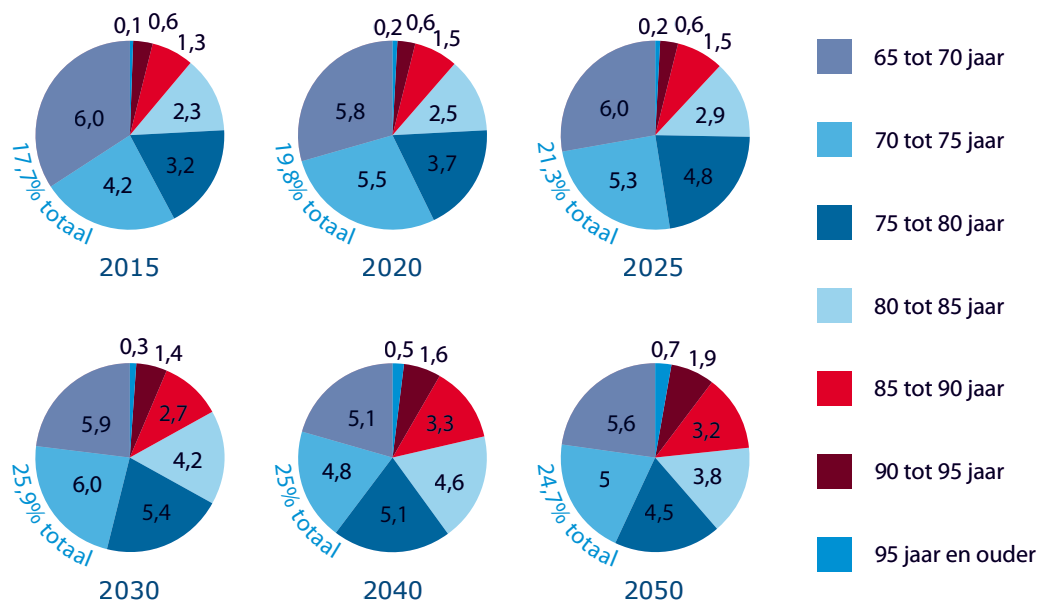
⁵² Bron: CBS december 2010.

	1850	1900	1950	2010	2015	2020	2030	2040	2050	2060
Mannen	40,76	52,23	76,69	78,82	79,78	80,64	81,73	82,67	83,65	84,48
Vrouwen	42,62	58,1	81,37	82,71	83,45	84,05	84,9	85,71	86,57	87,35

Tabel 3: Leef tijdsverwachting Nederlandse bevolking, mannen en vrouwen, jaren (periode 1850 – 2060)

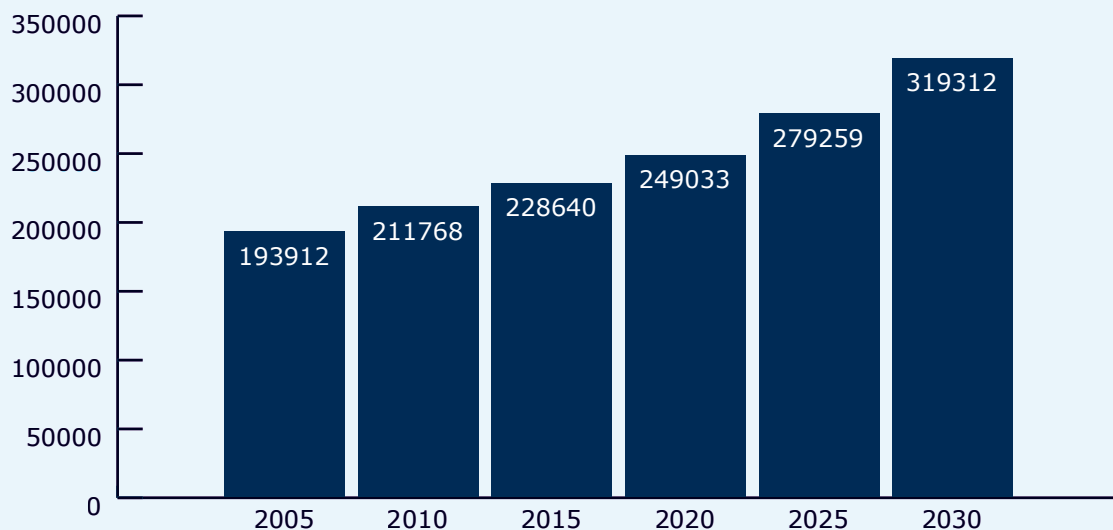


Figuur 2: Leef tijdsverwachting Nederlandse bevolking, mannen en vrouwen, jaren (periode 2015 – 2060)



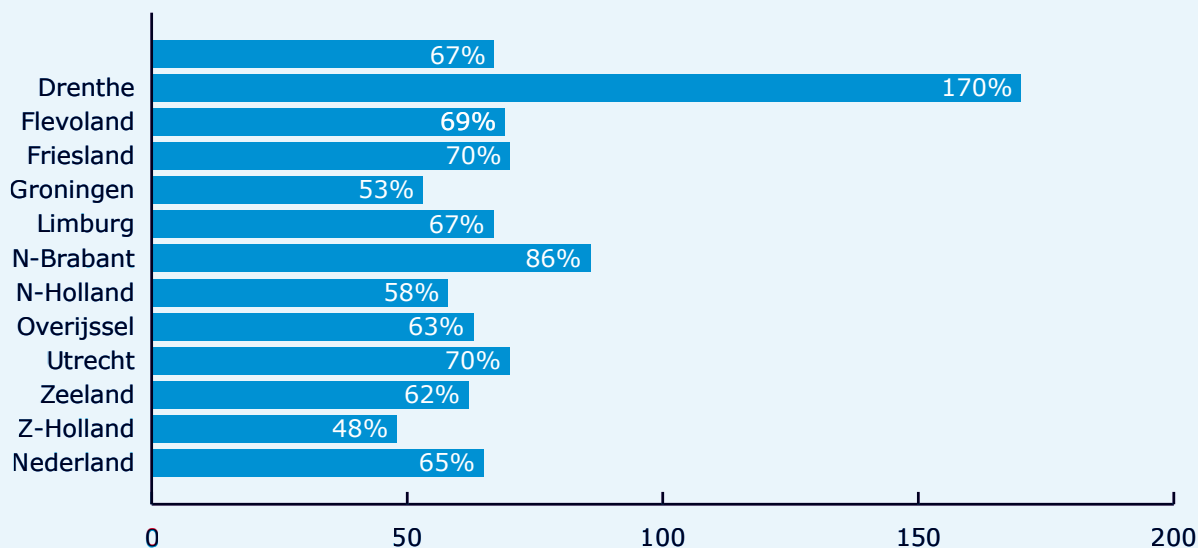
Figuur 3: Prognose Nederlandse bevolking, leeftijd 65 jaar en ouder, uitgesplitst naar leeftijdsgroepen, percentages (periode 2015 – 2060)

Prognoses aantal mensen met dementie



Figuur 4: Groei aantal mensen met dementie⁵³

Tussen de verschillende provincies zijn grote verschillen in absolute groei te zien, zoals uit onderstaande staafdiagram (figuur 5) blijkt. De minste groei is te verwachten in de provincie Zuid-Holland, de sterkste groei vindt plaats in de provincie Noord-Brabant. De meest opvallende groei (170%) vindt plaats in Flevoland. Dit hangt samen met de groeifunctie op het gebied van wonen en werken, die deze provincie in Nederland vervult.



Figuur 5: Procentuele groei aantal mensen met demensie 2005-2030

Bron: BTSG innovatie in ouderenzorg. Postbus 1329, 6501 BH Nijmegen.

⁵³ Bron: Wonen met dementie, 2006.

